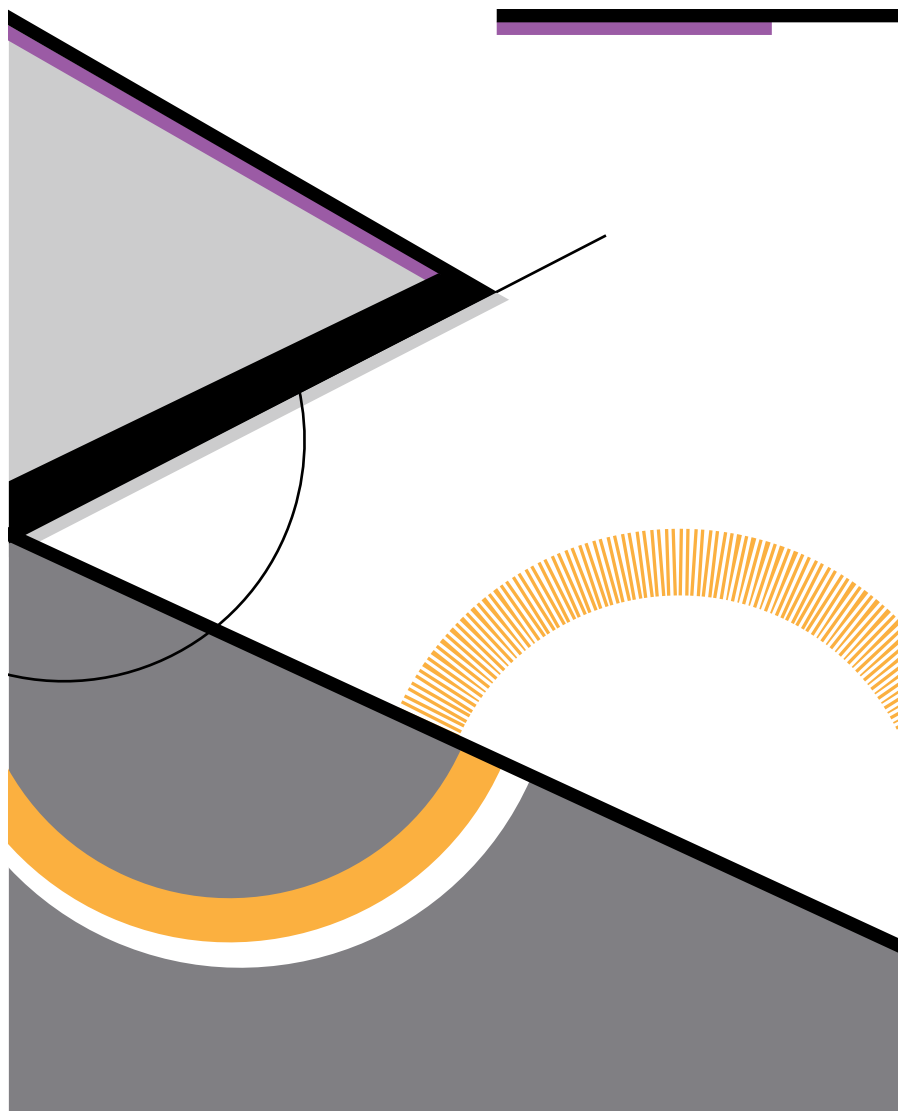


PANORÁMICAS DE SALUD MENTAL

A UN AÑO DE LA SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL Nº 26.657

Colección: De incapaces a sujetos de derechos

SEIS



PANORÁMICAS DE SALUD MENTAL

A UN AÑO DE LA SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL Nº 26.657

PANORÁMICAS DE SALUD MENTAL

A UN AÑO DE LA SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL Nº 26.657

Colección: De incapaces a sujetos de derechos

SEIS



Ministerio Público Tutelar
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Asesoría General Tutelar

Panorámicas de salud mental : a un año de la Ley Nacional Nº 26.657 / coordinado por Ernesto Blanck. - 1a ed. - Buenos Aires : Eudeba, 2011.

92 p. ; 23x16 cm. - (De incapaces a sujetos de derechos; 6)

ISBN 978-950-23-1884-4

1. Salud Mental. 2. Legislación Argentina. Blanck, Ernesto, coord.

CDD 344.0482

Fecha de catalogación: 20/12/2011

© Asesoría General Tutelar
de la Ciudad de Buenos Aires, 2011

Coordinación general: Ernesto Blanck

Coordinación técnica: Gabriela Spinelli

Edición: María Laura Anzorena

Diseño editorial: Lisandro Aldegani y Mariana Piuma

Realización Gráfica: Eudeba

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Se autoriza la reproducción del contenido de la presente publicación siempre que se cite la fuente.

› **Asesoría General Tutelar**

Asesora General Tutelar

Dra. Laura Cristina Musa

Secretaría General de Coordinación Administrativa

Dr. Rodolfo Medina

Secretaría General de Gestión

Dr. Ernesto Blanck (interino)

Secretaría General de Política Institucional

Dr. Ernesto Blanck

› **Asesorías Generales Adjuntas**

Asesora General Tutelar Adjunta de Incapaces

Dra. Magdalena Giavarino

Asesora General Tutelar Adjunta de Menores

Dra. María de los Ángeles Baliero de Burundarena

› **Asesorías ante el Fuero CAyT**

Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones

Dr. Gustavo Moreno

Asesor Tutelar de Primera Instancia Nº 1

Mabel López Oliva (interina)

Asesor Tutelar de Primera Instancia Nº 2

Dr. Juan Carlos Toselli

Asesor Tutelar de Primera Instancia Nº 3

Dr. Jorge Luís Bullorini

› **Asesorías ante el Fuero PCyF**

Asesor Tutelar de primera instancia Nº 1

Dr. Carlos Bigalli

› **Oficinas por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia**

La Boca - Barracas

Av. Alte. Brown 1250. Tel. 4302-1621 / 2853

Villa Soldati - Nueva Pompeya

Av. Varela 3301. Tel. 4919 - 5908

Mataderos - Liniers

Cnel. Cárdenas 2707 / 15. Tel. 2053 -9702 / 2057-9617 / 7518 / 2139



VII. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PARA USUARIOS DE DROGAS: HETEROGENEIDAD Y NUDOS PROBLEMÁTICOS

MARÍA PÍA PAWLOWICZ, ARACELI GALANTE, PAULA GOLTZMAN, DIANA ROSSI, PABLO CYMERMAN Y GRACIELA TOUZÉ¹

1. INTRODUCCIÓN

El interés por los dispositivos de prevención/atención del uso de drogas ha logrado mayor visibilidad durante el debate de la Ley Nacional de Salud Mental².

La Ley Nº 26.657, sancionada en noviembre de 2010 por el Congreso y luego promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional, significó un hito en el campo de la salud mental de la Argentina. Es expresión de la lucha de distintos actores sociales como los movimientos antimanicomiales.

El eje central de los debates, que se han multiplicado en diferentes ámbitos, ha sido el viraje que la ley plantea en torno al modelo de atención, al establecer que la internación sea considerada como “un recurso terapéutico restrictivo” y sólo pueda llevarse a cabo “cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (artículo 14). A la vez, la Ley Nº 26.657 jerarquizó las modalidades de abordaje “interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” (artículo 9). Otra cuestión muy importante es el reconocimiento explícito de los derechos humanos de las personas con pa-

1 Integrantes del equipo de Investigación de *Intercambios Asociación Civil*. Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. “D” (1046). Ciudad de Buenos Aires - Argentina. TE: 54 11 4954 7272, intercambios@intercambios.org.ar. Proyecto de cooperación universitario internacional: Estudios sobre las Políticas y las Prácticas en materia de Toxicomanías. Federación Internacional de Universidades Católicas.

2 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada: 25/11/2010 - Promulgada: 02/12/2010 – Publicada: 03/12/2010 en el B. O.

decimiento psíquico³. Además consideró al consentimiento informado como un parte integral de las prácticas terapéuticas, medida esencial para determinar la intervención de los organismos de protección de los derechos humanos en la atención, especialmente ante las internaciones involuntarias.

En ese marco, Ley Nacional de Salud Mental dispuso en su artículo 4: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. De ese modo, se otorga al tratamiento del *uso problemático de drogas*⁴ el mismo estatuto, incluyéndolo en el campo de la salud mental. No es un tema *satélite*, ya que el nuevo marco normativo exige un profundo replanteo de la representación del usuario de drogas al nominarlo como un sujeto de derecho. También obliga una lectura crítica de los dispositivos de atención por uso de drogas.

Como señaláramos en otra publicación reciente, esta innovación en el marco legal “se imbricó con la discusión sobre la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal –que también ha sido un tema presente en la agenda política en los últimos años– como forma de situar las respuestas sociales hacia el problema en el ámbito de la salud”⁵.

Este artículo expresa ideas de un momento histórico en el que toma relevancia la preocupación por que “no se criminalice el uso de drogas, sino que sea el sector salud, en un trabajo intersectorial que involucre la articulación con políticas sociales y educativas, el que principalmente dé cuenta de la respuesta del Estado a estas problemáticas. No se trata solamente de que el sector salud sea el que *recepte*, como suele decirse, sino que activamente se ges-

3 Entre los derechos se reconocen: el derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho al consentimiento informado; y en caso que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, que sus condiciones sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.

4 Un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley. Fuente: El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007) *El Equilibrista*. Tomo I. Montevideo, Frontera Editorial.

5 Pawlowicz, M. P.; Galante, A.; Rossi (y otras) (2011) “El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas”. Ponencia para el X Congreso Argentino de Antropología Social, “La Antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América Latina”. 29 de noviembre al 2 de diciembre de 2011. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Bs. As. En prensa.

tiene una respuesta activa y eficaz a las problemáticas de salud vinculadas al uso de drogas”⁶.

Por ese motivo, en este trabajo nos proponemos realizar una breve descripción de algunos de los dispositivos de atención por uso de drogas. Tomaremos algunos ejes de reflexión recuperando materiales de una investigación⁷ iniciada en 2005 y llevada a cabo por el equipo de Intercambios Asociación Civil. A modo de apertura de preguntas críticas y en busca de promover la discusión, trabajaremos los siguientes temas: su heterogeneidad (lo que implica dificultades para encontrar criterios de clasificación de los dispositivos) y algunos nudos conflictivos generales de la atención, como los problemas del acceso a los servicios de salud; la tensión entre la especialización de la asistencia del consumo problemático de drogas y su inclusión como parte de la atención general; la importancia de incluir la trayectoria del sujeto en el diseño de las intervenciones; las dificultades planteadas en la asistencia de la *patología dual*⁸ y el modo en que la categoría de responsabilidad en el *uso de drogas* permea la construcción de los dispositivos de asistencia.

2. PERTINENCIA DE LA INCLUSIÓN DEL USO DE DROGAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Desde una perspectiva histórica, el uso de drogas se instituyó como *problema social* en occidente a partir de la Modernidad. Oriol Romani señaló: “(...) los usos de drogas son un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogodependencia como fenómeno social es característico de las sociedades urbano-industriales”⁹. En el mismo sentido, Touzé explicó que se trató del “pasaje en la conceptualización de una práctica que, integrada socialmente durante siglos, pasó a ser definida como desvío, controlada sucesiva y conflictivamente por diversas agencias. (...) Fue en el tránsito de la Modernidad que la tradición y lo

6 Idem.

7 Proyecto de cooperación universitario internacional: Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. “Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas”. 2005-2009. Federación Internacional de Universidades Católicas.

8 La *patología dual* hace referencia, en el discurso médico-psiquiátrico en la atención por uso de drogas, al diagnóstico de dependencia por sustancias y otro problema de salud mental, como por ejemplo, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno bipolar, etc.

9 Romani, O. (1992) “Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención” en: Álvarez-Uría, Fernando (Ed.). *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid, Ediciones Endymión. p. 261.

divino dejaron de ser los valores dominantes que daban sentido a la existencia; se produjeron rupturas en las formas de regulación colectiva que pusieron en cuestión la estabilidad de los lazos sociales y permitieron el desarrollo y la valoración de la subjetividad individual”¹⁰.

El control social de los usuarios de drogas ha sido gestionado conflictivamente tanto por el Derecho como por la Medicina. Por una parte, se ha demostrado que la criminalización del uso de drogas “ha estigmatizado a los usuarios, alejándolos de los servicios preventivos y asistenciales, y distraendo recursos del sistema judicial y de los organismos de seguridad en la penalización de los consumidores en vez de volcarlos en la persecución de los traficantes. Por otra parte, la prohibición de la tenencia de pequeñas dosis de estupefacientes para consumo personal, afecta el derecho a la autonomía de los usuarios”¹¹.

En el ámbito de la salud, la acción estatal implica oportunidades y riesgos, que es necesario analizar en el marco de la nueva Ley de Salud Mental. Retomamos lo trabajado por Goltzman¹², quien señala una serie de oportunidades de inclusión en el ámbito sanitario, con respecto a otros sectores del Estado. En principio, especifica que son áreas en las que existe una estructura de servicios “más fuerte y con más tradición que la que exhiben otras áreas que bien podrían, en una perspectiva de política integral, liderar la respuesta al problema”¹³. A su vez, en Salud se cuenta con especialistas que, aunque con preocupantes deficiencias en su formación para la intervención social, tienen una experiencia disciplinar y herramientas teórico-técnicas para operar con las demandas de atención por el uso problemático de drogas. Por otra parte, es frecuente que los usuarios de drogas hayan tenido contacto en algún momento de su historia con los servicios de salud.

Sin embargo, que los ámbitos de salud sean los que se ocupen centralmente del asunto también implica ciertos riesgos. En principio, como conceptualiza Menéndez, la primacía de la hegemonía del modelo biomédico en relación a otros saberes y prácticas (que no se legitiman en la racionalidad científica) los invis-

10 Touzé, G. (org.) (2006) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Bs. As., Intercambios Asociación Civil - Federación Internacional de Universidades Católicas. p. 24.

11 Galante, A; Pawlowicz, M.P; Rossi D; Corda, A; Touzé, G. Goltzman, P (2011) “El fallo Arriola: Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas”. En el libro de las VI Jornadas de Trabajo Social. IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Bs. As. “Aportes a la construcción de lo público”, Carrera de Trabajo Social, UBA, Bs. As. En Prensa.

12 Goltzman, P. (2010) “Impacto de las políticas de drogas en la situación socio-sanitaria de los usuarios de drogas”, Intercambios/Punto Seguido, Mimeo.

13 Ídem.

biliza unilateralmente obviándolos de los análisis. Este borramiento y subordinación impide reconocer el modo en que el colectivo social “no sólo usa los diferentes saberes y formas de atención, los sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que además es el agente que reconstituye y organiza estas formas y saberes en términos de ‘autoatención’, (...) dado que ésta constituye el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención”¹⁴.

Una de las implicancias de la hegemonía del modelo biomédico es que las intervenciones jerarquizan los aspectos *psi* (intra-psíquicos) y/o biológicos por sobre posibles abordajes de las dimensiones socioculturales. Esto ocurre pese a que sabemos que, en contextos de exclusión social, el uso problemático de drogas remite a problemas de integración social. Otra implicancia es concebir y reducir las prácticas sociales (como es el uso de drogas) a factores de riesgo personal, con la consecuente respuesta: una serie de indicaciones para evitar esos riesgos.

Finalmente, a nivel de las representaciones sobre el usuario de drogas prima la construcción del otro como un enfermo-paciente y del uso de drogas como patología. Estas concepciones se traducen en prescripciones, que en ocasiones se entrelazan con valoraciones de tipo moral o religioso, las cuales desconocen que el uso de sustancias no siempre se convierte en daño.

En definitiva, la respuesta desde las agencias sanitarias tiene sus límites, especialmente en situaciones de vulnerabilidad social. Es necesario “una reflexión permanente sobre la significación de cada uno de los campos, sobre el alcance de las intervenciones y sobre las relaciones de interacción entre las partes”¹⁵.

3. HETEROGENEIDAD: ¿CARACTERÍSTICA TÍPICA DEL CAMPO DE LA ATENCIÓN POR USO DE DROGAS?

Si tratamos de graficar un mapa de los distintos dispositivos de atención¹⁶ por uso de drogas el panorama es sumamente heterogéneo, con variaciones en las que se entremezclan y superponen teorías, modelos de atención, especialistas, prácticas y formas de representar el problema.

Tomamos un listado en el que, a modo de definición, se incluyen en el Censo Nacional de Centros de Tratamientos a “todas las instituciones terapéuticas,

14 Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras*. Bs. As, Lugar. P. 35.

15 Goltzman, P. 2010: Op. Cit.

16 Intercambios ha trabajado en diversas investigaciones las respuestas del campo de la salud a los usos problemáticos de drogas.

públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancia psicoactiva. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas como un centro especializado en el tratamiento de la toxicomanía forman parte del universo. Se consideran todos aquellos dispositivos terapéuticos, privados, estatales, religiosos u otros que separan al paciente, cualquiera sea su edad, de su contexto cotidiano de vida: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas y centros especializados, comunidades terapéuticas, etc., al igual que los llamados *hospitales de día y de noche*. Dispositivos como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, en su modalidad ambulatoria o grupal, también se incorporaron¹⁷.

Sin embargo, la heterogeneidad pareciera no ser privativa de la asistencia/prevenición por uso de drogas sino que el propio campo sanitario en general es sumamente diverso. Además, el panorama occidental de la salud mental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del daño mental y la multiplicidad de tratamientos heterogéneos y mixtos que no siempre cuentan con una fundamentación teórica sólida. Sin embargo, como señala Emiliano Galende, “notablemente, cada una de las concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abierta la polémica y la lucha por cierta hegemonía”¹⁸.

3.1. TIPOS DE DISPOSITIVOS SEGÚN MODELOS DE ATENCIÓN

A la hora de tomar algún criterio de clasificación que permita organizar la diversidad de dispositivos, consideramos la distinción de *diferentes modelos de atención* que representan diferentes saberes y prácticas acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención¹⁹.

17 SEDRONAR (2004): “Informe sobre el Censo Nacional de Centros de Tratamientos”, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, Área Investigaciones a cargo de Graciela Ahumada. Junio de 2004, p. 13, disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe_sobre_el_CENSO_NACIONAL_DE_CENTROS_DE_TRATAMIENTO.pdf

18 Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*, Bs. As., Ed. Paidós, pp.15-16.

19 Menéndez, E. (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

a. Como referimos antes, un modelo claramente distinguible es el que representa el *modelo biomédico* o Modelo Médico Hegemónico (MMH). En el campo de la salud mental, el dispositivo paradigmático es el hospital psiquiátrico. El MMH se caracteriza por su identificación ideológica con la racionalidad científica, por el sostenimiento de prácticas que son principalmente individuales, y por su eficacia pragmática orientada a la curación y a los factores biológicos²⁰. Los hospitales psiquiátricos han sido descritos como instituciones totales basadas en la lógica del encierro y la exclusión; encierro que, de prolongarse, produce la desobjetivación de las personas internadas. Esto se da porque, al homogeneizarse todos los aspectos de su vida (trabajo, esparcimiento, alimentación, aseo, descanso, etc.) bajo una única autoridad (el personal de la institución), éstas van perdiendo su identidad, constituyéndose en enfermos mentales²¹. Por este motivo, son instituciones consideradas por muchos especialistas como pertinentes sólo para la atención *en crisis* o de la *patología dual*²².

b. Otro tipo de dispositivos son las comunidades terapéuticas y los centros con orientación religiosa, que se inscriben en el denominado *modelo alternativo subordinado*²³. Subsidiario del anterior, este modelo integra prácticas en las que se concibe la salud de forma global y holística, cuya eficacia terapéutica está condicionada por la eficacia simbólica y la sociabilidad. Menéndez también los denomina²⁴ de tipo "popular" o "tradicional", describiendo que se incluyen tanto curadores especializados como brujos curanderos, espiritistas, así como el papel curativo de figuras como los santos, y actividades religiosas de distintos cultos. Existe una diversidad de dispositivos denominados "comunidad terapéutica", aunque puede decirse que, en general, intentan modificar la *personalidad adictiva*, que caracterizaría a los usuarios de drogas, a través una nueva socialización²⁵. Ésta se logra cuando el usuario transita una fuerte experiencia afectiva en la comunidad y respeta el rígido sistema de reglas que

20 Ídem.

21 Goffman, I. (1985): *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu. Bs. As.

22 Galante, A; Pawlowicz, MP; Moreno, D; Rossi, D; Goltzman, P; Touzé, G, (2010): "Responsabilidad y consumo en el discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas". *Journal Norte en Salud Mental*, de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkarte, (OME). País Vasco. Feb 2010. Vol. VIII, Nº 36: pp. 24-34.

23 Menéndez, E. (1990): Op. Cit.

24 Menéndez, E. (2009): Op. Cit., p. 31.

25 En este aspecto, las comunidades terapéuticas retoman la idea que la subjetividad se establece a partir de los vínculos con personas significativas, especialmente durante la primera infancia, en un proceso conocido como socialización primaria. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede advertir que las experiencias de re-

la organiza. La importancia de la internalización de normas, en este dispositivo, radica en que el usuario modifique sus hábitos y comportamientos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno, y por ende, sostener la abstinencia²⁶.

c. Un tercer tipo de dispositivo se ubicaría dentro del *modelo de autoatención* en el que el diagnóstico y la atención son realizados por otros sujetos que padecieron o co-padecieron el mismo problema de salud. De este modo la formación se efectúa en base a la experiencia, y la participación legitimada grupalmente es simétrica y homogeneizante²⁷. Consideramos para el análisis de este modelo a los programas de Doce Pasos, que están basados en una confraternidad de referencia con amplia accesibilidad espacial y temporal²⁸. En estos programas se siguen una serie de pasos y normativas que son condición para mantener la pertenencia al grupo. Estos grupos tienen su origen en Alcohólicos Anónimos (AA) y son un antecedente fundante de los grupos de autoayuda²⁹.

3.2. LOS DISPOSITIVOS COMO OBJETOS DE ANÁLISIS

¿Por qué centrarse en los *dispositivos* como objetos de análisis? Este recorte³⁰ nos permite distinguir formas identificables de estructurar prácticas, saberes y disciplinas específicas. Como ya señaláramos, los dispositivos³¹ están constituidos por una pluralidad de individuos, con uno o varios objetivos comunes, y se despliegan en un tiempo determinado, un espacio dado, y con una ins-

conversión se reproducen una situación análoga a la de la niñez, en la medida en que la subjetividad entra en crisis y se vive una situación de fuerte dependencia emocional (19).

26 Galante, A. y otros (2010): Op. Cit., p. 29.

27 Menéndez, E. (1990): Op. Cit.

28 Aunque los programas de Doce Pasos, exceden a los de Narcóticos Anónimos ya que otros grupos también incluyen este dispositivo, el crecimiento de NA nos muestra su expansión: "desde el primer grupo de N.A., los miembros en USA aumentaron desde 1.600 grupos en 1982, hasta más de 20.000 en 1992". En la Argentina comenzó a funcionar en 1986, y actualmente se extiende por varias ciudades y pueblos de las 24 provincias.

29 Galante, A. y otros (2010): Op. Cit., p. 29.

30 Algunos de estos desarrollos que forman parte del marco teórico de la investigación referida también han sido publicados en Pawlowicz, M. P; Galante, A; Rossi (y otras) (2011): "El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas". Ponencia a ser publicada en el CD del X Congreso Argentino de Antropología Social, 29/11 al 2/12 de 2011. Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. En prensa.

31 Silberberg, M.; Rossi, D.; Zunino Singh, D.; Orsetti, L.; Goltzman, P.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2005): "Uso de drogas. Representaciones sociales acerca de los dispositivos de atención". Publicado en el CD de las Terceras Jornadas de Investigación "La Investigación en Trabajo Social en Argentina y en el contexto latinoamericano". Paraná, Entre Ríos, 17-19 de noviembre de 2005.

cripción institucional³². Se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar. Por lo tanto, en una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos como, por ejemplo, grupos de reflexión, actividades de tipo ambulatorio y/o sistemas de internación³³.

En algunos casos los dispositivos se secuencian como pasos progresivos de un mismo tratamiento. En otros, en cambio, se realizan simultáneamente, mientras que en otras ocasiones se deriva a algunos sujetos a uno u otro dispositivo de acuerdo a sus características, como la participación en determinados abordajes grupales como parte de cierta fase de un tratamiento.

También puede suceder que se consideren para la derivación los criterios de admisión de cada dispositivo, como por ejemplo, los límites de la edad, el sexo o la presencia de la llamada *patología dual*. En algunas instituciones ese recorrido por los dispositivos no está prefijado sino que se adecua a la singularidad de cada sujeto, a modo de una ruta orientada por los avatares del tratamiento, que va tomando diferentes rumbos.

3.3. LA MARCA DEL ENCLAVE INSTITUCIONAL

Las lógicas de cada dispositivo se instituyen de acuerdo a las características centrales de cada institución, que demarca su identidad como tal a modo de *cercos*. El tipo de institución determina entonces un encuadre particular, a nivel simbólico y normativo, donde se actualizan imaginarios y mitos.

Por eso aunque en algunas instituciones coexisten diferentes dispositivos, suele haber alguno preponderante, mientras que los otros de distinto modo se subsumen, no sin contradicciones. El caso de los dispositivos de clínica individual psicoanalítica funcionando en una institución asimilada al dispositivo de comunidad terapéutica es frecuente. Allí la articulación sostiene en ocasiones posiciones ontológicamente contradictorias.

También es distinto que, por ejemplo, un dispositivo de Doce Pasos se incluya en el marco de un hospital general, un hospital psiquiátrico, una sociedad de

32 Reformulamos las ideas desarrolladas por Márquez, M. (1995): *De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua y las personas infectadas de VIH/SIDA*, Bs. As.: Ed. Kairós.

33 Pawlowicz, MP, Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J. y Cymerman, P. (2008): "Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas." CD de las VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, CD-ROM, Facultad de Ciencias Sociales - UBA, Bs. As.

fomento barrial o una iglesia. La inserción institucional afecta a los dispositivos dándoles un cariz particular y encuadrando sus posibilidades de articulación. Esto se debe a que una de las funciones más importantes de las instituciones consiste en proporcionar representaciones comunes y matrices identificatorias para los sujetos que participan en ellas. Las organizaciones "producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales, integran a los usuarios dentro del sistema total"³⁴. Los discursos sociales sobre el uso de drogas tienen efectos de poder y saber al constituirse en matrices de significado, que a su vez se anclan en las relaciones sociales e intervienen en la construcción de la subjetividad, tanto de los especialistas como de los usuarios de esa institución³⁵.

Aunque las organizaciones se relacionan continuamente con el conjunto del sistema social, su unidad se logra de forma *negativa*, es decir, al definirse por la ruptura con las instituciones que le precedieron³⁶. Así, cada institución tiende a delimitar un *cercos* que garantiza su integración y evita que sea contaminada o desvirtuada por fuerzas ajenas. El cerco separa el *interior* del *exterior* de la institución, y por un efecto de estructura delimita su acceso. De esta manera se seleccionan a los miembros y se expulsan a los extraños, en base a criterios formales (como la formación académica, la edad, el sexo, la cobertura de obra social o la patología que presentan), o informales (como ciertos comportamientos considerados indeseables)³⁷.

Con estos mecanismos, las instituciones articularían, no sin contradicciones, los *modelos de salud* ya referidos con las particularidades de los *dispositivos*.

4. METODOLOGÍA

Ahora bien, ya abierta la discusión más general y planteadas algunas definiciones que nos permiten interpretar el campo de los dispositivos de atención por uso de drogas, nos abocaremos a desarrollar algunas líneas de análisis. Retomaremos datos de un estudio descriptivo y cualitativo sobre los dispositivos de atención, realizado entre 2005 y 2009.

34 Loureau, R. (1988): *El Análisis Institucional*. Bs. As.: Amorrortu Ed., p. 13.

35 Foucault, M. (1983): *El discurso del Poder*, Bs. As.: Ed. Folios.

36 Para Loureau, R. (1988) la ruptura entre organizaciones concierne a los modelos de acción posible (lo que se puede hacer), las normas de acción impuesta y sancionada (lo que es obligatorio) y los modelos de acción simplemente deseables. Loureau, R. (1988): Op. Cit., p 13.

37 Varela, C. (2004) "La entrada al terreno institucional." En: *Tramas. Subjetividad u procesos sociales*. México. Nº 21, pp 219-237.

Se involucró a 50 *especialistas*³⁸ con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria a usuarios de drogas. El objetivo fue describir las características de los dispositivos destinados a la atención de la salud/enfermedad de los usuarios de drogas en el Gran Buenos Aires³⁹. Como instrumentos para construcción de los datos, se administraron entrevistas abiertas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo.

La muestra fue no probabilística e intencional. Estuvo conformada por 50 especialistas cuya media de edad fue de 44 años. 18 eran mujeres y 32 varones. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud; y muchos de ellos (el 70%) ejercía funciones jerárquicas. La antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años, y más de la mitad tenía experiencia laboral previa en instituciones similares. En 34 casos ejercían cargos directivos. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud (14 psicólogos, 6 psiquiatras, 5 trabajadores sociales y sociólogos y 1 enfermero). De la otra mitad de la muestra, 14 especialistas se definieron como operadores socioterapéuticos y 9 como servidores. Pertenecían a diversos dispositivos entre los que distinguimos: hospitales psiquiátricos, programas de doce pasos, grupos con orientación religiosa y comunidades terapéuticas.

Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas Web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas). En todos los casos se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso, distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

38 Retomamos el concepto de *especialistas* recuperando la definición de Eduardo Menéndez (1990) que incluye como tales a los sujetos particulares que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Comprende a aquellos que tienen formación académica como a curanderos o familiares que brindan cuidados sanitarios básicos. Menéndez, E. (1990): Op. Cit.

39 Actualmente, se utiliza el término "Gran Buenos Aires", para hacer referencia a la unidad cultural e histórica del territorio comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (que es la sede del gobierno nacional) y 24 municipios de la Provincia de Buenos Aires, que la circundan.

5. ALGUNOS NUDOS CONFLICTIVOS TRANSVERSALES A LOS DISPOSITIVOS

Los temas que ameritan ser abordados en el marco de este artículo son varios. Tomaremos sólo algunos de modo sucinto y como apertura de discusiones vinculadas a la implementación de la Ley de Salud Mental.

5.1. LA ACCESIBILIDAD COMO DERECHO

La relación de los usuarios de drogas y los servicios de salud pareciera ser esporádica y discontinua. Especialmente quienes viven en situaciones de exclusión social reportan toda una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud entre las que se destacan las barreras culturales y la vigencia de algunos modelos de intervención que no siempre serían los más adecuados para sus pautas culturales, sus posibilidades y sus necesidades⁴⁰.

En otro estudio⁴¹, los trabajadores de servicios públicos de salud destacaron a las barreras culturales como una importante dificultad que encontraban los usuarios de drogas para en el acceso a los servicios de salud. Los entrevistados se refirieron especialmente a una representación social⁴² de los usuarios de drogas como sujetos con un *estilo de vida* caracterizado por la poca preocupación por su salud y/o el *olvido* de las citas pautadas. Posiblemente, esta imagen opere como un estereotipo que afecte negativamente la relación entre los usuarios de drogas y los equipos de salud. En el mismo estudio también se señalaron como barreras para el acceso: dificultades en la comunicación y en la construcción de una rela-

40 En un estudio cualitativo en el que se entrevistó a 31 usuarios de pasta base de cocaína y crack en sectores pobres de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a que casi la totalidad manifestó haber intentado varias veces suspender el consumo, sólo el 60 por ciento había recurrido a algún tipo de tratamiento. Entre los que sí habían ingresado en tratamiento, en general se observó una visión crítica de éstos argumentando: la dificultad de sostener el requisito de abstinencia, las dificultades de las modalidades más rígidas de encierro, la percepción de un discurso ajeno sienten que no reconoce las diferencias subjetivas, el ingreso compulsivo al tratamiento, las dificultades de la reinserción social luego de estar internados, y en la distancia geográfica de su domicilio. En: Pawlowicz, M.P; Rossi D. y Touzé, G. (2006). Cap. 10. "Los usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada", En: Touzé, G. (comp.) 2006: Op. Cit, pp.137-138

41 Rossi, D; Pawlowicz MP y Zunino Singh D. (2007): *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Serie Documentos de Trabajo. Bs. As.: Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

42 Jodelet define las representaciones sociales como "imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos". Jodelet, D. (1986): "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En Moscovici, S. (comp.) *Psicología Social*. Madrid: Paidós. p. 472.

ción de confianza entre los trabajadores de la salud y los usuarios de drogas; problemas de los usuarios de drogas con sus redes sociales cercanas (*situaciones de la vida cotidiana que les impiden ir, falta contención familiar para seguimiento*); situaciones laborales que impedían disponer de tiempo para concurrir a los servicios asistenciales; barreras de tipo organizacional (burocracia, insuficiencia de horarios, alto grado de fragmentación institucional, largos períodos de espera) y lo que llamaron *el carácter expulsivo* del sistema de salud. En el mismo estudio los trabajadores propusieron la creación y el fortalecimiento de centros especializados e intervenciones comunitarias interdisciplinarias, mostrando la tensión entre las políticas centradas en la especialización y la internación, con las que promueven intervenciones interdisciplinarias y territoriales⁴³.

5.2. LA TENSIÓN ESPECIALIZACIÓN-INTEGRALIDAD

La tensión especialización-integralidad estuvo presente en los discursos de los especialistas del estudio sobre dispositivos. Aunque todos coincidieron en que era necesario una mejor formación en el tema para las diferentes disciplinas, la especialización pareciera plantear un dilema, ya que supone una mayor adecuación de las intervenciones a la especificidad del problema, pero a su vez introduce la posibilidad que los profesionales sin formación específica perciban que la atención por uso de drogas es inabordable para ellos. Esta situación se plasma en el significado que algunos entrevistados daban al encuentro con los usuarios de drogas: era una “una papa caliente”, que a modo de *defensa colectiva* no querían abordar o buscarían cómo derivar rápidamente.

Cabe señalar que cuando se realizó el trabajo de campo, en ocasiones, algunos especialistas que atendían cotidianamente a usuarios de drogas dijeron que ellos no eran “expertos en adicciones” y que por eso no podían opinar sobre el tema. En parte, esta posición se asocia al proceso de hiper-especialización que ha sido una constante en el modelo biomédico. Aunque esto permitió profundizar el conocimiento en salud, también contribuyó a la fragmentación de las prácticas sanitarias. Históricamente, la ciencia moderna se construyó en base al ideal analítico que establece que para conocer una entidad determinada es necesario separarla en partes y luego proceder a su análisis, con el fin último de reintegrarlas al finalizar el proceso. Sotolongo, Codina y Delgado Díaz señalan que este momento de integración del saber no tuvo lugar en la ciencia moderna, sino que por el contrario, fue especializándose cada vez más y cons-

43 Rossi, D; Pawlowicz MP y Zunino Singh D. (2007): Op. Cit.

truyendo un “saber-poder” disciplinario que no sólo obstaculiza el diálogo entre disciplinas, sino que también genera relaciones de dominación entre los especialistas (que detentan el poder y el saber sobre un área de la realidad) y los legos, quienes deben aceptar su definición de los problemas y de los modos de actuar sobre ellos, en tanto se supone que carecen del conocimiento necesario para comprenderlos adecuadamente⁴⁴. El uso de drogas es una práctica compleja que requiere de la integración de saberes provenientes de distintas disciplinas y de la experiencia y los saberes de los usuarios de drogas. Éstos tienen un conocimiento específico sobre las prácticas de uso de drogas y sus sentidos, sobre los códigos que comparten los grupos de usuarios y sobre las prácticas de las instituciones hacia ellos. Por ello, en la tarea de articulación interdisciplinar, el conocimiento acerca de la pertinencia de las estrategias de atención no es patrimonio de una disciplina en particular, sino que se va definiendo en torno a la construcción de un saber colectivo⁴⁵.

5.3. RECUPERANDO EL CONCEPTO DE TRAYECTORIAS

Al problema de la fragmentación entre disciplinas, servicios y sectores, se suma la falta de continuidad de los tratamientos. Los especialistas entrevistados relataron: “Lo habitual es que los adictos dejen, retornen, dejen, retornen, a los tratamientos”⁴⁶. Si esto fue entendido como habitual, llama la atención que varios especialistas hayan descrito al abandono del tratamiento como un *fracaso* (o una *recaída* cuyo significado parecería connotar una condena moral asociada, en algunos dispositivos, a la idea de pecado). Pensamos que este tipo de lecturas puede obturar los cambios, reforzar culpas e impedir una lectura diacrónica y global del proceso.

Cabe señalar que la idea de discontinuidad no siempre tiene el mismo significado en la atención de la salud mental. Si hacemos una analogía con otra problemática también compleja como la violencia de género, recuperamos el modo en que la atención es concebida como un proceso discontinuo, con idas y

44 Sotolongo Codina, P. y Delgado Díaz, C. (2006): *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Bs. As.: CLACSO.

45 Galante A; Rossi D; Goltzman P; Pawlowicz (2009): “Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva”. *Rev. Escenarios*. MP Universidad Nacional de La Plata. Noviembre 2009, Nº 14:113-121, p. 117.

46 La discontinuidad expresada en términos de los motivos para abandonar y para retomar un tratamiento aportan claves para la comprensión del problema y para la revisión de las intervenciones.

vueltas, en el que la intervención parte de una perspectiva del proceso y busca transformaciones paulatinas y sinérgicas.

Un segundo tema vinculado a la temporalidad es el modo en que algunos discursos (presentes especialmente en los programas de Doce Pasos) conciben al uso problemático de sustancias como una enfermedad crónica, que incluso para estas perspectivas es *incurable*, e implica que los sujetos se consideren *adictos* de por vida. Esta concepción remite a la lógica propia del modelo de la Psiquiatría Clásica, en el que la enfermedad mental es concebida como un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal, que conduce a que las acciones preventivas se basen en identificar la enfermedad antes de su pleno desarrollo y efectuar un pronóstico⁴⁷.

En la misma línea circula otra representación acerca de la *carrera adictiva*, por la cual se considera que los usuarios de drogas se inician con alcohol, luego pasan necesariamente a otra sustancia, para seguir después con el uso de cocaína, en una espiral creciente que termina con la muerte. Esta idea constituye una metáfora que oculta la heterogeneidad de las prácticas de los usuarios de drogas y señala un patrón universal que invisibiliza el atravesamiento de condiciones históricas, sociales y económicas. Además, es evidente que no todas las personas que consumen alcohol luego pasarán al consumo de cannabis, para seguir con el de cocaína. El sesgo determinista obtura la opción de transitar hacia estados de mayor bienestar físico, psíquico y social. Esta apuesta a la transformación, que en el campo de la salud es uno de los objetivos de las intervenciones (llámese “mejorar la calidad de vida”, “rehabilitar”, “la cura”, etc.) debe constituirse además como un compromiso ético para los especialistas.

En fin, para ambos temas, consideramos importante remarcar que los problemas relacionados con las drogas se desarrollan en una “trayectoria con interrupciones, giros, reversibilidad del proceso”⁴⁸, con “momentos de consolidación de las situaciones, y otras etapas residuales”⁴⁹. Reconocerlo significa recuperar la trayectoria subjetiva de los sujetos frente a estos avatares.

47 Braunstein, N. (1980): *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Ed. Siglo XXI, México.

48 Las nociones desarrolladas retoman las descriptas por Michel Kokoreff en el Seminario de Doctorado “Sociología de las drogas y antropología de los territorios”. Organizado por Centro Franco- Argentino. 12 al 23 de abril de 2004.

49 Estos conceptos son desarrollados por Megías, E. (2000): *Organización de los servicios asistenciales*. En: Grupo Igia et al (2000): *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Grup Igia, Barcelona. Pp. 369-382.

5.4. EL PROBLEMA DE LA LLAMADA “PATOLOGÍA DUAL”

Otro tema que preocupa a los especialistas es la cuestión de la llamada “patología dual”. Ellos insistieron en que resulta un problema por la falta de distinción clara del *diagnóstico principal* que impide definir el tratamiento, cuidando que el trastorno primario no esté *enmascarado*, como por ej.: determinar si un síntoma, como las alucinaciones, es causado por el uso de alguna droga o por un cuadro de esquizofrenia.

Estos casos involucran una serie de problemas y barreras de acceso particulares. Debido a que requieren atención psiquiátrica, muchas instituciones especializadas no los admiten ya sea por no tener recursos humanos, o por la no admisibilidad de personas con tratamiento farmacológico⁵⁰, o “porque no son agrupables” para los dispositivos grupales.

Cabe destacar que los sujetos con diagnóstico de *patología dual* están expuestos a una mayor vulnerabilidad, y además presentan deterioro general de su salud, o viven en condiciones de pobreza extrema.

5.5. LA CATEGORÍA DE RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON EL USO DE DROGAS

Analizar la responsabilidad de los sujetos en relación con el uso de drogas es importante tanto en el campo de la salud como en el del derecho. El uso de algunas drogas es considerado socialmente un delito y una enfermedad, y las respuestas hacia el problema se enmarcan en el ámbito de lo sanitario y de lo punitivo, produciéndose un entrecruzamiento de lógicas diferentes que tensionan las situaciones particulares de distintos modos⁵¹.

Retomando el artículo de Galante y otros⁵², desde el punto de vista jurídico, la responsabilidad en la comisión de un delito es constitutiva del establecimiento de la pena. En cambio, en los procesos de salud/enfermedad/atención la responsabilidad tiene otro estatuto. En la década del 50, Parsons postulaba que, en su *rol social de enfermo*, la persona no es considerada responsable de la situación que vive y se la exime de cumplir con sus obligaciones habituales en

50 Muchas instituciones, especialmente las comunidades terapéuticas, basan su tratamiento en que el usuario no tenga ningún tipo de contacto con sustancias psicoactivas, incluyendo a los psicofármacos prescritos por un médico.

51 Touzé, G., (2006): Op. Cit., p. 25.

52 Galante, A. y otros (2010): Op. Cit., pp. 24-34.

tanto busque ayuda técnica y coopere en la recuperación⁵³. Esta conceptualización se complejiza cuando se piensa en la multiplicidad de enfermedades (como por ejemplo, las infecciosas), en las que la carga moral y los procesos de estigmatización se entrecruzan en las concepciones y las prácticas respecto de la enfermedad.

Como marco para el análisis, hay que aclarar que, en principio, la responsabilidad podría definirse como “un esquema regulador de interacciones de respuestas tendientes a desarrollar sentimientos de propiedad sobre los propios actos y de autoridad sobre los mismos”. Esta noción de responsabilidad, aunque proviene del campo jurídico, ubica el concepto en el campo de lo *psi*, en tanto se refiere a un proceso vincular⁵⁴. La etimología latina de la palabra responsabilidad alude a la relación entre dos o más personas: la fórmula *spondeo* significa ser garante de sí mismo o de otro ante un tercero y parece entrañar una relación con la obligación y el cumplimiento de un compromiso, un deber o una deuda⁵⁵. Entonces, una persona sería responsable en la medida en que fuese capaz de responder por algo o alguien ante un otro que establezca su cumplimiento o su ausencia⁵⁶. Además, desde el discurso moral-jurídico, un acto genera derechos y obligaciones sólo si fue efectuado voluntariamente. De manera tal que si una persona realiza un acto formal sin discernimiento, sin intención o sin libertad, puede impugnarlo, y desentenderse de la responsabilidad sobre sus consecuencias⁵⁷.

Al indagar entre los especialistas, las posiciones sobre la responsabilidad de los usuarios de drogas oscilan entre la culpabilización y la des-responsabilización, según el dispositivo. Tanto el inicio como el uso ocasional de drogas fueron asociados más frecuentemente con la posibilidad de un control responsable de la propia práctica. Pero el consumo frecuente y en altas dosis se asoció a una pérdida de responsabilidad.

Sin embargo, hubo distintas maneras de concebir el pasaje del uso ocasional al problemático. Esquemáticamente, podemos distinguir ciertos enfoques que se centran en la “peligrosidad de la sustancia”, otros que enfatizan las “fa-

53 Parsons, T. (1982): *El sistema social*. Madrid: Alianza (Traducción del original en inglés *The social system*. New York: Free Press, 1951).

54 Efrón, R. (2005): “Consideraciones sobre los adolescentes y la responsabilidad”, Mimeo, Bs. As.

55 Agamben, G. (2000): *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. Homo Sacer III. Valencia, España: Pre-textos.

56 Galante, A. y otros (2010): Op. Cit., p. 27.

57 Llabias, J.J. (2007): *Tratado de Derecho Civil. Parte General*. Tomo II, Personas Jurídicas, Bienes, Hechos y actos jurídicos. Bs. As.: Editorial Perrot.

llas de la personalidad” y otros hacen hincapié en “el ambiente enfermo”. Estas diferencias –no excluyentes- operan en la construcción de los dispositivos de atención: la importancia dada a la sustancia y al contexto enfermo vuelve plausible el aislamiento del usuario en los dispositivos de encierro y los tratamientos basados en la medicación, mientras que si el acento está colocado en la estructura de la personalidad, es posible que el objetivo sea re-socializar a los sujetos.

6. REFLEXIONES FINALES

Durante el proceso de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se ha colocado en la agenda política la cuestión de los derechos de los usuarios de drogas. Pero la implementación afronta distintos desafíos. En este artículo hemos reflexionado acerca de algunas cuestiones que dan cuenta de la complejidad de la aplicación de los postulados de la ley.

Un aspecto a tener en cuenta es la historicidad de los consumos de sustancias y de los sucesivos tratamientos de las personas que usan drogas, que se configuran como trayectorias singulares, no siempre *escuchadas* por los especialistas de los servicios a los que consultan. En ese sentido, se hace necesario interrogar el sesgo determinista que puede implicar la idea de *carrera del adicto*, y poner en cuestión el postulado de algunos dispositivos sobre *empezar de cero* en cada tratamiento. La experiencia previa de los usuarios de drogas puede influir en los significados que se recrean en su encuentro con los especialistas.

Hace falta redefinir las terminologías, los argumentos y las intervenciones a partir de la diversidad y complejidad de los consumos en sus múltiples contextos. Los dispositivos son desafiados a rediseñarse en pos de los cambios permanentes en los consumos, los sujetos y los colectivos sociales, los contextos de uso de drogas y las políticas. Un concepto que amerita abrir la discusión es el de la responsabilidad de los usuarios de drogas con respecto al uso de drogas y a las decisiones ligadas a sus tratamientos.

La complejidad del problema exige intervenciones diversas e integrales. Para fomentar estos procesos es necesario redefinir la formación de grado de las disciplinas que participan de los equipos de atención en salud mental, para promover la aprehensión de los paradigmas de la complejidad y, desde posiciones críticas, brindar herramientas para la intervención comunitaria y el trabajo en Atención Primaria de la Salud.

A su vez, se hace necesario superar la fragmentación e instalar prácticas que concreten el trabajo en equipos interdisciplinarios y los abordajes intersectoriales entre distintas áreas del Gobierno con la participación de la academia, la sociedad civil y los propios usuarios de drogas. En las articulaciones intersectoriales, el Estado tiene un rol fundamental en la regulación de las instituciones del campo de la salud mental para el cumplimiento de los principios bioéticos y el respeto a la dignidad de las personas.

Finalmente, recalamos la importancia de la generación de espacios de debate y de participación colectiva para la discusión de la reglamentación de la ley de modo que se transite hacia el establecimiento de mecanismos que garanticen el derecho a la salud mental, y a una atención de calidad, no estigmatizante, voluntaria y oportuna.