

## **INFORME**

# **Barreras de accesibilidad de personas usuarias de dispositivos comunitarios de la Provincia del Neuquén a espacios de atención y acompañamiento por consumos problemáticos**

Observatorio de Consumos Problemáticos  
Noviembre 2023

SUBSECRETARÍA DE  
CIUDADES SALUDABLES  
Y PREVENCIÓN DE  
CONSUMOS PROBLEMÁTICO

MINISTERIO DE NIÑEZ,  
ADOLESCENCIA, JUVENTUD  
Y CIUDADANÍA

**NEUQUÉN**  
PROVINCIA



**Gobernador de la Provincia del Neuquén**

Cr. Omar Gutiérrez

**Ministra de Niñez, Adolescencia, Juventud y Ciudadanía**

Abg. Sofía Sanucci Giménez

**Subsecretario de Ciudades Saludables y Prevención de Consumos  
Problemáticos**

Lic. Hernán Ingelmo

**Observatorio de Consumos Problemáticos**

Directora Esp. Paula Alvear

Integrantes que participaron del informe

Esp. Prof. Gabriela Souto

Victoria Gonzalez

Lic. Romina Lara

Malén Huenten

Lic. Victoria Ghirardi



## Índice

|   |    |
|---|----|
| Prólogo.....  | 4  |
| Agradecimientos.....                                  | 5  |
| 1. Presentación.....                                  | 6  |
| 2. Marco conceptual del estudio.....                  | 7  |
| 3. Objetivos y aspectos metodológicos.....            | 11 |
| a. Objetivos.....                                     | 11 |
| b. Aspectos metodológicos.....                        | 11 |
| 4. Algunos hallazgos.....                             | 12 |
| a. Barreras de accesibilidad cultural/simbólica.....  | 13 |
| b. Barreras de accesibilidad administrativa.....      | 16 |
| c. Barreras de accesibilidad económica.....           | 18 |
| d. Otros obstáculos para sostener el tratamiento..... | 20 |
| 5. Consideraciones finales.....                       | 22 |
| 6. Referencias bibliográficas.....                    | 27 |



## **Prólogo**

Desde la Subsecretaría de Ciudades Saludable y Prevención de los Consumos Problemáticos, se trabaja teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que son parte transversal del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, los cuales integran las dimensiones económica, ambiental y social y se basan en un enfoque de derechos con su carácter de integralidad. En particular, el Objetivo 3 plantea garantizar una vida sana y saludable, promoviendo el bienestar para todos/as. Como parte del mismo se insta a fortalecer la prevención y el acompañamiento a las personas usuarias y/o que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Bajo dicho lineamiento, desde el Observatorio en Consumos Problemáticos (OCP) perteneciente a dicha Subsecretaría, se pretende brindar información relevante para la sensibilización de la comunidad y el diseño de políticas públicas. En esa dirección, se realizó el presente estudio el cual permitió indagar sobre los aspectos más significativos respecto a la accesibilidad de los usuarios/as a los dispositivos de atención y tratamiento.

Con el presente informe se busca contribuir en el diseño e implementación de estrategias que podrían favorecer la accesibilidad, la oferta de servicios y los modos de abordaje para las personas que requieren atención en dichos dispositivos.

Por último, vale aclarar, que el presente trabajo se encuentra enmarcado en los lineamientos de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones que reconoce el acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios como un derecho de las personas que presentan un padecimiento mental y/o un consumo problemático de sustancias psicoactivas y, es por ello, que cobra relevancia la importancia del presente estudio a fin de promover y garantizar el cumplimiento de la ley.

Lic. Hernán Ingelmo *Subsecretario  
de Ciudades Saludables y  
Prevención de Consumos  
Problemáticos*



## **Agradecimientos**

En nombre de la Subsecretaría de Ciudades Saludables y Prevención de Consumos Problemáticos y del Observatorio de Consumos Problemáticos (OCP) agradecemos al Ministerio de Niñez, Adolescencia, Juventud y Ciudadanía de la Provincia de Neuquén y al Gobierno de la Provincia de Neuquén por el apoyo brindado para la elaboración del presente estudio.

Queremos agradecer la predisposición de los/as referentes de los distintos dispositivos comunitarios, a cada uno de los/as entrevistados/as y a todas las personas que colaboraron en el Estudio trayectorias terapéuticas de personas con consumos de sustancias psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia de Neuquén (2022), brindando información relevante y las fuentes para la elaboración de éste informe.

También queremos agradecer a la Universidad Nacional del Comahue (UNCO) por confiar nuevamente en el trabajo que se lleva adelante desde el OCP, ofreciendo dicho espacio como un lugar de formación para sus estudiantes.



## 1. Presentación

El Observatorio de Consumos Problemáticos (OCP) surgió con el propósito de lograr un mayor entendimiento de la situación de los consumos en la Provincia del Neuquén y brindar información relevante para el diseño de políticas públicas vinculadas con la prevención y la promoción de la salud. Dentro del marco legal que encuadra al mismo se encuentran la Ley Nacional N° 26.934, el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos -IACOP- la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

A nivel provincial, el Observatorio se inscribe en las directrices que dicta la Ley de Ministerios 3102/2017 en relación a producir información para “planificar, diseñar y coordinar políticas públicas tendientes a la reinserción de las personas en el campo de los consumos problemáticos y las adicciones.”

Se trabaja desde el modelo de abordaje integral comunitario cuyo enfoque es relacional, integral y multidimensional, poniendo en el centro a las personas con sus trayectorias de vida desde un enfoque de derechos donde el consumo problemático es puesto en relación con el contexto donde se encuentra inserto el sujeto.

El presente informe se desprende del proyecto denominado Trayectorias terapéuticas de personas con consumo de sustancia psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia del Neuquén, del año 2022, el cual fue elaborado por el equipo del OCP en conjunto con otros actores. Se destaca la participación de residentes de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional del Comahue, lo que hace al enriquecimiento en la producción de información que conlleva el trabajo interinstitucional y con profesionales especializados en la temática. En la misma línea de trabajo, el presente informe ha sido elaborado junto a residentes del año 2023.

El propósito de éste estudio es indagar sobre las barreras de accesibilidad que operan como obstaculizadores al momento de acceder y sostener los espacios de atención y acompañamiento de las personas usuarias de sustancias psicoactivas. Para ello se retoman las desgrabaciones de las entrevistas realizadas a personas



que asistieron durante el 2020 y el 2022, inclusive, a uno de los cuatros centros de atención y acompañamiento comunitario abordados de la provincia de Neuquén. Dicha población se caracteriza por encontrarse en un contexto atravesado por situaciones de vulnerabilidad psico social.

## **2. Marco conceptual del estudio**

En el siguiente apartado se desarrollarán los conceptos principales que serán transversales al desarrollo del informe y se constituirán como el sostén teórico para el análisis propuesto.

### **Perspectiva interseccional**

Al concebir el camino que van transitando los diferentes usuarios de los dispositivos relevados, es importante ampliar la mirada sobre los sucesos y acontecimientos significativos que son constitutivos de estas trayectorias e itinerarios terapéuticos. Para esto es necesario comprender las condiciones estructurales que atraviesan a los sujetos y sus experiencias.

Para ello, se toma la perspectiva de la interseccionalidad que se constituye como una categoría analítica que permite identificar de qué manera la intersección de diferentes estructuras sociales (género, nacionalidad, clase, discapacidad, etcétera), genera situaciones de discriminación complejas que se mantienen y reproducen (La Barbera, 2017). En el presente informe se retoma esta categoría ya que se entiende que la yuxtaposición de vulnerabilidades influyen en el acceso y la permanencia en los dispositivos de tratamiento. Así, se conforma como un eje transversal tener en cuenta las trayectorias singulares existentes que se configuran como experiencias de vida singulares para cada usuario, atravesadas y significadas por las situaciones de vulnerabilidad que las atraviesan.

Pensar en trayectorias permite concebir la problemática de consumo de las personas no como “carreras adictivas” (que va del uso de sustancias a su dependencia), sino como diferentes momentos en que las personas van variando sus patrones de consumo de acuerdo a múltiples situaciones vitales que van atravesando (Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006). Las trayectorias terapéuticas abarcan un conjunto variado de recursos que involucran experiencias, saberes,



prácticas y modalidades de atención y cuidados diversos (Menéndez, 2005). En ellas, también se incluyen aquellos caminos y obstáculos con los que se encuentran los usuarios y que van sorteando hasta llegar y para permanecer en los dispositivos de atención.

### **Vulnerabilidad y desafiliación social**

Al hablar de la yuxtaposición de vulnerabilidades, cabe mencionar el concepto de vulnerabilidad propuesto por Castel (1989). El autor entiende que no es un término estático: un individuo puede localizarse en distintas zonas de vulnerabilidad. Esto supone una condición social de riesgo, de dificultad, de manera inmediata o en el futuro, para los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados (Perona y Rocchi, 2001).

Cuando se habla de desafiliación se busca visualizar un recorrido hacia una zona de vulnerabilidad; es un proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de los lazos sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida. Se trata de “una situación de vulnerabilidad que conjuga la desvinculación con las estructuras formales de integración (el sistema educativo o el mercado de trabajo) y la fragilidad de los lazos familiares y comunitarios” (Eseverri-Mayer, 2013, p. 383). Es decir, que un lazo social débil implica la pérdida o el deterioro en las dinámicas de relaciones entre individuos. En ocasiones las personas que tienen una relación problemática con el consumo van empobreciendo sus ámbitos de socialización y por lo tanto, se encuentran en un proceso de desafiliación social.

### **Dispositivos de atención**

Recuperando la definición de Foucault (citado en Fanlo, 2011), el mismo define a los dispositivos como la relación o red de saber/poder en la que se inscriben diferentes instituciones, situadas histórica, espacial y temporalmente, donde se incluyen componentes tales como discursos, leyes, medidas administrativas, enunciados morales, etcétera; y donde su emergencia responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer en determinado momento





sociohistórico. En este sentido, al hablar sobre dispositivos de atención, se hace referencia a aquellas organizaciones constituidas por una pluralidad de personas, con uno o varios objetivos compartidos, que se despliega en un tiempo y espacio determinado, con una cierta inscripción institucional. Estos dispositivos se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, modos de contener, de escuchar y de orientar (Pawlowicz, Galante, Goltzman y otros, 2013). Así, son pensados en este encuadre teórico los dispositivos de atención y acompañamiento comunitarios a los cuales las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas deciden recurrir; forjando de esta manera, sus trayectorias de vida por el paso de diversos dispositivos de atención.

### **Barreras de accesibilidad**

Las barreras de accesibilidad con las que se encuentran las personas que transitan un consumo problemático de sustancias psicoactivas, al momento de acercarse a un espacio de atención y/o acompañamiento, constituyen instancias esenciales que inciden en el devenir y en las trayectorias terapéuticas y vitales de dichos sujetos.

El concepto de accesibilidad, se piensa como una categoría de análisis que permite identificar el grado de facilidad y/o dificultad con el que cuenta la población para acceder a la oferta de los servicios de salud. La accesibilidad, desde un enfoque relacional, se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Y éste vínculo se constituye “a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos; y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000). Es decir, que la accesibilidad puede determinarse en función del grado de incidencia de diferentes dimensiones. Flora Ferrara (2006) distingue las siguientes dimensiones y/o barreras de accesibilidad:

- Geográfica: refiere al tiempo y la distancia que separa y dificulta la llegada de la población a los recursos de salud.



- Cultural/simbólica: se centra en la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud que tiene la población, en los elementos de la cultura, en el imaginario social y en las representaciones que circulan en relación a los requerimientos de salud que cada grupo social considera. Scheidermann (2012) sostiene que los componentes de esta dimensión pueden circunscribirse al análisis de la relación Equipo de salud - paciente.
- Jurídica: refiere al conjunto de normas legales que aseguran a cada persona la posibilidad de alcanzar los recursos sanitarios existentes en su medio, cuando así lo requiera el cuidado de su salud y el de sus familiares.
- Económica: alude a la posibilidad de acceso en función de los recursos económicos disponibles.
- Administrativa: se relaciona con la organización de los servicios de salud, las normativas con las que se rige, los horarios de atención, la disponibilidad de turnos y todo aquello que hace al marco institucional.

En este informe se utilizará el concepto de accesibilidad no sólo como un primer acceso a los servicios, sino como la posibilidad de sostener la atención y el tratamiento de los/as usuarios/as.

Desde una mirada que busca complejizar las realidades estudiadas de las personas entrevistadas, que asistieron a algunos de los cuatro centros de atención y acompañamiento comunitario abordados en el Estudio de Trayectorias, se plantea el análisis desde un enfoque interpretativo, en tanto son diversas las formas en que los individuos vivencian los obstáculos para acceder y permanecer en los dispositivos de atención, en relación a cada trayectoria de vida y contextos socioculturales en los cuales acontece el consumo. Las mencionadas barreras y obstáculos, pueden incidir en el acercamiento y el sostenimiento de las personas que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas a los dispositivos de atención.

En las instituciones el recorrido por los dispositivos no está prefijado, sino que se adecua a la singularidad de cada sujeto, a modo de una ruta orientada por las transformaciones del tratamiento que va tomando diferentes rumbos. En algunas ocasiones se deriva a algunos sujetos a uno u otro dispositivo de acuerdo a sus características y criterios de admisión.



Al decir de Comes y Stolkiner (2005) “la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario investigar” y es en esta dimensión en la que se centra este trabajo a partir de los relatos extraídos del estudio “Trayectorias terapéuticas de personas con consumo de sustancia psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia del Neuquén” (2022). Reflexionar sobre los condicionantes y entramados sociales de los sujetos podría aportar una mirada integral al abordaje de los consumos, como así también de los espacios de atención y acompañamiento.

### **3. Objetivos y aspectos metodológicos**

#### **a. Objetivo general**

- Ahondar acerca de las barreras de accesibilidad a los dispositivos de atención y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, de la Provincia de Neuquén.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar las barreras de accesibilidad para el acercamiento a los dispositivos de atención y acompañamiento a personas en situación de consumo.
- Reconocer los obstaculizadores para la permanencia en los centros de atención y acompañamiento a personas en situación de consumo.

#### **b. Aspectos metodológicos**

El estudio del que se desprende este informe fue de tipo exploratorio - descriptivo y correspondió a un diseño cualitativo y transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, es decir, no fue aleatoria sino intencional en base a la viabilidad de acceso a los entrevistados. Esta viabilidad estuvo garantizada a partir del contacto y articulaciones previas que se tuvieron con los y las referentes de los dispositivos. Se realizaron veintidós entrevistas en profundidad a varones cisgénero de entre 23 y 70 años con una media de 39,5 años. El presente informe



fue construido a partir del análisis de la desgrabación y codificación de las veintidós entrevistas realizadas en el marco del estudio mencionado.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron que las personas sean mayores de edad y que hayan transitado por algún dispositivo comunitario que aborde el consumo de sustancias psicoactivas entre 2020 y 2022 en la Provincia del Neuquén.

Respecto a los criterios de exclusión, fueron: que sean menores de 18 años, no haber concurrido a dispositivos comunitarios, no querer participar en el estudio, estar desorientados en tiempo y espacio o no estar en condiciones psíquicas y/o emocionales según el criterio de los/as referentes del dispositivo.

Se buscó que la distribución muestral sea por cuotas, repartida de forma medianamente equitativa entre quienes asistieron a los dispositivos ubicados en el interior de la provincia (13 entrevistados), y la capital (9 entrevistados). Para facilitar el acceso y vínculo con la población de estudio, se articuló con cuatro dispositivos comunitarios de tres localidades de la provincia: Ciudad de Neuquén, Zapala y Chos Malal.

Las entrevistas duraron en promedio 45 minutos cada una y se trabajó con una guía de pautas abierta y flexible, y entre las dimensiones abordadas se incluyó: la accesibilidad a los dispositivos de atención y acompañamiento, los quiebres biográficos de la persona, las tramas relacionales, las estrategias de cuidado y los itinerarios terapéuticos por los que transitó cada uno.

Las entrevistas fueron presenciales, y se realizaron en espacios dentro de los dispositivos comunitarios, en los que fuese posible garantizar la privacidad y resguardo de la persona.

#### **4. Algunos hallazgos**

En este apartado, se realizará un análisis sobre las barreras de accesibilidad que surgieron con mayor frecuencia en el relato de los entrevistados. Entre ellas se identificaron barreras culturales/simbólicas, administrativas y económicas; haciendo énfasis tanto en el ingreso como en la continuidad de los tratamientos.



En los relatos no aparecen de manera explícita fragmentos que hagan referencia a las barreras de accesibilidad geográfica y jurídica, que posibiliten realizar un análisis específico al respecto. Sin embargo, se identifican algunas características que aluden a las mismas, pero resultan insuficientes para su sistematización.

#### **a. Barreras de accesibilidad cultural/simbólica.**

Las barreras que subyacen con mayor frecuencia en los relatos de las personas entrevistadas expresan la percepción y/o representaciones sociales negativas sobre los dispositivos terapéuticos, acerca tanto del funcionamiento como de los modos de abordaje; sobre el equipo tratante y/o el personal a cargo de los dispositivos y sobre los otros usuarios que asisten a dichos espacios.

Siguiendo a Vain (2016) los comportamientos de los sujetos se encuentran influenciados por la representación que los mismos tienen de una situación determinada. Las creencias negativas que circulan en el imaginario social colectivo respecto al funcionamiento de los dispositivos de atención, pueden entenderse como una dificultad u obstaculizador a la hora de tomar la decisión de acercarse a los mismos. Estas creencias producen efectos subjetivantes en la población, por lo que sus decisiones se encontrarán determinadas a partir de las representaciones sociales que circulan en la sociedad:

*“Vi que la forma de manejarse acá es muy diferente a lo que es una internación. Me han hablado muy mal de los internados, como [Centro de Atención]<sup>1</sup> me dicen que entra la droga en [Centro de Atención] que necesitan y entra por ahí, que son gente áspera.” (Entrevistado, 31 años)*

*“Entrevistador: ¿Antes no habías ido nunca, al hospital, nada, a la salita?*

*Entrevistado: No, nada, me ofrecieron una fundación pero no estaba seguro en eso, después bueno, ya me fuí a esta Fundación [Centro de Atención].*

*Entrevistador: ¿No estabas seguro porque pensabas algo negativo de esas fundaciones?*

*Entrevistado: (...) para mí entrar a una fundación era una pelotudez. Vamos a decir la verdad, no me iba a servir para*

---

<sup>1</sup> Se utiliza la terminología *Centro de Atención* para resguardar el anonimato de los centros. En el mismo sentido, se aplican otros términos para instituciones y personas mencionadas.



*nada porque si yo entraba ahí así como estaba, cuando salga iba a seguir con lo mismo.” (Entrevistado, 33 años)*

En dichos fragmentos, se puede identificar cómo opera la posverdad, la cual se asienta sobre una lógica del rumor particular e históricamente delimitada (Avaro, 2021), configurada sobre las creencias y sentires de las personas, sin una base teórica fundante. La posverdad, también opera en el imaginario sobre las personas usuarias de sustancias psicoactivas. Suelen circular en la sociedad discursos en los que son concebidas como “adictas”, “enfermas”, como personas peligrosas “para sí” o “para otros”, con personalidades autodestructivas y/o conflictivas. Esto a su vez influye en la imagen de los centros terapéuticos como lugares en los que la dinámica es violenta y peligrosa, incluso para las personas que también consumen, quienes no se sienten representadas e identificadas con otras personas consumidoras que están en tratamiento. Este imaginario se refuerza cuando se trata de personas con mayor poder y estatus.

*“Entrevistador: ¿Vos antes de acudir acá no habías pedido ayuda?*

*Entrevistado: No, porque la mayoría de los lugares donde me decían eran el [Centro de atención] y otros, que estaban muy saturados. Podía pasar cualquier cosa, me terminaban robando, lastimando por cualquier cosa. Pero yo no me voy a dejar robar.” (Entrevistado, 45 años)<sup>2</sup>*

En relación a esto, se entiende que la representación social negativa existente sobre la imagen de los dispositivos de atención, encuentra su fundamento en la existencia de hechos de público conocimiento en donde se han ejercido situaciones que han vulnerado los derechos de los/as usuarios/as dentro de algunos dispositivos. En este sentido, desde la sanción de la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657 (2010) se busca adecuar los dispositivos de atención a fin de garantizar los derechos de las personas con un padecimiento mental y/o con un consumo problemático. A partir del cambio de paradigma que introdujo la Ley, se busca construir otros modos de abordaje y significación de los mismos. Siguiendo a Pawlowicz (2015), en relación a los consumos de sustancias psicoactivas, la ley exige un giro firme en el que se destierren algunas estrategias

---

<sup>2</sup> Se utiliza la terminología *entrevistado* para anonimizar los datos personales de los usuarios. Se agrega a su vez la edad que tenían al momento de ser entrevistados.



que se han implementaron, como impedir la comunicación con familiares o amigos, leer correspondencia o teléfonos celulares sin autorización de los/as usuarios/as o no aplicar el consentimiento informado, así como las internaciones forzadas.

Por otra parte, en relación a las creencias que atraviesan a las instituciones, hablar de lo simbólico también refiere a las creencias que tienen las personas que trabajan en los dispositivos de atención y a las representaciones que los mismos tienen sobre los/as usuarios/as o potenciales usuarios/as de los servicios:

*“Bueno, ‘¿Qué pasa pibe?’ me dice ‘¿A qué venís?’. Y yo estaba con mis bolsos, todo, creyendo que me iba a internar 2 días para que me trasladen después en la ambulancia [...] estoy acá para que me internen acá provisoriamente porque hay una plaza en [Centro de Atención] para mí. ‘¿Qué?’, me dice, ‘no, están todos equivocados...’ [...] me trató muy mal, me maltrató, me negó. Me dijo ‘no, tomá, te doy 2 pastillas y andá’ me dice. Y me dejó en la calle de vuelta.” (Entrevistado, 31 años)*

En consonancia con éste relato, cabe destacar que “Los agentes de salud, en tanto sujetos que integran la sociedad, desarrollan mitos, creencias, prejuicios, estereotipos y representaciones sociales acerca del consumo de sustancias psicoactivas, estableciendo una práctica discursiva productora de un sistema de creencias ideológico que, inevitablemente, trasladan a sus prácticas profesionales” (Trimboli, A.;p. 159).

*“El psiquiatra que me atendía en Neuquén [...] la última vez me dijo ‘no te voy a atender más, no te puedo atender más así, porque vos venís todo bien si, si, si, al otro día o al otro mes volves y no, volviste a consumir, al final no hiciste nada, entonces si vos no le pones voluntad o sea es como una tomada de pelo’” (Entrevistado, 42 años.)*

Es decir, que dichas creencias, inciden en las prácticas de los profesionales y/o de los equipos incidiendo en la subjetividad y en el devenir de las personas que se acercan y que concurren a los espacios. El estigma y las representaciones negativas que tienen sobre las personas que consumen, reproducen prácticas



expulsivas que operan como obstaculizadores, además de vulnerar derechos y no garantizar un trato digno.

Por otra parte, las instituciones habilitan y regulan las admisiones y el encuentro con los sujetos, en donde la diferencia de poder coloca a los trabajadores de las instituciones en un lugar diferencial ya que son quienes toman las decisiones sobre los ingresos y las permanencias en los dispositivos. De este modo, la construcción de la accesibilidad a los derechos debe implicar formas de disminución de las barreras y de las distancias entre el trabajador y el/la usuario/a de los servicios. Es necesario propiciar y construir condiciones cada vez más receptivas, que favorezcan el respeto y el reconocimiento del otro.

Por último, algunos criterios que se sostienen en la modalidad de abordaje pueden transformarse en una barrera de accesibilidad. Por ejemplo, cuando se establece la abstinencia como condición de acceso y de sostenimiento de los espacios de atención y acompañamiento de las personas que presentan un consumo problemático. En relación a ello un entrevistado manifestó:

*“Cero tolerancia a los consumos. (...) Si te querés quedar, buenísimo. Pero no se consume acá adentro. Una, dos, tres, a la tercera, a la cuarta vez ¡nos va a doler en el alma! se nos va a partir el corazón en mil pedazos, pero no.” (Entrevistado, 45 años)*

Tal como lo ilustra el fragmento anterior, la “cero tolerancia” también impacta en la posibilidad de sostener los espacios de tratamiento ante la posible “recaída” en donde se sanciona, en muchas ocasiones, expulsando del dispositivo a quien consume. En relación a esto, resulta fundamental trabajar en la problematización sobre las causas de dichas “recaídas” entendiendo a dichos episodios como momentos de “vuelta al consumo” que puede transitar una persona durante su tránsito por las instituciones y no necesariamente implican un volver a la etapa cero del tratamiento.

#### **b. Barreras de accesibilidad administrativa.**

En menor medida, surgieron en el análisis de las entrevistas, factores relacionados a barreras de accesibilidad administrativa. En dichos relatos se encuentran





indicadores de la existente desarticulación entre los organismos y centros de salud, así como dificultades para sostener los tratamientos en base a las normativas con las que se rige cada dispositivo en particular:

*“Entrevistador: (...) después de estar en la guardia, ¿saliste enseguida o quedaste internado? ¿te acordás cómo fue eso?”*

*Entrevistado: No, estuve cómo un día...*

*Entrevistador: ¿Te hicieron un lavado de estómago?”*

*Entrevistado: Sí, pero yo había tomado mucha cocaína*

*Entrevistador: Y después ¿te mandaron a algún lugar? ¿o a tu casa?”*

*Entrevistado: Sí, a mi casa*

*Entrevistador: ¿A un centro nada?”*

*Entrevistado: No, a ningún centro.” (Entrevistado, 47 años)*

En el mismo sentido, se observan dificultades en función de los aplazos en la realización de los trámites, que llevan a postergar los procesos de internación de los usuarios e incluso desistir a iniciarlos; por su parte, la saturación en los centros incrementa el tiempo de espera para poder ingresar a los mismos y recibir atención:

*“Me llevaron para internarme y como yo pagaba monotributo, tuve que dar de baja el monotributo, volverme, esperar 4 meses y recién volverme a internar. Salía en el sistema como que yo tenía ingresos y en realidad yo pagaba el monotributo nada más. Así que bueno ahí me interne. Estuve del 2018 al 2019, 11 meses estuve en esa comunidad.” (Entrevistado, 42 años)*

*“Entrevistador: ¿Vos antes de acudir acá no habías pedido ayuda?”*

*Entrevistado: No, porque la mayoría de los lugares donde me decían (...) estaban muy saturados.” (Entrevistado, 45 años)*

Los relatos de las personas entrevistadas manifiestan la importancia de problematizar los requisitos institucionales de entrada y la permanencia a los dispositivos, ya que la exigencia de determinadas condiciones puede conllevar tiempos de demora extensos, condicionando el acceso a las prestaciones. Asimismo, la “saturación” de los servicios obtura la posibilidad de que los/as usuarios/as reciban atención. En relación a esto, resulta fundamental revisar los factores que inciden en ello a fin de que se pueda disminuir y/o erradicar este tipo de obstáculo.



Otra dificultad que presentaron los entrevistados, es en relación al acceso a la medicación prescrita, viéndose perjudicada con ello, la consecución de los tratamientos:

*“Te dan la receta, pero después cuando vas a buscar la medicación no está, nunca está. Por eso te digo, que la atención del [Hospital] para mí es muy complicada, porque yo tengo que andar haciendo sacar plata del bolsillo de [Persona 1] y [Persona 2] para que me compren la medicación, porque me dan la receta y vamos, y nunca está la medicación.”*  
(Entrevistado, 46 años)

En este sentido, se reconoce que en el ámbito público los sujetos ven aplazados sus tratamientos debido a los tiempos de espera, tanto para recibir atención como para acceder a distintos recursos, teniendo que recurrir a diferentes medios y personas para poder costearlos.

Por lo tanto se entiende que, a los procesos burocráticos para poder acceder a las medicaciones necesarias para mantener el tratamiento a través de organismos públicos, se suman las dificultades económicas para obtener los mismos a través de otros medios. En este sentido, se trata de una yuxtaposición de obstáculos, que confluyen en las dificultades para el sostenimiento de los espacios de tratamiento.

### **c. Barreras de accesibilidad económica.**

Las razones económicas son algunos de los obstáculos que manifestaron los entrevistados para acceder a los tratamientos, en particular, los centros privados. Alternativa que surge ante la “saturación” y escasez de lugares de atención públicos. A ello se le adiciona las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en la que se encuentran la mayoría de la población entrevistada. Determinante social que opera reduciendo las posibilidades de acceso a la atención.

Desde una lógica del mercado, el lugar que ocupa el sujeto se encuentra garantizado por su lugar de “pagador”; desde la lógica de los derechos, el lugar del otro tiene que ser reconocido a partir de otros elementos como los de reconocimiento y hospitalidad como requisito de lo público. Siguiendo la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, se reconoce el derecho a recibir atención sanitaria social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y



equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objetivo de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

*"(...) el que tiene plata va a un mejor lugar y el que no, se la tiene qué bancar, acá es diferente" (Entrevistado, 47 años).*

*"Entrevistador: ¿Y era gratis allá o se pagaba?"*

*Entrevistado: No, no. Gratis. Gratuito. Si fijate vos, una persona... Si uno tuviera que pagar un centro de rehabilitación, pagarselo particularmente es un costo tremendo. Y bueno, esto es gratuito. Pero bueno, ya no estoy más ahí. Ya estoy acá. Y bueno, es lo que más importa ahora, tratar de superarme acá en este lugar..." (Entrevistado, 42 años)*

Retomando lo dicho por las autoras Touzé, Abal, Di Iorio y Oshimo (2016), ante la existencia de un imaginario social que identifica al subsistema público y gratuito de salud con la saturación, largos tiempos de espera, "el peloteo"<sup>3</sup> y respuestas que no se adecuan a lo esperado, los/as usuarios/as encuentran, tal como se anticipó, la opción de recurrir al subsistema privado de salud antes que al público. Sin embargo, se identifica que en muchos casos no se pueden sostener los tratamientos debido a los altos costos que los mismos conllevan:

*"(...) Ella se hizo cargo después ya... ella me internó movió los papeles en Cipolletti y de ahí me dejaron allá, pagó unos meses, pudo hasta abril nomás y después ya me vine para acá" (Entrevistado, 31 años)*

*"(...) ¿Qué pasa?, los otros lugares son todos pagos. Mi mamá no tenía plata para pagarme, mi familia no tiene plata, así que nada, me trajeron al hogar este, me trajo [persona] para aguantar; 2-3 días eran nomás viste, hasta conseguir." (Entrevistado, 23 años)*

*"Anduve por todo el país. No, en este viaje no me recibió nadie. Me fui con mucho dinero, como para pagar un año entero de tratamiento. Suena a un alarde, pero no, no fue ningún alarde, porque me podría haber quedado sin vida..." (Entrevistado, 37 años)*

<sup>3</sup> Según el estudio mencionado se entiende al *peloteo* como "la seguidilla de derivaciones de un servicio a otro o de un hospital a otro, que dejan a la persona que consulta con la percepción de que el sistema de salud no puede resolver su demanda."



Al respecto, en un trabajo realizado por Comes Yamila y Stolkiner Alicia (2005), afirman que: “los Derechos Humanos (entre ellos el de atención de la salud) tal cual lo expresan los tratados Internacionales y como lo ratifica nuestra constitución mediante Leyes Nacionales, se basan en la idea de igualdad, humanidad, dignidad y libertad y se instituyen con el fin de mejorar la calidad de vida de la humanidad y en este sentido la gratuidad plantea el acceso irrestricto por la vía de la financiación de la oferta” (p. 140).

A partir de los relatos, se puede inferir que el derecho al acceso a los servicios públicos y gratuitos de salud, en diversas instancias no se ve garantizado por completo. Esto presupone una condición social de riesgo o de dificultad para las personas que se encuentran en situación de consumo problemático y que no poseen los medios económicos para solventar un tratamiento brindado desde el sector privado. Por consiguiente, se ve afectada la satisfacción de su bienestar y vulnerado el derecho mencionado a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada.

#### **d. Otros obstáculos para sostener el tratamiento.**

En los relatos, se identificaron obstáculos para el sostenimiento de los tratamientos que están vinculados a los encuadres institucionales y a las modalidades de abordaje:

*“A los seis meses que estaba en [Centro de Atención] ocurrió una pelea muy grande en el comedor y a seis chicos que estábamos ahí nos... a dos los mandaron a la casa.”  
(Entrevistado, 37 años)*

*“Entrevistador: ¿Y antes me decís que estuviste internado?”*

*Entrevistado: Sí en el [Centro de Atención]*

*Entrevistador: ¿Cuánto estuviste ahí?”*

*Entrevistado: Un año*

*Entrevistador: ¿y cómo fue?”*

*Entrevistado: Feo porque era un lugar cerrado, no tenias patio no tenias nada, todo enrejado... arriba tenias los pacientes del psiquiátrico y por ahí los bajaron y se mandaban cualquiera, porque se quedaban con nosotros y nosotros no teníamos nada que ver.” (Entrevistado, 27 años)*

Existen diferentes modalidades para el abordaje de las problemáticas de consumo, y cada dispositivo de atención y acompañamiento posee diferentes



requisitos de admisión, permanencia y distintos encuadres institucionales. Cuando estos encuadres son rígidos o difíciles de cumplir o no se adecuan a las particularidades de cada persona usuaria del servicio, devienen en barreras.

Cabe destacar, que las personas entrevistadas asisten o asistieron a uno de los cuatro dispositivos comunitarios que fueron seleccionados para la investigación de Trayectorias terapéuticas. Y dichos dispositivos, se caracterizan por su bajo umbral de exigencia, ofreciendo una alternativa distinta a otro tipo de dispositivos. En este sentido, los entrevistados se referían a otras experiencias de tratamiento en donde pudieron permanecer y/o adecuarse a otros encuadres o modalidades de abordaje más rígidos.

Entre estos diferentes motivos, también surge de los entrevistados el hecho de que tenían que realizar actividades en algunos de los Centros de Atención sin recibir retribución monetaria a cambio. Percibieron que las tareas encomendadas formaban parte de un trabajo, respecto al cual no recibían salario:

*“(...)yo sabía carnear y me tenían para matar animales nomás. Así que me canse un día y dije chicos no me dan nada, no me pagan. Dije que no iba a estar trabajando gratis no, así que me canse y les dije no... Querían convencerme de que me quedara, pero me escapé y me llevaron otra vez para allá, fui a buscar mis cosas y me vine.” (Entrevistado, 27 años)*

*“No hay nadie. Lo único que te hacen hacer ‘bueno vos andá a laburar allá, vos anda a laburar allá’ y listo. Después según cuánto tiempo llevas, te mandan a la venta. Ellos dicen ‘venta’, viste, pedir plata a la gente. Vos tenes que pedir plata, y después la plata que vos juntas se la tenes que dar toda a ellos. Eso ya está re mal, es un curro. (Entrevistado, 45 años)*

Al respecto, siguiendo la Ley de Salud Mental y Adicciones en su artículo 7, el Estado reconoce a los sujetos el derecho a 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.



## **5. Consideraciones finales**

A lo largo del presente documento, se presentó un análisis sobre las diferentes barreras de accesibilidad que se identificaron en el relato de los entrevistados. Vale aclarar, que la distinción de dichas barreras responde a categorías de análisis que fueron empleadas a fin de organizar e identificar los diversos obstáculos aludidos. Sin embargo, dichas barreras se yuxtaponen presentando límites difusos. Es decir, se observa un entrecruzamiento entre barreras burocráticas (saturación de los espacios de centros de atención, la escasez de medicamentos, etc.) y las económicas (imposibilidad para acceder a los centros privados ante la saturación de los efectores públicos, dificultades para pagar y adquirir la medicación, etc).

De éste modo, las barreras no se presentan de manera lineal y organizada, sino que se entrecruzan impidiendo u obstaculizando, en mayor o menor medida, el acceso de los sujetos a los distintos dispositivos de atención y acompañamiento.

A partir del análisis realizado, se identifica dentro de las barreras simbólicas la pregnancia y la incidencia de las representaciones sociales negativas en torno a la creencia y percepción de los entrevistados sobre algunos dispositivos de atención; como así también, hacia otros usuarios de los servicios que también transitan una problemática de consumo. Ésto también se identifica en los equipos de salud y/o trabajadores de los dispositivos, a partir de las experiencias relatadas por parte de los entrevistados. Dichas representaciones operan como obstaculizadores que alejan a los/as usuarios/as de los dispositivos y dificulta su permanencia en dichos espacios.

Por esto se destaca la importancia de capacitar a los equipos y/o trabajadores/as que forman parte de los dispositivos de atención y acompañamiento sobre la problemática. También, sensibilizar a las personas usuarias de los servicios y a la comunidad en general, a fin de contribuir a la deconstrucción de los imaginarios sociales en torno al funcionamiento de los dispositivos de atención y, en particular, sobre las personas que transitan una problemática de consumo. Esto es fundamental para lograr un cambio simbólico y cultural sobre la problemática la cual recae e incide directamente en dichas personas.



En concordancia con el análisis realizado para el presente documento, respecto a las representaciones que tienen las personas usuarias sobre los dispositivos terapéuticos, siguiendo a M. Chanampa y otros (2015), es conveniente incorporar al análisis la subjetividad de quienes utilizan, se apropian y significan a estos dispositivos, ya que de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Por consiguiente, en pos de no reproducir prácticas expulsivas, resulta necesario no considerar a la accesibilidad únicamente desde la oferta, y en su lugar, incluir la complejidad que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas que se dirigen a los dispositivos, a la hora de hacer ejercicio de un derecho. De lo contrario, se fomenta lo que en Comes, Y. y otros (2007) entienden como un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

También, es importante que la comunidad tenga conocimiento sobre los recursos que existen en los territorios que habitan y las prestaciones que ofrecen, por ejemplo, los dispositivos de atención primaria de la salud, los hospitales, los dispositivos comunitarios, las casas de atención y acompañamiento comunitario (CAACs), las casas convivenciales, entre otros. Asimismo, que sea de público conocimiento qué objetivos persiguen tales instituciones, de qué manera se plantean los tratamientos y cómo es su real funcionamiento. En este sentido, se entiende que es fundamental que desde el Estado se brinde información a la población, que sea accesible, clara y concisa, para que las personas dispongan de lo necesario para poder evaluar a qué espacio acercarse, en base al derecho de ser informados de manera adecuada y comprensible, lo que es reconocido en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Por otro lado, la modalidad de abordaje con la que trabajan los cuatro dispositivos de atención y acompañamiento que formaron parte del estudio, se caracterizan por su bajo umbral de exigencia. Esto implica recibir a la persona sin pedir ni exigir muchas condiciones para su ingreso, lo cual es fundamental para facilitar la accesibilidad en los tratamientos. En este sentido, se destacan los encuadres flexibles para referir a la amplia disponibilidad horaria, a no condicionar el acceso al espacio en función a la documentación que disponga la persona (ej. DNI), a que los integrantes del equipo alojen y sean capaces de acompañar distintas



situaciones de consumos respetando lo que las personas puedan hacer en ese momento (Sedronar, 2023).

Por otra parte, en relación a las barreras burocráticas y económicas, como la saturación de los servicios públicos mencionados, dejan por fuera de la atención a quienes no tienen la posibilidad de acceder a tratamientos privados, los cuales suelen ser muy costosos. Esto afecta en particular, a las personas en situación de vulnerabilidad las cuales suelen quedar desalojadas y despojadas de los derechos que los asisten, en el marco de las leyes que garantizan y regulan su acceso a los servicios de salud.

Las experiencias y trayectorias de los usuarios permiten constatar que la pobreza se constituye, muchas veces, como una barrera en la accesibilidad, existiendo así desigualdades en el acceso a los servicios de acuerdo a las condiciones materiales, sociales y económicas de los sujetos. En este sentido, la pobreza no solo incluye la falta de acceso a ingresos y recursos, sino también la exclusión social y el acceso limitado a los tratamientos. Por ello, desde los ODS mencionados al inicio de éste documento, se plantea como uno de los objetivos lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables, garantizando que todas las personas tengan los mismos derechos al acceso a los recursos económicos, a los servicios básicos, la propiedad, el control de la tierra y otros bienes. Para ello, es fundamental, además de garantizar las condiciones de igualdad para toda la población, la incorporación de espacios de atención en consumos problemáticos dentro de todos los hospitales generales para poder responder a las necesidades de atención. Asimismo, esto favorecería la erradicación del prejuicio y el estigma que recae en las personas con consumo problemático que suelen acudir a centros “especializados” en el abordaje de la problemática. Lo cual genera segregación y rechazo en dicha población.

También, en lo que refiere a la saturación de los servicios, resulta necesaria la incorporación de más profesionales y personas formadas en la temática y la ampliación de cupos en los dispositivos. Asimismo, el incremento en el número de camas de internación en los hospitales generales y la conformación de más dispositivos atención y acompañamiento anclados en la comunidad, entre otros; disminuiría la saturación de los mismos.





Anclarse en los principios normativos y regulatorios generales para los dispositivos de atención que garanticen un acceso cuidado y efectivo a dichos dispositivos, invita a proyectar estrategias desde el principio de la hospitalidad. Para Derrida (2000) no hay cultura ni vínculo social sin este. Lo define como la aceptación del otro, hacerle un lugar, hacerlo venir; es ofrecer algo a alguien en nuestra casa. A tal efecto se interpreta que no hay acceso sin una hospitalidad generada por parte de las instituciones. De la misma manera, se piensa en “dar lugar”, sobre lo cual Ana y Sierra (2019) mencionan que se reconoce la importancia de fomentar lugares que alojen que sean de bajo umbral de exigencia donde, por ejemplo, no se exija abstinencia como condición de tratamiento y no se castiguen y/o expulsen a las personas que tienen “recaídas”, entendiendo a estas últimas como momentos del tratamiento.

La perspectiva de reducción de riesgos y daños a diferencia del abstencionismo, como la “cero tolerancia”, podría ser un abordaje más adecuado para facilitar el acceso y la continuidad de los tratamientos y/o acompañamientos. Informar sobre las diferentes alternativas terapéuticas y elaborar distintas estrategias, junto al usuario/a de los servicios, es fundamental para que cada uno pueda decidir e implicarse en su tratamiento siendo un derecho adquirido. A su vez, esto permite comprender y abordar la singularidad de cada caso. En esta dirección, el generar lazos “amigables” y equipos interdisciplinarios que salgan de las instituciones a brindar espacios de primera escucha favorece el acceso de las personas a los espacios de atención y acompañamiento; sin generar estigmatizaciones por género, edad, nacionalidad, discapacidad, condición social, etcétera.

En concordancia con lo dicho, se visibiliza también la importancia de vincular toda normativa y estrategia para el acceso y permanencia a los centros de tratamiento, a los principios y derechos sostenidos por la Ley de Salud Mental y Adicciones. Como también, a los derechos reconocidos en leyes tales como la Ley 26.743 de Identidad de Género<sup>4</sup>, la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup>Artículo 13 “Aplicación. Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas...”

<sup>5</sup>Artículo 11 4.c) “Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica [...] y salud mental, que especifiquen el procedimiento a



y la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes<sup>6</sup>. Así, situar todo análisis y estrategia en el marco de las leyes reconocidas, permite la construcción de prácticas dignas. Se entiende a la dignidad como un concepto que se encuentra íntimamente ligado al respeto, por lo que es esencial contemplar la intersección de distintos tipos de discriminaciones que vivencia cada persona en su singularidad. Y de esta manera, garantizar una atención en salud que se brinde con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales, de género y económicas de cada persona.

---

*seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista."*

<sup>6</sup>Artículo 14 "Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud."



## 6. Referencias bibliográficas

- ARIAS, A. y SIERRA, N. (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. margen N° 92 – marzo 2019
- ARTEAGA BOTELLO, N., (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. Sociológica, 23(68).
- AVARO, D. A. (2021) La posverdad: Una guía introductoria; Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales; Andamios.
- CARBONE, C. (s/f). ““El problema de la accesibilidad y las barreras psicosocioculturales en salud”. TRABAJO FINAL DE GRADO: Facultad de Psicología UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
- COMES, Y., Y OTROS (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, XIV( ), 201-209.
- COMES, Y., y STOLKINER, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, XII, 137-143.
- DERRIDA, J., DUFOURMANTELLE, A., & SEGOVIANO, M. (2000). La hospitalidad. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- ESEVERRI-MAYER, C., (2013): Robert Castel, el sociólogo de los vulnerables Robert Castel, el sociólogo de los vulnerables. En Centre d'Analyses et d'Intervention Sociologique École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS).
- FANLO, L. GARCÍA (2011) “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben”
- FERRARA, FLOREAL A. (1985). Teoría social y salud. Catálogos editora.
- FRAIRE, R. M. (2002). Dispositivos para la intervención comunitaria y prácticas institucionales. TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales, (18/19), 211-224.



- MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9- 32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>
- LA BARBERA, M. C. (2017) "Interseccionalidad". EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad
- PAWLOWICZ, M. P. (2015) Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. Voces en el Fénix, 42, 20-27.
- PAWLOWICZ, M. P., GALANTE, A., GOLTZMAN, P., ROSSI, D., CYMERMAN, P., Y TOUZÉ, G. (2013). Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos. En . Panorámicas de Salud Mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional n° 26.657. (Argentina): Eudeba.
- PAWLOWICZ, M.P., GALANTE, A., ROSSI, D., GOLTZMAN, P. Y TOUZÉ, G. (2014). Uso de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas. En De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas. Viedma (Argentina): Universidad Nacional de Río Negro.
- PERONA Y ROCCHI (2001): Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares.
- SCHNEIDERMANN, J. DÉBORA. "Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional" (2012). En Revista Margen, edición N°66.
- SEDRONAR (2023). Orientaciones para el acompañamiento. Clase 2. Del curso: Familias y entornos afectivos: Acompañamiento y cuidados.
- SOLITARIO, R., COMES, Y., MAURO, M. y STOLKINER, A.(2005). Percepciones de dignidad en la atención de la salud en usuarios de un hospital estatal de la ciudad de Buenos Aires. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- STOLKINER, A. Y OTROS, (2000): "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso" del libro "La Salud en Crisis-



Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales”, Ed. Dunken. Buenos Aires, 2000

- TOUZÉ, ABAL, DI IORIO Y OSHIMO (2015-2016). Estudio “Impacto del consumo de cocaína (clorhidrato, pasta base y derivados) en la salud de mujeres trans. Componente Cualitativo”.
- TRIMBOLI, A. (2017) Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria. Noveduc.
- VAIN, PABLO DANIEL (2016). Las representaciones sociales. Conceptos Fundamentales. Objetivación y anclaje. Documento interno de trabajo.