* **Nombre, lugar y fecha del evento:**

IX Jornadas de Jóvenes Investigadores

Instituto de Investigaciones Gino Germani

1, 2 y 3 de Noviembre de 2017

* **Nombre/s y apellido/s del/los autor/es:** Natalia Laura González
* **Afiliación institucional:** Instituto de Investigaciones Gino Germani
* **Correo electrónico:** ngonzalezb@gmail.com
* **Máximo título alcanzado y formación académica en curso:** Licenciada en Psicología; tesista en la Maestría en Estudios Interdisciplinarios de la Subjetividad (Facultad de Filosofía y Letras. UBA) y estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales (Facultad de Ciencias Sociales. UBA)
* **Eje problemático propuesto:** Eje 11. Estado, instituciones y políticas públicas
* **Título de la ponencia:** “Políticas públicas de abordaje de consumos problemáticos de drogas y producción de subjetividad”
* **Palabras clave:** Políticas públicas- Abordaje de consumos problemáticos de drogas- Subjetividad- biopolítica- Perspectiva de derechos

**Introducción**

Durante décadas, los consumos de drogas y las adicciones se asimilaron unos con otras, y se pensaron y abordaron como un problema de seguridad y como una “enfermedad”*,* o como una patología psiquiátrica. Esta conceptualización supuso importantes limitaciones y algunos problemas que pueden enfocarse, entre otros, desde el campo del pensamiento en torno a la subjetividad.

En esta ponencia, nos centraremos en el análisis de las políticas públicas de abordaje de consumos problemáticos de drogas –en particular mediante el análisis de la normativa– elaboradas en nuestro país a partir de la tendencia de los Estados a incorporar estas problemáticas al campo de la salud, desde una perspectiva de derechos (Cunial, 2016; Secretaría General-Organización de los Estados Americanos, 2013; Metaal, 2014). En ese sentido, desarrollaremos y ubicaremos algunas importantes diferencias, tensiones y discontinuidades que surgen del marco normativo en torno de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 (LNSM), que si bien está lejos de haber logrado su completa implementación, se propone revisar las formas tradicionales en que estas temáticas han sido incluidas en el campo de la salud mental. Así, enmarcaremos estas transformaciones en una tendencia u orientación hacia lo que denominaremos *dispositivo abierto de producción de subjetividad* para el abordaje de los consumos problemáticos.

Este estudio, que orienta el análisis desde la biopolítca y su relación con las políticas públicas de abordaje de consumos problemáticos, se centra en la dimensión de las subjetividades e intenta deconstruir los discursos y las prácticas que las definen, interpretan y/o condicionan; y recuperar ciertas aperturas y tensiones en torno de las regulaciones que dichas intervenciones organizan. Se entiende, de este modo, que se trata de un análisis crítico que no apunta hacia una lectura unívoca o determinista de las iniciativas del Estado, ni de las prácticas y los discursos en el marco de las cuales las mismas se articulan.

La sanción de la LNSM estuvo atravesada por ciertos debates en torno del campo de la salud mental, sobre todo en cuanto a la modalidad de abordaje, la forma de concebir a la salud/salud mental, el lugar asignado a los destinatarios de políticas e intervenciones, las formas de encierro, de diagnóstico, entre otras cuestiones. De estas discusiones participaron diversos colectivos de usuarios, trabajadores, organizaciones de profesionales, sindicatos, entre otros (Stolkiner, 2015). A su vez, hubo otro conjunto de organizaciones y referentes ligados a las prácticas disciplinarias e institucionales establecidas como la medicina o la psiquiatría que no lograron el nivel de participación o de definición de la normativa que buscaban (Adissi, 2013).

Como resultado de estos debates y antagonismos, la LNSM encuentra fundamento y retoma instrumentos internacionales de protección en salud mental. Al mismo tiempo, pretende establecerse como la base jurídica necesaria para la transformación de las tradicionales formas manicomiales, asilares y de tratamiento de los padecimientos mentales en instituciones totales[[1]](#footnote-1) que, en convivencia con otras formas alternativas, tienen aún vigencia en nuestro país (Stolkiner, 2015; Suppa Altman, 2015). Así, establece algunos principios y lineamientos que, podría pensarse, dialogan o redefinen los criterios, principios y modalidades de intervención; y recuperan la demanda de muchos actores, partícipes y afectados por estas políticas.

De este modo, las tensiones y relaciones de fuerza entre diferentes discursos y posicionamientos pudieron haberse cristalizado de un modo particular en la redacción de la LNSM y funcionar al mismo tiempo como condiciones de posibilidad y como límite de ciertas transformaciones en las políticas de la salud mental.

**Desarrollo: Las políticas de abordaje de consumos problemáticos entre 2010-2015**

En virtud de los objetivos de investigación establecidos, el ordenamiento y la caracterización propuestos para el análisis del corpus normativo y de las políticas de abordaje de consumos problemáticos entre 2010-2015, trabajaremos sobre las siguientes categorías construidas a partir del corpus analizado: 1) *Salud y padecimiento mental/subjetivo*; 2) *Respeto, protección y promoción de los derechos humanos*; 3) *Interdisciplina e intersectorialidad*; 4) *Atención primaria de la salud y comunidad*; 5) *Presunción de capacidad.*

1. **Salud y padecimiento mental/subjetivo**
   1. **Definiciones y conceptos**

En su primer artículo la LNSM 26657/2010 establece, por un lado, la demarcación de la salud mental entendida como un derecho (en este sentido, se desmarca de las concepciones “negativas” que la definen como un atributo, o como aquello que se define a partir de la ausencia de “enfermedad”); y por otro, la introducción del concepto de *padecimiento mental,* que se diferencia del concepto de patología o de enfermedad mental, o de estado inmodificable (Stolkiner, 2013).

El artículo 3° de la Ley define la salud mental como un *proceso complejo*, desmarcándose de las explicaciones unicausales; entendiendo su preservación y su mejoramiento, como un derecho humano y social. Es decir, se consideran los *determinantes sociales* de la salud y de la salud mental, concebidas como aquellas situaciones complejas que condicionan y forman parte de los procesos de *salud-enfermedad-cuidados* que se producen a lo largo del tiempo y que se construyen de manera colectiva. Por ello, desde esta definición se afirma que se trata de un proceso complejo, multi-determinado y construido colectivamente (a partir de las relaciones intersubjetivas, con las instituciones del Estado y con la comunidad) en el que se encuentran componentes históricos, socioeconómicos, culturales y bio-psicológicos que lo atraviesan y lo condicionan.

De esta manera, la definición de salud mental presentada en la normativa, por un lado, la concibe como un derecho; por otro, discute con las concepciones en clave de atributo o estado inmodificable y se diferencia de las definiciones de salud como ausencia de enfermedad o patología. A su vez, si bien por tratarse de un proceso complejo y multicausal no podríamos alcanzar una definición única de la salud mental, ésta constituye un componente esencial de la salud, comprendida de un modo integral y amplio (Stolkiner, 2012).

Como se ha mencionado, tanto el concepto de derecho a la salud o a la salud mental, como el propio enfoque de derechos, resultan problemáticos fundamentalmente por su inscripción en la tradición moderna de pensamiento y por las concepciones sustancialistas que conllevan, en tanto no contemplan su dimensión relacional, y con ella, excluyen la trama de relaciones de poder en las que se emplazan. No obstante, podemos interpretar que desde el texto normativo se busca esclarecer algunos elementos que reconocen la asimetría existente y las relaciones de saber-poder que se establecen entre los efectores de los servicios de salud y los usuarios de los mismos.

De este modo, en el capítulo IV referido a “los derechos de las personas con padecimiento mental”, se incluye el derecho a que dicho sufrimiento no sea considerado como “inmodificable”. En ese sentido, el derecho reglamentario de la LNSM (603/2013) define al *padecimiento men­tal* como “(…) todo tipo de sufrimiento psíquico de las per­sonas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas”.

La introducción de la categoría de *padecimiento mental* se vincula con los criterios diagnósticos que integran una concepción ligada al dolor o al sufrimiento subjetivo, donde tradicionalmente se usaba el término de patología o “enfermedad” determinada por la mirada y la clasificación de los profesionales tratantes.

Con respecto a las adicciones, la LNSM en su artículo 4º establece que “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y que “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”.

Entendemos que desde el punto de vista jurídico, la LNSM no equipara salud mental con las adicciones, sino que subordina el abordaje de las segundas a la primera, como se explicita en el texto de su artículo 4to. Vale aclarar que si bien esto ya ocurría desde los discursos jurídico y psiquiátrico, en todo caso, ahora se subordinarían a las políticas de salud mental cuya definición pretende revisarse y reformarse.

Asimismo, si bien no se observa una alusión directa de la figura penal de la “tenencia para uso personal de estupefacientes” de la Ley Penal de Estupefacientes 23.737/1989, parecen estar dadas las condiciones para pensar que esta normativa se inclina por una posición vinculada al abordaje sanitario, en detrimento del penal. Es decir, indica la necesidad de un abordaje de los consumos problemáticos desde una perspectiva de la *salud integral*, colocando el acento en la “persona y su singularidad más allá de tipo de adicción que padezca”. De este modo, no se enfocaría ya en el objeto de consumo, sino en la relación establecida con el consumo y el padecimiento que esto pueda ocasionar de manera singular.

A su vez, define a los “servicios de salud” en un senti­do amplio y no restrictivo, entendidos como: “(…) toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social” (D.R. 603/2013, Art. 4°).

Así, la LNSM se orientaría hacia el abordaje de la problemática de los consumos, cuando ésta conlleve un padecimiento considerado en la singularidad de cada situación. En nuestros términos analíticos esta cuestión abriría un horizonte de abordaje por fuera de los criterios jurídico-penales o médico-sanitario tradicionales.

Por su parte, en la Ley IACOP (26.934) sancionada en 2014, por medio de la cual se crea el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, se reafirman los derechos y garantías establecidas en la LNSM, y se establecen como *pautas para la asistencia*.

A su vez, amplía y define a los consumos problemáticos del siguiente modo:

A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, 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 IACOP 26934/2014, Art. 2°).

De esta manera, se buscaría desmontar la definición de los consumos problemáticos como aquellos determinados por el objeto de consumo y centrarse en la relación con un consumo en tanto puedan afectar de modo “negativo” la salud o las relaciones sociales. Esto constituye una apertura en los términos antedichos, al tiempo que abre nuevos desafíos y cuestionamientos. Es decir, remite a una nueva interrogación acerca de cómo y quién determinará la forma “negativa” en que un consumo puede afectar a la persona. También, abre una contradicción no menor cuando establece que en última instancia, el diagnóstico quedaría bajo el criterio de “un profesional de la salud”. Veremos más adelante, en el apartado acerca de los diagnósticos, qué alternativas se promueven en la LNSM respecto de ello.

En ese sentido, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud de la Nación (2013), para dar cumplimiento a la LNSM establece entre sus problemas priorizados:

La estigmatización y discriminación de las poblaciones, núcleos y personas en situación de vulnerabilidad (Problema N°1. Plan Nacional de Salud Mental). Las adicciones y los consumos problemáticos no se encuentran incluidos adecuadamente en el campo de la Salud/Salud Mental (Problema N°3. Plan Nacional de Salud Mental).

Entonces, el PNSM parte de considerar la prevalencia de ciertos problemas para el acceso, la integración de prácticas y servicios; y la estigmatización y discriminación de las personas con consumos problemáticos para dar lugar a los objetivos propuestos para abordarlos. Así, se establece una serie de objetivos, vinculados a la accesibilidad y disponibilidad de dispositivos y servicios de salud/salud mental y al fortalecimiento de la red de servicios con base comunitaria. La definición de estos problemas priorizados y sus consiguientes objetivos delineados se vinculan con una serie de obstáculos en el acceso y prácticas vinculadas a la estigmatización, observadas en diferentes estudios en la relación entre los profesionales o efectores y los usuarios de los servicios de salud/salud mental particularmente las personas con consumos problemáticos (Pawlowicz *et al.,* 2007; 2011; Solkiner y Vázquez, 2010).

De este modo, el PNSM parecería recoger estos problemas planteados desde el campo de las ciencias sociales y de la salud y particularmente, aquellos centrados en las prácticas y acceso a los servicios de salud/salud mental.

* 1. **Sobre los diagnósticos**

La cuestión en torno de los diagnósticos en salud mental y consumos problemáticos ha sido un eje de debate importante en las discusiones sobre las políticas que debían implementarse. En este sentido, el texto de la LNSM se propone instituir ciertas restricciones respecto de los criterios a partir de los cuales podrán determinarse los diagnósticos en salud mental. De esta manera, establece que:

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socioeconómico, perte­nencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, so­ciales, culturales, políticos o creencias religiosas pre­valecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización (LSNM 26657/2010, Art. 3°).

Estas restricciones en cuanto a la delimitación de criterios diagnósticos interpelan las categorías definidas en clave de patologías referidas a valores, creencias, identidades, elecciones sexuales y antecedentes; las que habían sido históricamente determinadas mediante prácticas y discursos sustentados por diversas legitimidades científico-disciplinarias como las del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001 ).

De este modo, “la falta de adecuación con valores morales”, “las demandas familiares” o la existencia de tratamientos previos, o incluso de diagnósticos previos, no autorizan a dar consistencia a los diagnósticos ni a las identidades que de allí pudieran desprenderse como las de “el loco” o “el adicto”. Así, se pone en tensión el derecho a la salud/salud mental, con los procesos de medicalización y mercantilización (Stolkiner, 2013).

Entonces, de acuerdo con las políticas públicas analizadas a partir de los instrumentos normativos, encontramos cierta concepción de salud/salud mental que remite a la noción de *salud procesual* y *multi-causal*.

En relación con las diferenciaciones que plantea, se incluye la noción de producción/construcción a lo largo del tiempo, y no ya como *estado* relacionado con la ausencia de patología;ni como aquellas intervenciones puramente destinadas a la *cura de la enfermedad;* tampoco definida como lo contrario ni relativo a “la locura*” o* a “laadicción*”*. En este sentido, se encuentra entramada con la definición de padecimiento “mental” o “psíquico”, que se diferencia de la concepción de la patología, o enfermedad como estado inmodificable o atributo, o incluso como forma de identificación o estigmatización; en tanto forma parte de los procesos vitales (Stolkiner, 2013).

A su vez, la restricción de los criterios diagnósticos respecto de modos tradicionales de concebir la patología mental alrededor de prácticas, identidades, elecciones o pertenencias socio-culturales, incluso el corrimiento respecto de la existencia de antecedentes de haber atravesado por algún tratamiento o internaciones previas, cuestiona las formas de identificación o las concepciones discriminatorias o esencialistas acerca de los padecimientos subjetivos.

También, se han tomado en cuenta para la definición de los problemas críticos y priorizados en su abordaje, los efectos de las definiciones y diagnósticos tradicionales, como son la estigmatización de las personas con padecimientos mentales y las dificultades en el acceso a los servicios y al derecho a la salud/salud mental que han conllevado.

Estos cambios en relación con los criterios de definición se entraman en una posible apertura hacia nuevos conceptos acerca de la salud/salud mental, adicciones, consumos problemáticos, padecimientos subjetivos que, a su vez, guardan relación con las próximas categorías a ser analizadas.

1. **Respeto y protección de los derechos humanos**

De acuerdo con los postulados de Alicia Stolkiner (2015), el sistema de salud en Argentina se encuentra atravesado por la tensión, una oscilación que se observa en las prácticas, entre la concepción de la salud desde una lógica mercantil, “objetivizante” y una perspectiva de derechos, que se pretende “subjetivante”. Es decir, dicha tensión se expresa entre una posición que concibe las prestaciones y servicios de salud como una mercancía, enmarcada en una lógica de mercado; y una posición que los sitúa en el campo de los derechos humanos, cuyo garante debe ser el Estado (Laurell, 1994).

No obstante, es importante destacar que un análisis en clave de la mencionada tensión puede comportar el riesgo de caer en nuevas polaridades. De modo que, para evitar lecturas reductivas, es importante recordar la pluralidad de discursos y saberes (médicos, jurídicos, psicológicos y sociológicos, entre otros) que se articulan en los dispositivos emergentes.

A su vez, recuperamos los límites respecto del enfoque de derechos y que, desde comienzos de este siglo, se observa que algunos organismos internacionales vinculados a la salud como la Organización Mundial de la Salud y otros, empiezan a plantear en relación con las políticas públicas. De este modo, por un lado, ubicamos que los derechos humanos son un producto de ciertas coordenadas socio-históricas enmarcadas en las relaciones de poder producto de las cuales se gestaron. Es decir, aquellas relativas a las significaciones propias de la modernidad occidental. Asimismo, se desarrollaron en distintos momentos históricos e incluyen concepciones que pueden contraponerse o resultar contradictorias. Entonces, este enfoque no ha dejado de excluir algunas formas humanas, al tiempo que la idea de derechos individuales obstaculizó el desarrollo de la dimensión colectiva o comunitaria de los mismos (Stolkiner, 200).

Paralelamente, como se ha señalado, en el corazón de las prácticas en salud se corporiza el antagonismo entre objetivación y subjetivación. Éste atraviesa desde la relación entre los profesionales y los pacientes hasta el papel de las poblaciones en la fijación de las políticas bajo la forma de la medicalización o la falta de acceso a cuidados. Entonces, de acuerdo con este enfoque, la objetivación estaría orientada a la subordinación de la vida humana al lugar de objeto de las intervenciones, incluso cuando ello implica la degradación de la dignidad humana o su reducción a la condición de objeto, “cosa”, o mercancía. Y, en el polo subjetivante se situarían los actores y tendencias que colocan el acento en el valor de la dignidad humana, anudada a la ampliación de ciudadanía.

La LNSM –como se establece en su segundo artículo– se enmarca en los principios y declaraciones internacionales de protección de los derechos vinculados a la salud/salud mental, en tanto se los considera “instrumentos de orientación para la planificación de políticas públi­cas”. Éstos incluyen los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991); la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Sa­lud de la Organización Pana­mericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990); y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Aten­ción en Salud Mental en las Américas (2005).

En este sentido, el decreto reglamentario (603/2013) de la ley 26657, en sus considerandos sobre los Derechos y Garantías reafirma: “la necesidad de adecuar las modali­dades de abordaje al paradigma de los derechos hu­manos inserto en la normativa constitucional, y des­tacado en la Declaración de Caracas del año 1990 (…) y regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina”. De allí que, reenvía y ubica sus fundamentos y principios a la normativa internacional.

Por su parte, en el primer capítulo de la LNSM se instauran los Derechos y Garantías, y se enuncia que el objetivo de esta normativa es:

(…) ase­gurar el derecho a la protección de la salud men­tal de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional (…)[[2]](#footnote-2) (LNSM 26657/2010, Art. 1°).

A su vez, en el capítulo IV referido a “los derechos de las personas con padecimiento mental”, se establece que el Estado reconoce un conjunto de los mismos que resulta necesario asegurar. Como se ha referido en el apartado anterior, el artículo 4° establece que las personas con consumos problemático de drogas, legales e ilegales, “tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”

De acuerdo con ello, deberán estar debidamente informados y publicados.

De este modo, parecerían establecerse algunos de los derechos de las personas con padecimiento mental como restrictivos de prácticas consideradas des-subjetivantes y de sustitución de la capacidad de las personas con padecimiento mental, en otros:

i) Derecho a no ser identificado ni discrimi­nado por un padecimiento mental actual o pasado; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados (LNSM 26657/2010, Art. 7°).

A partir de los debates y de las investigaciones previas realizadas por organismos de derechos humanos, referidos a las prácticas violentas, denigrantes y/o privativas de la libertad enmarcadas en los modelos asilares y manicomiales, o en instituciones totales como son algunas de las denominadas “comunidades terapéuticas”, se establecen principios tendientes a erradicar o limitar dichas prácticas (CELS, 2008; Stolkiner, 2015). A su vez, se explicitan algunas pautas y lineamientos que parecen reconocer las asimetrías existentes entre los usuarios de los servicios y los equipos tratantes o los profesionales.

Ahora bien, en los términos de nuestra investigación no se niega que exista la mencionada tensión entre lo *objetivante* y *subjetivante* de ciertas prácticas, políticas e intervenciones; pero hemos preferido centrarnos en qué tipo de subjetividad de origina a partir de los diferentes dispositivos en juego.

Lo que nos interesa resaltar e investigar entonces, tal como venimos haciendo, es qué tipo de subjetividades se habilitan en unas y en otras. Seguramente, futuras investigaciones podrán analizar el modo en que estas políticas se han aplicado y algunos de los efectos que conllevaron.

1. **Interdisciplina e intersectorialidad**

Los instrumentos normativo-jurídicos de las políticas analizadas se proponen establecer una modalidad de abordaje *multisectorial* e *interdisciplinaria,* que comprenda a las adicciones como parte de una problemática compleja, considerando dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales, subjetivas, identitarias, entre otras. Y se propone la inclusión de estas dimensiones en las respuestas en materia de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria de la salud.

La complejidad de los problemas vinculados al campo de la subjetividad, dada por la multiplicidad de dimensiones y a la dinámica de la que participa su constitución, junto con las limitaciones de abordarlos desde un enfoque unidisciplinario han llevado a la necesidad de un diálogo y encuentro de discursos que implican la deconstrucción de las categorías tradicionales.

Retomamos entonces, las definiciones y principios que se presentan en la LNSM y los múltiples componentes que participan de su construcción, que conllevan una definición procesual y compleja de la salud/salud mental y su relación necesaria con la conformación y ejercicio de equipos interdisciplinarios.

De acuerdo con Stolkiner (2005), se requerirá la construcción de un marco referencial y conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario. También será una cuestión a considerar la inclusión de saberes no disciplinarios en el caso de los equipos que trabajen en dispositivos comunitarios, o que contemplen que los usuarios de los servicios forman parte de una comunidad y de una cultura dada.

Respecto de esta cuestión, en el Plan Nacional de Salud Mental se resalta la importancia del reconocimiento, formación e inclusión de “recursos humanos no tradicionales”, entre los que se cuentan referentes comunitarios e institucionales diversos, y sus saberes y prácticas reconocidos y legitimados en la comunidad.

La referida investigadora sostiene que, en este campo, los problemas se presentan como demandas complejas y difusas que dan lugar a intervenciones que no están exentas de contradicciones, tensiones o disputas por el sentido entre cuerpos conceptuales y saberes heterogéneos. La cuestión tendrá que ver, entonces, con un pasaje desde la ciencia moderna como poseedora de objetos y métodos, hacia campos conceptuales y saberes articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas (Stolkiner, 2005).

Así, la interdisciplinariedad no supone la mera sumatoria o yuxtaposición de conocimientos, no se trata de la incorporación sin más de las intervenciones de diferentes profesionales y técnicos respecto de una misma situación. Eso no constituye interdisciplinareidad alguna de por sí, sino que se requiere de una actitud de cooperación recurrente y de un trabajo de intercambio, reflexión y revisión de los saberes dados en un proceso sostenido y constante (Bru, 2012).

El criterio de *intersectorialidad* responde a la necesidad de brindar respuesta a los componentes múltiples que fueran oportunamente definidos respecto de la definición de salud mental procesual, compleja y como un derecho, establecida en la LNSM. De esta manera, deberán articularse las acciones a diferentes sectores del Estado, además del que compete al área de salud en sentido estricto. Se mencionan también educación, vivienda, trabajo, desarrollo social, entre otros sectores estatales y derechos que forman parte de las respuestas para este campo.

1. **Atención primaria de la salud y comunidad**

En relación con los principios de la *atención primaria de la salud*, la LNSM remite a aquellos que se establecen en la Declaración de Caracas (OPS, 1990). Aquí, la integración de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) a la Salud Mental como revisión crítica a la lógica hospitalocéntrica, promueve crear un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud con base en la comunidad; una mayor cercanía de los servicios y accesibilidad; propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales; y compromete la adecuación de las legislaciones de los países suscriptos.

En ese sentido, el decreto reglamentario de la LNSM se afirma que la Autoridad de Aplicación deberá garantizar que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios: de cercanía, continuidad en la atención, articulación de diferentes servicios, participación de las personas destinatarias y reconocimientos de las diferentes identidades. Es decir, que a la ampliación del concepto referido a los servicios de salud, a la definición estratégica vinculada con la cercanía y a la inclusión de diversos sectores del Estado intervinientes, se le añade el criterio de que son los programas y servicios los que deben adaptarse a las necesidades de los usuarios y concebirse de manera local, para garantizar la continuidad del proceso de atención y el acceso a sus derechos.

Los criterios de abordaje interdisciplinario e intersectoriales se entraman en el *corpus* normativo analizado con la denominada *perspectiva comunitaria* y la necesidad de articular intervenciones en red entre los sectores, efectores, dispositivos, actores e instituciones. En este apartado veremos las diferentes definiciones del concepto de comunidad y ubicaremos algunas de los debates y discusiones en torno del mismo.

El decreto reglamentario 603/2013, en su artículo 9, prevé la integración de equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enferme­ros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental. Y el artículo 4 faculta a la autoridad de aplicación de la ley 26657 –en articulación con las áreas que correspondan– y promueve su fun­cionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad.

De acuerdo con Ardila y Galende (2011), las propuestas de reforma de la atención en salud mental encuentran en la comunidad un concepto central, otorgándole significados que se extienden desde la inscripción y el emplazamiento de los servicios de atención en el seno territorial, cultural y social de las comunidades; hasta el concepto de *participación* de usuarios, familias y la misma comunidad en las prácticas profesionales. Esto incluye a los programas conjuntos que desarrollan los servicios con organizaciones de la comunidad.

Esta perspectiva comunitaria busca desmarcarse y oponerse a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el usuario pueda permanecer integrado en el lugar donde construye su vida durante el proceso de atención y “rehabilitación”, potenciando su participación activa en el tratamiento. Esta modalidad de abordaje se diferencia de la separación de las personas en tratamiento de sus entornos (Ardila y Galende, 2011).

Estos autores resaltan la importancia de que la persona con sufrimiento mental necesita recomponer o construir nuevos vínculos y relaciones en su comunidad.

De este modo, la salud mental en la comunidad se propone el pasaje del modelo asilar (o de aislamiento en el caso de los consumos problemáticos) al acceso a servicios con proximidad local o emplazados en el territorio/barrio en lo que se denominan “servicios comunitarios”. Es decir, la transición de una práctica basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad; y el pasaje de “el enfermo” como sujeto pasivo de su tratamiento a una subjetividad activa, partícipe y protagonista de su tratamiento. Esto, además de la participación de los usuarios en toda decisión en el marco del proceso de atención, implicaría incluir en el mismo a los miembros significativos de su entorno o los referentes afectivos.

Por su parte, las tensiones entre la estrategia de atención primaria de la salud –que supone que los servicios de atención deben priorizar su base comunitaria– y la demanda de algunos usuarios de los servicios con consumos problemáticos respecto de contar con ámbitos que los alojen, al menos por un tiempo, lejos de sus entonos barriales, es retomada en la Ley que crea el Plan Integral de Abordaje de Consumos Problemáticos 26.934/2014.

Si bien la SEDRONAR continuó financiando mediante “becas” los tratamientos en comunidades terapéuticas que se regían por un criterio abstencionista y de aislamiento en algunos casos, paralelamente se generaron políticas alternativas que buscaron recuperar la perspectiva comunitaria (Suppa Altman, 2015). En este sentido, la Ley IACOP sancionada en 2014 establece entre sus pautas para la asistencia integral de los consumos problemáticos: Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones (…); priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo (…) conforme a lo establecido en la Ley N° 26.657; promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes; incorporar el modelo de reducción de daños; incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional (Ley IACOP 26934/2014, Art. 10).

Se hace hincapié, como subraya Cunial (2016), en el problema de inclusión social de algunas poblaciones. Para ello, en sus definiciones sobre la *prevención* se indica la apertura de centros *preventivos* emplazados en los territorios de mayor vulnerabilidad social como capacidad para recibir la demanda de atención, brindar información, promover la participación comunitaria y articular con la red socio-sanitaria local.

También, se establece la instancia de la *integración,* diferenciándose del tradicional concepto de “recuperación” o “rehabilitación” –habida cuenta de la connotación de pérdida o la suposición de inhabilitación del sujeto con consumos problemáticos que tales términos pueden comportar– como parte del proceso de abordaje integral y se detallan los modos previstos para su desarrollo intersectorial y sostenido.

Es importante señalar que la categoría de *comunidad* y los aspectos relativos como *lo comunitario* conllevan una serie de problematizaciones que varios autores, no solo del campo de la salud mental, sino de las ciencias sociales y del pensamiento contemporáneo se han dedicado a analizar (Espósito, 2013).

En este sentido, se han abierto una serie de críticas y cuestionamientos hacia las miradas idealizadas, homogeneizantes, sustancialistas que apuntan a revisar el modo de concebir y a visibilizar las heterogeneidades, conflictos, diferencias, relaciones de poder que suponen esta “vida en común”. En nuestro campo de estudio podríamos ubicar lo comunitario, no solo como un ámbito de desarrollo de la vida y fuente de recursos y oportunidades, sino también como parte de las violencias, abusos, malestares, segregaciones de las personas con padecimiento mental y/o con consumos problemáticos.

Con respecto al abordaje comunitario e integral de los consumos problemáticos, Camarotti y Kornblit (2015), proponen un modelo que se define a partir de una estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas. No obstante, la comunidad no es entendida aquí desde una concepción idealizada, romántica, ni como sinónimo de armonía, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado por intereses heterogéneos, conflictos, tensiones, pero también compuesta por relaciones de solidaridad y cooperación y con la potencialidad de construir respuestas colectivas a lo que se presenta como problemático.

Asimismo, en otro de sus estudios señalan cómo las políticas públicas y el marco de intervención establecido a partir de la sanción de la LNSM en 2010 incorpora avances innovadores en el área, en especial el reconocimiento de derechos, y permite poner de manifiesto la necesidad de que las tramas de relaciones sociales e institucionales se transformen en “comunidades que cuiden” (Capriati, *et al*., 2015).

De esta manera, se entraman en la modalidad de abordaje a) la *perspectiva interdisciplinaria* –que incluye los saberes disciplinarios en la construcción de nuevos marcos de referencia situacionales, así como los saberes no tradicionales y aquellos producidos por las comunidades–; b) el enfoque *intersectorial* –que comprende las respuestas desde diferentes sectores del Estado e instituciones de los tres sectores (estatal, privado, ONG) –; c) la base *comunitaria* de las intervenciones, atendiendo las tensiones y heterogeneidades, y la potencialidad de construcción de respuestas colectivas frente a lo problemático (definido en cada caso), que se presentan en un territorio demarcado geográficamente.

Entendemos que esta modalidad de abordaje se desmarca de las formas tradicionales de dar tratamiento a la salud/salud mental. Al considerarla un proceso complejo y dinámico que puede encontrar variaciones según los contextos y las personas, se diferencia de una concepción de sujeto “enfermo” o que ha perdido la salud –como si esta fuera un atributo o una posesión– y que por eso debería ser aislado o separado de su entorno por un tiempo indeterminado hasta que se encuentre en condiciones de “re-insertarse”.

Aquí se habilitan intervenciones que ponen en diálogo los saberes y las significaciones sobre los problemas que no se restringen a los conocimientos disciplinarios, científicos o profesionalizados, sino que incluyen a las personas afectadas; se considera la necesidad de alojar la relación entre los sujetos y sus entornos por fuera de lo estrictamente “familiar”; se entiende la importancia de la participación de los destinatarios en la definición de los problemas y en la construcción de las respuestas.

1. **Presunción de capacidad**

La *presunción de capacidad* resulta uno de los principios más importantes de la Ley de Salud Mental, en tanto define una noción de sujeto que –más allá de su padecimiento mental– deberá acceder a diferentes ámbitos de atención y cuidado de su salud/salud mental, tendientes a permitir que desarrolle su vida con un criterio de autonomía progresiva.

Podría pensarse que el texto de esta normativa busca desmarcarse de ciertas concepciones modernas de las categorías de capacidad-discapacidad y autonomía-heteronomía basadas en el ideal de individuo racional y auto centrado. Esto, si bien se orienta hacia construcciones alternativas y se generan nuevos instrumentos jurídicos, no implica que las definiciones tradicionales se encuentren superadas.

En sus fundamentos y principios rectores, la LNSM parte de considerar la “capacidad de todas las personas” y se menciona el acceso a la salud como un derecho –consagrado en la Constitución Nacional y en pactos y tratados internacionales suscriptos– que debe garantizar el Estado.

La *presunción de capacidad de todas las personas* que establece la LNSM se relaciona con la noción de capacidad jurídica y contempla dos instancias fundamentales: la capacidad de ser titular de derechos y de ejercerlos de manera efectiva (Cifuentes, 1999).

Este principio establecido en la normativa que estamos analizando se fundamenta en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). El artículo 12 de la CDPD se refiere a la igualdad en cuanto al reconocimiento como sujeto de derechos ante la ley de todas las personas y a las problemáticas vinculadas con la capacidad jurídica, comprometiendo a los Estados a adoptar medidas para "proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica" (inc. 3), asegurando "que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos" (inc. 4) y adoptando medidas para velar "porque las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria".

En este punto, si bien no termina de abordarse el ejercicio de derechos por fuera de la polaridad capacidad-discapacidad, se asume cierta dimensión relacional de la que participa el Estado, se reconocen algunas de las asimetrías, desigualdades y formas de discriminación a la que se ha sometido a personas que por sus características fueran consideradas “discapacitadas”.

Ahora bien, los principios de la LNSM han llevado a una revisión del Código Civil en lo que hace a las denuncias y juicios por insania o inhabilitación que permitían la destitución absoluta de la capacidad jurídica y por tanto de los derechos de ciudadanía sobre las personas con discapacidad o padecimiento mental (esto incluye a aquellas con consumos problemáticos o adicciones). Al mismo tiempo, apuntan hacia una reforma de las prácticas judiciales y asistenciales en sintonía con dichos preceptos. (María Graciela Iglesias, 2015)

De este modo, las contradicciones generadas a partir de los lineamientos de la normativa en salud mental y abordaje de consumos problemáticos respecto de la antigua concepción de capacidad jurídica, se tradujeron en el nuevo Código Civil y Comercial aprobado por ley 26994/2014 que entró en vigencia en agosto de 2015. Dentro de la diversidad de cuestiones que se propone regular esta normativa, se encuentra la referida a la capacidad jurídica y a la capacidad de ejercicio de derechos de ciudadanía de las personas con padecimientos mentales y adicciones (Lafferriere y Muñiz, 2016).

Mediante este instrumento legal, se restringe el paradigma de *sustitución de la capacidad* jurídica de las personas con discapacidad o padecimiento mental, que tradicionalmente se ejercía bajo la figura del *curador* como resultado de los juicios por insania o inhablitación. Y se incorpora así un modelo alternativo, conocido como *modelo social*, que permite la articulación de un *sistema de apoyos.* La conformación de esta red y el acompañamiento correspondiente se orientan hacia el pleno ejercicio de derechos de las personas afectadas por estos padecimientos y hacia el desarrollo, en la medida de lo posible, de una autonomía progresiva (Capria *et al*., 2012).

De acuerdo con esta normativa, se entiende que todas las personas podemos, eventualmente, atravesar alguna circunstancia o momento de sufrimiento mental o de padecimiento psíquico y que eso deberá ser atendido. Pero, por otra parte, no debería implicar una restricción en términos del ejercicio de derechos.

Así, creemos que esta reforma en el tratamiento de la capacidad jurídica interpela la categoría de autonomía ligada al sujeto moderno. Ésta implicaría que el sujeto se sostiene desde “su interior” y que es capaz de desarrollar su vida de manera independiente respecto del entorno. Entendemos, de acuerdo con la propuesta de Danilo Martuccelli (2012) respecto de los soportes vitales, que no existe individuo sin un conjunto de soportes materiales o simbólicos en los cuales sustentarse. De esta manera, todos las personas –y no solamente aquellas que padezcan alguna discapacidad o sufrimiento subjetivo– necesitan o requieren de un conjunto de *soportes* o apoyos para llevar a cabo responsabilidades o realizar actos jurídicos.

Es decir, de acuerdo con este enfoque, un diagnóstico en salud mental en un momento dado no debería tener el efecto social de restringir derechos y libertades fundamentales. Deberán instrumentarse los medios para ver de qué modo –tal vez por medio de un acompañamiento, la conformación de una red de apoyos, o garantizando el acceso a un tratamiento– una persona con padecimiento mental puede desarrollar su capacidad para llevar adelante su vida y los diferentes actos jurídicos, como trabajar, ejercer la patria potestad, testar, heredar, administrar los propios bienes, votar, casarse, etc.

De este modo, si bien no consigue resolver muchas de las tensiones y contradicciones respecto de las categorías de ciudadanía, autonomía, capacidad jurídica, entre otras; el enfoque de derechos en el cual se enmarca la LNSM se orienta, entre otros aspectos, a paliar la insuficiencia jurídica, o más precisamente, la exclusión respecto de la capacidad de realizar actos jurídicos de las personas con padecimientos subjetivos (Stolkiner, 2015).

**Comentarios finales**

De acuerdo al análisis precedente referido al corpus normativo que forma parte de las políticas públicas de abordaje de consumos problemáticos entre 2010-2015, pensamos que el mismo se sitúa en y configura un marco de intervención, a la vez que se orienta hacia un dispositivo –que llamaremos *dispositivo abierto de producción de subjetividades*– que cuestiona, busca limitar los alcances y tensionar y hasta reemplazar el modelo manicomial en salud mental y los modelos tradicionales que ubican a los usuarios de drogas y los producen bajo la disyuntiva de ser “delincuentes” o “enfermos” como modos de dar tratamiento a los padecimientos subjetivos.

De esta manera, se observa en el texto de la LNSM cómo algunas de las definiciones y criterios establecidos, ora dialogan, ora dan respuesta, se desmarcan o fijan posiciones respecto de las discusiones planteadas por los colectivos de usuarios, familiares, trabajadores, organizaciones de derechos humanos e incluso se ubican respecto de los debates teórico-científicos. Vale aclarar que las tensiones histórico-políticas y académicas en el proceso de formulación de las normativas estudiadas no han sido saldados y que las mismas se hicieron extensivas a las discusiones en torno de la implementación de estas políticas (Adissi, 2013).

Por otro lado, si bien estos antagonismos, disputas por los sentidos y prácticas no podrían superarse solamente a partir de la letra de las leyes, estas propuestas buscan sustraer los consumos problemáticos del campo penal-jurídico y erradicar las intervenciones punitivas que durante décadas les estuvieron destinadas; recomiendan estrategias de atención primaria de la salud y el trabajo en red entre los efectores; se orientan hacia la restricción de las internaciones y el encierro al que históricamente se ha confinado a las personas con sufrimiento mental, entre las que se cuentan aquellas con consumos problemáticos de drogas.

**Bibliografía**

Adissi, I. (2013). *Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs.* Tesis doctoral no publicada.

Araujo, K. & Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes, retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago: LOM Ediciones.

Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50.

Asamblea General de Naciones Unidas. (Enero, 2007). Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/res/61/106).

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª Ed. (DSM-IV).*Washington, DC.: APA

Bru, G. S (2012). La Interdisciplina como utopía. *Margen*, 67 (diciembre).

Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*, 11(2), 211-221.

Capria, L; Díaz Fornis, M. F; Frías, J; Garzón, A. C; Giménez, M; Gioja, L; Oszurkiewicz, J. P; Zubiarrain, P. A & Baresi M. S. (2012). Capacidad Jurídica: el derecho a ejercer derechos, *Salud Mental y Comunidad*, 2 (2): 77-83

Capriati, A., Camarotti, A.C., Di Leo, P., Wald, G. Kornblit, A.L., (2015). *Revista Argentina Salud Pública*, 6(22): 21-28

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2008). Informe: “Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos”. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiquiatricos-argentinos/>

Cifuentes, S. (1999). Elementos de derecho civil, Parte general. Buenos Aires: Editorial Astrea.

Cunial, S. (2016). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, (8), 165-195.

Espósito, R. (2013). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Herder Editorial.

Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Goffman (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Iglesias, M. G. (2015). Una visión de la capacidad jurídica de la CDPD en el derecho a la salud OMS/OPS.

Lafferriere, J. N., & Muñiz, C. (2016). Los procesos civiles relativos a la capacidad: de la Ley de Salud Mental al nuevo Código Civil y Comercial. *Pensar en derecho* 141(9).

Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, 9-31.

Ley Nacional Nº 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

Ley para la creación del Plan Integral de Abordaje de Consumos Problemáticos (26.934/2014)

Ley Penal de Estupefacientes 23.737 (1989) Disponible en: Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657

Metaal, Pieen (2014) Principios y Normas Globales sobre -los derechos de- personas que usan drogas ilícitamente. En, Editoras Catalina Pérez Correa (CIDE) Coletta Youngers (WOLA). En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. CIDE: México

Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas.

Ministerio de Salud de la Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018.

Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49

Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina

Pawlowicz, M.P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P. y Touzé, G. (2011). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En, E. Blanck (coord.) *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional Nº 26.657*. Buenos Aires: Eudeba

Quercetti, F., Parenti, M., & Stolkiner, A. (2015). Desafíos en el campo la salud mental argentina: Un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*

Secretaría General-Organización de los Estados Americanos (2013), *El problema de drogas en las Américas*, Washington: OEA

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Trabajo presentado en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornada Provincial de Psicología. *Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones, Argentina*.

Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina social*, 5(1), 89-95.

Stolkiner, A. (2015). El enfoque de derechos en salud y las prácticas en salud mental. EnJ. Calmels (coord.). *Experiencias en salud mental y derechos humanos: aportes desde la política pública.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos

Stolkiner, A. I. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. *Lerner H, compilador. Los sufrimientos*, 10, 211-39.

Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28, 57-67.

Suppa Altman, J.M. (2015). Salud Mental y Adicciones. Una relación familiar y conflictiva en la legislación nacional y porteña*.* *Revista Institucional De La Defensa Pública**De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires,* 5 (7), 117-140

Vázquez, Andrea, & Stolkiner, Alicia. (2010). Estigmatización y exclusión en salud: Transformaciones en los marcos de interpretación penal de la figura de tenencia de drogas para consumo personal y su relación con la accesibilidad a servicios de salud. *Anuario de investigaciones*, 17, 329-337.

1. Goffman (1970) define a las instituciones totales como sitios de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad y encerrados por un periodo de tiempo, comparten su rutina diaria, la cual es administrada formalmente. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)