

Lineamientos para intervenciones integrales de los consumos problemáticos de la Provincia de Río Negro

Lineamientos para intervenciones integrales de los consumos problemáticos de la Provincia de Río Negro



Enero de 2025



AUTORIDADES

Alberto Weretilneck

Gobernador de la Provincia de Río Negro

Demetrio Thalasselis

Ministro de Salud

Leonardo Gil

Secretario de Salud

Marina Deorsola

Subsecretaria de Articulación de Programas de Salud

Norma Mora

Directora Ejecutiva del Programa Abordaje Integral de Consumos
Problemáticos - APASA

Darío Cabrera

Coordinador de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos

Autoras:

Jorgelina Di Iorio
Graciela Touzé



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 01. Introducción | 5 |
| 02. Objetivos | 9 |
| 03. Marco normativo | 11 |
| 04. Principios para intervenciones integrales | 16 |
| a. Interdisciplina | 17 |
| b. Integralidad | 18 |
| c. Intersectorialidad | 19 |
| d. Interseccionalidad | 20 |
| 05. Orientaciones conceptuales | 22 |
| a. Consumos de sustancias | 23 |
| b. Lo problemático en los consumos | 24 |
| c. Tipos de consumos | 25 |
| d. Riesgos, cuidados, beneficios | 27 |
| e. Estigma, discriminación y acceso a la salud | 29 |
| f. Reducción de riesgos y daños | 30 |
| 06. La red provincial de atención de consumos problemáticos | 33 |
| 07. Algunos criterios para un abordaje integral | 41 |
| a. ¿Prohibición o regulación? | 42 |
| b. Organizadores de la intervención | 44 |
| c. ¿Cuándo intervenir? | 46 |
| d. ¿Qué servicio para qué situación? | 48 |
| e. Continuidad de cuidados en la red de atención | 51 |
| Agradecimientos | 54 |
| Bibliografía | 55 |

O1. Introducción





01.

Introducción

A nivel mundial, los problemas de salud mental y consumos problemáticos poseen una prevalencia muy alta. Un estudio argentino, el único de alcance nacional en población general, evidencia que el 29,1% de las personas a lo largo de su vida, experimenta algún padecimiento en salud mental que requiere atención por los servicios de salud (Stagnaro et al, 2018).

En la Argentina, el 17% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 34% de los años de vida perdidos por discapacidad (APD) corresponden a problemáticas de salud mental que incluyen las autoagresiones, suicidios, consumos problemáticos de sustancias y problemas neurológicos (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Pero aún más importante, las principales enfermedades crónicas no transmisibles, que son las más frecuentes y las principales causas de muerte, poseen importantes componentes psicosomáticos. Esto significa que traen consecuencias en la salud, la forma en que las personas vehiculan sus conflictos, el estilo de vida y hábitos que adoptan, así como la capacidad de desarrollar y de tratar los desafíos, las pérdidas, el padecer subjetivo y las somatizaciones.

En relación con el consumo de sustancias, el último informe de la [Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito \(UNODC\)](#) indica que en 2022, casi 292 millones de personas, es decir, 1 de cada 18, habían consumido alguna droga en el último año, un 20% más que el decenio anterior. Nuevas estimaciones basadas en una nueva metodología sugieren que 1 de cada 81 personas en todo el mundo (64 millones) sufría un trastorno por consumo de drogas en 2022, y que esa cifra suponía un aumento del 3% con respecto a 2018. El informe asimismo señala que, según las nuevas estimaciones disponibles, solo 1 de cada 11 personas con trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento por drogodependencia en todo el mundo en 2022, lo que supone un descenso con respecto a 2015.

La [Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022](#) arrojó los siguientes datos: entre la población de 16 a 75 años del país, las sustancias que presentan mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida son alcohol (84,7%) y tabaco (49,2%), ambas de uso legal. La marihuana, tanto de uso no terapéutico como de uso terapéutico, se ubica en



tercer lugar, con una tasa de consumo alguna vez en la vida del 26,3%. En tanto, su uso no terapéutico alcanza una tasa del 21% mientras que el uso terapéutico un 9,3%. Le sigue el consumo de alguna vez en la vida de tranquilizantes con y sin prescripción médica, cuya tasa de consumo resulta de 14,1%. Al respecto, el 2% de los usuarios alude haber consumido, alguna vez en la vida, tranquilizantes s/pm. La tasa de consumo alguna vez en la vida de cocaína es de 3,9% y un 3,2% la de consumo de alucinógenos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023).

Los marcos jurídicos y políticas públicas, en tanto que determinantes socio-políticos de la salud, cumplen un papel importante en garantizar o no la accesibilidad a los servicios y en las posibilidades de obtener mejores o peores resultados. En materia de drogas, las leyes y políticas que criminalizan, estigmatizan y vulneran los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en las personas con consumos problemáticos, tienen mayores efectos negativos, y de modo desproporcionado entre quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad (Mofokeng, 2024). En tal sentido, la atención de las personas con consumos problemáticos de sustancias representa un gran desafío que requiere una respuesta integral por parte de la política pública.

En la Provincia de Río Negro, la [Ley Provincial K N° 5151](#) de 2016, creó la Agencia para la Prevención y Asistencia ante el Abuso de Sustancias y de Adicciones (APASA), como entidad autárquica de derecho público, bajo la supervisión directa del Gobernador de la provincia. Simultáneamente, funcionaba el Programa de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos, dependiente del Ministerio de Salud provincial. La Agencia y los Hospitales de la Provincia abordaban los consumos problemáticos por caminos paralelos, hecho que produjo dificultades y controversias, tanto en el tratamiento como en la promoción y prevención de la salud de los/as ciudadanos/as rionegrinos/as, y fundamentalmente, una grave dispersión de recursos públicos.

A partir de la asunción del nuevo mandato del Gobernador Alberto Weretilneck, el Gobierno de la Provincia de Río Negro decidió vincular la Agencia APASA al Sistema Sanitario Provincial. En el marco de la reestructuración de las principales áreas del Estado, el 7 de diciembre de 2023 se sancionó la [Ley de Ministerios N° 5683](#); la misma dispone que esta Agencia pase a depender del Ministerio de Salud como autoridad de aplicación¹.

Como resultado de esta decisión, durante 2024 la Agencia para la Prevención y Asistencia del Abuso de Sustancias y de las Adicciones (APASA) y la Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos, iniciaron un proceso de integración a fin de articular los programas, recursos, dispositivos y acciones destinados a la prevención, promoción y atención de las personas con consumos problemáticos, desde un enfoque centrado en la salud pública y los derechos humanos.

1. "Entender en el ámbito de su competencia y en coordinación con otras áreas, lo referido a la prevención y rehabilitación del abuso y consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo (APASA)". Ley N° 5683. Art. 20, Inc. 14.



La implementación de intervenciones integrales en materia de consumos problemáticos requiere diversificar las modalidades y espacios de cuidado, atención y acompañamiento, reducir las barreras de acceso a tratamientos adecuados, brindar un trato digno y respetuoso a las personas que consultan en los servicios, e impulsar la formación de los/as trabajadores/as del sistema de salud de la provincia, con estándares actualizados en la temática.

Este documento sobre **Lineamientos para intervenciones integrales de los consumos problemáticos de la Provincia de Río Negro**, se propone acercar herramientas conceptuales e instrumentales para los equipos de salud y actores de la sociedad civil, considerando las particularidades y la diversidad de los dispositivos que conforman la red de atención provincial.

02. Objetivos





02.

Objetivos

Objetivos generales

- Contribuir al fortalecimiento de una política pública para el abordaje integral de los consumos problemáticos en la Provincia de Río Negro, posicionada en la perspectiva de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las personas que Padecen Sufrimiento Mental".
- Promover la articulación entre los dispositivos dependientes de la Agencia para la Prevención y Asistencia del Abuso de Sustancias y de las Adicciones (APASA), y los del Programa de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos (PSMCyCP), a fin de sistematizar una propuesta integral de abordaje de los consumos problemáticos.

Objetivos específicos

- Favorecer la reflexión de los equipos de salud sobre los procesos de intervención posibles en el marco de la práctica institucional y comunitaria para el abordaje de los consumos problemáticos.
- Ofrecer orientaciones conceptuales e instrumentales para el abordaje integral de los consumos problemáticos, a los/as trabajadores/as del sistema de salud provincial, que se desempeñan en dispositivos en todos los niveles de atención, a fin de construir criterios comunes de comprensión e intervención.
- Promover la atención de los problemas vinculados a los consumos de sustancias psicoactivas legales e ilegales, desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños y la continuidad de los cuidados desde un enfoque respetuoso de los derechos humanos.

03. Marco normativo





03.

Marco normativo

En su reciente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental llama la atención sobre las consecuencias del marco jurídico internacional existente en materia de fiscalización de drogas, que influye en que los países apliquen en sus territorios leyes y políticas punitivas que vulneran varios derechos humanos, en particular el derecho a la salud. *"La estigmatización y la penalización del consumo de drogas suponen un obstáculo para que las personas con trastornos por consumo de drogas accedan a los servicios, establezcan relaciones terapéuticas y mantengan los regímenes de tratamiento, lo cual se traduce en peores resultados de salud ya que, además de la estigmatización, es posible que teman las consecuencias legales o que se las someta a hostigamiento y juicio"* (Mofokeng, 2024:9).

En el caso de la República Argentina, ese marco jurídico internacional se encarna en la [Ley de Estupefacientes N° 23.737](#) que, entre otras medidas, penaliza la tenencia de drogas, aún en el caso de estar destinadas al consumo personal.

Ahora bien, este enfoque punitivo se ve interpelado por una serie de normas que sostienen la perspectiva de derechos y que promueven el desplazamiento de las intervenciones de los sectores de la Justicia y la policía hacia sectores del campo de la salud y de las políticas sociales.

En este sentido, la Provincia de Río Negro se ubicó a la vanguardia cuando institucionalizó el proceso de reforma de la atención en materia de salud mental en el año 1991 con la sanción de la [Ley N° 2440 "Promoción Sanitaria y Social de las personas que Padeцен Sufrimiento Mental"](#), actualizada en el 2018 por la Ley N° 5349, que sustituyó su texto íntegro, sin modificar su número original, lo que fue expresamente solicitado y autorizado en el recinto, para resguardar el reconocimiento histórico que conlleva. La ley rionegrina promueve intervenciones desde el modelo de la salud mental comunitaria con quienes tienen algún tipo de padecimiento mental, cuestionando los abordajes manicomiales-asilares que producen segregación y abandono, y constituye un valioso antecedente de la [Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010](#).



La Ley 26.657 no deja lugar a dudas cuando establece: *"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"* (Art. 4). Los derechos y garantías de los pacientes con consumos problemáticos son también reconocidos por la [*Ley N° 26.934/2014 de Creación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos \(IACOP\)*](#) en su artículo 9.

El paradigma de derechos y de salud integral en el campo de los consumos supone reconocer, entre otras cosas, la capacidad jurídica de las personas, los problemas vinculados con los consumos problemáticos como un estado modifiable, y la obligación de informar de manera adecuada y comprensible sobre el tratamiento, con el fin de fortalecer la autonomía progresiva y generar una corresponsabilidad entre las personas que se atienden y los equipos de salud. Esta perspectiva implica abandonar las atribuciones previas de incapacidad y peligrosidad, así como la imagen unívoca y homogénea del "adicto-delincuente-enfermo". Es decir, la *"existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado"* (Ley 26.657, Art. 5).

La Provincia de Río Negro ha decidido llevar adelante una política pública para el abordaje integral de los consumos problemáticos, posicionada en la perspectiva de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las personas que Padecen Sufrimiento Mental", implementada desde el Ministerio de Salud con la articulación de la Agencia para la Prevención y Asistencia del Abuso de Sustancias y de las Adicciones (APASA), y el Programa de Salud Mental Comunitaria y Abordaje de los Consumos Problemáticos (PSMCyCP).

La Provincia cuenta, además, dentro del ámbito de la Defensoría del Pueblo, con el Órgano de Revisión de Salud Mental. Este organismo está compuesto por un equipo de profesionales, y según el art. 28 de la Ley 2.440 está facultado para proteger y garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental, incluidas las personas con consumos problemáticos. El Órgano de Revisión cumple una función central en el control de legalidad de las internaciones voluntarias e involuntarias.

Tanto en el artículo 14 de la Ley 26.657 como en el artículo 1 de la Ley 2.440, se concibe a la internación como un recurso terapéutico restrictivo, posible de ser utilizado frente al agotamiento de otras posibilidades terapéuticas y/o cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizable en el entorno familiar, comunitario o social.

En el caso de que la persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente, los requisitos para la indicación de internación involuntaria están previstos en la legislación: *"a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar*



"la situación de riesgo cierto e inminente (...), con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera" (Ley Nacional 26.657, Art. 20 y Ley Provincial N° 2.440, Art. 17).

Los derechos de las personas con consumos problemáticos

En la provincia de Río Negro y en Argentina existen distintas leyes que promueven y garantizan los derechos de las personas con padecimiento mental y/o consumos problemáticos. La Ley Provincial N° 2440, en sintonía con la Ley Nacional N° 26.657, reconoce que las personas con usos problemáticos de sustancias, legales o ilegales, tienen derecho a:

- recibir atención integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.
- conocer y preservar su identidad, su historia y grupo de pertenencia.
- que la atención que reciban esté basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- tener acompañamiento antes, durante y luego del tratamiento, de quien ella elija.
- rechazar o aceptar asistencia espiritual o religiosa.
- ser asistida por parte de un familiar, abogado/a, o quien designe, a acceder a sus antecedentes familiares e historia clínica.
- que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.
- que no se la identifique o discrimine por un padecimiento mental actual o pasado.
- recibir información de manera adecuada y comprensible de los derechos que la asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.
- poder tomar decisiones relacionadas con la atención y el tratamiento dentro de sus posibilidades.
- recibir una terapia personalizada en un ambiente apto con resguardo de la intimidad, siendo reconocida siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.



- no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- no ser sometida a trabajos forzados.
- recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

En esta línea, entre la legislación vigente, también se encuentra la [*Ley Nacional N° 26.529/2009 de Derechos del Paciente*](#), que señala la obligatoriedad de recibir un trato digno y respetuoso de las convicciones personales y morales, de respeto a la autonomía de la voluntad, resguardo de la identidad personal y confidencialidad, de recibir información sobre su salud o incluso rechazar recibirla. Requiere especial atención el derecho al consentimiento informado, no solo por el derecho a recibir información clara y completa sobre el tratamiento, sino a fin de que la persona pueda consentir o no, con el fin de fortalecer la autonomía progresiva y generar una corresponsabilidad entre quien es atendido y el equipo de salud. Dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del proceso de atención y tratamiento.

En relación con las infancias y las adolescencias, todas las intervenciones deben enmarcarse en los principios y derechos de la [*Ley Provincial N° 4.109/2006 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes*](#), de la [*Ley Nacional N° 26.061/2005 de Protección Integral*](#) y de la [*Convención sobre los Derechos del Niño*](#) (1989) primando siempre el "interés superior de niñas, niños y adolescentes". Es decir, la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en la ley, a fin de asegurar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, así como el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías (Ley 4.109, artículo 10).

La Ley Provincial N° 4.109 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho "a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud" (Artículo 21). Asimismo, al establecer la asistencia preferencial (Artículo 22), el estado provincial debe garantizar el acceso a los servicios de salud, respetando las pautas culturales reconocidas por la comunidad a la que pertenecen, siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. En particular ante las situaciones de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, se deben generar acciones coordinadas entre el Sistema de Protección de derechos y el área de salud pública a fin de asegurar la asistencia médica, psicológica, social y gratuita a niñas, niños y adolescentes (Artículo 24).

04. Principios para intervenciones integrales

- a. Interdisciplina
- b. Integralidad
- c. Intersectorialidad
- d. Interseccionalidad



04.

Principios para intervenciones integrales

La inclusión del abordaje de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas legales e ilegales en el campo de la salud mental no se limita a meros cambios legislativos, sino que implica transformaciones conceptuales, instrumentales, organizativas y socio-culturales para garantizar los derechos de las personas que usan drogas y la atención en salud de quienes tienen consumos problemáticos.

Garantizar la protección de los derechos, asegurar la asistencia en los servicios, y reducir el estigma y la segregación, requiere una modalidad de abordaje organizada en los siguientes principios:



a. INTERDISCIPLINA

Los consumos de sustancias psicoactivas constituyen un fenómeno complejo, en el que se enlazan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos, culturales, psicológicos y físicos, que generalmente se abordan desde miradas fragmentadas.

Son prácticas sociales que se configuran de modos particulares de acuerdo al sector social, el momento histórico, las condiciones socio-políticas, la etnia, la generación, y las identidades de género. Las combinaciones de estas y otras condiciones sociales y epocales dibujan coordenadas particulares de escenarios y sentidos de los usos de drogas tanto en el plano individual como colectivo.



Esto requiere respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada interdisciplinaria, desde la que se promueva la reciprocidad y enriquecimiento en los intercambios de las diferentes disciplinas con el objeto de generar una convergencia y complementariedad entre saberes (Pombo, 2013). Es decir, implica abandonar la excesiva simplificación para comprender y abordar los múltiples problemas asociados con los consumos de sustancias legales e ilegales, así como otras problemáticas vinculadas a entornos digitales.

Un abordaje de los consumos que se aleje del modelo médico hegemónico, implica incluir diferentes tecnologías: instrumentos y equipamientos, saberes técnico-científicos disciplinares, así como aquellos saberes relacionados a los encuentros, a las historias de vida, a los vínculos no sólo entre las personas sino con las sustancias (Carvalho, Feuerwerker & Merhy, 2007).

La metáfora de las tecnologías, lejos de ser leída como una mirada compartimentada, es utilizada para referir a la diversidad de herramientas que coexisten en quienes integran los equipos de salud, las cuales expresan procesos productivos singulares en las intervenciones con consumos problemáticos:

1. **Tecnologías duras**, aquellas para las que tradicionalmente se usa esta palabra, es decir, aparatos para diagnóstico y tratamiento (rayos X, resonancia magnética, camas para internación, etc.), sistemas computarizados de historias clínicas y otros informes de las personas usuarias.
2. **Tecnologías leves-duras**, los saberes sistematizados y estructurados, como la psicología, enfermería, medicina, psiquiatría, trabajo social, entre otros, que se dan en una interrelación entre la persona que tiene consumos problemáticos y los efectores de salud.
3. **Tecnologías leves**, son saberes no específicos de ninguna profesión, que también aluden al espacio de relaciones entre efectores de salud, las personas que usan drogas y otros actores del entorno. Hacen referencia a los vínculos, los procesos de protección y responsabilización, que tienen un gran potencial en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, permitiendo abandonar, en el campo de los consumos, los enfoques centrados en la sustancia y en la enfermedad.

b. INTEGRALIDAD

Desde el paradigma de los cuidados en salud, instrumentalizar el abordaje de los consumos problemáticos requiere de estrategias integrales y del trabajo en red. Esta perspectiva supone asumir los siguientes postulados:



- articular entre las acciones asistenciales, preventivo-promocionales y de continuidad de cuidados.
- garantizar la atención en todos los niveles de complejidad, que en el caso de los consumos problemáticos se traduce en la presencia de dispositivos con base comunitaria, dispositivos ambulatorios en servicios de salud, dispositivos residenciales, guardias hospitalarias, servicios de desintoxicación, internación, dispositivos de inclusión socio-laboral y socio-comunitaria.
- abordar las dimensiones biológica, psicológica, social e histórico-cultural que configuran el campo de problemas de los consumos problemáticos.
- articular las políticas públicas a través de la acción intersectorial, de modo de incidir sobre los determinantes de la salud y las condiciones de vida.

Las estrategias de abordaje serán integrales en la medida en que la centralidad está puesta en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos, para desde allí resignificar modos instituidos de atención. En el campo de los usos de drogas, esto implica abandonar la respuesta terapéutica de tipo universal, aceptando que lo que orienta el proceso de atención es la singularidad de quien está atravesando algún problema vinculado con sus consumos.

La eficacia de un recurso asistencial no es abstracta, sino que se produce de modo situado en función de la persona, del tipo de relación que establece con sus consumos, de la disponibilidad y organización de los dispositivos en un territorio. Esto implica reconocer la necesidad de los diferentes tipos de servicios, incluso aquellos que contemplen la abstinencia, siempre y cuando sea lo que demanda la persona y no un ordenador externo de la atención. Por ello es necesario un trabajo articulado y en red, en el que se distinga el tipo de respuesta que cada dispositivo puede dar, favoreciendo la accesibilidad a los servicios de salud, la permanencia y la continuidad en los cuidados.

C. INTERSECTORIALIDAD

El sector salud no puede responder de manera aislada a la diversidad de factores interrelacionados (culturales, sociales, psicológicos, físicos, legales, económicos y ambientales) en las problemáticas complejas. El abordaje de los consumos requiere contemplar estrategias de coordinación, articulación y participación de diferentes miradas y actores, a fin de dar una respuesta integral e integrada.



El concepto de *intersectorialidad* se vincula al de *interinstitucionalidad* que se refiere a la capacidad de diferentes instituciones y organizaciones para trabajar juntas de manera efectiva, superando barreras, para abordar desafíos complejos y alcanzar objetivos comunes. El objetivo principal del trabajo interinstitucional es generar sinergias y fortalecer las capacidades de cada institución, para lograr impactos más significativos y sostenibles en la sociedad.

La articulación con educación, desarrollo social, trabajo, cultura, seguridad y justicia, resulta central e implica un doble movimiento: a) hacia el interior, atrayendo a todos los actores, instituciones y redes que trabajen directamente en torno a esta problemática y b) hacia el exterior, haciendo presente la temática de los consumos de drogas en el resto de las políticas sectoriales y participando en las instancias de articulación. En este sentido, la conformación de mesas intersectoriales o mesas locales constituye una herramienta que permite garantizar la accesibilidad a los servicios de atención, la continuidad de los cuidados así como la inclusión social de las personas que atraviesan problemas vinculados con los consumos.

d. INTERSECCIONALIDAD

Esta categoría proviene de las epistemologías feministas y propone cruzar las desigualdades por motivos de género, con las de edad, etnia, clase, discapacidad, entre otras, lo que permite dar cuenta de la multiplicidad y complejidad de los problemas vinculados con los consumos de sustancias psicoactivas y la imposibilidad de abordajes universales.

La interrelación entre distintas opresiones ubica a distintas personas en posiciones sociales de mayor vulnerabilidad, a la vez que configura particularidades en los problemas vinculados con los consumos. Por ejemplo: personas adultas en situación de calle, las personas LGTBIQ+, las infancias y las adolescencias.

Reconocer esas diferencias implica, por ejemplo, en relación con niñas, niños y adolescentes, no estigmatizarlos, entender su situación desde un enfoque respetuoso y sin prejuicios, así como no negar la atención en función de la edad. La autonomía progresiva, tal como se establece en las legislaciones internacionales, nacionales y provinciales, reconoce que las y los adolescentes de entre 13 y 16 años pueden tomar decisiones sobre su salud (consultas, tratamiento y prácticas). Tienen derecho a acceder a servicios de salud mental sin la autorización de sus progenitores, aunque se les aconseja que los informen. Asimismo, tienen derecho a recibir información sobre su salud y los tratamientos disponibles, participando activamente en decisiones sobre su atención y expresando sus deseos y preferencias sobre los tratamientos que reciben, en función de su capacidad de comprensión (Código Civil y Comercial de la Nación, artículo 26). Las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en ese período (prácticas invasivas), “son aquellas en que existe evidencia científica que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o que se generarán secuelas físicas para NNyA y no solo en aquellas que tal consecuencia pudiera existir” (Soubies y Muñoz, 2018:27).



En clave de género, la interseccionalidad como perspectiva para diseñar las estrategias de intervención en consumos problemáticos, supone abandonar el cisexismo como cosmovisión en el sistema de salud. El cisexismo es un sistema que produce diferencias entre las personas y las jerarquiza. Esta jerarquización supone una distribución socio-cultural desigual y binaria -lo que se espera sobre la masculinidad o la feminidad- y la aplicamos casi de modo lineal con las personas trans, atribuyendo por un lado identidades femeninas o masculinas según atributos observables, y por el otro asumiendo que todas las personas trans son iguales y tienen las mismas trayectorias (Millet, 2020).

Algo similar podría pensarse en relación con la etnia, en particular sobre los desafíos de construcción de un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados en el que la medicina ancestral de las comunidades indígenas no sea subalternizada, ya que sus conocimientos y sus prácticas en relación a la medicina, a la salud y al territorio muchas veces no son escuchadas porque no pueden ser enunciadas en términos público-estatales. El reconocimiento por el Pueblo Mapuche en torno a sus saberes del *lawen* (medicina ancestral) “expresa que, además de la necesidad de acceder a su medicina mapuche y a los tratamientos de los y las machi, para atender la salud es central la realización de ceremonias (...). En este sentido, ha sido central comprender los usos y relationalidades del territorio con fines medicinales y las perspectivas o relationalidades que abarca el *lawen*, proveniente de los elementos de la naturaleza como las plantas de uso medicinal, la tierra, las piedras, y los seres del mundo espiritual” (Santisteban 2020:92). Estas consideraciones étnicas no se reducen a lo vinculado con la medicina mapuche y el uso del *lawen*, sino la necesidad de desandar décadas de prejuicios, discriminación y racismo hacia las comunidades indígenas y hacia el pueblo mapuche en particular.

En síntesis, la interseccionalidad² como herramienta implica abandonar la estandarización de los cuerpos y la invisibilización de las diferencias, identificando dónde, en las formas aprendidas y naturalizadas, están ubicadas esas operaciones y hacer esfuerzos concretos para no reproducirlas.

2. La separación entre edad, género y etnia en los ejemplos es sólo para fines pedagógicos. Justamente pensar desde la interseccionalidad implica que las situaciones se componen con la multiplicidad de segmentos que dan lugar a formas particulares en las que se expresan, en este caso, los consumos problemáticos.

05. Orientaciones conceptuales

- a. Consumos de sustancias
- b. Lo problemático en los consumos
- c. Tipos de consumos
- d. Riesgos, cuidados, beneficios
- e. Estigma, discriminación y acceso a la salud
- f. Reducción de riesgos y daños



05.

Orientaciones conceptuales

a. CONSUMOS DE SUSTANCIAS

Se utiliza el término *droga* para referirse a todas aquellas sustancias, tanto naturales como artificiales, que tienen acción sobre los seres vivos y que al ser incorporadas al organismo producen cambios. Dentro de las innumerables sustancias que se incluyen bajo la categoría drogas, se encuentran las *sustancias psicoactivas*, que son las que actúan a nivel del sistema nervioso central produciendo al consumirlas alteraciones en la percepción, en el estado de ánimo y en el pensamiento (Touzé, 2010).

El antropólogo Oriol Romaní complejiza esta definición al señalar que son “*sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan*” (Romaní, 1999:53).

La cuestión del consumo excede largamente a las múltiples sustancias existentes, legales e ilegales, naturales y sintéticas, estimulantes y depresoras. Del mismo modo es plural, heterogéneo y socialmente construido el modo en que las personas nos vinculamos con las sustancias (Touzé, 2006). No se trata sólo de cantidades, frecuencias y combinaciones, sino de rituales, de sentidos y de modas, de mercados y de regulaciones, de gustos y placeres. Las representaciones sociales que fetichizan las drogas, asignándoles poderes (González Zorrilla, 1987), invisibilizan los complejos entramados de factores vinculados al consumo.

Desde una perspectiva de salud integral y derechos humanos, concebir los usos de sustancias psicoactivas, “*requiere comprender las creencias, regulaciones y emociones, plasmadas en las prácticas que se despliegan en los territorios. No sólo de quienes usan sustancias, sino de quienes los rodean, que en sus relaciones y grupos regulan, sancionan y valoran de modo particular esas prácticas*” (Pawlówicz, Di Iorio y Touzé, 2022:114).



b. LO PROBLEMÁTICO EN LOS CONSUMOS

Pese a que se trata de un fenómeno diverso y plural, se tiende a homogeneizar lo vinculado con los consumos bajo la categoría "el problema de la droga". En el mismo sentido, al pensar en lo problemático, se suele reducir la mirada al tipo de sustancia. Atender la complejidad de los consumos de sustancias, requiere considerar las siguientes cuatro dimensiones conjuntamente:



(Goltzman, 2018:43)

- **¿Quién consume?** Todas las personas tienen una realidad física y psíquica diferente, por este motivo tienen distintas formas de reaccionar, de hacer, vincularse, estar y consumir. También existen diferencias según el género, edad, pertenencia étnica y otras condiciones sociales de vida. La motivación y el sentido que las personas le dan al consumo de sustancias, están vinculados al trayecto de vida, a una historia singular y colectiva. También importa el momento de la vida donde se desarrollan los consumos, el momento de inicio, etc.
- **¿Qué sustancia se consume?** Hace referencia a si la sustancia es legal o no y también a su procedencia, su composición química, su calidad y qué efectos genera sobre el sistema nervioso central.



- **¿Cómo se consume?** Alude a la dosis, la frecuencia, las vías de administración (fumada, aspirada, inyectada o ingerida de forma oral), y la combinación de una sustancia con otra.
- **¿Cuándo y dónde se consume?** Se refiere al tiempo, lugar y contexto, es decir, los escenarios de consumo, que condicionan el tipo de uso. Si la persona consume en soledad o acompañada, o lo hace en un ámbito público o privado. Las leyes, normas, valores y patrones culturales, así como el contexto social y económico, contribuyen a la totalidad de las vivencias del consumo de sustancias y a las redes sociales y vinculares donde se desarrolla, y las otras prácticas que acompañan los consumos.

Lo problemático está vinculado al modo en que una persona se vincula con las sustancias que consume. No depende por tanto, únicamente de la cantidad o la frecuencia de los consumos, ni se reduce a un tipo de sustancia. Lo problemático se construye de modo situado y a partir de la combinación de esos 4 elementos. Del mismo modo, es central considerar el sentido que adquiere el consumo para las personas y/o grupos sociales, y los modos en que se regulan, individual y colectivamente, los consumos de sustancias.

c. TIPOS DE CONSUMOS

No todos los consumos son iguales, ni todos los consumos son problemáticos. Esto no significa afirmar que los consumos de sustancias psicoactivas no tienen riesgos; por el contrario, no existen consumos inocuos, todos producen algún tipo de efectos físicos, psicológicos, sociales. En este sentido, resulta fundamental distinguir entre consumos problemáticos y consumos no problemáticos.

Los **consumos problemáticos** constituyen un problema de salud. Remiten a situaciones donde la forma de relacionarse con las sustancias produce consecuencias negativas para la persona y/o su entorno, pudiendo expresarse en problemas de salud física y/o psicológica, modificaciones en sus relaciones sociales, afectivo-personales, de trabajo, de estudio, e incluso las relaciones con la ley. Esto puede ser durante un período de particular conflicto en la vida de una persona que se sustenta en el tiempo o que sea transitorio, y requiere acompañamiento y atención. Son consumos que pueden producir dependencia física y/o psíquica.

Es decir, “*se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente (...) la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud*” (Ley 26.934, art. 2).



Los **consumos no problemáticos** no generan dependencia y no se configuran como un problema de salud que requiera atención especializada. Esto no significa que no tengan riesgos o posibles consecuencias negativas en distintas esferas de la vida de una persona que usa drogas y su entorno.

Esta distinción permite afirmar que existen diferentes formas en las que las personas se relacionan con las sustancias psicoactivas, e incluso esa relación puede variar a lo largo del tiempo, no sólo cambiando el tipo de sustancia, sino los sentidos atribuidos a ese consumo, la cantidad, la frecuencia, etc.

Pese a que desde una perspectiva manicomial-asilar se tiende a pensar que los consumos de sustancias psicoactivas en la vida de una persona, tienen un recorrido predeterminado, lineal, evolutivo y acumulativo, estos presentan interrupciones, giros, repliegues, momentos de consolidación. Frente a la lógica de la "carrera adictiva", hablamos de **trayectorias de consumo**, abandonando la idea de un patrón universal que invisibiliza las condiciones históricas, sociales, culturales, económicas y personales en las que se consumen sustancias psicoactivas (Pawlowicz et al, 2011).

Los diversos modos en que las personas se relacionan con las sustancias psicoactivas, independientemente de que pueda configurarse esa relación como problemática o no problemática, se pueden clasificar en:

- **Experimentales:** son los primeros contactos, sin que suponga la continuidad del consumo. Está relacionado con las situaciones donde las personas exploran o prueban para saber de qué se trata. En general ubicamos en esta categoría los consumos en contextos recreativos de las adolescencias. También podría incluirse el uso con fines terapéuticos del cannabis en personas de la tercera edad.
- **Ocasionales:** son los consumos que se dan sin continuidad y bajo ciertas circunstancias de tiempo, espacio, compañía u ocasión, donde no hay una búsqueda activa de la sustancia. Podría incluirse lo que se conoce como consumo social del tabaco, personas que no suelen comprar cigarrillos ni consumirlos diariamente, pero que en algunas ocasiones sociales, con ciertas personas, pueden fumar.
- **Habituales:** cuando el consumo es regular y frecuente, y la persona puede continuar con sus actividades cotidianas sin que se vean afectadas particularmente por el consumo. Se dan bajo ciertas circunstancias de tiempo, espacio, compañía u ocasión, y al igual que los dos anteriores, no suelen representar un conflicto para la persona que consume sustancias ni para las otras personas con las que se relaciona cotidianamente.



- **Dependientes:** el indicador distintivo es que las actividades de la vida de las personas se organizan alrededor del consumo, que pasa a ser una motivación central en sus vidas. Se manifiesta a través de una necesidad imperiosa de consumir, más bien de modo compulsivo. Estos consumos pueden generar situaciones de conflicto con otras personas, producir efectos en sus trayectos educativos, laborales, etc. e implican un alto grado de sufrimiento psíquico.

Todos los consumos dependientes son problemáticos. A su vez, los consumos habituales, experimentales y ocasionales no son problemáticos per se, pero pueden darse situaciones en las que estos consumos revistan un carácter problemático, lo que hace central el trabajo de prevención y promoción en salud.

d. RIESGOS, CUIDADOS, BENEFICIOS

Riesgo es un concepto polisémico, y por lo tanto deja cierto margen a ambigüedades y valoraciones contrapuestas. Mientras que en algunos escenarios y contextos, el riesgo se asocia a la idea de peligro y de daño, en otros prevalecen connotaciones positivas, como cuando se hace referencia a los deportes de riesgo, sugiriendo "*tanto la necesidad de experimentar y arriesgar como, contrariamente, la de prevenir y evitar, según las situaciones*" (Rodríguez San Julián, 2013:117).

No obstante, en particular en el campo de los consumos de sustancias, los riesgos suelen comprenderse sólo desde la óptica de los daños, confundiendo frecuentemente ambos términos pese a remitir a dos dimensiones distintas. El siguiente ejemplo ilustra el solapamiento de ambos conceptos. Para reducir los accidentes de tráfico (daño), es importante operar sobre riesgos, como conducir bajo efectos del alcohol, pero es también importante utilizar el cinturón de seguridad para reducir el impacto del daño si se produce un accidente.

Cuando los riesgos quedan ligados a su vertiente de los daños -en el ejemplo anterior, consumir alcohol es igual a tener un accidente automovilístico- se excluye el beneficio implícito en el concepto de riesgo, que implica el balance entre las posibles ventajas frente a los posibles daños. Siguiendo con el consumo de alcohol, éste también produce efectos neuronales, sociales, psicológicos valorados positivamente, buscados en algunos casos, como por ejemplo, la desinhibición social que puede hacer que las personas se sientan más cómodas en ciertos contextos, o el sentirse parte de un grupo.

Como se mencionó en apartados anteriores, todos los consumos de sustancias psicoactivas tienen riesgos, pero esto no significa que quienes consumen necesariamente vayan a sufrir daños.



Una mención aparte merece la categoría de riesgo cierto e inminente, entendida como *"aquella 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"* (Decreto Reglamentario 603/2013, art. 20). Esta categoría debe distinguirse de la noción de riesgos asociados a los consumos (físicos, psicológicos, sociales y legales), ya que implica que, en un momento particular de la trayectoria de consumo de una persona, exista la posibilidad inmediata de que ejecute auto o heteroagresiones, viéndose afectada su capacidad de juicio y de la prueba de realidad. No todos los consumos suponen un riesgo cierto e inminente ni toda trayectoria de consumo puede leerse desde esa clave. Solo una evaluación interdisciplinaria objetivada puede establecer esta situación, único criterio sobre el cual se funda la internación involuntaria de una persona con consumos problemáticos.

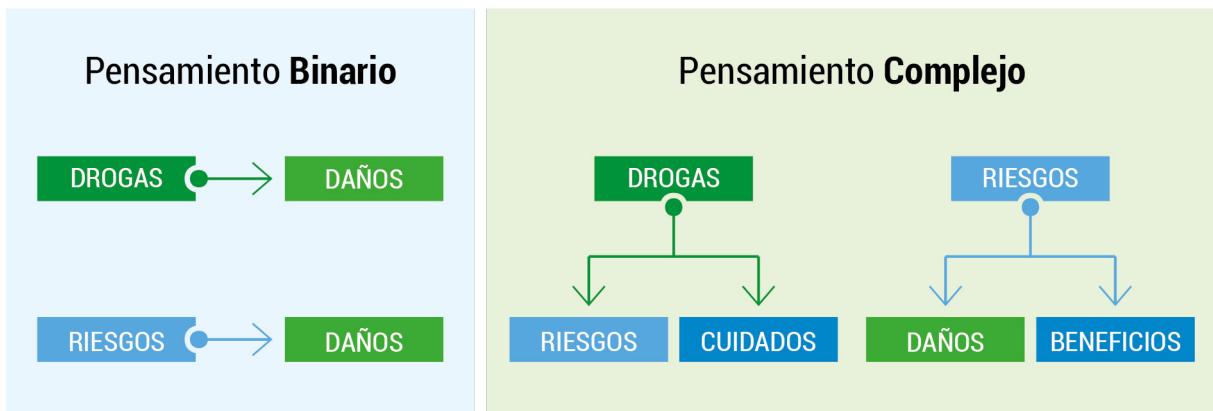
En el marco de construir abordajes integrales, resulta necesario abandonar la conceptualización de riesgo como algo unívoco y como indicador de la probabilidad de ocurrencia de eventos o fenómenos. Ese concepto de riesgo asociado a patrones de ocurrencia es el que hegemonicamente se utiliza en la atención en salud (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). Por el contrario, hay multiplicidad de riesgos, que se suceden en simultáneo, en contextos y situaciones concretas, cargados de sentidos singulares y grupales. Incluso desde una lectura interseccional, esos riesgos se diferencian en función de la edad, la clase, el género, la etnia. Por ejemplo, si pensamos en los contextos de consumos recreativos, distinguimos mayores vulnerabilidades a vivir una situación de violencia sexual entre mujeres y personas del colectivo LGTBQI+, a la vez que para las masculinidades de pueblos originarios hay mayores vulnerabilidades a experimentar violencias físicas provenientes de masculinidades hegémónicas.

Desde una lectura lineal, la información de los riesgos asociados a las drogas (en su vertiente de los daños) es condición suficiente para tomar decisiones "correctas". Se espera una cierta correlación de modo que a mayor nivel del riesgo/daño percibido, menor sería el consumo. Sin embargo, esta correlación no es perfecta, y deja vacíos de comprensión sobre todo en *"situaciones en las que, siendo conscientes de los posibles daños, las personas deciden consumir (o experimentar), sin que ello pueda ser considerado como un comportamiento irracional o patológico"* (Rodríguez San Julián, 2013:118).

Frente a esta asociación riesgo-dáño, que deslegitima por irracionales las decisiones y/o comportamientos de las personas que consumen sustancias psicoactivas considerándolas irresponsables, se propone la lógica *riesgos-cuidados-beneficios* que desafía la mirada hegémónica. Es decir, descartar los decálogos sobre el "deber ser" para poder producir cuidados desde lo que "realmente es y está pasando", midiendo riesgos y beneficios, y producir así, desde los efectores de salud, nuevos sentidos sobre los lugares que los consumos tienen en la vida de las personas (Goltzman, 2018).



Al abandonar una retórica del riesgo que refuerza contenidos morales se produce un proceso de producción de salud, que en el caso de los consumos de sustancias psicoactivas implica evaluar los riesgos, identificar los beneficios y producir cuidado. La producción de salud alude a *"procesos de negociación de sentidos y transformación de prácticas, cuyos resultados sean el producto de un conjunto de acciones y estrategias que promueven habilidades y favorecen la inclusión en otros escenarios sociales"* (Di Iorio, 2015:33).



Alejados de la lógica de la precaución, la tríada riesgo-cuidado-beneficio como herramienta, implica reemplazar la idea de riesgo como ocurrencia, por la de riesgo como contingencia (Almeida Filho et al, 2009). Es decir, por un lado, la valoración de los efectos vinculados con los consumos de sustancias puede variar entre riesgo o beneficio, según el contexto y las personas. Y, además, la posibilidad de que ciertos daños puedan ocurrir en una situación de consumo específica depende de múltiples factores, lo que imposibilita establecer relaciones lineales de causalidad.

e. ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A LA SALUD

El estigma asociado a los consumos de sustancias psicoactivas afecta la vida de las personas, generando impactos en la salud física y mental, en las oportunidades y el desarrollo laboral, en la formación de la propia identidad y en las relaciones personales, sociales y comunitarias.

Ciertos atributos, en determinados momentos, se convierten en un estigma, funcionan como falla, defecto o desventaja, generando que las personas poseedoras de dicho atributo sean clasificadas y etiquetadas de manera negativa. Dejamos de percibir a la persona en su totalidad y la reducimos a un ser menospreciado en función de poseer un atributo desacreditador, quedando su identidad restringida a lo objetivamente atribuido por ser parte de ese grupo social (Goffman, 2006).



Desde esta perspectiva, consumir sustancias psicoactivas deja de ser considerado, como lo era en la antigüedad, como una práctica cultural ritual, facilitadora del vínculo social o vehículo hacia lo sagrado, para convertirse en un problema social, que incomoda y que debe ser tratado. Es decir, pasa a convertirse en atributo altamente desacreditador. Esto significa que el consumo de drogas ha quedado asociado a estereotipos tales como comportamientos delictivos, a la peligrosidad y el riesgo, los padecimientos psíquicos, el VIH, entre otros.

La percepción social dominante que encadena conceptualmente droga-delito-inseguridad ciudadana, legitima mecanismos de control encarados desde los Estados (por ejemplo, tratamientos compulsivos, represión penal, judicialización, medicalización) o inscriptos en acciones de rechazo social en la vida cotidiana como producto de la negativización de los consumos. Encuentran de este modo justificación prácticas discriminatorias y estigmatizantes claramente violatorias de los derechos de las personas que usan drogas (Di Iorio y Pawlowicz, 2021).

Este proceso de estigmatización es el que hace que las personas que usan drogas sean criminalizadas y judicializadas. Es a su vez, a partir de este mismo proceso, que se generan situaciones que aumentan las posibilidades de experimentar riesgos, que agravan los problemas socio-sanitarios asociados a los consumos, y que se incrementan los obstáculos para acceder a la atención por temor al rechazo y por miedo al castigo. Es decir, la estigmatización afecta la búsqueda de ayuda específica, y es una de las principales barreras de acceso y de permanencia en los servicios.

Las consecuencias negativas de la estigmatización impactan de manera particular sobre las vidas de las mujeres y comunidades LGTBIQ+. La doble estigmatización (ser mujeres y ser usuarias de drogas) y la representación de las usuarias como "mujeres fracasadas" (Arana y Germán, 2005) genera que reciban mayor condena social, mayores sentimientos de culpa y vergüenza, así como ocultamiento de sus prácticas de consumo.

Reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que usan sustancias psicoactivas, requiere desarrollar acciones en diferentes niveles, que van desde el diseño de las políticas públicas hasta la revisión de las propias actitudes como equipos de salud, promoviendo hablar sobre las creencias y prejuicios hacia las personas usuarias de sustancias legales y/o ilegales (Hansen, 2020).

f. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

La Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) es una perspectiva instrumental, conceptual y ético-política *"para pensar la problemática de drogas de una forma desprejuiciada y sin el sesgo que se desprende de lógicas prohibicionistas que han promovido modelos de abstinencia como única opción"* (ABD, 2018:9). La RRyD está contemplada en la legislación nacional, ya que la Ley N° 26.657 y la Ley IACOP la incorporan como modalidad de atención.



Como señala la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en términos instrumentales “*la reducción de daños abarca una amplia variedad de políticas, programas y prácticas destinados a minimizar los efectos negativos –sanitarios, sociales y jurídicos– asociados al consumo de drogas, así como con las leyes y las políticas en materia de drogas*” (Mofokeng, 2024:15).

Basada en los principios de justicia y derechos humanos, se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo (Harm Reduction International, 2008). Es decir, intervenir desde la RRyD “*significa darnos un trabajo de fondo, que no sólo sea técnicamente más eficaz, sino que sea socialmente más justo (...) significa no sólo revisar el prohibicionismo en el caso de las drogas sino problematizar formas de intervención y de relaciones de poder jerarquizadas*” (Romaní, 2013:51).

Si bien son conceptos próximos, Reducción de Riesgos y Reducción de Daños no son idénticos. El primero se halla más próximo al de prevención ya que opera sobre la probabilidad del daño, en tanto que el segundo remite más a la faceta asistencial cuando el daño ya está presente. No obstante, se nomina como “reducción de riesgos y daños” desde un abordaje en materia de salud que parte de un continuum preventivo y asistencial.

Desde el punto de vista ético-político, supone una reflexión tanto sobre la definición de los usos de las drogas, de las personas que las usan, así como de los principios que orientan las intervenciones. Es decir, dejar de concebir los usos de drogas como delito y/o como enfermedad y registrar su carácter de práctica social; reconocer la capacidad de las personas que usan drogas para desarrollar formas de cuidado y modificar prácticas de riesgo; construir intervenciones que den lugar a puntos de encuentro con potencialidad transformadora subjetiva y política. La RRyD remite a “*otra ética de relación con el uso de drogas, configurando un campo de posibilidad no prohibitivo (en el que las relaciones que se establecen entre los usuarios y los equipos de atención) fomentan poder y autonomía que se traducen en un mayor bienestar y acceso a derechos*” (Goltzman y Di Iorio, 2013:56).

En América Latina, la RRyD se ve atravesada por prácticas y reflexiones que se integran con las tradiciones de la educación popular, la salud colectiva, la salud mental comunitaria, y amplía su definición como reducción de vulnerabilidades en contextos de violencias estructurales (Goltzman, 2016).

¿Qué implica trabajar desde la RRyD para los equipos de salud?

Desde la perspectiva de salud integral y salud mental comunitaria, trabajar desde la RRyD contempla garantizar el acceso a los servicios de salud, incluyendo todo otro tipo de acciones que apoyen y fortalezcan procesos en el ámbito laboral, educativo, legal y habitacional, fortaleciendo las redes sociales de apoyo y promoviendo el cuidado personal, grupal y comunitario.



Incluye comprender los diversos sentidos vinculados con los consumos de sustancias psicoactivas, reconociendo distintas trayectorias y las distintas posibilidades de respuestas asistenciales. Resulta importante mencionar que desde esta perspectiva se contempla la abstención del consumo como parte de una estrategia integral, acorde a las posibilidades y demandas de la persona con consumos problemáticos, siendo una entre otras opciones de tratamiento. Y ante todo, requiere incluir a las personas que usan drogas en el diseño y la implementación de programas junto con los equipos de las diferentes disciplinas en una posición más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones.

El trabajo desde esta perspectiva implica el diseño, implementación y monitoreo de acciones tendientes a:

- **remover obstáculos** en el acceso y permanencia en los servicios de salud.
- **diversificar** las acciones y los recursos de cuidado, adaptando los servicios a las necesidades de las personas.
- **interpelar** las representaciones sociales hegemónicas y modificar la percepción social estigmatizante acerca de las drogas y de las personas con consumos problemáticos.

Siguiendo a Nery Filho (2017), se distinguen 3 dimensiones o niveles de la RRyD:

1. **acciones de primer nivel** que consisten en la distribución de insumos o de elementos para aumentar los cuidados, los cuales varían en función de las prácticas de consumo. Por ejemplo, en algún momento en Argentina se requirió la distribución de jeringas descartables para los usos inyectables de drogas, pero hoy las acciones incluyen la distribución de preservativos, de pipas para cocaínas fumables, de kits de higiene personal. Incluso acciones como el testeo de sustancias en contextos recreativos.
2. **acciones de segundo nivel** coexistentes con las de primer nivel, aluden al reconocimiento, al intercambio de experiencias y al encuentro entre quienes están afectados por problemas vinculados con los consumos y los equipos de salud. Aluden a todas las acciones asociadas al uso de las tecnologías blandas y a la dimensión vincular-afectiva en la producción de cuidados.
3. **acciones de tercer nivel** o dimensión política, referidas al trabajo de diseño y abogacía de políticas de drogas no punitivas, basadas en estándares de derechos humanos, desde una pluralidad respetuosa de las diferencias y apoyada en un compromiso que permita producir salud sin juzgar ni criminalizar.

06. La red provincial de atención de consumos problemáticos





06.

La red provincial de atención de consumos problemáticos

El sistema de salud en la Provincia de Río Negro, al igual que en el resto del país, está estructurado por el subsector público, el de la seguridad social u obras sociales y el privado. A su vez, el subsector público cuenta con efectores que dependen de la jurisdicción provincial, municipal y/o nacional. Por su parte, el subsector privado está integrado por organizaciones de la sociedad civil, organizaciones sociales e instituciones privadas, muchas de las cuales son parte de la red de atención de los consumos mediante convenios.

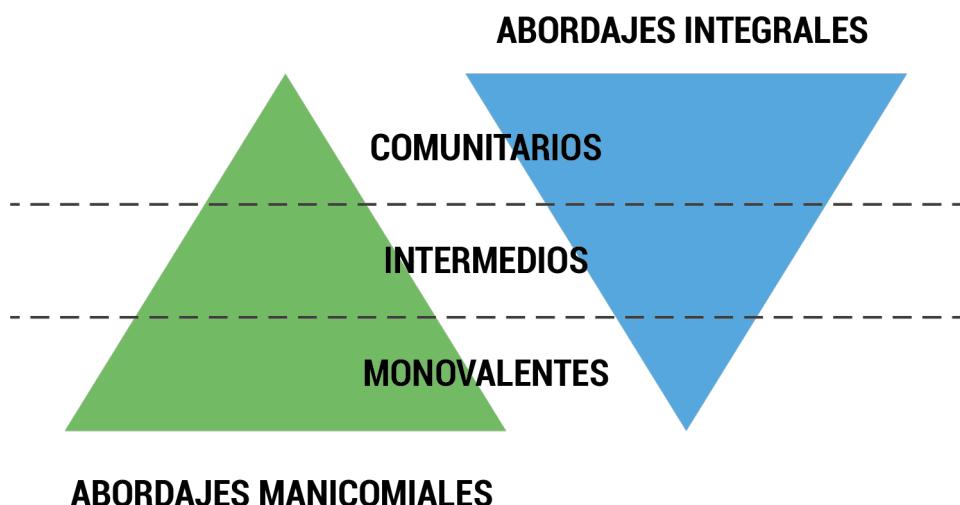
El sistema de salud público provincial está integrado por 36 Hospitales Áreas Programas y 148 Centros de Salud, distribuidos en 6 zonas sanitarias, cada una de las cuales integra y coordina un conjunto de áreas programadas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados.





La organización de los servicios y el trabajo en red resultan centrales para garantizar el acceso a la atención para las personas con consumos problemáticos, la permanencia y la continuidad de la misma.

En contraposición a los abordajes manicomial-asilares, en los que la oferta asistencial se concentra en los dispositivos monovalentes (clínicas psiquiátricas, hospitales monovalentes), los abordajes integrales requieren de una amplia red de servicios locales.



Desde esa lógica se comprende la existencia de Servicios de Salud Mental Comunitaria en 32 de los 36 Hospitales Área Programa de la provincia, así como una amplia red de servicios de atención de consumos problemáticos municipales, provinciales y nacionales. En línea con lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental, se pone especial énfasis en el fortalecimiento de una red de dispositivos con base en la comunidad, sin desconocer la integralidad del sistema de atención de los consumos problemáticos que puede incluir la internación, tanto voluntaria como involuntaria, como recurso terapéutico restrictivo susceptible de ser utilizado si aporta mayores beneficios que el resto de las intervenciones.

Con la intención de ofrecer una atención en salud estratificada y articulada, los servicios de salud se ordenan en 3 niveles de atención, a partir de distinguir el tipo de asistencia que brindan y los niveles de complejidad:

- **Primer nivel de atención:** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto, y constituye la puerta de entrada al sistema de salud. En el campo de los consumos problemáticos, está integrado por servicios y dispositivos destinados a la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento desde una modalidad ambulatoria. Incluye una amplia oferta de servicios socio-asistenciales y socio-educativos no específicos para la atención de los consumos, pero que se convierten en un actor para la detección y orientación.



- **Segundo nivel de atención:** se centra en la atención especializada y de mayor complejidad, pudiendo brindar una respuesta asistencial cuando hay un mayor compromiso de las personas con las sustancias, generando mayores afectaciones en las esferas personales, familiares, laborales y/o comunitarias. En este nivel se incluyen los hospitales generales, tanto la atención por guardia como por consultorios externos, como los servicios territoriales que ofrecen tratamientos ambulatorios, centros de día y dispositivos residenciales. También la atención de las urgencias por motivos de consumos problemáticos, la internación, en el caso de ser evaluada por un equipo interdisciplinario, y los servicios de deshabituación.
- **Tercer nivel de atención:** se reserva para la atención de mayor complejidad técnica. En este nivel se encuentran hospitales de referencia, que abordan casos de salud complejos y de alto riesgo. Desde un modelo asilar-manicomial, este nivel incluye a los hospitales monovalentes y las clínicas psiquiátricas, no autorizados en la provincia.

Primer Nivel de atención

- **Promotores Juveniles:** programa provincial intersectorial de implementación local, que tiene como objetivo promover la participación juvenil en el diseño, organización y desarrollo de políticas públicas dirigidas a jóvenes y adolescentes, como una estrategia de promoción de la salud integral. Las acciones sobre distintos ejes temáticos - habilidades para la vida, salud mental, prevención del consumo problemático, educación sexual integral (ESI) no binaria, promoción socio-ambiental comunitaria, prevención de las violencias y diseño de proyectos de intervención comunitaria- se producen a partir de la articulación entre el Programa de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud, la Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), el Ministerio de Educación y Derechos Humanos. En relación con las intervenciones integrales con consumos problemáticos, a partir de la realización de acciones inespecíficas sociales, culturales, deportivas y educativas, se trabaja en la reducción de riesgos y la producción de cuidados, desde una perspectiva del trabajo entre pares.
- **Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS):** son la unidad sanitaria estratégica, que garantiza el contacto de la comunidad con el sistema de salud pública. Están localizados en distintas localidades de los 13 departamentos en los que se organiza la provincia, dando una amplia cobertura a la población. Cada CAPS depende de un hospital área programa, y están conformados por profesionales de distintas disciplinas, técnicos y otros trabajadores capacitados para tareas vinculadas con la atención, promoción y la prevención específica e inespecífica. Cuentan con efectores



dependientes de los Servicios de Salud Mental Comunitaria locales, que articulan con otros niveles y dispositivos de salud para garantizar la asistencia de personas con consumos problemáticos y/o sufrimiento psíquico.

- **Centros Rionegrinos de Abordaje Integral de las Adicciones (CRAIAs):** son centros de gestión provincial conveniados con municipios y/u organizaciones de la sociedad civil, localizados en distintas jurisdicciones, que realizan acciones de promoción, prevención, primera escucha, orientación y atención, tanto para quienes tienen consumos problemáticos, para los grupos familiares y grupos de referencia, así como a otras personas de la comunidad preocupadas por los consumos problemáticos. Cada centro está integrado por profesionales de distintas disciplinas, operadores en salud mental y/o operadores socio- terapéuticos, que realizan acciones específicas e inespecíficas en relación con los consumos. También ofrecen variedad de actividades socio-culturales como parte de acciones de inclusión comunitaria para quienes tienen consumos problemáticos. Al estar organizados en formato de red, favorecen la reducción de brechas de atención. Al ofrecer un espacio de orientación, asesoramiento y contención, se constituyen como la puerta de acceso para otros tratamientos cuando el compromiso con los consumos requiere de acciones de mayor complejidad. También pueden ser parte de acciones del proceso de continuidad de cuidados luego de una internación.
- **Líneas telefónicas de orientación y atención en consumos problemáticos:** dispositivo telefónico provincial descentralizado en 4 líneas de atención que tiene como objetivo reducir las brechas de acceso a la atención, haciendo más accesibles los servicios. Brinda escucha activa, contención y acompañamiento sobre consumos problemáticos, tanto a las personas que requieran asistencia y/o derivación, como a sus entornos socio-afectivos. Las líneas funcionan de lunes a viernes de 9 a 14 hs. en Viedma (2920 61 7308), Cipolletti (299 401 1110), Bariloche (294 438 3398) y General Roca (298 487 9343). Al estar vinculadas a los Dispositivos Territoriales de APASA, en el caso de ser necesario, realizan la articulación para poder continuar con la atención ambulatoria.
- **Líneas telefónicas 107 y 911:** ante situaciones de urgencia y/o emergencia por situaciones de crisis en salud mental y/o por consumos problemáticos. Una vez atendida la misma, realizan la derivación a los otros dispositivos de la Red de atención provincial, con sus correspondientes articulaciones.
- **Equipos móviles multipropósitos de intervención a distancia:** tradicionalmente denominados patrullas, constituyen una estrategia valiosa para garantizar actividades de prevención, asistencia y acompañamiento, atendiendo a las necesidades de las personas y sus familias, posibilitando el acercamiento



del sistema sanitario a aquellos contextos en los que se carece de tales recursos específicos. Esta actividad se encuadra en marcos normativos actuales, según los cuales los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. Estos equipos móviles patrullas forman parte del recurso sanitario existente, acortando la brecha en el acceso a los servicios que integran el sistema de salud. En relación con las intervenciones con personas con consumos problemáticos, son un dispositivo que puede garantizar la detección, orientación y derivación, así como también acciones de continuidad de cuidados luego de una internación.

- **Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC):** son centros nacionales de atención y acompañamiento que abordan las problemáticas de consumo desde un enfoque integral y comunitario, dependientes de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Implementan acciones integrales de prevención, atención y acompañamiento que generan espacios de umbral mínimo de exigencia en el abordaje de los consumos problemáticos. En la provincia hay 5 DTC que articulan con otros efectores provinciales y municipales: Gral. Roca, Viedma, Luis Beltrán, Bariloche y El Bolsón.
- **Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC):** son espacios comunitarios de atención y acompañamiento por consumos de sustancias psicoactivas, que forman parte del Programa Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario de la SEDRONAR. Constituyen espacios de referencia a nivel comunitario, cuyas prestaciones incluyen, además de lo asistencial, acciones promocionales y preventivas con la permanente participación de la comunidad. En las CAAC, se ofrecen actividades que van desde talleres de capacitación en oficios, espacios de escucha individual, grupos terapéuticos, de inclusión educativa, actividades recreativas y deportivas, entre otras. En la provincia hay 5 CAACs que articulan con otros efectores provinciales y municipales: Gral. Roca, Cipolletti, Bariloche, Villa Regina y Viedma.

Segundo Nivel de atención

- **Hospitales generales provinciales:** ofrecen atención integral de la salud e incluyen, en relación con los consumos problemáticos, atención ambulatoria por consultorios externos, atención de urgencias y emergencias, atención por guardia y asistencia para deshabituación y/o desintoxicación. En caso de evaluarlo de manera interdisciplinaria, se pueden realizar internaciones breves en el marco de la ley rionegrina de Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental, cuyo control de legalidad realiza el Órgano de Revisión



provincial. Luego de la internación, articulan con los otros dispositivos de la red de atención para trabajar la externación, garantizando la continuidad de cuidados en salud mental y adicciones.

- **Dispositivos Territoriales:** desde la perspectiva de las intervenciones integrales en consumos problemáticos, que promueve que la atención de los consumos se realice fuera del ámbito hospitalario y donde la internación, en tanto respuesta terapéutica restrictiva, constituye el último recurso, surgen estos servicios que se definen como dispositivos intermedios, es decir, constituyen el enlace entre el hospital y los dispositivos socio-comunitarios que integran la Red CRAIA. Dependen de APASA y realizan un abordaje de mayor complejidad en relación con los consumos. En la provincia hay 4 en las ciudades de Viedma, Gral. Roca, Cipolletti y San Carlos de Bariloche. Estos dispositivos cuentan con espacios de atención, primera escucha y orientación a las personas y familiares que atraviesan un consumo problemático, como así también espacios grupales, familiares, talleres socio-educativos y talleres socio-productivos en las diferentes localidades en las cuales funcionan.
- **Centros Rionegrinos de Abordaje Integral de las Adicciones (CRAIAS):** tal como fueron definidos previamente, son centros de gestión provincial conveniados con municipios y/u organizaciones de la sociedad civil, localizados en distintas jurisdicciones, que realizan acciones de promoción, prevención, primera escucha, orientación y atención, tanto para quienes tienen consumos problemáticos, para los grupos familiares y grupos de referencia, así como a otras personas de la comunidad preocupadas por los consumos problemáticos. En su mayoría son dispositivos del primer nivel de atención, pero también hay centros que funcionan como centros de día, unidades residenciales o brindando tratamiento ambulatorio en situaciones de mayor complejidad. En general, son centros ubicados dentro de hospitales locales, lo que facilita el acceso a una atención directa, integral y continua. Todos los CRAIA, se encuentran supervisados por un equipo de profesionales de la Psicología, que desarrolla una co-visión psicoterapéutica para el acompañamiento de las personas con consumos problemáticos.
- **Centro de Integración Socio Comunitaria en Salud Mental y Adicciones (CISC):** también constituye un dispositivo intermedio, pero dependiente del Servicio de Salud Mental Comunitario del Hospital Área Programa "Artemides Zatti", en la ciudad de Viedma.
- **Casas de medio camino/Centros de Día:** dispositivos diurnos dependientes del Programa de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos. Tienen como objetivo el fortalecimiento de las habilidades e intereses de las personas con sufrimiento psíquico, potenciando la autonomía y el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.



- **Dispositivos residenciales para el abordaje de los consumos problemáticos:** son dispositivos para la atención, cuidado, acompañamiento y tratamiento con modalidad convivencial de régimen abierto, especializados en el abordaje de problemáticas de consumo para aquellas personas que requieran de un periodo de mayor acompañamiento, según sea evaluado por el equipo tratante, destinados a personas mayores de 18 años. Tienen modalidad de comunidad terapéutica, con dependencia provincial y/o conveniados. Se ingresa una vez superado el cuadro agudo, sin riesgo cierto e inminente y por derivación de un equipo interdisciplinario, con conformidad de la persona para ingresar y permanecer en el dispositivo. Se realizan actividades grupales a fin de promover lazos sociales y comunitarios, para facilitar la identificación de grupos de apoyo en pos de la inclusión social, laboral y educativa.
- **Grupos de autoayuda:** son grupos abiertos, donde concurren personas con consumos problemáticos y/o familiares. Funcionan en iglesias y/o fundaciones comprometidas a nivel comunitario con este campo. Ofrecen orientación sobre consumos y asistencia de tipo ambulatoria. Son instituciones que pertenecen al subsector privado de salud, que fortalecen los procesos de acompañamiento y se vinculan con dispositivos de los distintos niveles de atención.



**Haz click aquí
y accede a información útil
sobre los consumos
problemáticos en la provincia.**



(294) 4383398

BARILOCHE

(2920) 617309

VIEDMA

(298) 4879343

GRAL. ROCA

(299) 4011110

CIPOLLETTI

... Atención telefónica
de 9 a 14 hs.

POR URGENCIAS 107 O 911

07. Algunos criterios para un abordaje integral

- a. ¿Prohibición o regulación?
- b. Organizadores de la intervención
- c. ¿Cuándo intervenir?
- d. ¿Qué servicio para qué situación?
- e. Continuidad de cuidados en la red de atención



07.

Algunos criterios para un abordaje integral

Comprender la definición de los problemas asociados a los usos de drogas y los modelos de abordaje que emergen, requiere pensar en las relaciones entre paradigmas, representaciones sociales y prácticas, relaciones que se dan con continuidades y rupturas. Solemos navegar entre la reproducción de modelos predeterminados y la creación de respuestas alternativas.

Avanzar hacia un abordaje integral de los consumos problemáticos, basado en el enfoque de reducción de riesgos y daños, implica reflexionar sobre los modos de regulación, identificar organizadores de la intervención, adecuar las estrategias a los marcos normativos vigentes, distinguir el tipo de servicios ofrecidos según el grado de compromiso con los consumos y garantizar la continuidad de cuidados. En este capítulo compartimos algunos criterios que pueden ayudar en esta dirección.

a. ¿PROHIBICIÓN O REGULACIÓN?

La prohibición de las drogas como modelo social de control de las sustancias y el abstencionismo como expresión sanitaria de dicho modelo, no produjeron los efectos esperados en términos de controlar los mercados y de limitar las consecuencias negativas entre quienes las consumen.

Las prácticas de los propios equipos, en diferentes ámbitos y niveles, con personas y grupos que usan drogas muestran que las trayectorias de consumo son dinámicas, que algunas personas vuelven a consumir aunque hagan tratamiento, que otras controlan o abandonan el consumo sin intervención sanitaria, y que otras, aunque insistimos en que no lo hagan, experimentan con las sustancias.

¿Desde qué paradigma nos posicionamos para diseñar nuestras estrategias de intervención: la prohibición o la regulación?



El sociólogo Alain Ehrenberg describe estos dos paradigmas y señala que definen políticas caracterizadas, en el caso de la **prohibición**, por “*un triángulo de oro: la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para aquellos que se han visto atraídos por los paraísos artificiales, la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político*”; en tanto que la **regulación** se caracteriza por “*la medida como ideal normativo, la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas, la reducción de los riesgos diversos generados por la oferta masiva de drogas y por sus usos*” (Ehrenberg, 1996:6).

Desde un enfoque integral, las estrategias de abordaje de los consumos se organizan trabajando con el modelo de moderación o regulación, en la que “los no” adquieren un sentido práctico más que prohibitivo: “*un ‘no’ que sea señal de posibilidad de distinguir situaciones problemáticas (...) que nazca de una valoración de los contextos y de una reflexión de las ganas, deseos y proyectos personales*” (Goltzman, 2018:57).

Recuperamos la categoría de regulación trabajada por Castel y Coppel (1994) para distinguir distintos tipos de controles (regulaciones): informales, entre los que distinguimos autocontroles y controles societarios, y formales denominados heterocontroles.

Hegemónicamente, el abordaje de los consumos se formaliza bajo la responsabilidad de agencias especializadas que se ocupan del tratamiento y/o la represión. Estos **heterocontroles**, suelen ser formas de regulación menos sensibles a las características de los problemas que se pretende resolver, y suponen la orientación del abordaje por protocolos y rutinas estandarizadas. Aunque sean necesarios para la organización del trabajo, restringirse a ellos implica correr el riesgo de endurecer y formatear la intervención, de modo tal que se elimine toda la creatividad necesaria al intervenir con problemáticas complejas.

Por ello, resulta clave atender a los **controles societarios**, vinculados con las valoraciones grupales de la tríada riesgos-cuidados-beneficios, aprobaciones o rechazos de amigos, de la familia, de la propia red de la persona con consumos problemáticos, entre las que se pueden incluir otras personas que usan drogas. Se trata de controles más espontáneos, que operan a lo largo de toda la red social y que es importante considerarlos al momento del diseño de la estrategia de salud. Estas regulaciones son “*no especializadas, no profesionalizadas, no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Pero no por estar menos formalizados, por ser menos fácilmente situables, los controles de este tipo son menos importantes: tanto que, a diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, se ejercen de una manera permanente*” (Castel y Coppel, 1994:228).

Por otra parte, en tanto los usos de drogas constituyen una práctica social multidimensional, salvo casos extremos de desocialización, las personas que usan drogas siguen siendo individuos sociales que mantienen vínculos con diversos grupos y cuya vida cotidiana no está completamente quebrada. Es decir, hay una dimensión de **autocontrol** en la conducta de los consumidores, por lo que promover el fortalecimiento de capacidades individuales para que la persona que está atravesando problemas de consumo pueda reducir e incluso dejar



de consumir constituye una estrategia sanitaria que apunta a la autorregulación. Contemplar, analizar y señalar los sentidos y significados que tienen para esa persona y su entorno inmediato sus modalidades de consumo, propicia la emergencia de nuevos sentidos que sostienen prácticas de cuidado, y, por consiguiente, otras formas de autocontrol.

REGULACIONES

Entre el SI



y el NO

- a. ¿Es posible construir formas no problemáticas de vincularse con las sustancias?
- b. ¿Qué podemos hacer para ello?
- c. ¿Realmente es suficiente decir NO desde fuera de la situación?
- d. ¿Y si pudiéramos pensar en términos de moderación de los consumos?

b. ORGANIZADORES DE LA INTERVENCIÓN

Los problemas vinculados con los consumos de sustancias se caracterizan por su dimensión longitudinal y procesual, lo que requiere de intervenciones organizadas por la idea de proceso más que por la de trastorno.

En el campo de la salud mental, la noción de trastorno remite a pensar en términos de condiciones prolongadas, presentes en el marco de fenómenos de larga duración, que se vuelven parte integral de la identidad de las personas. El término trastorno es introducido por los Manuales Diagnósticos en la década de 1980 para comprender los padecimientos psíquicos en clave de categorizaciones Sí/No de acuerdo a supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma. Con pretensiones de neutralidad y generalidad, más que delimitar padecimientos concretos, “apunta a establecer continuos y borra aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico” (Faraone, 2013:33), produciendo nuevos diagnósticos que podrían ser comunes en la población general y umbrales de diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes.

La diferencia con la noción de proceso para referir al sufrimiento mental es epistemológica. Lo procesual apunta a una menor rigidez en la definición y a abandonar la idea del padecimiento psíquico como un estado inmodificable.

En este sentido, un abordaje integral no considera a los consumos problemáticos como estados inmodificables y requiere distinguir acciones orientadas a garantizar el acceso a los servicios, construir demandas y asegurar la continuidad de la atención, tanto en el primer y segundo nivel de atención.



Este aspecto procesual se traduce en dos ideas, que en términos instrumentales se configuran como organizadores de las intervenciones:

1. Intervenir con consumos problemáticos es más que decir "*lo necesita Ya*".
2. Intervenir con consumos problemáticos requiere de estrategias de respuesta múltiple, más que intervenciones de *talla única*.

Esto implica que tanto la red de servicios, como la propia intervención singular se estructuren a partir de:

- **multiplicar los puntos de primer contacto** (servicios, dispositivos) para personas que usan sustancias psicoactivas. Estos servicios no se restringen al área de salud.
- **diversificar la oferta asistencial**, de manera que se ofrezcan facilidades para conectar con los servicios en las diferentes situaciones y necesidades de quienes tienen consumos problemáticos
- **flexibilizar días y horarios para la atención**, teniendo en cuenta las características generales de la población y el territorio, a la vez que contemplen las posibles interrupciones y reintegros en los tratamientos.
- **establecer diferentes niveles de exigencia y distintas estrategias** que permitan mantener una gradación de oportunidades de contacto, acceso y continuidad en el proceso de atención (Megías, 2000).



“

Intervenir en problemas de drogas (tratar que el proceso evolutivo se acorte y transcurra con menos consecuencias negativas) es prestar asistencia y actuar terapéuticamente pero también es prevenir, apoyar socialmente, hacer reducción de daños, favorecer la reintegración o la incorporación social; incluso es educar.

”

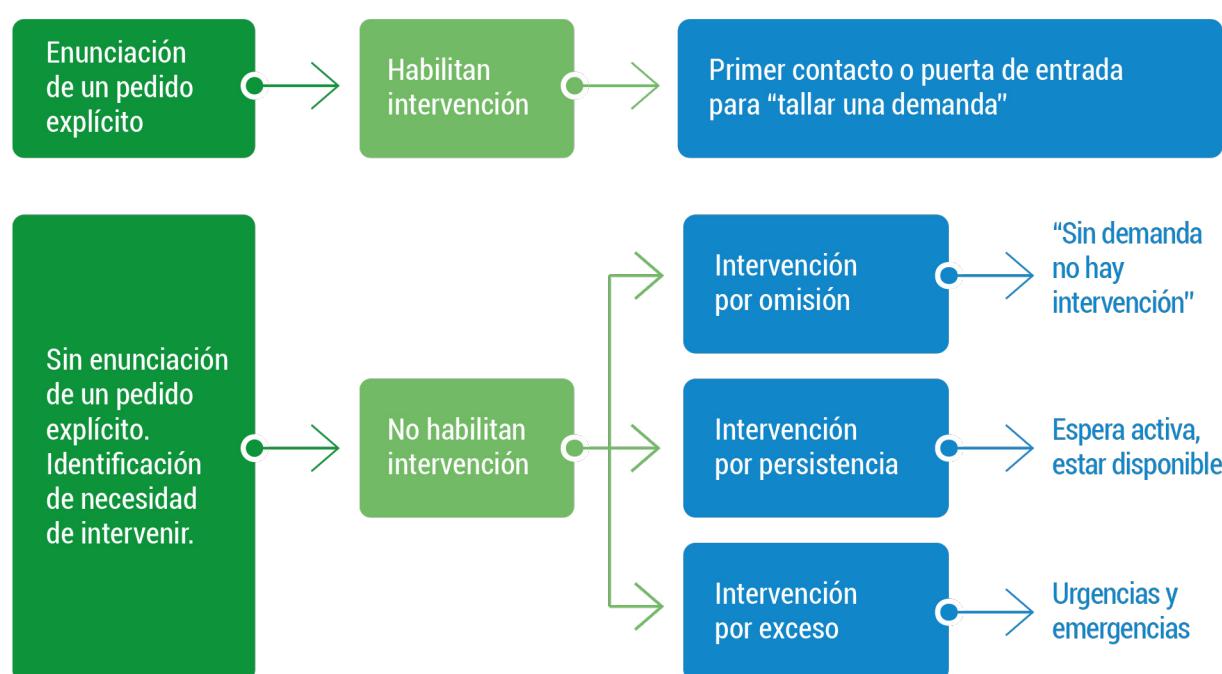
(Megías, 2000:342).

Los dispositivos para abordar los consumos de sustancias psicoactivas implementan, desde una perspectiva integral, estrategias de promoción, prevención y atención focalizadas en los territorios y centradas en las necesidades de las personas e involucran la participación comunitaria.

Entre las estrategias de promoción y prevención, se incluyen actividades de sensibilización, informativas y de orientación, en distintas modalidades y localizadas en ámbitos educativos, de salud, culturales, sociales, entre otros. Las estrategias de atención focalizan en garantizar el acceso a servicios específicos, en el caso de ser necesario, así como en promover cuidados en relación con los consumos en contextos en los que las personas no expresan querer ningún cambio en relación con los mismos o no los consideran un problema.

c. ¿CUÁNDO INTERVENIR?

En relación con las estrategias de atención, una primera distinción organizadora es la existencia o no de un pedido explícito de orientación en relación con los consumos de sustancias:



(Goltzman y Di Iorio. Inédito.)



Con pedido de orientación en relación con los consumos

El pedido de orientación pone a los equipos a desplegar un proceso de "tallar la demanda", movimiento intersubjetivo que va desde el pedido explícito de orientación a la demanda de atención. Es decir, la persona llega al servicio, sea de primer o de segundo nivel, con un pedido, y se trata entonces de transformar esa consulta en algún tipo de pregunta subjetiva sobre, en este caso, el lugar que los consumos ocupan en su vida cotidiana y si desea modificarlo.

La demanda entonces, es una construcción que sólo puede ser articulada en el trabajo con quienes escuchan. Esa escucha implica poner en suspenso las visiones del propio equipo y las atribuciones sobre lo que le pasa a la persona con su consumo. En este sentido, para poder escuchar, hay que callar. El silencio permite que se produzca una apertura, mientras que el diálogo obtura. En síntesis, tallar la demanda es crear las condiciones necesarias para que quien consulta comience a hacer una pregunta que lo implique.

Sin pedido de orientación en relación con los consumos

La inexistencia del pedido, lejos de anular el abordaje de los consumos, pone en funcionamiento un conjunto de estrategias que permiten a los equipos, frente al reconocimiento de que todos los consumos tienen riesgos y que se pueden acotar o minimizar los efectos negativos, generar acciones en las que las personas puedan hacerse algún tipo de pregunta sobre el lugar que ocupan los consumos en su vida cotidiana.

Como se muestra en el gráfico, diferenciamos tres tipos de situaciones en las que el equipo de salud interviene cuando no hay un pedido explícito: **intervenciones por omisión, intervenciones por persistencia, intervenciones por exceso**.

Con **intervención por omisión** se hace referencia al rechazo de incluir la atención de los consumos problemáticos desde algunos dispositivos de salud que se expresa de diferentes formas: como narrativa de la falta de especificidad o de formación en dispositivos inespecíficos, como exclusión en el ámbito escolar, laboral y socio-comunitario de personas con consumos problemáticos, y/o con el argumento de que sin demanda no hay intervención en un dispositivo específico.

Estas formas de rechazo se vinculan con el estigma y la discriminación. En la medida en que aumenta la discriminación, las intervenciones, más que producir cuidados, aumentan los riesgos y los daños. Tanto los equipos como las instituciones intervenientes tienen responsabilidad en no producir nuevos padecimientos ni acrecentarlos.

Con el término **intervenciones por persistencia** se hace referencia a una multiplicidad de estrategias que implican una espera activa, implementadas para co-producir entre los equipos y las personas con consumos problemáticos otras demandas de intervención, problematizando el lugar que los consumos ocupan en su vida cotidiana, incluso aunque no estén pensando en reducirlos ni eliminarlos.



Incluyen actividades de sensibilización, informativas y de orientación, en distintas modalidades e intersectoriales, siendo la disponibilidad de parte de los equipos condición central. Actitudes receptivas y de escucha, lejos de miradas moralizantes, facilitan que las personas confíen en los equipos de salud y pidan orientación.

El trabajo del equipo, entonces, estará orientado a generar condiciones para que algún tipo de pedido pueda ser enunciado por las personas con consumos problemáticos. Y ya con pedido, se iniciará el proceso de construcción de demanda.

Las **intervenciones por exceso** se justifican en situaciones de urgencia o crisis, es decir eventos transitorios y agudos que irrumpen en la vida de las personas, con un alto grado de sufrimiento psíquico y que necesitan cuanto antes, de una atención sanitaria ya que producen una ruptura en el equilibrio de la vida cotidiana.

Si bien en el caso de los consumos problemáticos las urgencias suelen presentarse como episodios de intoxicación, también pueden manifestarse como situaciones de urgencia subjetiva. En ambos casos, la persona puede estar o no involucrada en algún proceso terapéutico. Mientras que las intoxicaciones deben ser atendidas en las guardias hospitalarias, las urgencias subjetivas, con presencia de grandes montos de angustia, expresadas habitualmente con la sensación de "no poder más", la necesidad de contención, de sostén y resoluciones rápidas, pueden ser alojadas por dispositivos o servicios del primer nivel de atención.

d. ¿QUÉ SERVICIO PARA QUÉ SITUACIÓN?

A partir de la evaluación del equipo que hizo el primer contacto y condujo el proceso de construcción de demanda, se definen objetivos terapéuticos mediatos e inmediatos y se delimitan estrategias flexibles que pueden incluir acciones específicas e inespecíficas dentro del primer nivel de atención, y/o requerir asistencia de mayor complejidad.

Con el cuidado de no estandarizar la evaluación, un ordenador para orientar las derivaciones entre los servicios de la red de atención, puede ser a partir de la identificación de expresiones comportamentales y afectivas que indican distintos niveles de compromiso con las sustancias, prestando siempre atención para evitar que esta clasificación pueda rigidizarse o convertirse en una simple *check-list*.



Compromiso Leve

Puede ser atendido en servicios inespecíficos del primer nivel

Registro de su situación

Actividades sociales sostenidas

Estructura de redes vinculares primarias sostenidas

Puede tener algunas alteraciones por consumo agudo, pero finalizado «retoma la corriente» prontamente

Compromiso Moderado

Puede ser atendido en servicios específicos y/o inespecíficos del primer nivel

Relativo registro de su situación

Algunas actividades de redes sociales sostenidas

Involucramiento en situaciones de violencia

Estructura de redes vinculares primarias establecidas, pero hay preocupación por parte de ellas sobre la situación de consumo

Alteraciones frecuentes por consumo agudo, que al finalizar cuesta que se «retome la corriente»

Compromiso Grave

Puede ser atendido en servicios específicos del segundo nivel

Deterioro importante de salud física o mental; escasa sostenibilidad de las redes sociales, conflictiva o interrumpida relación con la estructura de redes vinculares; involucramiento en situaciones de violencia con riesgo de vida propio o de otros

Distinguimos así:

- **Compromiso leve:** en general hay registro de su situación y de su relación con las sustancias. Los consumos no interrumpen el sostenimiento de las actividades sociales, laborales y/o educativas. La estructura de las redes vinculares primarias (familiares) se conserva. Pueden aparecer situaciones de consumo agudo puntuales que alteren alguna de las esferas de la vida cotidiana, pero pasado dicho evento, no perduran las situaciones de conflicto. Puede ser atendido en **servicios inespecíficos del primer nivel**.
- **Compromiso moderado:** también hay registro de su situación y de su relación con las sustancias. Los consumos interrumpen el sostenimiento de algunas actividades sociales, laborales y/o educativas. La estructura de las redes vinculares primarias (familiares) se conserva, y se registra preocupación por parte de ese entorno sobre los consumos. Puede aparecer el involucramiento



en hechos de violencia. Hay situaciones de consumo agudo frecuentes que alteran las esferas de la vida cotidiana, y pasados dichos eventos, se retorna con más dificultades. Puede ser atendido en **servicios específicos y/o inespecíficos del primer nivel**.

- **Compromiso grave:** se registra un deterioro importante de la salud física y/o mental. Los consumos interrumpen las actividades sociales, laborales y/o educativas. La estructura de las redes vinculares primarias (familiares) no se conserva, y cuando sí lo hace, se registra un alto grado de conflictividad y preocupación por parte de ese entorno. Hay involucramientos recurrentes en situaciones de violencia, en ocasiones con posibilidad de auto y/o heteroagresiones. Pueden requerir internación como recurso terapéutico. Puede ser atendido en **servicios específicos del segundo nivel**.

En relación con la posibilidad de internación que se menciona en los casos de un compromiso grave, tal como establecen los marcos normativos nacionales y provinciales, las internaciones por consumos problemáticos pueden realizarse en hospitales generales y/o en dispositivos residenciales. Es importante trabajar para que el tiempo de la internación se reduzca al mínimo posible, diseñando desde el ingreso las estrategias de externación y tratamiento ambulatorio, en clave de continuidad en la atención.

Los niveles anteriormente mencionados no son correlativos, ni existe una relación de continuidad entre ellos; como ya se señaló, las trayectorias de consumo no son lineales ni evolutivas. Que una persona pueda pasar de un nivel a otro es una posibilidad, no algo predeterminado. Sólo se trata de una caracterización útil de modo instrumental para ayudar a que los distintos efectores de la red de atención puedan decidir a qué servicio orientar.

Tras la evaluación y definición de objetivos terapéuticos, inmediatos y mediatos, se realiza la derivación que -sea dentro del propio servicio o a otro recurso de la red- debe cumplir con ciertas condiciones (Megías, 2000):

- **ajustarse a los objetivos**, a partir de la evaluación plantear cuales son posibles.
- **supeditarse a la realidad asistencial**, más vale retener el contacto si no hay certeza de que la persona pueda ser atendida en forma eficaz y rápida.
- **proponerse de manera alentadora pero realista**, evitar descripciones idealizadas del profesional, equipo y/o servicio al que se deriva.
- **discutirse y trabajarse con las personas involucradas**, de acuerdo con sus necesidades y demandas, para que puedan anticipar qué esperar y qué no de cada servicio y ejercer sus derechos.
- **coordinarse con el receptor**, articulando con el profesional, equipo y/o servicio mecanismos de referencia y contrarreferencia.



e. CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE ATENCIÓN

Toda acción de salud requiere planificar y articular las estrategias para que las personas experimenten la atención de manera constante, consistente con sus necesidades, preferencias y posibilidades. Así como es necesario garantizar la accesibilidad inicial a los servicios, también se debe asegurar la continuidad en todo el proceso de atención. *"La accesibilidad es un concepto que abarca el acceso inicial pero también la atención y el tratamiento como un proceso único o de accesibilidad ampliada que cubriría todo el proceso de atención"* (Rossi, Pawlowicz, Zunino Singh, 2007:12).

La continuidad de los cuidados implica conexiones entre los diversos dispositivos y niveles de atención y construir acciones en forma conjunta, para que las personas experimenten la atención en forma constante, de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. Para ello, es importante promover la participación activa de las personas con consumos problemáticos y de referentes (familiares, amigos/as, docentes, vecinos/as, etc.) que pueden ayudarlos a sostener sus itinerarios terapéuticos (Montes Paez et al, 2023).

La producción de cuidados
se despliega en un continuo
término-espacial
(Gradualidad - Trayectorias - Procesos)

En general en el campo de los consumos, los problemas vinculados a la accesibilidad ampliada se atribuyen a las propias personas que demandan la atención, argumentando que no pueden sostener en el tiempo los tratamientos por sus estilos de vida, por las características atribuidas a sus problemas de salud y hábitos, así como por las valoraciones que se construyen alrededor de la práctica del consumo de drogas. Esta reducción de obstáculos para la accesibilidad a la propia persona no contempla los problemas organizacionales de la red de atención o los referidos a la hegemonía del modelo biomédico (Rossi et al, 2007).

Sin desconocer el modo en que los aspectos subjetivos intervienen en el proceso de atención-cuidados, es importante prestar especial atención a los aspectos organizacionales para asegurar la continuidad de los cuidados (Montes Paez et al, 2023):

- **Apropriada circulación de información:** la correcta confección de historias clínicas, informes, notas de derivación y comunicaciones telefónicas permite un registro de las acciones planificadas y de sus resultados. Asimismo, los vínculos que se construyen entre los integrantes del equipo de salud y entre equipos de diferentes dispositivos promueven que se comparta información, criterios de abordaje y se construyan circuitos de continuidad en la atención.



- **Adeuada articulación entre los niveles de atención:** ningún recurso, en sí mismo, tiene la posibilidad de actuar sobre todos los espacios y momentos que van a verse implicados en el proceso terapéutico. Asegurar la continuidad de los cuidados requiere de una estrategia de respuesta múltiple que comprometa a los distintos niveles de atención, para lo cual se requiere comunicación fluida y coordinada entre los diversos componentes (formales e informales como los recursos y referentes comunitarios) de la red. En el caso de las derivaciones es importante realizar una comunicación a posteriori, a fin de conocer si la misma se concretó. Una guía de recursos con base territorial actualizada es un elemento clave para favorecer esta articulación.
- **Continuidad en las relaciones con las personas que consultan:** equipos y dispositivos disponibles que propician un vínculo de sostén y acompañamiento mantenido en el tiempo.
- **Acompañamiento de las derivaciones:** es importante proporcionar información concreta, realizar una comunicación previa con el/la profesional o dispositivo, indicar cómo llegar al servicio o institución, etc.



Esta guía está pensada para los equipos de la salud y actores clave de la sociedad civil que trabajan en los distintos niveles de atención de la Provincia de Río Negro. Es un recurso que busca fortalecer las capacidades locales, promover un abordaje interdisciplinario e intersectorial y mejorar la calidad y accesibilidad de la atención de las personas que consumen sustancias.



PARA SEGUIR PENSANDO

Encuentros y Desencuentros:

entre los equipos y las instituciones, entre los equipos y las necesidades de las personas que usan drogas, entre las personas que usan drogas y los servicios, entre lo que conocemos de esas personas, lo que suponemos y lo que realmente les pasa.

- ¿Cómo reducir esas distancias?
- ¿Cómo definimos "lo problemático"? ¿Por las personas que usan drogas o por su **situación**?
- ¿Invisibilizamos o reconocemos los sentidos que las personas que usan drogas otorgan a sus circunstancias?
- ¿Describimos u "ordenamos" los diversos componentes (de lo más prioritario a lo menos)?
- ¿Incluimos o excluimos a las personas que usan drogas en el modo de gestionar su situación?



AGRADECIMIENTOS

A todos los equipos de salud de la Provincia de Río Negro que cotidianamente atienden y acompañan a las personas con consumos problemáticos de sustancias.

Al Consejo Federal de Inversiones que apoyó el trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro e Intercambios Asociación Civil.

A las personas que revisaron esta Guía y la enriquecieron con sus aportes: María Macarena Cámpora; Viviana Comba; Juan Manuel Cristiani; María Victoria Ferrari; Noemí Alejandra Mecozzi; Franco Medina; Pamela Orella; Maximiliano Ezequiel Pergamo; Federico Schenkel; Facundo Somerville.



BIBLIOGRAFÍA

- **ABD (Coordina) (2018)** *La Reducción de Daños en la intervención con drogas.* RIOD. Recuperado de: https://www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org/_materiales/guia_rd_riod.pdf
- **Almeida Filho, N., Castiel, L. & Ayres, J. (2009)**. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. En: *Salud colectiva*, 5 (3), 323-344. Recuperado de: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&tlang=es.
- **Arana, X. y Germán, I. (2005)** Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas". En: *Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología* N° 19. Pp. 169-215. Recuperado de: <https://www.ehu.eus/documents/1736829/2174561/Eguzkilore+19.pdf>
- **Carvalho, L.; Feuerwerker, L. & Merhy, E. (2007)** Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria, *Salud Colectiva*, 3(3), pp. 259-269. Recuperado de: https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007_v3n3/259-269/es
- **Castel, R. y Coppel, A. (1994)** Los controles de la toxicomanía. En: A. Ehrenberg (comp.) *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- **Código Civil y Comercial de la Nación (2014)**. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>
- **Convención sobre los Derechos del Niño (1989)** Tratado núm. 27531. Naciones Unidas Treaty Series, 1577, págs. 3-178. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- **Di Iorio, J. (2015)** De la advertencia a la prevención transformadora: abordar los usos problemáticos de drogas en adolescentes y jóvenes. En: *Voces en el Fénix* N° 42. Pp.28-33. Recuperado de: <https://vozesenelfenix.economicas.uba.ar/de-la-advertencia-a-la-prevencion-transformadora-abordar-los-usos-problematicos-de-drogas-en-adolescentes-y-jovenes/>
- **Di Iorio, J y Pawlowicz, M. P (2021)** Violencias hacia las mujeres y comunidades LGTBIQ+ que usan drogas. En: *INFONOVA* N° 38, pp. 48-47. Recuperado de: https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Di_Iorio_y_Pawlowicz_INFONOVA_38.pdf
- **Ehrenberg, A. (1996)** *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages.* Communications nº 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d'Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).



- **Faraone, S. (2013)** Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En: *Salud Mental y Comunidad* 3. Pp. 29-40. Recuperado de: <https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycocomunidad/article/view/4992/2317>
- **Goffman, E. (2006)** *Estigma. La identidad deteriorada.* Amorrortu: Buenos Aires. Recuperado de: <https://sociologiycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- **Goltzman, P. y Di Iorio, J. (2013)** Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños. En: Goltzman, P. y Amorín, E. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Pp. 53-57. Recuperado de: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Prcticas-detrabajoendrogas.pdf>
- **Goltzman, P. (2016)**. *Intervenciones desde la reducción de daños: desafíos y perspectivas actuales.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Recuperado de: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Intervenciones-desde-la-reduccion-de-daños.pdf>
- **Goltzman, P. (2018)**. *Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Recuperado de: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Ideas-poderosas.pdf>
- **González Zorrilla, C. (1987)** Drogas y control social. En: *Poder y control* N° 2. Barcelona: PPU.
- **Hansen, G (2020)** Estigma y consumo de drogas: una aproximación a la mirada interseccional. En: *INFONOVA* N° 37. Pp. 35-42.
- **Harm Reduction International (2018)** ¿Qué es Reducción de Daños? Recuperado de: <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>
- **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)** *Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 ENCoPraC.* - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Argentina: SEDRONAR, 2023. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encoprac_2022.pdf
- **Ley N° 23.737.** Estupefacientes. Boletín Oficial: 11 de octubre de 1989. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>
- **Ley N° 26.061.** Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial: 26 de octubre de 2005. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>
- **Ley N° 26.529.** Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Boletín Oficial: 20 de noviembre de 2009. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.** Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial: 3 de diciembre de 2010. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>



- **Ley N° 26.934.** *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.* Boletín Oficial: 29 de mayo de 2014. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- **Ley Provincial N° 2.440.** *Promoción Sanitaria y Social de las personas que Padecen Sufriente Mental.* 11 de septiembre de 1991. Texto sustituido por la Ley Provincial N° 5.349. 30 de noviembre de 2018. Recuperado de: <https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/ver?id=1991100003>
- **Ley Provincial N° 4.109.** *Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.* 8 de junio de 2006. Recuperado de: <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/legislacion/ver?id=7491>
- **Ley Provincial N° 5151.** *Crea la Agencia para la Prevención y Asistencia ante el Abuso de Sustancias y de Adicciones, como entidad autárquica de derecho público.* 13 de octubre de 2016. Recuperado de: <https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/ver?id=2016100026>
- **Ley Provincial N° 5683.** *Ley de Ministerios.* 7 de diciembre de 2023. Recuperado de: <https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/ver?id=2023120015>
- **Megías, E. (2000)** Organización de los servicios asistenciales. En: Grup Igia y colaboradores. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias.* Madrid: Ajuntament de Barcelona y Fad. Pp. 341-357.
- **Millet, A (2020).** *Cisexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado.* Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones.
- **Mofokeng, T. (2024)** *Consumo de drogas, reducción de daños y el derecho a la salud.* Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/56/52. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Ginebra. Recuperado de: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/069/15/pdf/g2406915.pdf>
- **Montes Paez, F.; Carrizo, P.; Jeifetz, V.; Imperiali, P.; Lozano, JI.; Parajón, A.; Pawlowicz, MP.; Touzé, G. (2023)** *Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires.* Buenos Aires: Consejo Federal de Inversiones / Intercambios AC / Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/09/Gu%C3%ADa-para-un-Abordaje-Integral-de-los-Consumos-Problem%C3%A1ticos-en-el-Sistema-de-Salud-de-la-Provincia-de-Buenos-Aires.pdf>
- **Nery Filho, A. (2016)** Reducción de daños, reducción de la vulnerabilidad. En: Graciela Touzé (comp.) *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017.* - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. P. 183-188. Recuperado de: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Avancesyretrocesosenpoliticasdedrogas.pdf>
- **Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (2024).** *World Drug Report 2024.* Vienna: United Nations publication. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/2411140S.pdf



- **Organización Panamericana de la Salud (2018)**. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*; Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf
- **Pawlacz, M. P et al (2011)** Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En: *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 169-187. Recuperado de: https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Dispositivos_deatencion....pdf
- **Pawlacz, MP; Di Iorio, J.; Touzé, G. (2022)** El movimiento de reducción de daños: hacia regulaciones no punitivistas" en *Salud mental y comunidad Año 9 N° 12*, Universidad Nacional de Lanús. Pp. 113-118. Recuperado de: https://www.intercambios.org.ar/assets/files/El_movimiento_de_reduccion_de_da%C3%B1os.pdf
- **Pombo, O. (2013)** Epistemología de la interdisciplinariedad. La construcción de un nuevo modelo de comprensión. En: *Interdisciplina I*, núm. 1: 21-50. Recuperado de: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/inter/article/view/46512>
- **Rodríguez San Julián, E. (2013)** El manejo del riesgo entre los y las jóvenes: daños, beneficios y contextos en el consumo de drogas. En: Martínez Oró y Pallarés Gómez (ed.) *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. España: Editorial Milenio. Pp. 117-128. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=656489>
- **Romaní, O. (1999)** *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- **Romaní, O. (2013)** Doce conceptos clave para repensar las prácticas de trabajo en drogas. En: Goltzman, P. y Amorín, E. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Pp. 49-52. Recuperado de: https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Prcticas_detrabajoendrogas.pdf
- **Rossi, D.; Pawlacz, M.P 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*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2007. Recuperado de: https://intercambios.org.ar/assets/files/Accesibilidad_dedelosusuariosdedrogas.pdf
- **Santisteban, K (2020)** Disputas y tensiones a partir de la medicina ancestral mapuche en Puelmapu (Patagonia Argentina). En: *Textos y Contextos desde el Sur*. Número especial. Pp. 87-100. Recuperado de: <https://www.revistas.unp.edu.ar/index.php/textosycontextos/article/view/135>
- **Soubies, E. y Muñoz, M. (Actualización) (2018)** *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf



- **Stagnaro, JC; Cía, A.; Vázquez, N.; Vommaro, H.; Nemirovsky, M.; Serfaty, E. et al. (2018)**. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. En: VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría. Vol. XXIX: 275-299. Recuperado de: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256/198>
- **Touzé, G. (organizadora) (2006)** *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil/Federación Internacional de Universidades Católicas. Recuperado de: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Saberes-ypracticas1.pdf>
- **Touzé, G. (2010)** *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Editorial Troquel. Recuperado de: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Prevenci%C3%B3n%20del%20consumo%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas.pdf>

