

# Exclusiones y rechazos en el campo de las adicciones: un estudio cualitativo sobre la implementación de la ley argentina de salud mental


Basílico, D., Sapienza, C., Rosa, M. y Jeifetz, V. (2021). Exclusiones y rechazos en el campo de las adicciones: un estudio cualitativo sobre la implementación de la ley argentina de salud mental. *Revista Cultura y Droga*, 26(31), 71-94. <https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.31.4>


*Daiana Basílico\**  
*Cynthia Sapienza\*\**  
*Marina Rosa\*\*\**  
*Vanessa Jeifetz\*\*\*\**


Recibido: 30 de mayo de 2020  
Aprobado: 4 de octubre de 2020


## Resumen

Objetivo: estudiar el estado de aplicación de la ley argentina 26.657, respecto a personas con uso problemático de drogas. Metodología: estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo llevado a cabo entre octubre 2018 y octubre 2019. Entrevistas semidirigidas a profesionales de la salud de hospitales generales y de efectores del

\* Psicóloga por la Universidad Nacional de Rosario. Ex-Becaria de Investigación Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Actual psicóloga interina del HIGA Dr. Paroissien. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [daiana.basilico@yahoo.com](mailto:daiana.basilico@yahoo.com).  [orcid.org/0000-0003-2312-5861](https://orcid.org/0000-0003-2312-5861). **Google Scholar**

\*\* Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud por la Universidad Nacional de Lanús. Ex-Becaria de Investigación Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Actual residente de investigación en salud pública y epidemiología. Instituto de desarrollo e investigaciones pediátricas Dr. Viteri. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [csapienza@psi.uba.ar](mailto:csapienza@psi.uba.ar), [c.a.sapienza@gmail.com](mailto:c.a.sapienza@gmail.com).  [orcid.org/0000-0003-1039-8596](https://orcid.org/0000-0003-1039-8596). **Google Scholar**

\*\*\* Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Ex-Becaria de Investigación Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Actual psicóloga interina HIGA Dr. Paroissien. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [marinarosa83@gmail.com](mailto:marinarosa83@gmail.com), [marinarosa@psi.uba.ar](mailto:marinarosa@psi.uba.ar).  [orcid.org/0000-0002-3982-4686](https://orcid.org/0000-0002-3982-4686). **Google Scholar**

\*\*\*\* Magíster en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires. Directora del Proyecto de Investigación - Docente en Cátedra Salud Pública / Salud Mental II de la Facultad de Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [vjeifetz@gmail.com](mailto:vjeifetz@gmail.com), [vanesa.jeifetz@hospitalbonaparte.gob.ar](mailto:vanesa.jeifetz@hospitalbonaparte.gob.ar).  [orcid.org/0000-0002-1758-022X](https://orcid.org/0000-0002-1758-022X). **Google Scholar**



primer nivel de atención, del Área Metropolitana de Buenos Aires. Resultados: habitualmente no se considera a las personas con consumos problemáticos como pacientes de salud mental, presentando dificultades para la accesibilidad a los tratamientos. Conclusión: existen prácticas aisladas en concordancia con la ley, pero falta una mayor incorporación y sistematización de estas. Hay una ausencia de políticas públicas que acompañen la implementación de esta ley, entre ellas falta de recursos materiales y humanos. Es necesario un cambio de paradigma en quienes gestionan las instituciones, asisten a las personas con uso problemático de drogas y en los propios usuarios del sistema de salud.

**Palabras clave:** consumo problemático de sustancias, accesibilidad, Ley 26.657, salud mental.

## **Exclusions and rejections in the field of addictions: a qualitative study on the implementation of the Argentine law on mental health**

### **Abstract**

Objective: To study the state of application of the Argentinian Law 26.657 regarding people with problematic drug use. Methodology: descriptive exploratory qualitative study carried out between October 2018 and October 2019. Semi-directed interviews with health professionals of general hospitals and first level care providers in the Metropolitan Area of Buenos Aires were conducted. Results: People with problematic drug use are not usually considered as mental health patients presenting difficulties for accessibility to treatment. Conclusion: There is an absence of public policies that accompany the implementation of this law including material and human resources. A paradigm shift is needed in those who manage institutions, assist people with problematic drug use and in the users of the health system.

**Key words:** problematic drug use, accessibility, mental health, Law 26,657.

## Introducción

La Ley Argentina de Salud Mental y Adicciones No. 26.657 (LNSM), menciona en su artículo 4 que las adicciones deben abordarse como parte integrante de las políticas de salud mental y establece para las personas con uso problemático de drogas ilegales y legales (de aquí en más PUPDIL) los mismos derechos y garantías que para el resto de las personas con padecimientos mentales, en su relación con los servicios de salud. Un informe de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) del año 2017, registró un aumento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas del 2010 al 2017; sin embargo, el informe también mostró que la cantidad de personas que se encuentran en tratamiento debido a esta problemática es drásticamente menor (55,8%). Este desfase, así como también nuestra experiencia en el sistema público de salud argentino, sumado a que la Ley 26.657 establece el 2020 como límite de tiempo para la transformación de las instituciones, nos llevó a interrogarnos acerca de qué sucede con las personas que no acceden a tratamiento. Creemos que esta ley no estaría siendo implementada de manera sistemática en lo que respecta a las PUPDIL, por distintos motivos: el desconocimiento de esta, la estigmatización de estos pacientes y la falta de recursos para su aplicación. El objetivo general fue estudiar el estado actual de aplicación de la LNSM, respecto a las PUPDIL, en los profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, se exploraron los discursos respecto al conocimiento de la ley, las prácticas de los profesionales y los obstáculos en la accesibilidad a los distintos efectores de salud. Entre los antecedentes del problema que indagamos, encontramos investigaciones e informes acerca de la implementación de la LNSM en general, que coinciden en que ha habido cambios favorables desde su sanción, pero aún queda un arduo camino por recorrer (Rodríguez et al., 2013; Rosales y Ardila-Gómez, 2017). Sin embargo, no hemos hallado estudios que investiguen esto respecto a las PUPDIL.

## Algunas conceptualizaciones

Para la realización de este trabajo, nos posicionamos desde una perspectiva de derechos humanos. Lejos de entender los derechos como bienes que deben ser merecidos o como algo que debe ser gestionado, adherimos a la posición de Rotelli quien postula que deben ser dados *a priori*. Explica este autor:

[...] a la ley se le atribuye a menudo funciones compensadoras a favor de los más vulnerables[...] que no es sólo la norma abstracta la que determina las razones de la igualdad de los derechos. Existen diferentes capacidades y posibilidades de acceso para poder usufructuarlas. (Rotelli, 2015, p. 126)

Siguiendo a este autor, entendemos que los derechos son universales, sin distinguir clase, sexo, raza, edad ni condición de salud y que los mismos, no pueden ser negados. De este modo, reconstruir o re-habilitar, en el sentido de emancipar, el acceso a los derechos de la población implica tres niveles: el primero es el de la modificación de la legislación, el segundo es el de la redistribución de recursos económicos y humanos ya existentes que se encuentran siendo utilizados en pos de viejos paradigmas y el tercero refiere a la calidad de la formación y del desarrollo humano, la construcción de condiciones de posibilidad y de prácticas colectivas de salud.

Rotelli también nos explica en este sentido, que la sanción de una ley no alcanza para cambiar por completo el paradigma anterior, en este sentido refiere:

La desinstitucionalización es cambiar el paradigma, la mirada que hay sobre la locura, sobre las necesidades de la gente, cambiar la mirada de la psiquiatría en todo el mundo “psi” y no solamente ahí. Nosotros hablamos de desinstitucionalizar el hospital psiquiátrico, pero también la psiquiatría y la locura y la relación con la locura. (Rotelli, 2015, p.177)

En consonancia con esto, tomaremos las conceptualizaciones de la LNSM, ya que la misma tiene como objeto la protección de la salud mental de todas las personas, así como asegurar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. En primer lugar, define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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” (LNSM, 2013, p. 14).

Así mismo, conceptualiza el padecimiento mental como todo sufrimiento psíquico de las personas o grupos humanos relacionado con diferentes tipos de crisis, previsibles o imprevistas, o con otras situaciones prolongadas de padecimientos que incluyen trastornos o enfermedades en el sentido de procesos complejos multideterminados. Remarca la importancia del abordaje interdisciplinario e intersectorial de los

padecimientos mentales, incluyendo las adicciones, tanto para determinar incapacidad, riesgo cierto e inminente, diagnóstico y tratamiento. En este sentido, Alicia Stolkiner refiere que los problemas no se presentan como objetos sino como demandas indisciplinadas, complejas y difusas. La realidad no se presenta en ningún caso como obvia ni unívoca, es por ello que se requiere la interdisciplina para el abordaje de las problemáticas en su complejidad (Stolkiner, 1987). Elichiry explica que una yuxtaposición de saberes disciplinares no constituyen interdisciplina, sino multidisciplina, en donde los problemas se disgregan según disciplinas intervinientes, lo que conlleva una visión atomista de las demandas. La interdisciplina supone el trabajo en equipo de manera intencional y no ocasional, signado por la cooperación, la flexibilidad y la reciprocidad. Cada disciplina es importante en su individualidad, pero se relaciona con las otras transformándolas y transformándose en las prácticas (Elichiry, 2009). Vicente Galli (2015) aclara en el prólogo de “Vivir sin manicomios”, que la interdisciplina aporta perspectivas integradoras en las formas de atención de los padecimientos, que permiten recuperaciones sostenibles y refiere que ésta no desdibuja las especificidades de cada profesión, así como tampoco disuelve las responsabilidades interdisciplinarias. Estas últimas no ponen en cuestionamiento las incumbencias, sino la hegemonía de algunas disciplinas.

Eduardo Menéndez define los modelos de atención (con ello entendemos prácticas) refiriéndose a las actividades no sólo de tipo biomédico sino también a aquellas formas de atención intencional de los padecimientos, que buscan la prevención, alivio, tratamiento o cura. Si bien existen una diversidad de prácticas y de modelos de atención, éstas se subsumen al modelo médico hegemónico (MMH) al que conceptualiza como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1990, p. 83)

Menéndez argumenta que la hegemonía del modelo médico no implica que se excluyan otras prácticas y saberes, sino por el contrario, éste se expande con la apropiación, transformación y subordinación ideológica y técnica de otras formas de atención o autoatención de los padecimientos. Algunos de los rasgos

que estructuran el MMH según Menéndez son: concepción biologicista de los padecimientos; concepción teórica positivista; ahistoricidad; asociabilidad; individualismo; eficacia pragmática; salud/enfermedad como mercancía; cura como orientación; concepción de la enfermedad como desviación o anormalidad; curación basada en la eliminación del síntoma; relación asimétrica médico-paciente; tendencia a la medicalización de los problemas y escisión entre teoría y práctica. Por lo tanto, el análisis del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que debe ser descrito y repensado en función de las prácticas y saberes que supedita (Menéndez, 1990).

Nos parece relevante, visibilizar a través de esta investigación, dichas prácticas en torno a la asistencia de las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, sobre todo en tensión no sólo con la teoría sino con las representaciones sociales, presentes en los discursos de los profesionales.

En este punto, definiremos la noción de accesibilidad, siguiendo a Yamila Comes y otros, como:

[...] el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de la relación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. (Comes, 2006, p. 203)

Adherimos a esta noción, que dista de la conceptualización verticalista y lineal de la accesibilidad como un problema de oferta de los servicios de salud y de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales, ya que así se desconoce que los sujetos usuarios del sistema de salud, también son constructores de accesibilidad.

De esta definición también se desprende que las barreras pueden y son fundamentalmente simbólicas. Posicionarse desde estas consideraciones necesariamente implicará para esta investigación, realizar un análisis de los discursos de los profesionales, ya que en ellos se reproducen las representaciones estigmatizantes que determinan barreras en la accesibilidad, especialmente en pacientes con consumo problemático de drogas.

Utilizamos para esta investigación la noción de ruta crítica (Caravantes, 2000). La misma refiere a los obstáculos que encuentran las personas para ser atendidas

de acuerdo con su padecimiento, por distintas razones: inadecuada capacitación de los profesionales, fragmentación de los servicios, barreras en el acceso, etc. Dicho concepto permite condensar varias problemáticas que aparecen de forma frecuente en el relato de los usuarios en su tránsito por distintas instituciones, en las que se presentarían obstáculos tales como: tardanza en turnos y trámites, falta de contención de los profesionales tratantes, pocos espacios terapéuticos ofrecidos, estigmatización de la problemática, reforzamiento de estereotipos, etc. (Jeifetz, 2016).

Continuando con la teorización de las prácticas, definiremos las internaciones voluntarias e involuntarias según los postulados de la LNSM. La internación involuntaria debe considerarse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes terapéuticos ambulatorios y sólo se podrá realizar cuando, a criterio del equipo de salud mediante situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Este último está conceptualizado en su reglamentación, como contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario.

Por su parte, una internación voluntaria se lleva a cabo con el consentimiento de la persona, siempre y cuando, ésta se encuentre en estado de lucidez y comprenda la situación, asimismo ella puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación (LNSM, 2010).

En consonancia con lo anterior y en este panorama de cambio de paradigma, consideramos el consumo problemático según lo explicitado por la ley de creación del plan IACOP, por la cual “se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, o las relaciones sociales” (Plan Iacop, 2014).

Asimismo, acordamos con el enfoque de reducción de daños, que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas y hace énfasis en las intervenciones comunitarias. Este enfoque surgió como alternativa a los enfoques prohibicionistas y tiene por objetivo evitar la construcción de representaciones sociales negativas sobre las PUPDIL, lo cual incide en el

sostenimiento del proceso de exclusión social. Los programas de reducción de daños tienen un alto grado de flexibilidad en sus propuestas debido a que se adecuan a las características de los usuarios y la comunidad y no sólo promueven el cambio de conductas de cuidado de los usuarios y sus redes de consumo, sino que suelen desarrollar acciones para involucrar a otros habitantes del territorio (vecinos, militantes sociales, instituciones como escuelas y centros de salud) en la transformación de situaciones de padecimiento (Galante et al., 2009).

## Metodología

La investigación se desarrolló en hospitales generales con servicio de salud mental y centros de atención primaria de la salud, ubicados en el AMBA. El objetivo fue poder visibilizar si dichas instituciones han podido adecuarse a los postulados de la ley, tanto en las prácticas como en los discursos que circulan en las mismas, respecto a las concepciones sobre la ley y a la accesibilidad de las personas con uso problemático de drogas.

Realizamos un estudio de tipo cualitativo, de diseño exploratorio-descriptivo. Se tomó una muestra de 15 profesionales, según muestreo por conveniencia (no probabilístico). Como criterios de inclusión se consideró a profesionales de la salud pertenecientes a hospitales generales y efectores del primer nivel de atención del AMBA que asisten a PUPDIL, entre ellos psicólogos (6), trabajadores sociales (2), médicos psiquiatras (4), médicos generalistas (2) y médica infectóloga (1). Debieron tener como mínimo tres años de experiencia en el servicio de salud en el que se desempeñan, para poder conocer más profundamente el funcionamiento de este y haber tenido un contacto medianamente prolongado con la problemática. No se entrevistaron profesionales rotantes, pasantes o que tuvieran menos de tres años de experiencia en el servicio de salud considerado. Se realizaron también cinco entrevistas a informantes clave, a fin de enriquecer y profundizar el proceso de investigación.

Para la recolección de datos se confeccionó una entrevista semidirigida con preguntas referentes al estado de aplicación de la Ley 26.657 en relación con PUPDIL, las mismas fueron pensadas de acuerdo con las categorías de análisis que se indagaron. Esta misma entrevista se adecuó a los informantes clave. Las entrevistas se realizaron entre marzo de 2019 y julio del mismo año, en el espacio acordado con cada entrevistado, dentro de su lugar de trabajo, con el fin de que se sintiera a gusto y



tranquilo. Las realizaron dos investigadoras con una duración promedio de una hora y se finalizaban cuando el entrevistado había respondido todas las preguntas.

Se consideraron los principios éticos que se proponen para las investigaciones en salud, de acuerdo con la “Guía para investigaciones en salud humana”, del Ministerio de Salud de la Nación argentino. Se solicitó la firma de un consentimiento informado a todos los entrevistados, en el cual se informaron los objetivos de la investigación, el carácter voluntario y anónimo de la participación y la garantía de confidencialidad y anonimato de los datos personales, los cuales sólo fueron utilizados a los fines de esta investigación. Para el análisis de las entrevistas, se procedió a seleccionar fragmentos significativos que fueron agrupados según las categorías de análisis previamente delimitadas, con el fin de poder realizar generalizaciones sobre las respuestas obtenidas. Las categorías fueron las siguientes:

- 1. Conocimiento de la LNSM en lo atinente a las PUPDIL:** categoría compuesta por las siguientes dimensiones: representaciones sociales sobre las personas con uso problemático de drogas y de otros pacientes con padecimiento mental; representaciones sociales sobre la problemática del uso de drogas; conocimiento sobre el recurso a las internaciones: voluntarias e involuntarias, duración de las internaciones, noción de riesgo cierto e inminente y conocimiento sobre el consentimiento informado.
- 2. Obstáculos en la accesibilidad de las PUPDIL:** cuyas dimensiones fueron: ruta crítica que realizan los pacientes dentro del sistema de salud; vínculo entre los pacientes y los profesionales; representaciones sociales sobre las personas con uso problemático de sustancias; criterios de admisión; días y horarios de atención y conformación del equipo de admisión.
- 3. Prácticas de los profesionales de la salud respecto a las PUPDIL:** estudiada desde: el tipo de intervención ante una consulta de PUPDIL; los criterios de admisión al dispositivo para una PUPDIL; los criterios de internación de una PUPDIL; los criterios de derivación de una PUPDIL; los criterios de externación/alta de una PUPDIL; la articulación intra e inter-institucional ante casos de PUPDIL, el modelo de tratamiento ofrecido (eje del mismo brindado a las PUPDIL) y metodología de trabajo (trabajo interdisciplinario, multidisciplinario o unidisciplinario) con una PUPDIL.

Como hallazgo del análisis, se encontraron datos en reiteradas entrevistas que excedían las categorías existentes, por lo que fue necesario, para sistematizar esta información, construir dos categorías adicionales: recursos para la aplicación de la LNSM en relación a las PUPDIL (conceptualizada como recurso humano o material, presupuesto destinado al área, distribución del mismo) y formación académica de los profesionales en relación a las PUPDIL (formación de grado, posgrado, capacitaciones en el ámbito laboral y cursos realizados).

## Resultados

### 1. Conocimiento sobre la Ley Nacional de Salud Mental

La mayoría de los profesionales entrevistados conocían la LNSM y su decreto reglamentario en profundidad. Otros conocían la ley de manera incompleta y en un solo caso, el entrevistado no la conocía en absoluto. Asimismo, estos últimos presentaban dudas con relación a su incumbencia profesional en la aplicación de esta, a pesar de asistir a PUPDIL.

En cuanto a la posición tomada respecto de la LNSM, algunos profesionales manifestaron estar de acuerdo con la misma y adherir completamente a sus postulados. Otros expresaron estar de acuerdo con “el espíritu” de la misma o no adherir a algunos artículos. Hubo entrevistados que se mostraron escépticos respecto de su implementación, considerando que faltan recursos, políticas públicas, financiamiento, etc.;

“Si vos preguntas en el servicio de salud mental, mucha gente no la conocía, no la había leído” (trabajadora social).

“Yo en el hospital escucho muchas críticas hacia la ley que me parecen bastante malas, por ejemplo ¿cómo alguien hace una ley sin recursos? y siempre esa queja sobre la falta de recursos [...] Es una ley que es muy de avanzada, es una ley que te permite la lucha, es un insumo para la lucha por otra salud mental” (psicólogo).

Entre los profesionales entrevistados, algunos sostuvieron que existen colegas que no consideran a las PUPDIL como pacientes de salud mental. Por otro lado, tres de los informantes claves, refirieron que incluir las adicciones en la LNSM de manera

explícita, está en relación con que, de otra manera no habrían sido consideradas como parte del campo de la salud mental.

En cuanto a la interpretación de la ley, se evidenciaron equívocos en relación al concepto de riesgo cierto e inminente. El punto más álgido de controversia lo encontramos respecto a la “voluntariedad” de las internaciones. Se hicieron explícitas confusiones en los profesionales de salud, de justicia y en los usuarios y familiares:

“Lo que a mí no me cierra de la ley que nunca me cerró, es ¿por qué hablamos de voluntad en un paciente con adicciones? cuando yo al menos creo que desde lo biológico se pierde la voluntad y uno queda supeditado a la adicción [...] de alguna manera es estar pidiéndole a alguien que perdió sus piernas, que camine” (psiquiatra).

“Con la interpretación que se hace de riesgo cierto e inminente condicionada por padecimiento psíquico, hay como una lucha. Viste que están las Madres del Paco<sup>1</sup>, diciendo que la Ley de salud mental no permite internar” (psicólogo).

“Yo con la ley tengo mis ‘a favores’ y mis ‘en contras’ porque es tan ambigua [...] la ley me dice una cosa y la justicia me dice otra: acá llegan oficios judiciales con pedidos de alojamiento para los pacientes o de internación” (psiquiatra).

Con relación a lo anterior, uno de los informantes clave refirió que es necesario que la población, tanto usuarios como familiares conozcan en profundidad y se apropien de la LNSM, lo que contribuiría en gran medida a su plena implementación.

En cuanto a la estrategia de reducción de riesgos y daños, si bien no todos los profesionales refirieron conocerla, se desprende del relato de sus prácticas, que la mayoría la utiliza en alguna medida.

Por otro lado, todos los profesionales entrevistados manifestaron que el consumo de drogas es una problemática compleja con una fuerte impronta social, por lo que requiere de la intervención no sólo de equipos interdisciplinarios, sino de un trabajo intersectorial, acorde con la ley.

---

<sup>1</sup> Madres del Paco, también conocidas como Mujeres por la Vida, es una agrupación de madres de personas con consumo problemático de pasta base de cocaína.

La mayoría de los profesionales (entre los cuales se encuentran quienes conocían la LNSM) refieren que las PUPDIL necesitan dispositivos o abordajes específicos, con profesionales especializados en la temática o instituciones cerradas para su internación, en contraposición a lo planteado por la LNSM.

De algunas entrevistas, se desprendió que los artículos referidos a las internaciones no son en todos los casos malinterpretados: uno de los informantes clave destacó la presión de las corporaciones farmacéuticas y médicas para que la LNSM no se implemente, especialmente con relación a la adecuación y sustitución de las instituciones especializadas en adicciones, como comunidades terapéuticas y hospitales monovalentes:

“Intentan adjudicarle [a la LNSM] que a los chicos no se les permite internar porque la ley no lo permite y esto es mentira. La ley permite internar, lo único que no quiere es que se haga en cualquier lado. [...] el Borda y el Moyano<sup>2</sup> tenían mil y pico de camas y ahora tienen 500 cada uno, ¿y a dónde fueron los pacientes? ¿Se llevó adelante un proceso de desinstitutionalización progresivo, un modelo de externación asistida y controlada? No, llamaron compulsivamente a PAMI, a PROFE<sup>3</sup> y el resto fueron a clínicas privadas que fue el otro gran negocio” (informante clave).

Lo anterior representa también un obstáculo para la accesibilidad de las PUPDIL, a los distintos dispositivos que funcionan en los hospitales generales.

## **2. Obstáculos en la accesibilidad de las PUPDIL**

Los entrevistados manifestaron que las PUPDIL, muchas veces no son admitidas en los efectores de salud. En el caso en que se admitan, esto ocurre generalmente a través de los servicios de guardia, hasta que cesa el cuadro agudo. En los hospitales generales, los turnos para consultorios externos se otorgan únicamente por la mañana, restringiendo el acceso de algunos pacientes. Es decir, que en relación a la ruta crítica, se observa que los pacientes consultan en varios efectores de salud, así como en otros organismos en los que encuentran algún tipo de asistencia, sin poder sostener el tratamiento en un único lugar.

---

<sup>2</sup> Hospitales monovalentes de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>3</sup> Organismos de seguridad social en Argentina.

“[...] el psiquiatra de guardia me dijo ‘tomá, dale 40 pesos para que se vaya al Borda o a otro lado’” (psicóloga).

“Hay un núcleo duro de la institución hospitalaria, que se resiste a admitir en su interior a gente que consume o a gente que tiene problemas de salud mental, porque generan ruido en el funcionamiento de un hospital, donde la preferencia sería que todos los pacientes estén en su cama, donde estén durmiendo y que se vayan rápido ni bien se les terminen los síntomas que los trajeron” (psicólogo).

Todos los entrevistados coincidieron en que las PUPDIL suelen ser estigmatizadas dentro del sistema de salud, lo que dificulta su acceso al mismo. Algunos afirmaron que observan que se les brinda un trato desigual, a comparación de otros pacientes de salud mental. Los motivos que manifestaron tuvieron que ver, con que se considera que son pacientes más complicados, se los asocia a la delincuencia y provocan frustración en los profesionales:

“Conlleven un peligro que otros pacientes no” (psicóloga).

“Los pacientes de salud mental generan todos rechazo, pero el adicto en particular” (psiquiatra).

“Hace 7 años que yo entré y salvo la residencia, nadie quería trabajar con adicciones” (médico generalista).

“Generan como mucha bronca e impotencia y por eso se habilitan para decir ‘yo no atiendo adictos’, aunque la LNSM dice que es nuestra competencia” (psicólogo).

En este sentido, uno de los informantes clave perteneciente a una institución especializada en adicciones, mencionó que allí, reciben derivaciones de psicólogos cuando un paciente refiere que está consumiendo alguna sustancia ilegal, pretendiendo que el paciente trabaje su problema de adicción como algo que puede ser escindido de otros padecimientos psíquicos:

“El psicólogo estaba tranquilo mientras el paciente tomaba alcohol, de repente aparece el consumo de una sustancia ilegalizada [...] se asusta por eso y lo deriva para que acá se atienda solamente la adicción” (informante clave).

Otro informante clave refirió que la representación social del paciente adicto como delincuente puede deberse a una contradicción entre la LNSM que los incluye como pacientes y la ley argentina de estupefacientes 23.737, que continúa penando la tenencia de drogas para consumo personal.

Por último, varios entrevistados coincidieron en que, a estas dificultades en la accesibilidad al sistema de salud, se redobla la segregación si además el paciente es niño/a o adolescente, mujer o mujer con hijos.

“Entonces si sos mujer y además tenés un consumo problemático de sustancias, tenés un problema a la hora de poder internarte para un tratamiento de rehabilitación porque no hay vacante. [...] La sala de internación de salud mental acá en el hospital tampoco trata específicamente adicciones [...] porque en general estamos abocados a otro tipo de patologías” (psiquiatra).

### **3. Prácticas de los profesionales de la salud respecto a las PUPDIL**

Todos los entrevistados coincidieron en que es necesario un abordaje interdisciplinario de las PUPDIL, pero por distintos motivos, en general no se trabaja de esta manera:

“Hay que abordarlo entre muchos y [...] es complicado reunir mucha gente que trabaje en la misma línea” (psiquiatra).

“Yo creo en la transdisciplinariedad, creo que estamos en una etapa en la que los equipos son multidisciplinarios” (informante clave).

Queda de manifiesto en las entrevistas, un abordaje ceñido al modelo médico hegemónico, donde las otras disciplinas, son tomadas como auxiliares de la medicina:

“No tienen interés en articular, como esa dinámica del modelo médico-hegemónico de ‘me encierro en mi consultorio a hacer mi asistencia individual’” (médico generalista).

“La parte de salud mental ayuda para que puedas interactuar por si tenés que hacer algún estudio, alguna cosa, que no se sientan agredidos, poder hablar y preguntarle cosas” (médica).

Por otro lado, y en consonancia con las dificultades del trabajo interdisciplinario, la mayoría de los entrevistados refirió tener reuniones de equipo, aunque en las mismas suele haber disciplinas ausentes:

“Los enfermeros son rotativos y se les exige que presten atención a los pacientes, por eso se les dificulta asistir a las reuniones” (psicólogo).

“[¿Tienen reuniones de equipo?] Cada disciplina por su parte” (psicóloga).

Los entrevistados mencionaron escasas prácticas acordes a la LNSM con relación al trabajo intersectorial y a favorecer la accesibilidad de los pacientes al sistema de salud. Las mismas solo se encontraron en el primer nivel de atención:

“Había una referencia, con el consultorio donde atendía la residencia, que permitía que las personas llegaran, nos avisaban y nosotros los atendíamos en el momento” (médico generalista).

“Yo le dije, mirá admisión no [...] me parecía mucho mejor como estrategia de atención primaria una orientación [...] si yo quiero admitir un paciente tendría que venir el paciente, no podría venir el familiar y en la orientación a mí me han llegado muchos casos de familiares de pacientes que consultan” (psicólogo).

“Articulamos con el centro que está próximo al domicilio, para que vaya el trabajador social a evaluar si volvió a la casa o no, en qué condiciones está [...] se intenta que se arme algún tipo de red” (psicóloga).

Muchos profesionales refirieron que cuando por otra especialidad se interna a un paciente que manifiesta consumir drogas, automáticamente se pide interconsulta a salud mental.

“En los servicios que son quirúrgicos, [...] te pedían una interconsulta: ‘el paciente está abstinento, molesta, grita de noche, está intenso, dale algo, dormilo’” (psiquiatra).

La mayoría de los profesionales refiere que se generan dificultades para garantizar la continuidad del tratamiento luego del cese del cuadro agudo en el mismo efector de salud, sobre todo cuando se requiere de una internación, ya sea porque no se cuenta

con ésta en el mismo establecimiento o porque la sala de internación de salud mental posee criterios de admisión como, no tener una adicción a las drogas o contar con acompañamiento familiar las 24 horas:

“No se interna en el piso de salud mental pacientes adictos [...] Por una cuestión del jefe de servicio, por las pautas de la sala [...] salvo que sean duales” (psiquiatra).

“Es una internación general, por lo cual están los pacientes en sala común y además [...] el paciente tiene que estar con un acompañante. Eso para un paciente con consumo de sustancias suele ser muy problemático, porque asisten solos o con alguien que viene, los deja y se va” (psicóloga).

Según varios entrevistados, hay internaciones en guardia que se extienden varios meses hasta que se consigue una derivación a otro efector de salud. Las derivaciones para internación (aunque se cuente con dispositivo de internación en el propio efector) o para tratamiento ambulatorio, suelen ser a lugares especializados en consumo de sustancias, como comunidades terapéuticas vía SEDRONAR u hospitales monovalentes y no generales, como estipula la ley. Estas derivaciones suelen ser sin articulación entre los efectores de salud:

“¿Qué cosas ambulatorias hay? No hay mucho, CPA<sup>4</sup> y después alguna organización [...] yo mucho he mandado al [Hospital] Bonaparte, no sé si llegan” (trabajadora social).

En casi todas las entrevistas los profesionales refirieron que el tratamiento privilegiado, tanto en hospitales generales, como en monovalentes e instituciones del sector privado, es el farmacológico, especialmente para tratar la abstinencia de los pacientes, quedando la psicoterapia individual como recurso adicional, habiendo algunas experiencias de talleres, asambleas, terapias familiares y de grupo que se han logrado con cierta resistencia y/o que se sostienen con dificultad.

“[La indicación es]: dale la medicación” (psicóloga).

---

<sup>4</sup> Este efector surgió originalmente para la asistencia de personas con problemas de consumo y aunque sus siglas cambiaron en función de la LNSM, aún están asociados a la atención especializada en dicha problemática.



“Hay talleres todos los días pero bueno, como depende de personas, hay algunos talleres que a veces se caen” (psicólogo).

La mayoría de los profesionales mencionó, que no se suelen dar altas: los pacientes abandonan el tratamiento o se derivan a otras instituciones. Asimismo, según gran parte de los entrevistados, la mayoría de las internaciones de PUPDIL son involuntarias:

“Acá es bastante frecuente, entran y enseguida se judicializa, no hay tanta pregunta, por otro lado, a veces hacen firmar consentimiento a personas que no están con todas sus luces para poder firmarlo” (psiquiatra).

#### **4. Recursos para la aplicación de la LNSM con relación a las PUPDIL**

Varios entrevistados refirieron no disponer de recursos materiales y humanos en sus dispositivos de trabajo. Mencionaron que en relación a la gran demanda que reciben, faltan en sus servicios: psicofármacos; salas de internación en salud mental; mayor número de camas o adecuación de la infraestructura existente a las necesidades de los pacientes de salud mental; dispositivos intermedios como centros de día y casas de medio camino; guardias de salud mental en hospitales generales con equipos interdisciplinarios, especialmente en el conurbano bonaerense, así como falta de turnos para psiquiatría de manera ambulatoria:

“Es la pregunta que me hicieron desde la Región Sanitaria y les dije ‘vos tenés que saber que no hay trabajador social’. Colegas que trabajan en Capital me dicen ¿cómo qué no? Y no. Psicólogo tampoco” (psiquiatra).

“Yo estoy sola las 24 horitas con mi cuerpo y mi cerebro. También si uno quisiera hacer tratamiento de un paciente, no contamos con muchos psicofármacos” (psiquiatra).

“Cama de salud mental hay cero [...] ahora en el verano casi que no hubo psiquiatra” (psicóloga).

Según lo relatado por los entrevistados, debido a la falta de turnos por psiquiatría en consultorios externos, se incrementa la demanda de pacientes por guardia. Esto genera que el dispositivo se sobrecargue, brindando una atención deficiente al usuario que está en urgencia y por otro lado, que no haya una atención adecuada del

paciente que no lo está. En consonancia con ello, uno de los motivos por los cuales se realizan derivaciones a efectores especializados en la temática, es para resolver la gran demanda de tratamiento que no se llega a cubrir con los recursos disponibles:

“[derivamos] a CPA, pero es por una cuestión de capacidad. O sea, esto lo sabemos. La población en tratamiento de salud mental siempre es una población que está engordando y nunca adelgaza. Un paciente son cuatro prestaciones al mes, o sea llega un punto en donde vos alcanzas tu límite de prestaciones más bien pronto” (psicólogo).

Respecto a la duración de las internaciones, se relevó que suele estar en relación con las características, límites y posibilidades de los dispositivos, así como de los recursos disponibles, más que con relación a los criterios establecidos por la LNSM.

“Es muy arbitrario, porque hay personas que están 7 días, hay personas que están 15. Me ha pasado, de pacientes que han llegado a estar 30 días porque no salía la derivación a la comunidad terapéutica y el entorno era negativo” (psiquiatra).

“La internación tiene que durar lo que tiene que durar. Hay casos que se han prolongado mucho más por motivos sociales” (psicólogo).

Dos de los informantes clave manifestaron que se requieren de otras políticas públicas que acompañen a las políticas de salud, es decir, de un trabajo mancomunado de áreas como educación, desarrollo social, género, etc.

“Hasta que no tengamos las necesidades mínimas básicas satisfechas como sociedad es complicado pensar que un hospital de manera ideal pueda cubrir todo. Ante la falta de respuestas aún con un equipo muy aceitado y disciplinado, va a haber un hueco” (informante clave).

Por otro lado, algunos entrevistados refirieron que hay Municipios que disponen de recursos económicos, sin embargo, no los destinan a la adecuación de sus efectores a la LNSM.

“El Estado Municipal de la Ciudad de Buenos Aires es el territorio con mayor presupuesto de la Nación, pero que no invierte lo suficiente, para poder generar una transformación del tema de salud” (psicólogo).

“Planteábamos que los hospitales en realidad no tienen muchos recursos, eso es una realidad. Con la nada es difícil hacer mucho, poco ni nada. Pero Municipios que tienen mucho dicen que no están preparados teniendo siete psiquiatras por ejemplo” (informante clave).

“El presupuesto es otra de las grandes cuestiones, se sigue destinando casi el 80% a los cuatro hospitales monovalentes [...] Si uno aplicara la cuarta parte de ese dinero a cada persona que está internada, le salvás el problema de vivienda, le salvás el problema de alimentación” (informante clave).

## **5. Formación de los profesionales en relación con las PUPDIL**

La mayoría de los profesionales considera que su formación de grado es insuficiente para el abordaje de PUPDIL y refiere que se necesita de una formación específica:

“Es frustrante y estaría buenísimo tener formación, yo en mi carrera no vi absolutamente nada que tenga que ver con adicciones” (psicóloga).

“Vos sos un psiquiatra, eso ya es tu especialización dentro de la medicina, y a su vez te especializás en un tipo de patología, como por ejemplo en las adicciones” (psiquiatra).

Otros profesionales entrevistados, manifestaron requerir una comprensión integral de la salud de las personas:

“La abstinencia es muy difícil de tratar con medicación, no es que hay un fármaco que está elegido, esa es la primera mitificación, para mí no es que un psiquiatra es especialista en salud mental porque sabe farmacología, es especialista porque trabaja mucho tiempo y aprendió a trabajar con ellos, a escucharlos de otra manera” (psiquiatra).

Se desprende de los dichos de los entrevistados, que la formación académica universitaria produce compartimentos estancos de saberes, que obstaculizan el trabajo interdisciplinario:

“[Los médicos generalistas] pueden ayudarnos mucho a nosotros los psicólogos y hablando con ellos uno se puede dar cuenta de lo cerrado que uno es, porque uno ve un orden causal y hay quinientos mil y todo es más complejo” (psicólogo).

“[Hace falta] la transdisciplina verdadera, o sea, la deconstrucción y el dejar de pelearnos por quien pone el último diagnóstico, la mirada integral y la escucha enfocada hacia el otro” (informante clave).

“En medicina no te enseñan a escuchar al otro, te enseñan a ver el síntoma” (informante clave).

## Discusión

Respecto a las conceptualizaciones de Franco Rotelli, mencionadas en la introducción, en relación a los niveles necesarios para reconstruir o rehabilitar un derecho, podemos pensar en cuanto al primer nivel, que con la sanción de la Ley 26.657 en 2010 y la reglamentación de la misma en 2013, Argentina ha avanzado considerablemente, ya que dicha ley posiciona a las personas con padecimientos mentales y consumos problemáticos de drogas como sujetos de derecho, alejándose de un modelo positivista y manicomial. Son entonces los niveles dos y tres (correspondientes a los recursos económicos y humanos y a la formación) los que presentarían dificultades, según los resultados antes mencionados, para una plena implementación del derecho a la salud mental.

Si retomamos el “Estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas” llevado a cabo por la Sedronar, entendemos de acuerdo con los resultados de nuestra investigación, que el mencionado desfase entre el aumento de las PUPDIL y la cantidad de éstas que acceden a un tratamiento puede deberse a lo expuesto en el análisis de las distintas categorías delimitadas.

En relación a las categorías “conocimiento de LNSM” y “formación de los profesionales en relación a las PUPDIL”, el hecho de que no todos los entrevistados conocieran en profundidad la LNSM, que haya diferencias en sus prácticas y la necesidad de capacitación específica manifestada por los profesionales, se encuentra en consonancia con lo que plantean en su investigación Rosales y Ardila-Gómez (2017) respecto a la falta de actualización en las currículas de las carreras de grado, las cuales no incluyen o lo hacen en pocas materias a la LNSM como material bibliográfico. Por otra parte, dicha investigación, arroja como resultado que uno de los derechos conquistados a partir de la sanción de la LNSM es el de la participación de usuarios de servicios de salud mental en la discusión política sobre la misma. Esto no se condice con los resultados obtenidos ni con lo dicho por uno de nuestros

informantes clave, quien expresó que dicha participación y apropiación de la ley por parte de usuarios y familiares es insuficiente y esto constituiría uno de los obstáculos para su plena implementación.

En cuanto a lo analizado a través de las categorías “obstáculos en la accesibilidad de las PUPDIL” y “prácticas de los profesionales de la salud respecto a las PUPDIL” nuestros resultados confirman lo hallado por Rodríguez et al. (2013), acerca de la preponderancia de una organización hegemónica mediante estructuras monovalentes y la persistencia de construcciones culturales e ideológicas acordes, en torno a los padecimientos en salud mental. En este sentido, Rosales y Ardila-Gómez (2017) destacan, que si bien hay una mayor regulación de las internaciones, aún falta que se lleven a cabo en su totalidad en hospitales generales, al igual que los hallazgos del presente estudio en torno a PUPDIL. Asimismo, nuestros resultados coinciden con los de dicha investigación, en que el abordaje interdisciplinario sigue siendo un desafío para los equipos de salud: tal como lo conceptualiza Elichiry (2009), nos encontramos mayoritariamente con prácticas multidisciplinares.

Finalmente, respecto a lo analizado en la categoría “recursos para la aplicación de la LNSM en relación con las PUPDIL” evidenciamos una continuidad con lo hallado en las investigaciones citadas, sobre la escasez de recursos y sobre la gran porción de la partida presupuestaria que se destina a instituciones asilares. Asimismo, cabe destacar que Rosales y Ardila-Gómez (2017) hallaron que aún falta conquistar el acceso a los derechos a la vivienda y al trabajo de los usuarios del sistema de salud mental, lo que contribuiría además a una mayor implementación de la LNSM. Esto último, si bien no fue explorado específicamente en nuestra investigación, se desprende de los dichos de los entrevistados, cuando mencionan que generalmente se dificulta el trabajo intersectorial.

## **Conclusiones**

Nuestra investigación se centró en las dificultades para la atención de PUPDIL en el sistema de salud, ya que las mismas están incluidas en la LNSM. Si bien notamos que existen dificultades para aplicar esta ley respecto de todos los pacientes de salud mental, en el caso de PUPDIL en particular, su mayor estigmatización, hace que esto se dificulte aún más. En este sentido, consideramos que ha habido una importante ausencia de políticas públicas que acompañen la implementación de esta ley en relación con: aumento o redistribución de recursos económicos y humanos;

articulación intersectorial; capacitación y difusión en torno a la ley y a los consumos problemáticos; apertura de dispositivos intermedios; fortalecimiento de la estrategia de la atención primaria de la salud; etc.

Por otro lado, se requiere una mayor reflexión sobre la LNSM y la problemática del consumo. Si bien los resultados de la investigación arrojaron que la mayoría de los profesionales conoce la ley, falta una mayor apertura a sus fundamentos. Entendemos que esto podría subsanarse, teniendo una formación con perspectiva de derechos o espacios interdisciplinarios y democráticos de deconstrucción de saberes coagulados, así como, de construcción de nuevos saberes y prácticas más horizontales.

Observamos, asimismo, una tendencia en los residentes y exresidentes, como nueva generación de profesionales, a ser los más predispuestos a atender PUPDIL, en consonancia con los postulados de la ley.

Llegando al fin del plazo estipulado por la LNSM para la adecuación y sustitución de las instituciones monovalentes, podemos decir que si bien existen experiencias de atención de PUPDIL acordes a la misma, éstas suelen ser aisladas y no se han configurado de manera sistemática, como parte de las prácticas de los profesionales de la salud del AMBA (aún se sigue derivando a estos pacientes a lugares especializados para su internación o tratamiento, respondiendo a una lógica de exclusión y rechazo).

Por último, señalamos como una de las limitaciones de esta investigación, que si bien consideramos a los enfermeros como personal fundamental, no hemos podido entrevistarlos, a pesar de haberlos convocado. Sería importante pensar nuevas estrategias metodológicas que los incluyan.

Invitamos a los equipos de salud, a quienes gestionan los servicios e instituciones, así como a los funcionarios públicos, a transformar de modo colectivo las prácticas en salud mental y adicciones.

## **Agradecimientos**

Al Programa de Becas de Investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, por permitirnos realizar este

trabajo, a través de su financiamiento durante el período 2018 - 2019. A las y los profesionales que nos brindaron su tiempo y disponibilidad.

## Abreviaturas y Acrónimos

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires.

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental.

PUPDIL: Personas con uso problemático de drogas legales e ilegales.

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

CPA: Centro Provincial de Atención.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

## Referencias

- Ardila-Goméz, R. y Rosales, M. (2017) “*El proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: obstáculos y desafíos. ¿Qué dicen los usuarios de servicios de salud mental?*” Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-877809>
- Caravantes L. (2000). Violencia intrafamiliar en la reforma del sector salud de Centro América. En: A.M. Costa, D. Tajer & E. Hamman (orgs). *Salud, equidad y género. Un desafío para las políticas públicas*. Brasilia: Universidad de Brasilia.
- Comes, Y. et al. (2006). *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- Deslandes, S. y Gomes, R. (2007). La investigación cualitativa en los servicios de la salud: notas teóricas. En: M.L. Magalhaes-Bosi y F.J. Mercado (comp.). *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. 1ª edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 81-95.
- Díaz Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)
- Elichiry, N. (2009) *Escuelas y aprendizajes. Trabajos de psicología educacional*. Buenos Aires, Argentina: Manantial
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Pawlowicz M.P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, (14), 113-121.

- Galli, V. (2015). Prólogo. En: Rotelli F. *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. 1a Ed. Buenos Aires: Topia Editorial; p. 5-23.
- Jeifetz, V. (2016). “Adicciones y Género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento”. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población “Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas”. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. CABA, Argentina.
- Ley 26.934. (30 de abril de 2014). *Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina n° 26657. (3 de diciembre de 2010). Boletín Oficial N° 32041 y Decreto reglamentario 603/2013. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Menéndez, E. (1990). “El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis”. En E. Menéndez (ed.), *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR. (2014). *Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad*. Recuperado de [http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioLocaldeConsumosProblematicosyAccesibilidad.ZBerissoZProvinciaZdeZBuenosZAires.ZAoZ2014\\_2.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioLocaldeConsumosProblematicosyAccesibilidad.ZBerissoZProvinciaZdeZBuenosZAires.ZAoZ2014_2.pdf)
- Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR. (2017). *Estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>
- Resolución N°1480-11. (13 de septiembre de 2011). *Guía para Investigaciones con Seres Humanos*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=187206>
- Rodríguez, N. et al. (2013). *Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial*. Recuperado de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/42754/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/42754/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. 1a Ed. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Stolkiner, A. (1987). De Interdisciplinas e Indisciplinas, En N. Elichiry, (Comp.) *El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.