

**Programa Becas de Investigación 2018 - 2019**  
**-Informe de avance-**

**1. Título del proyecto:** “Estudio descriptivo del estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en lo atinente a personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, por parte de los profesionales de la salud del AMBA”

**2. Autoras:** Ps. Daiana Basílico, Lic. Cinthia Sapienza, Lic. Marina Rosa  
Directora de beca: Mgter. Vanesa Jeifetz

**3. Palabras clave:**

Consumo problemático de sustancias - Salud Mental - Ley 26.657 -  
Accesibilidad

**4) Introducción:**

Partimos como equipo de la convicción de que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 constituye un verdadero avance en materia de salud mental, ya que garantiza la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y contempla un modelo de atención integral, interdisciplinario e intersectorial.

Según nuestra experiencia a través del recorrido por distintos efectores de salud, no siempre las personas que padecen un consumo problemático de sustancias, son admitidas para su atención o si se las admite, se procura únicamente resolver la urgencia, siendo derivadas luego a centros especializados de tratamiento. Esto constituye un verdadero problema de salud pública, ya que no se estaría garantizando el derecho a la atención en salud, de las personas con esta problemática, teniendo en cuenta que la mencionada ley propende a una atención de la salud mental no manicomial, fomentando la sustitución de las instituciones monovalentes para el año 2020, con lo cual las instituciones a donde actualmente se derivan a estas personas dejarían de existir como tales.

La hipótesis principal de este estudio es que la Ley 26.657 no estaría siendo implementada de manera sistemática en lo que respecta a los usuarios de drogas por distintos motivos, como el desconocimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud, por una concepción abstencionista de los tratamientos y por falta de recursos para su aplicación, entre otros motivos.

El objetivo general de esta investigación es estudiar el estado actual del cumplimiento de la Ley 26.657, respecto a las personas con consumo problemático de drogas legales e ilegales, de parte de los profesionales de la salud del AMBA. Para ello, se explorarán los discursos en torno al conocimiento de la ley, las prácticas concretas de los profesionales y los obstáculos en la accesibilidad a los efectores de salud de esta zona geográfica. La metodología que utilizaremos para dicho fin consistirá en un estudio cualitativo, de tipo exploratorio descriptivo, donde se utilizarán como instrumento de recolección de datos entrevistas semidirigidas a profesionales de la salud de distintos efectores del AMBA, que luego serán sometidas a un análisis interno y a un análisis comparativo entre sí.

El propósito de esta investigación, es contribuir a mejorar los modelos de atención de las personas con consumo problemático de sustancias, garantizando sus derechos, en vías a lograr un mayor grado de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

## **5)Desarrollo**

### **5.1 Reseña de la tarea efectivizada a la fecha.**

Tras una larga reflexión dentro del equipo y luego de consultar con la organización del presente programa de becas, decidimos hacer un cambio en la dirección de la investigación. Esto estuvo motivado, sobre todo, por decidir darle un enfoque metodológico cualitativo a nuestro estudio, a diferencia del proyecto presentado para la postulación cuya metodología era básicamente cuantitativa, ya que nos parecía más acorde para alcanzar los objetivos de nuestra investigación (Ver 5.5). Este último motivo nos llevó a buscar una persona que estuviera formada en dicha metodología. Por lo tanto, la dirección de la beca ya no se encuentra a cargo del Dr. Enrique Troncoso, sino de la Magister Vanesa Jeifetz, habiéndoseles informado a ambas personas y al Hospital L. Bonaparte dicha modificación oportunamente.

Asimismo, realizamos una revisión, reformulación y ampliación de los distintos puntos del proyecto. En primer lugar, el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis de la investigación fueron reformulados (Ver Proyecto de Investigación en ANEXO). Estos cambios nos llevaron a ampliar la delimitación del problema a investigar (Ver 5.2), a sumar nuevas investigaciones al estado del arte, a extender nuestro marco teórico (Ver 5.3) y a cambiar la metodología cuantitativa por un enfoque cualitativo, que a su vez conllevó la redefinición de la población, de las categorías de análisis y de la selección de la muestra (Ver 5.5)

Luego de aquel primer período de reformulación del proyecto, nos reunimos para confeccionar el instrumento de recolección de datos que, al cambiar el enfoque metodológico, ya no se trata de una encuesta sino de una entrevista semidirigida que nos ayudará a explorar mejor los discursos de los profesionales de la salud del AMBA respecto a las prácticas llevadas a cabo con las personas que consultan por uso problemático de drogas en hospitales generales y centros de salud del primer nivel de atención. Cabe mencionar que esto último también es una modificación, ya que en el proyecto presentado para la postulación incluíamos en la población también a los profesionales de los hospitales monovalentes.

Una vez construido nuestro instrumento, comenzamos a contactar a los posibles entrevistados, pudiendo efectivizar hasta el día de la fecha 5 entrevistas. A medida que avanzamos en este punto nos encontramos con dificultades que se mencionan en el punto 5.4.

Cabe señalar que se mantuvieron reuniones de equipo quincenales con la Directora de beca.

Por último, pero no menos importante, luego de reorientar nuestra investigación nos vimos en la necesidad de cambiar también el título de la misma siendo ahora:

“Estudio descriptivo del estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en lo atinente a personas con uso problemático de drogas legales e ilegales por parte de los profesionales de la salud del AMBA.”

## **5.2 Existencia de cambios en la delimitación e identificación del problema planteado al comienzo del proyecto.**

Ya en el proyecto con el que nos postulamos a la beca, aparecía en la delimitación y justificación del problema a investigar, la dificultad en la accesibilidad al sistema de salud de las personas con uso problemático de sustancias y/o de sus familiares y allegados. Sin embargo, no nos proponíamos en ese momento indagar este aspecto ya que considerábamos que la investigación debía limitarse a visibilizar de manera cuantitativa el grado de conocimiento y aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, dejando por fuera, la indagación respecto de otros obstáculos, además del desconocimiento o conocimiento inadecuado de la misma.

En este sentido, hemos ampliado los límites de la investigación dado que consideramos mucho más enriquecedor poder investigar en los discursos y las prácticas de los profesionales, todos aquellos obstáculos que impiden la accesibilidad y la implementación de la Ley, según la mirada e interpretación de los entrevistados.

## **5.3 Ampliación del marco teórico: mencionar conceptos o categorías.**

En instancia de postulación del proyecto, tomábamos como marco teórico únicamente los principios de la Ley Nacional de Salud Mental. Esto fue modificado, ya que requeríamos una conceptualización más abarcativa que nos permitiera llevar a cabo la investigación con las nuevas delimitaciones.

De esta manera, incluimos los postulados de Franco Rotelli en relación al abordaje de los padecimientos mentales desde una *perspectiva de derechos*, conceptualización que además nos permitió sentar nuestro posicionamiento. Mantuvimos asimismo algunas definiciones que incluye la Ley Nacional de Salud Mental, como la de *salud mental*, *padecimiento mental*, *internación involuntaria y voluntaria*, *riesgo cierto e inminente* y *abordaje interdisciplinario*. Asimismo, el abordaje interdisciplinario lo articulamos con las conceptualizaciones que hacen autores como Stolkiner, Elichiry y Galli respectivamente. Para pensar las prácticas, tomamos los conceptos de Menéndez de *modelos de atención* y *modelo médico hegemónico*. También definimos *accesibilidad* desde la conceptualización de Comes. Agregamos el concepto de “ruta crítica”, tomado de Débora Tajer y adaptado a la problemática de consumo problemático. Con la ayuda de la ley nacional de creación del plan IACOP, definimos consumo problemático de sustancias y a partir de los desarrollos de Galante hemos conceptualizado el “enfoque de reducción de daños”.

## **5.4 Dificultades encontradas en el desarrollo de las actividades.**

Las dificultades que se nos presentaron fueron fundamentalmente al momento de acordar las fechas para las entrevistas con los profesionales seleccionados. Si bien,

casi todos los convocados aceptaron participar del estudio, al momento de poner una fecha para encontrarnos nos costaba poder acordarla. La mayoría de ellos, pese a nuestra insistencia, prefirió que los entrevistáramos en su propio lugar de trabajo y esto generaba algunas interrupciones propias del movimiento del dispositivo en cuestión. Es llamativo, además, que aún no hemos podido acordar entrevistas con profesionales del hospital en el que las tres becarias trabajamos, debido a dificultades horarias de los profesionales contactados.

### **5.5 Modificaciones metodológicas en general: redefinición de la población, redefinición de las variables, selección de la muestra, entre otras.**

Como se mencionó previamente, el ámbito de estudio fue acotado a efectores de salud del primer nivel de atención y a hospitales generales públicos del AMBA. Esto se debió a que pensamos que sería interesante indagar específicamente allí el problema de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, siendo que se indica en la misma que para el año 2020 los hospitales monovalentes debieran ser sustituidos de manera definitiva por dichos efectores. Esto llevó a modificaciones en la población de estudio, en la unidad de análisis y en los criterios de inclusión y exclusión (Ver Proyecto de Investigación en ANEXO)

Por otra parte, la selección y el tamaño de la muestra también fueron modificados, ya que al pasar de una investigación cuantitativa a una cualitativa el número de la muestra debía reducirse para poder garantizar un análisis más exhaustivo de las entrevistas. Se tomará entonces, una muestra de 15 profesionales aproximadamente, según muestreo por conveniencia (no probabilístico). Asimismo, complementaremos las entrevistas a los profesionales con entrevistas a informantes clave, a fin de enriquecer y profundizar el proceso de investigación. Por último, las **categorías de análisis** fueron redefinidas en tres grupos (ver Proyecto de Investigación anexo).

### **6) Resultados preliminares a la fecha de entrega del informe.**

Se realizaron a la fecha un total de cinco entrevistas, a partir de las cuales se pudo relevar la siguiente información:

- Todos los entrevistados coincidieron en que las personas con problemas de consumo de drogas suelen ser estigmatizadas por los profesionales de la salud. Algunos afirmaron que observan que se les brinda un trato diferente al que se les da a otros pacientes de salud mental. Los motivos que alegaron para esto fue que se consideran pacientes más complicados, se los asocia a la delincuencia, provocan frustración en los profesionales por la baja tasa de recuperación, no se sienten capacitados para atenderlos, entre otros motivos.
- De las entrevistas se desprende que estos pacientes muchas veces no son admitidos en los efectores de salud.
- En el caso en que se admita un paciente con problemas de consumo de drogas esto ocurre a través del dispositivo de guardia hasta que cesa el cuadro agudo, generándose dificultades luego para garantizar la continuidad del tratamiento en el mismo efector, sobre todo cuando se requiere de una

internación ya sea porque no se cuenta con esta en el mismo establecimiento o porque la sala posee criterios de admisión entre los cuales se encuentra no ser adicto.

- La mayoría de los profesionales entrevistados mencionaron que se requiere de una formación especializada en este tipo de padecimiento que no se ofrece actualmente en los planes de estudio de las distintas universidades.
- Un dato que se desprendió de las entrevistas y que no habíamos tenido en cuenta a la hora de formular el proyecto de investigación, fue que algunos profesionales no están de acuerdo con los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental.

#### 7) Bibliografía:

- Comes, Y. et al. (2006) "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios". Extraído en Diciembre de 2018 de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- Ferreyra, J. y Stolkiner, A. (2017, Agosto) *Reflexiones en torno a la implementación de la ley nacional de salud mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales* ponencia presentada en la Ciudad de Buenos Aires en el II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política "Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global."
- Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. "Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva" Escenarios. Universidad Nacional de La Plata, No 14:113-121, Noviembre 2009.
- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Extraído en Diciembre de 2018 [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es)
- Menéndez, E. "El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis". En Menéndez, E, *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. México, 1990.
- Tajer, D. y Col. (2006), Proyecto de investigación UBACyT "Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud"
- Rotelli, F. "Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste". 1a Ed. CABA. Topia Editorial, 2015.

# ANEXO

**PROGRAMA BECAS DE INVESTIGACIÓN**  
**5to Llamado a Concurso: Convocatoria 2018-2019**  
Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y  
Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte”

**Título del Proyecto:**

**Estudio descriptivo del estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en lo atinente a personas con uso problemático de drogas legales e ilegales por parte de los profesionales de la salud del AMBA.**

**Eje para el que se presenta el proyecto:**

Niveles de atención, accesibilidad y circulación entre los distintos niveles de asistencia.

Equipo de Investigación:

Ps. Daiana Basílico

Lic. Cinthia Sapienza

Lic. Marina Rosa

Directora de beca: Mgter. Vanesa Jeifetz

## **1. Título del Proyecto:**

**Estudio descriptivo del estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en lo atinente a personas con uso problemático de drogas legales e ilegales por parte de los profesionales de la salud del AMBA.**

## **2.Eje para el que se presenta el proyecto:**

Niveles de atención, accesibilidad y circulación entre los distintos niveles de asistencia.

## **3. Resumen**

Este trabajo corresponde a una beca de investigación, otorgada y financiada por el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte, en su convocatoria 2018/2019.

La investigación se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que establece en su artículo 4 que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y fija para las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, los mismos derechos y garantías que para el resto de las personas con padecimiento mental, en su relación con los servicios de salud. La hipótesis principal es que esta Ley no estaría siendo implementada de manera sistemática en lo que respecta a los usuarios de drogas, por distintos motivos, como el desconocimiento de la misma, por una concepción abstencionista de los tratamientos y por falta de recursos para su aplicación.

El objetivo general de esta investigación es estudiar el estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, respecto a las personas con consumo problemático de sustancias, en los profesionales de la salud del AMBA. Para ello, se exploran los discursos en torno al conocimiento de la ley, las prácticas concretas de los profesionales y los obstáculos en la accesibilidad a los efectores de salud de esta región por parte de dichas personas con uso problemático de drogas. La metodología utilizada para dicho fin consiste en un estudio cualitativo, de tipo exploratorio descriptivo, donde se utiliza como instrumento de recolección de datos una entrevista semidirigida a profesionales de la salud de distintos efectores del AMBA, que luego son sometidas a un análisis interno y a un análisis comparativo entre sí.

El propósito de la investigación es visibilizar los obstáculos en la interpretación y cumplimiento de la LNSM a fin de colaborar con información valiosa para las futuras planificaciones y programas en salud.

#### **4. Palabras Clave**

Consumo problemático de sustancias - Salud Mental - Ley 26.657 - Accesibilidad

#### **5. Delimitación y Justificación del problema a investigar**

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), puso a la Argentina como un país modelo a nivel regional en el abordaje de las problemáticas de salud mental y adicciones en el sentido de que fue uno de los primeros en comenzar a reformular sus prácticas y concepciones.

Desde su reglamentación, algunas posturas tildan a esta ley como “utópica”, en especial por la falta de recursos económicos para ofrecer alternativas a las internaciones; otras posturas se refieren a ella como un modelo de ley progresista. Creemos que esta Ley constituye un gran avance para la salud mental y para la salud en general, debido a que considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, prohíbe las lógicas manicomiales y exige una horizontalidad en la toma de decisiones a través de la inclusión de las opiniones de un equipo profesional interdisciplinario y de las personas que consultan y sus respectivas familias.

Sin embargo, las concepciones de gran parte de la comunidad y de muchos de los profesionales del campo de la salud aún responden a viejos paradigmas. Consideramos que la implementación de la LNSM depende no solo de su sanción y reglamentación, sino de que diferentes actores se apropien de ella: los gobiernos en sus distintos niveles, los trabajadores de la salud en general y de la salud mental en particular, los trabajadores de la educación, la cultura, el desarrollo social y la justicia, los usuarios, las familias y la comunidad en general. Es respecto de esto último en donde pensamos que se encuentra el mayor desafío para la plena implementación o aplicación de la misma.

Respecto a las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, esta ley concibe y promueve su abordaje de manera integral, local y en red, concediéndose todos los derechos y garantías que se establecen allí en su relación con los servicios de salud. Estos son, en líneas generales, el derecho a recibir tratamiento y a ser tratados con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria y el derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

Un informe presentado por la SEDRONAR en el año 2017 registra un aumento en el consumo de alcohol y drogas ilícitas de entre el 200 % y el 300 % (según la sustancia) en la población de entre 12 y 65 años de edad en relación a estudios anteriores.

Asimismo, de este informe se desprende que la cantidad de personas registradas por las instituciones de salud que se encuentran en tratamiento debido a esta

problemática es drásticamente menor a la cantidad total de personas que padecen de ella. Este desfase lleva a interrogarnos acerca de qué sucede con el resto de las personas que parecieran no acceder a un tratamiento.

Creemos que existen ciertos obstáculos que hacen que quienes piden algún tipo de ayuda respecto al consumo, propio o de un allegado, no tengan respuestas o, peor aún, tengan respuestas desacertadas que los expulsan de las redes institucionales. Estos obstáculos derivarían en un incumplimiento de la LNSM en lo concerniente a la atención de personas con uso problemático de drogas por parte de los profesionales de la salud.

Nos interesa indagar sobre estas cuestiones, en profesionales de la salud que trabajen en hospitales generales y/o centros de salud del ámbito público ya que, por un lado, creemos que es allí donde se presentan los mayores obstáculos a la hora de brindar atención y tratamiento a las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales y por el otro, debido a que estamos a un año de cumplir con el plazo que establece la LNSM para sustituir las instituciones monovalentes de manera definitiva, con lo cual es de suma importancia contar con información actualizada acerca del estado de situación.

## **6. Objetivos Generales y Específicos:**

### General

- Estudiar el estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, respecto a las personas con consumo problemático de sustancias, en profesionales de la salud del AMBA

### Específicos

- Explorar los discursos en relación al conocimiento de la Ley 26.657 que tienen los profesionales de salud, en lo atinente a la atención de personas con uso problemático de sustancias
- Identificar las prácticas que realizan los profesionales de la salud en relación al cumplimiento de la Ley 26.657, en lo atinente a las personas con uso problemático de sustancias
- Visibilizar los obstáculos en la accesibilidad, de las personas con uso problemático de sustancias, a efectores de salud del AMBA

## **7. Hipótesis**

Los principios de la Ley 26.657 respecto a la atención de personas con uso problemático de sustancias, no serían cumplidas actualmente por los profesionales de la salud, ya que los mismos, no conocerían adecuadamente dicha Ley.

Los principios de la Ley 26.657 respecto a la atención de personas con uso problemático de sustancias, no serían cumplidas actualmente por los profesionales de la salud, ya que portarían una concepción abstencionista de la problemática.

Los principios de la Ley 26.657 respecto a la atención de las personas con uso problemático de sustancias, no serían cumplidas actualmente por los profesionales de la salud, ya que no estarían dadas las condiciones materiales, económicas y de recursos humanos para su aplicación.

## 8. Estado del arte

Entre los antecedentes del problema que indagaremos, nos encontramos con varias investigaciones e informes ya sea acerca de la implementación de la LNSM en general, como también acerca de los problemas de accesibilidad de las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, al sistema de salud. Mencionaremos a continuación algunas de ellas.

El trabajo titulado: *“El proceso de implementación de la ley nacional de salud mental: obstáculos y desafíos. ¿qué dicen los usuarios de servicios de salud mental?”*, realizado por Rosales, M. y Ardilla Gomez, S. y publicado en 2017 por el Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As., presenta resultados de un estudio más amplio enfocado en las perspectivas de usuarios participantes de una asociación centrada en la defensa de sus derechos. Concluye que todos los entrevistados coinciden en la idea de que la sanción de la LNSM trajo aparejados cambios en términos de mayor respeto de los derechos de los usuarios. Estos cambios no sólo los refieren al ámbito de los servicios, sino también al resto de los espacios sociales. A pesar de este avance reconocido por los miembros de la asociación, en todos los casos llaman la atención que falta un camino por recorrer. En primer lugar, los usuarios mencionan las persistentes dificultades de acceso a derechos sociales, específicamente el derecho al trabajo y la vivienda. En otro caso, un participante mencionó la necesidad de incluir programas de salud mental comunitaria destinados a la consolidación de “grupos de apoyo mutuo”. Es de destacarse la coincidencia entre usuarios y trabajadores, sobre las dificultades que observan debido a la falta de capacitación en torno a la Ley y la falta de presupuesto para la transformación del campo de la salud mental.

Por otra parte, en la ponencia presentada en II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política del año 2017 titulada: *“Reflexiones en torno a la implementación de la ley nacional de salud mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales”*, Ferreyra, J. y Stolkiner, A., postulan la importancia de visibilizar cómo un marco normativo como el de la Ley Nacional de Salud Mental, ha venido siendo también implementado por distintos

actores más allá de las instancias gubernamentales, aún incluso en tiempos de un viraje en las políticas públicas. Los autores ubican que la LNSM introdujo un conflicto al interior de las lógicas estatales y en distintos ámbitos sociales, a los fines de situar una tensión central e irreductible: entre prácticas y dispositivos atravesados por un enfoque de derechos; y enfoques tendientes a la objetivación y a formas de pensar el malestar en términos individuales. En este trabajo, también se ponen de manifiesto los retrocesos, estancamientos y acciones tendientes a una contra reforma por parte de las autoridades ministeriales. Ante esto destacan que aún cuando actualmente ubiquemos que hegemonícamente la gestión de gobierno se conduce de manera contraria a la plena implementación de la LNSM, no se pueden dejar de soslayar los efectos sociales de la misma, reintroduciendo una tensión central e irreductible que claramente excede pero incluye a los efectos propios de este cambio de gobierno: la existencia de prácticas sociales -incluidas ligadas a dispositivos en salud- y de políticas públicas atravesadas por un enfoque de derechos, que tienda a la emergencia de la singularidad, rescate la dignidad de las personas y se posicione abierta a la conflictiva inherente a la vida comunitaria; o por el contrario la existencia de enfoques tendientes a la objetivación, la apertura a la vulneración de derechos y a formas de pensar el malestar en términos individuales, como déficit, y a la posibilidad de afrontarlo a través de estrategias patologizantes leídas desde el privilegio o mérito.

Asimismo, respecto a las internaciones en salud mental, en el informe realizado por el Ministerio Público Tutelar de CABA en el año 2014 titulado *"Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires"* se ponen de manifiesto distintos reclamos de los Hospitales Generales de Agudos respecto a las internaciones por salud mental. Entre ellos se destacan:

- Internaciones involuntarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con cama de internación (ni en el propio Hospital ni en otros)
- Internaciones evitables e innecesarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio (casa de medio camino, recurso habitacional, dispositivo de alojamiento, etc.).
- Internación en Sala del Hospital (no especializada en Salud Mental) por más de 1 año, por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio
- Prolongación de internaciones en guardia por denegación por parte del SAME de realización de traslado interhospitalario del paciente por falta de DNI.

Ante estos reclamos los profesionales de la salud de estos hospitales solicitaron plaza de internación en hospitales monovalentes. En el informe se expresa que el progresivo cierre de la admisión en los Hospitales Monovalentes, no fue acompañado ni por la apertura de camas para internaciones breves por salud mental en los Hospitales Generales, ni por programas y dispositivos que sirvan de

apoyos para el sostenimiento de estrategias de egreso y atención ambulatorias, lo que deviene en un nuevo corrimiento de las obligaciones del Estado, que vulneran los derechos fundamentales de las personas afectadas en su salud mental, al ofrecer como alternativas o bien la institucionalización, o bien, por ausencia de dispositivos, la desresponsabilización respecto a los afectados. A lo anterior se suman otras irregularidades:

- Falta de puesta en funcionamiento de Unidades de Internación por Salud Mental en Hospitales Generales.
- Falta de un sistema de capacitación permanente e integral y obligatoria en materia de Salud Mental desde una perspectiva acorde al respeto de los derechos fundamentales de los usuarios, por parte de la Autoridad de Aplicación, Dirección General de Salud Mental, quedando estas iniciativas a cargo de cada Hospital o iniciativa personal de los profesionales.
- Resistencias a adecuar el accionar de los equipos al principio de interdisciplinariedad en el abordaje, que se cristaliza en la obstrucción en el acceso a los cargos de conducción de los equipos, a los profesionales no médicos.
- Ausencia de lineamientos compartidos entre los distintos servicios de Salud Mental para efectuar internaciones por Salud Mental en los Hospitales Generales.

Siguiendo la misma línea, en el año 2011 el artículo *“Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, Mayo 2010-Mayo 2011”*, sus autores (Yago Di Nella, Miriam Sola, Lidia Calvillo, Lorena Negro, Andrea Paz y Sofía Venesio) presentan los resultados de un relevamiento de la cantidad de camas destinadas a salud mental en cada jurisdicción del país. Afirman que, en Argentina, los recursos físicos, humanos y económicos destinados a afrontar la situación epidemiológica actual son insuficientes y no están distribuidos apropiadamente. Además, en algunas jurisdicciones subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico tradicional como respuesta casi exclusiva. Concluyen que, entre mayo de 2001 y mayo de 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público han disminuido en un 57,6 % aproximadamente. Sin embargo, aún no se ha logrado alcanzar la meta propuesta por la Declaración de Caracas de 1990, que establece una relación óptima: 95% de camas polivalentes y en dispositivos comunitarios y 5% de camas monovalentes. Hacia mayo de 2011, 15 jurisdicciones poseen instituciones monovalentes de estructura manicomial, 2 no cuentan con camas disponibles para salud mental en los servicios hospitalarios del segundo nivel y 13 no disponen de camas en dispositivos comunitarios.

Por otro lado, nos encontramos con trabajos que presentan datos acerca del aumento de personas con uso problemático de drogas legales e ilegales en los

últimos años y se preguntan por la accesibilidad en la atención dentro del sistema de salud, de estas personas.

Así, en el *“Estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas”*, llevado a cabo por la SEDRONAR a través del OAD, se encuestaron a 20.658 personas de entre 12 y 65 años que representan a 18.960.593 personas. La magnitud del estudio permitió contar con datos para cada uno de los 23 territorios provinciales y de CABA. Entre sus principales conclusiones se halló que:

- Aumentó el consumo de sustancias ilícitas y abuso de alcohol en la población de entre 12 y 17 años en relación al año 2010, fecha del último estudio similar.
- Hay 2.299.598 de nuevos consumidores de alcohol en el último año de los cuales 319.994 son preadolescentes y adolescentes.
- En el último mes del año 2017, 1.027.729 personas de entre 12 y 65 años consumieron marihuana. De ellos el 79,4% de los hombres y el 20,6% de las mujeres presentó indicadores de dependencia a la misma
- 292.052 personas afirmaron haber consumido cocaína en el último año. Del total de los consumidores de esta droga el 80,5 % de los hombres y el 19,5 % de las mujeres presentaron indicadores de dependencia a la misma.
- El consumo de éxtasis se duplicó entre los niños y adolescentes.
- Del total de las personas que presentaron indicadores de dependencia a alguna droga, el 44,2% declaró nunca haber estado en tratamiento por ello. De los restantes el 18,8 % se encontraba en 2017 en tratamiento y el 34,1 % estuvo alguna vez en tratamiento, pero en el año 2017 ya no lo estaba más.

Este estudio es importante por su actualidad y porque arroja resultados que sugieren un bajo nivel de acceso a tratamiento en comparación con el número de personas que refieren consumo de sustancias.

Lo mismo ocurre con el *“Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad”*, llevado a cabo en el año 2014, en el municipio de Berisso, por la SEDRONAR a través del OAD. Este estudio revela que en este municipio son más los varones que las mujeres los que consumen alcohol, así como los que declaran más problemas en relación a su consumo. Respecto al consumo de psicofármacos en los barrios en los que se trabajó es mayor en mujeres que en varones. Las formas de consumo de psicofármacos son bajo prescripción médica (76 personas), sin prescripción médica (24 personas) y consumo combinado con alcohol (34 personas). Esta última forma de consumo apareció como motivo de preocupación general. En relación al consumo de marihuana es mayor en varones que en mujeres. Del total de consumidores de marihuana, entre el 12 y el 25% vieron afectada su realidad personal o social por su consumo, y 7 personas dijeron haberse preocupado por su forma de consumir esta sustancia. Asimismo 83 personas declararon preocuparse por el consumo de esta sustancia de algún amigo o familiar. El consumo de cocaína fue declarado sólo por

varones, y constituye la primera sustancia por la cual los entrevistados se preocupan por el consumo de otros, y con la cual más problemas tuvieron los entrevistados o sus familiares. Asimismo, 17 personas declararon haberse sentido preocupadas por su propio consumo de esta sustancia. Otras sustancias como solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias (entre las cuales se destaca el LSD o ácidos) son de baja prevalencia en los barrios abordados en el estudio. En cuanto a los indicadores de accesibilidad, encontramos que el 15% de los entrevistados manifestaron haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia, y la sustancia que más les generó preocupación fue el tabaco, seguido por el alcohol y la cocaína. Mientras que el 56% (336 personas), se sintieron preocupadas por otro/s, y la sustancia que más les preocupó en este caso fue la cocaína, el alcohol en segundo lugar, y por último la marihuana. La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es a resolver el problema de manera privada e íntima. Observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de otro que cuando se trata de un problema propio. Se reveló además que la mayoría de los entrevistados (82%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio. Otra conclusión interesante de este estudio, a nivel del análisis del imaginario social, es que las drogas y sus causas estén asociadas mayoritariamente a problemáticas sociales cuyas respuestas o soluciones debieran provenir de estrategias de inclusión social a través del trabajo, educación y salud. Sin embargo, al preguntarle a los mismos encuestados por el mejor tratamiento para el consumo problemático de sustancias encontramos que la mayor cantidad de respuestas se refieren a la comunidad terapéutica o “granja” y en segundo y tercer lugar aparecen como mejores tratamientos la psicoterapia particular a través del médico psiquiatra o psicólogo y la internación.

También nos encontramos en el trabajo: *“Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires”*, realizado en el año 2012 por Vázquez A. y Romani O. El objetivo del trabajo fue construir articulaciones entre los procesos de estigmatización social y la drogadependencia como un caso de exclusión en salud. Se realizó una revisión bibliográfica y documental y se analizaron resultados de dos investigaciones que indagan la relación entre los procesos de estigma social sobre la drogadependencia y sus efectos en la accesibilidad de drogadependientes al sistema de salud. Específicamente respecto a la Ciudad de Buenos Aires se relevaron discursos estigmatizantes sobre las personas drogadependientes en los que prevaleció una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana. Quedó en evidencia que la reproducción por parte de los profesionales de salud de la estigmatización construida socialmente podría colaborar en la construcción de barreras de accesibilidad específicas para esta población. Los autores concluyen que la reducción de la estigmatización y la discriminación, es fundamental para la

elaboración de políticas de inclusión desde una lógica de respeto por los derechos humanos.

Por último, mencionaremos el trabajo: *“El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”* llevado a cabo por Comes Y., Solitario R., Garbus P., Mauro M., Czerniecki S., Vázquez A., Sotelo R. y Stolkiner A., en el año 2006. En este trabajo se presentan cinco experiencias sobre la accesibilidad a servicios de salud, donde lo que unifica el criterio de selección de los diferentes grupos es la vulnerabilidad social que presentan. Uno de los grupos analizados son los drogadependientes. En relación a ellos, se parte del supuesto de que el ideario estigmatizante acerca de la drogadependencia, se reproduce en los discursos y condiciones de los Servicios de Salud, y que esto podría constituir barreras de accesibilidad. Del análisis de las entrevistas se desprende que, en sólo dos de los equipos seleccionados, los profesionales dijeron “atender drogadependientes”. En ambos casos, se encuentran particularidades asociadas a los horarios y días de atención, que podrían relacionarse con el acceso a los servicios. En el equipo de Adicciones, los profesionales coinciden en que “el número de consultas espontáneas es muy bajo” y que la mayoría de los pacientes que atienden, son obligados (por vía judicial) a realizar tratamiento. Al preguntar por el recorrido que necesita hacer una persona para ser atendido en el servicio, los entrevistados manifestaron que “se accede a primera consulta en día y horario de atención prefijado: Miércoles 9 hs.”. En el caso de la Guardia, los entrevistados coinciden en que las consultas por consumos problemáticos aumentan significativamente los días sábados, principalmente en horario de tarde y noche. Las dos situaciones planteadas muestran que la oferta horaria y de días de atención, podría determinar, en alguna medida, la utilización que estas personas hacen de los servicios. Esto podría explicar, en parte, la ausencia de consultas espontáneas en el servicio específico. Si se compara lo anterior con lo que ocurre en el Servicio de Guardia, se observa que la mayor cantidad de consultas se realizan durante los fines de semana, en horarios de tarde y noche. Cabe recordar que a este servicio se puede acceder sin turno previo y en cualquier momento del día. La caracterización de las situaciones de consulta muestra la ausencia de contactos con el servicio por parte de usuarios de drogas con otras características: en fases iniciales del consumo, sin conflictos con la ley penal, etc., que posiblemente constituyen la mayoría de estos usuarios. La accesibilidad para este grupo de usuarios, no ha sido constituida como problema ni siquiera desde la oferta de servicios de salud. Tampoco desde la población posible usuaria. En este desencuentro la posibilidad de encontrar atención se produce únicamente en situaciones de crisis física y/o emocional, ya sea de quienes padecen adicciones o desde quienes poseen vínculos afectivos y/o parentales con quienes lo padecen.

## 9. Marco teórico.

“No se puede cambiar con una ley un paradigma”  
Franco Rotelli

Para la realización de este estudio, en donde indagaremos el estado actual de aplicación la Ley Nacional de Salud Mental, nos posicionamos desde una **perspectiva de derechos**. Lejos de entender la conceptualización de los derechos como bienes que deben ser merecidos o como algo que debe ser gestionado, adherimos a la posición de Rotelli quien postula que los derechos deben ser dados a priori. Explica este autor que:

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

Entendemos siguiendo a este autor que los derechos son universales, sin distinguir clase, sexo, raza, edad, condición de salud y que, por lo tanto, no pueden ser negados.

Reconstruir (o re-habilitar en el sentido de emancipar, como lo llama este autor) el acceso a los derechos de la población debe darse en tres niveles: el primero es el de la modificación de la legislación, que entendemos que con la sanción de la Ley 26.657 en el año 2010 y la reglamentación de la misma en el año 2013 sería un nivel en el que Argentina se encuentra avanzada ya que, como se mencionó antes, ésta Ley posiciona a las personas con padecimientos mentales y consumo problemático de drogas como sujetos de derecho, alejándose de un modelo positivista y por lo tanto manicomial; el segundo nivel es el de la redistribución de recursos económicos y humanos ya existentes que se encuentran siendo utilizados en pos de viejos paradigmas; y un tercer nivel que refiere a la calidad de la formación y del desarrollo humano, la construcción de condiciones de posibilidad y de prácticas colectivas de salud. En este sentido, podemos pensar que son los niveles dos y tres los que presentan dificultades para una plena implementación del derecho a la salud mental. Rotelli también nos ilumina en este sentido, refiriendo que la sanción de una ley no alcanza para cambiar por completo el paradigma anterior, en este sentido refiere:

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

En consonancia con lo anterior, tomaremos las conceptualizaciones de la mencionada Ley ya que la misma tiene como objeto la protección de la salud mental de todas las personas, así como asegurar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Define la **Salud Mental** como un proceso compuesto por elementos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Su preservación y mejoramiento dependen de la construcción social sobre la base de los derechos humanos y sociales de las personas.

Conceptualiza el **padecimiento mental** como todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos relacionado con diferentes tipos de crisis, previsibles o imprevistas, o relacionado a otras situaciones prolongadas de padecimientos que incluyen trastornos y/o enfermedades en el sentido de procesos complejos multideterminados.

Recalca en varios artículos la importancia del **abordaje interdisciplinario** de los padecimientos mentales (en los que, como ya mencionamos, se encuentran incluidas las adicciones) tanto para determinar incapacidad de un paciente, riesgo cierto e inminente, diagnóstico y tratamiento. Destaca que el abordaje también debe ser intersectorial. En este sentido, Alicia Stolkiner refiere que los problemas no se presentan como objetos sino como demandas indisciplinadas, incontrollables, complejas y difusas. Interpretamos en este sentido, que considerar las problemáticas (tanto en salud, así como en cualquier ámbito) como objetos implicaría una visión lineal, donde para un problema habría una respuesta predeterminada que satisficaría tal demanda, lo que resulta impracticable en la realidad. La realidad no se presenta en ningún caso como obvia ni unívoca, es por ello que se requiere la **interdisciplina** para el abordaje de las problemáticas en su complejidad. Posicionarse desde la interdisciplina implica una posición pos positivista. Interesa en este punto destacar la diferencia entre multidisciplina e interdisciplina. Elichiry explica que una yuxtaposición de saberes disciplinares no constituyen interdisciplina, sino multidisciplina, en donde los problemas se disgregan según disciplinas intervinientes, lo que supone una visión atomista de las demandas. En cambio, la interdisciplina supone el trabajo en equipo de manera intencional y no ocasional, signados por la cooperación, la flexibilidad y la reciprocidad. Cada disciplina es importante en su individualidad, pero se relaciona con las otras transformándolas y transformándose en las prácticas. En este sentido, Vicente Galli aclara que la interdisciplina aporta perspectivas integradoras en las formas de atención de los padecimientos que permiten recuperaciones sostenibles para quienes tienen padecimientos mentales y/o consumo problemático de drogas. Adherimos a la conceptualización que este autor hace de la interdisciplina cuando refiere que ésta no desdibuja las especificidades de cada profesión y tampoco disuelve las responsabilidades interdisciplinarias. Éstas últimas no ponen en cuestionamiento las incumbencias, sino la hegemonía de algunas disciplinas. Asimismo, creemos que, en la práctica, la interdisciplina se ve obstaculizada constituyendo uno de los problemas para la implementación de la LNSM por la hegemonía del modelo

biomédico de atención (esto puede fácilmente ubicarse en los niveles dos y tres de la teorización de Rotelli que obturan la posibilidad de desinstitucionalización).

Eduardo Menéndez define (2003, p. 186) a **los modelos de atención** refiriéndose a aquellas actividades (con ello entendemos **prácticas**) no sólo de tipo biomédico sino como todas aquellas formas de atención intencional de los padecimientos, de modo que éstas buscan la prevención, alivio, tratamiento y/o cura. Es decir que existe una diversidad de prácticas y de modelos de atención. Sin embargo, entendemos que éstas se subsumen **al Modelo Médico Hegemónico** (de aquí en más MMH) al que conceptualiza cómo (1990, p. 83):

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

Este autor explica que la hegemonía del modelo médico no implica que se excluyan otras prácticas y saberes, sino por el contrario, que éste se expanda con la apropiación, transformación y subordinación de otras formas de atención o autoatención de los padecimientos. Mencionaremos algunos de los rasgos que estructuran el MMH según la descripción de Menéndez (1990, p. 87): concepción biologicista de los padecimientos; concepción teórica positivista; ahistoricidad; asociabilidad; individualismo; eficacia pragmática; salud/enfermedad como mercancía; la cura como orientación; concepción de la enfermedad como desviación o anormalidad; curación basada en la eliminación del síntoma; relación asimétrica entre médico y paciente; paciente como culpable de su padecimiento y como ignorante; tendencia a la medicalización de los problemas; escisión entre teoría y práctica y entre práctica médica e investigación médica.

Por lo tanto, y siguiendo a Menéndez, el análisis del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que debe ser descrito y repensado en función de las prácticas y saberes que supedita.

Nos parece relevante, visibilizar a través de esta investigación, dichas prácticas en torno a la asistencia de las personas usuarias de drogas, sobre todo en tensión no sólo con la teoría sino con el imaginario social y las representaciones sociales presentes en los discursos de los profesionales.

En este punto, definiremos la noción de **accesibilidad** según la conceptualización que realiza Yamila Comes y otros (2006, p. 203) como el vínculo que “se construye entre los sujetos y los servicios a partir de la relación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.”

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

De este modo, coincidimos con las palabras de Juan Samaja (1991): “las barreras de la accesibilidad pueden ser también y fundamentalmente simbólicas”. Posicionarse desde estas consideraciones necesariamente implicará para esta investigación realizar un análisis de los discursos de los profesionales, ya que en ellos se reproducen las representaciones estigmatizantes que determinan barreras en la accesibilidad”, especialmente en pacientes con consumo problemático de drogas.

Utilizamos para esta investigación la noción de “**Ruta Crítica**” (Caravantes, L., 2000) (Tajer, D. y Col., 2007) término que proviene del campo de la violencia conyugal, pero que puede extender su uso a otros problemas del campo de la salud. El mismo refiere a los obstáculos que encuentran las personas para ser atendidas de acuerdo al problema que padecen, por distintas razones: inadecuada capacitación de los profesionales, fragmentación de los servicios, barreras en el acceso, etc. Dicho concepto permite condensar varias problemáticas que aparecen de forma frecuente en el relato de los usuarios en su tránsito por distintas instituciones, en las que se presentarían obstáculos tales como: tardanza en turnos y trámites, falta de contención de los/as profesionales tratantes, pocos espacios terapéuticos ofrecidos, estigmatización de la problemática, reforzamiento de los estereotipos de género, etc. En este punto, y continuando con la teorización de las prácticas, tomaremos las internaciones voluntarias e involuntarias según los postulados de la LNSM. **La internación involuntaria** de una persona debe considerarse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes terapéuticos ambulatorios, y sólo se podrá realizar cuando, a criterio del equipo de salud mediare situación de **riesgo cierto e inminente** para sí o para terceros. Este último está conceptualizado como contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario.

Por su parte, una **internación voluntaria** es la que se lleva a cabo con el consentimiento de la persona y esta puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

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

Asimismo, acordamos con el enfoque de **reducción de daños** como forma de intervención en la problemática de adicciones. Dicho enfoque propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas y se caracteriza por hacer énfasis en las intervenciones comunitarias. Este enfoque ha surgido como alternativa a los enfoques prohibicionistas que sustentan la abstinencia y tiene por objetivo evitar la construcción de representaciones sociales negativas sobre los usuarios de drogas (como personas irracionales y peligrosas) que inciden en el sostenimiento del proceso de exclusión social. Los programas de reducción de daños se dirigen, preferentemente, a usuarios de drogas con mayor vulnerabilidad social y que tienen escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Tienen un alto grado de flexibilidad en sus propuestas debido a que se adecuan a las características de los usuarios y la comunidad donde se implementan. En consonancia con el pasaje de una epidemiología multicausal a una de tipo social, estos programas no sólo promueven el cambio de conductas de cuidado y riesgo de los usuarios y sus redes de consumo, sino que suelen desarrollar acciones para involucrar a otros habitantes del territorio en el que intervienen (vecinos, militantes sociales, instituciones públicas como escuelas y centros de salud) en la transformación de situaciones de padecimiento, reconociendo que este tipo de acciones requiere de un gran compromiso subjetivo (Galante et al, 2009).

## 10. Metodología.

**Descripción del ámbito de estudio:** Según la reglamentación del artículo 11 de la Ley Nacional de Salud Mental, el abordaje de los padecimientos mentales debe realizarse en una red de servicios entre los que se incluyen los hospitales generales con internación y los centros de atención primaria de la salud. El espíritu de la ley sostiene que los tratamientos se realicen por fuera de ámbitos hospitalarios monovalentes y dispositivos especializados, evitando así la segregación y discriminación de las personas con padecimiento mental.

El ámbito de estudio en el que desarrollaremos la investigación estará conformado entonces por centros de salud del primer nivel de atención y hospitales generales públicos del AMBA, ya que nuestro objetivo es poder visibilizar si estos efectores, han podido adecuarse a los postulados de la Ley, tanto en las prácticas que se llevan a cabo en ellos, así como en los discursos que circulan en los mismos, respecto a las concepciones sobre la Ley y a la accesibilidad de las personas con uso problemático de drogas.

Se seleccionarán aquellas instituciones de salud, en las cuales poseemos mayor viabilidad para llevar a cabo las entrevistas, debido a los trayectos formativos y laborales de las integrantes del equipo de investigación.

**Tipo de estudio y diseño:** Se realizará un estudio de tipo cualitativo, de diseño exploratorio-descriptivo.

La ciencia moderna ha tratado de separar al sujeto y al objeto, dando un papel preponderante a la razón, pretendiendo que ésta revele una verdad unívoca.

Sin embargo, desde una observación más minuciosa centrada tanto en nuestra experiencia en servicios de salud, como en una vasta producción bibliográfica, se puede verificar que la complejidad del sistema sanitario escapa a esta lógica. Los servicios de salud, al estar abocados a la atención de personas por personas, constituyen un complejo sistema de singularidades que no pueden ser aprehendidas por métodos que no consideren esto.

Es por ello, que, para poder estudiar el estado actual de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental por parte de los profesionales de la salud respecto a las personas con uso problemático de drogas en el AMBA, consideramos que requerimos de un método cualitativo.

En este sentido, Deslandes y Gomes (2007, p. 84) retoman a Deslandes y Assis (2002) afirmando que, “pese a la diversidad de enfoques cualitativos, éstos tienen en común el propósito de analizar el significado que los sujetos atribuyen a los hechos, relaciones y prácticas, o sea, interpretando tanto las interpretaciones como las prácticas de los sujetos [...] este enfoque suele concentrarse en el estudio de las instituciones, los grupos, los movimientos sociales y el conjunto de las interacciones personales.”

Un punto importante del enfoque cualitativo es el lugar central que tiene la interpretación de las acciones sociales, concepción a la que adherimos por nuestra formación, ya que sabemos que la realidad es una construcción subjetiva de los actores. En este sentido, el objeto de la investigación no es una interpretación unívoca de la realidad sino una “interpretación de las interpretaciones de los actores sobre los hechos, las prácticas y concepciones” (Deslandes y Gomes, 2007. p.87)

**Universo o población objetivo:** todos los profesionales de la salud del AMBA que asisten a personas con uso problemático de drogas.

**Unidad de análisis:** Profesionales de la salud del AMBA, pertenecientes a hospitales generales y efectores del primer nivel de atención del subsector estatal, que asisten a personas con uso problemático de sustancias.

Criterios de inclusión: Aquellos profesionales de la salud que asistan a personas con uso problemático de drogas y desempeñen sus funciones en alguna de las instituciones pertenecientes a la muestra. Se entrevistarán a profesionales de diferentes disciplinas como psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, médicos, enfermeros con el objetivo de enriquecer el proceso de investigación. Deberán tener como mínimo tres años de experiencia en el servicio de salud en el que se desempeñan, de modo que puedan conocer más profundamente el funcionamiento del mismo y que hayan tenido un contacto medianamente prolongado con la problemática.

Criterios de exclusión: no se entrevistarán aquellos profesionales rotantes o pasantes o que tengan menos de 3 años de experiencia en el servicio de salud considerado. Asimismo, se realizarán algunas entrevistas a informantes clave, a fin de enriquecer y profundizar el proceso de investigación.

**Muestra. Selección y tamaño de la muestra:** Se tomará una muestra de 15 profesionales aproximadamente, según muestreo por conveniencia (no probabilístico) de los profesionales de la salud pertenecientes a hospitales generales y efectores del primer nivel de atención del AMBA, que asistan a personas con uso problemático de sustancias. Se seleccionarán profesionales de diferentes disciplinas, que permitan visibilizar la complejidad del objeto de estudio.

#### Categorías de análisis:

Para evaluar el conocimiento que los profesionales de la salud tienen de la LNSM, en lo atinente a la atención de personas con uso problemático de sustancias, se indagarán las siguientes categorías de análisis en los profesionales de la salud del AMBA:

1. Representaciones sociales sobre las personas con uso problemático de drogas y de otros pacientes con padecimiento mental.
2. Representaciones sociales sobre la problemática del uso de drogas.
3. Conocimiento sobre el recurso a las internaciones: voluntarias e involuntarias, duración de las internaciones, noción de riesgo cierto e inminente.
4. Conocimiento sobre el consentimiento informado.

Para visibilizar los obstáculos en la accesibilidad de las personas con uso problemático de sustancias a efectores de salud del AMBA, se indagarán las siguientes categorías de análisis:

1. Ruta crítica que realizan los pacientes dentro del sistema de salud.
2. Vínculo entre los pacientes y los profesionales.
3. Representaciones sociales sobre las personas con uso problemático de sustancias.
4. Criterios de admisión.
5. Días y horarios de atención.
6. Conformación del equipo de admisión (disciplinas, perfiles profesionales, etc.)

Para identificar las prácticas que realizan los profesionales de la salud en relación al cumplimiento de la Ley 26.657, en lo atinente a las personas con uso problemático de sustancias, se indagarán las siguientes categorías de análisis:

1. Tipo de intervención ante una consulta de una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.
2. Criterios de admisión al dispositivo para una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.
3. Criterios de internación de una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.
4. Criterios de derivación de una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.
5. Criterios de externación/alta de una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.
6. Articulación intra e inter-institucional ante casos de personas con uso problemático de drogas legales e ilegales.
7. Modelo de tratamiento ofrecido (eje del mismo brindado a los pacientes con uso problemático de drogas legales e ilegales).
8. Metodología de trabajo (trabajo interdisciplinario, multidisciplinario, unidisciplinario) con una persona con uso problemático de drogas legales e ilegales.

#### **Instrumento de recolección de datos:**

Se confeccionará una entrevista semidirigida con preguntas referentes al estado de aplicación de la Ley 26.657 en relación a las personas con uso problemático de drogas.

La entrevista “se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial” (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernandez, Varela-Ruiz, 2013, p.163). De los distintos tipos de entrevista, elegimos realizar la entrevista semidirigida que son aquellas que “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Díaz-Bravo et. al., 2013, p.163).

Estas entrevistas serán realizadas por el equipo de investigación a cada uno de los profesionales de la salud seleccionados y permitirán luego de su análisis obtener una descripción del estado actual de aplicación de la Ley 26657 en lo atinente a las personas con uso problemático de drogas a través de los discursos de estos.

Para el mencionado análisis, se utilizarán técnicas del análisis del discurso. Se desgrabarán e imprimirán las entrevistas realizadas.

Realizaremos un análisis interno de cada entrevista, en el que se priorizará la perspectiva de cada sujeto y sus variaciones discursivas, en relación a las categorías de análisis mencionadas anteriormente.

Seguidamente, a través de las categorías de análisis utilizadas, se ordenará la información relevada en las entrevistas, a fin de responder a los objetivos de la investigación.

## **11. Consideraciones éticas**

En primer lugar, se considerarán los principios éticos que se proponen para las investigaciones en salud de acuerdo a la "Guía para investigaciones en salud humana", del Ministerio de Salud de la Nación.

En relación a las entrevistas a realizar por este equipo, se solicitará el consentimiento informado a todos los entrevistados, mediante un formulario, a través del cual se informarán los objetivos de la investigación, el carácter voluntario y anónimo de la participación en la misma y se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos personales, los cuales sólo se utilizarán a los fines de esta investigación.

## 12. Bibliografía:

ADESAM y Unión Europea; *"Derechos Humanos en salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental"*. Extraído en agosto de 2018 de:

[https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud\\_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf](https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf)

Ardilla Gómez, R; Rosales, M. (2017) *"El proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: obstáculos y desafíos. ¿Qué dicen los usuarios de servicios de salud mental?"* Extraído en agosto de 2018 de:

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/el-proceso-de-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-obstaculos-y-desafios-que-dicen-los-usuarios-de-servicios-de-salud-mental/>

Argentina, Ministerio Público Tutelar (2014) *"Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires."* Extraído el 13/02/2019 de: [http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21\\_internaciones\\_0.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf)

Argentina, Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR (2014) *Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad.* Extraído el 13/02/2019 de: [http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZLocalZdeZConsumosZProblematicosZYZAccesibilidad.ZBerissoZProvinciaZdeZBuenosZAires.ZAoZ2014\\_2.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZLocalZdeZConsumosZProblematicosZYZAccesibilidad.ZBerissoZProvinciaZdeZBuenosZAires.ZAoZ2014_2.pdf)

Argentina, Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR (2017) *Estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas.* Extraído el 13/02/2019 de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

CELS; (2015) *"El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios."* Extraído en agosto de 2018 de:

<https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/IA2015-12-El-desafio-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental-1.pdf>

Comes, Y. et al. (2006) *"El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios"*. Extraído en Diciembre de 2018 de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)

Deslandes S, Gomes R. La investigación cualitativa en los servicios de la salud: notas teóricas. En: Magalhaes Bosi ML, Mercado FJ compiladores. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. 1ª edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 81-95.

De Souza Minayo, M. (2017) "Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa". Extraído en Diciembre de 2018 de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v13n4/1851-8265-scol-13-04-00561.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v13n4/1851-8265-scol-13-04-00561.pdf)

Díaz Bravo L., Torruco-García U., Martínez-Hernández M., Varela-Ruiz M., (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico. Extraído en Diciembre de 2018 de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)

Di Nella, Y., Sola M., Calvillo L., Negro L., Paz A. y Venesio S. (2011) Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, Mayo 2010-Mayo 2011 [Versión electrónica] *Revista argentina de salud pública*, 2, 43-46

Ferreira, J. y Stolkiner, A. (2017, Agosto) *Reflexiones en torno a la implementación de la ley nacional de salud mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales* ponencia presentada en la Ciudad de Buenos Aires en el II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política "Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global."

Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. "Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva" Escenarios. Universidad Nacional de La Plata, No 14:113-121, Noviembre 2009.

"La opinión de un experto. Nuestra ley de salud mental es considerada la mejor del mundo". Clarín. 16/11/2017. Extraído en agosto de 2018 de: [https://www.clarin.com/sociedad/entrevista-alberto-trimboli-ley-salud-mental-considerada-mejor-mundo\\_0\\_HyK\\_UrokG.html](https://www.clarin.com/sociedad/entrevista-alberto-trimboli-ley-salud-mental-considerada-mejor-mundo_0_HyK_UrokG.html)

Ley Nacional de Salud Mental n° 26657. (2010) y Decreto reglamentario 603/2013. Extraído en agosto de 2018 de: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Extraído en Diciembre de 2018 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es)

Menéndez, E. "El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis". En Menéndez, E, *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. México, 1990.

Tajer, D. y Col. (2006), Proyecto de investigación UBACyT "Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud"

Rodríguez, J. "Comentarios a la Ley 26657, Cátedra II de Psicología Jurídica. UBA".

Extraído en agosto 2018 de:

[http://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/juridica/g\\_hiso/rodriguez%20-%20comentarios%20a%20la%20ley%2026657.pdf](http://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/juridica/g_hiso/rodriguez%20-%20comentarios%20a%20la%20ley%2026657.pdf)

Rojas, A.; et al (2014) "Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras". Extraído en agosto 2018 de:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862014000200018](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000200018)

Rotelli, F. "Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste". 1a Ed. CABA. Topia Editorial, 2015.

Sautu, R. "Formulación del objeto de investigación" y "" El diseño de una investigación: teoría, objetivos y métodos". En Todo es Teoría. Objetivos y Métodos de investigación. 1a Ed. Buenos Aires. Ed. Lumiere, 2005.

SEDRONAR; (2016) "III Censo Nacional de centros de tratamientos". Extraído en agosto de 2018 de:

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CensoZNacionalZdeZCentrosZdeZTratamientoZ2011Zcompressed.pdf>

SEDRONAR. "Manual de Epidemiología. Guía para observatorios provinciales de drogas. "Extraído en agosto de 2018 de:

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ManualZEPIDEMIOLOGA.pdf>

Vázquez A. y Romani O. (2012) Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires [Versión electrónica] *Anuario de Investigaciones*, 19

