

PALAVRAS. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis

ISSN: 2468-9831
www.revistas.unlp.edu.ar/palavras
palavras@outlook.com.ar
Argentina

**EL LUGAR DE LAS ADICCIONES EN LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL.
BREVE REVISIÓN HISTÓRICA Y CONSECUENCIAS EN LA PRÁCTICA.**

DOI 10.24215/24689831e021

María del Pilar Bolpe

Abstract

In the present work we set out to investigate the place that addictions occupy in the new mental health law. We start from a historical review of the laws and public policies in force about addictions in Argentina, in the stages prior to the 2010 modification (national law 26.657). We highlight in this journey the ways in which the criminalization of drug use and the violation of human rights in the 90s and the first years of the new century were carried out, together with the implications of what can be thought of as the passage from consumer-object of medical and juridical power to user-subject-of-rights that the new legislation foments.

To conclude, we analyzed the way in which a praxis could be carried out that addresses these presentations based on the perspective of the rights approach.

Key words: mental health law - addictions - prohibitionism - human rights

Resumen

En el presente trabajo nos propusimos indagar el lugar que las adicciones ocupan en la nueva Ley de Salud Mental. Para ello partimos de una revisión histórica de las legislaciones y políticas públicas vigentes en el país sobre adicciones, en las etapas previas a la modificación que en el año 2010 estableció la ley nacional 26.657. Destacamos en ese recorrido los modos en que se efectivizaba la criminalización del consumo y la violación de derechos humanos en la década del 90 y los primeros años del nuevo siglo, junto con las implicancias de lo que puede pensarse como, el pasaje del individuo-objeto del poder judicial/ médico hegemónico a sujeto de pleno derecho del campo de la salud que propicia la nueva legislación. Para concluir analizamos la manera en que podría llevarse a cabo una praxis que aborde estas presentaciones desde la perspectiva del enfoque de derechos.

Palabras claves: nueva Ley de Salud Mental - adicciones - prohibicionismo - derechos humanos

Cómo citar este artículo: Bolpe, M. P. (2018). El lugar de las adicciones en la nueva Ley de salud mental. Breve revisión histórica y consecuencias en la práctica. *Palavras. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis*, 4, 1-13. Recuperado de www.revistas.unlp.edu.ar/palavras

EL LUGAR DE LAS ADICCIONES EN LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL. BREVE REVISIÓN HISTÓRICA Y CONSECUENCIAS EN LA PRÁCTICA

María del Pilar Bolpe*

(I) Las adicciones: entre el delito y la enfermedad (ley vigente). Efectos de la penalización de adictos

El paradigma que predomina hoy en el mundo y que ya lleva más de un siglo de vigencia, sostiene la absoluta prohibición de todas las partes de la cadena implicadas en la cuestión de la droga. Desde la producción, pasando por la circulación, hasta llegar al consumo de drogas. Alrededor del mundo se pena de manera más o menos laxa a quienes se hallen implicados en alguno de los eslabones del circuito. Si bien contamos con dos o tres excepciones como en el caso de Holanda, Portugal (Moore 2015) y la reciente iniciativa de nuestros vecinos uruguayos, se trata de casos aislados de legalización parcial o total de algunas de las cadenas del circuito y no serán abordados en este escrito por exceder los objetivos del mismo.

Así, en su amplia mayoría las convenciones vigentes de derecho internacional adhieren al paradigma prohibicionista. Este se inicia con la prohibición del opio en el año 1909; años más tarde en la Haya en los años 1911-1912 se suscribió al primer tratado internacional en materia de drogas (Sánchez Antelo 2012). Posteriormente en 1961 se promovió el régimen internacional de prohibición desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableciéndose para el año 1988 la convención de Viena que promulgará las normativas que servirán de bases a las políticas nacionales e internacionales en la materia (Bergman 2016).

En el caso de la República Argentina, si bien los esfuerzos por controlar la circulación y el uso de sustancias psicoactivas datan de principios del siglo

* Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Mail: mariadelpilbolpe@gmail.com

XX con el movimiento Higienista (Bergman, 2016; Sánchez Antelo, 2012) la primera normativa general que afecta a la tenencia, el tráfico y la producción de estupefacientes es la ley 20.771 del año 1974, que remplazó a la ley 17.567 del año 1968, donde se establecían ya algunas prohibiciones en el uso de sustancias (Bergman, 2016). Finalmente, en el año 1989, se promulga la ley que en materia de drogas rige en la actualidad. Se trata de la ley 23.737 de tráfico y tenencia de estupefacientes. Esta ley sanciona tanto la tenencia, como el consumo, la producción y el tráfico sin establecer distinciones entre las distintas familias de drogas y las cantidades que se implicarían en cada uno de estos delitos. Penaliza sin mayores especificidades, condena cualquier actividad relacionada con las drogas, y muestra claras evidencias de una política de “tolerancia cero” que se alinea con el paradigma mundial prohibicionista, de las disposiciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Convención de Viena de 1988¹.

Si bien como fuera mencionado con anterioridad, tanto la fabricación como la venta y la tenencia serán plausibles de ser penadas con prisión, esta legislación establece la posibilidad de ofrecer al infractor *-si este dependiere física o psíquicamente de estupefacientes-* de alguna medida de seguridad curativa para su desintoxicación y rehabilitación que se llevará a cabo en instituciones especializadas a tales fines. El mismo documento señala la posibilidad de evitar la condena penal y acceder a una medida educativa para aquellos consumidores casuales que no dependieren psíquica o físicamente de la sustancia, comprendiendo tal medida el cumplimiento obligatorio de un programa especializado (Ley 23.737).

Detengámonos en estas tres posibilidades:

- 1) Ser hallado culpable de un delito y que se demostrase además que el imputado es adicto a las sustancias.

¹ Toda acción en la que se pruebe la existencia de sustancias psicoactivas o sus precursores, independientemente del objetivo de la misma está sujeta a una pena que varía en función de los objetivos y otros agravantes. Aun cuando se demuestre que el infractor hacía un uso personal de la sustancia se lo pena.

- 2) Ser hallado culpable de la tenencia y que se demostrase que la misma es para consumo personal y que el imputado es adicto a las sustancias.
- 3) Ser hallado culpable de la tenencia y que se demostrase que es para consumo ocasional y que el imputado no es un adicto.

Inferimos que para cualquiera de estos casos si se demostrase que el imputado es adicto, o un consumidor ocasional se abre para él la posibilidad de acceder a una medida curativa o educativa que le permita evitar la reclusión en una prisión, o en caso de estar en una, acceder a instituciones psiquiátrico- penales.

En plena vigencia de esta ley, durante la década del 90 y hasta los primeros años del 2000, la persecución a los consumidores aumentaba como parte de las políticas criminalizadoras del consumo propias del paradigma prohibicionista, de la misma manera crecían las estadísticas de desempeño policial que buscaban reflejar los éxitos de la lucha contra el narcotráfico. Lamentablemente no se cuenta con documentación confiable que nos permita exponer el número total de causas abiertas durante esa época a consumidores que fueron hallados *infraganti*, pero la necesidad de mostrar con números la eficacia de los políticos de turno derivó en un aumento de criminalización del consumo, en línea con una tendencia creciente en América Latina impulsada desde otras latitudes (Neuman, 1997). Si le sumamos a aquello la posibilidad de evitarse la estadía en una prisión en caso de demostrarse la condición de adicto y abrir la posibilidad de un posterior envío a instituciones que pretendían brindar las medidas curativas correspondientes, tendremos como resultado no solo una sobrepoblación de los servicios de rehabilitación penales sino también un gran número de personas que fueron obligadas a realizar algún tipo de rehabilitación voluntaria o involuntariamente.

Tomemos para, pensar esto, el material testimonial que nos ofrece el informe del CELS (CELS/MDRI, 2007):

Aproximadamente la mitad de la población de la Unidad 20 era toxicómana en 2004. Estos individuos fueron hospitalizados en esta unidad presumiblemente para recibir tratamiento. El personal admitió, sin embargo, que no se les podía

otorgar un tratamiento adecuado debido a que la unidad no poseía ni los recursos humanos, ni los recursos económicos, ni los servicios de rehabilitación necesarios para tratar las adicciones. (CELS/MDRI, 2007)

Ahora bien, previo a la sanción de la actual ley de salud mental, se les otorgaba a los jueces facultades para ordenar internaciones compulsivas en aquellas personas que se consideren “adictas”. De esta manera tanto alcohólicos crónicos como toxicómanos eran plausibles de ser internados bajo criterio medico penal (Ley 22.914). Lo cierto es que ningún criterio daba cuenta claramente de aquella caracterización, ni los tratamientos recomendados para estos casos. Aquellos sujetos que podían ser enviados a realizar tratamientos prolongados vía internación compulsiva perdían sus derechos civiles por el lapso de tiempo que la autoridad lo decidiera.

Es interesante señalar aquí -en relación al tiempo de duración-, que a diferencia de los pacientes que mencionan los autores del *Mental Disability Rights International* en su informe sobre la situación en los psiquiátricos argentinos, en el caso de los pacientes internados por algún tipo de adicción, estas internaciones jamás se cronificaban, cosa que sí ocurría con muchos de los pacientes que sufrían otras patologías mentales, quienes además de perder sus derechos como ciudadanos, perdían las habilidades y la independencia.

En resumen, en todos los casos de pacientes internados, -ya sea por adicciones o por padecimientos psiquiátricos-, los derechos del sujeto quedaban suspendidos, al ser considerados incapaces ya sea por su condición de enfermo mental o su adicción; su palabra no se oía, durante un proceso que era decidido íntegramente por representantes del poder judicial y del modelo médico hegemónico². Retomemos otro de los párrafos que hemos hallado en el informe de CELS/ MDRI al respecto:

Como resultado de tales relevamientos estamos en condiciones de afirmar que los derechos de las personas que se encuentran alojadas en las unidades psiquiátricas penales de la ciudad de Buenos Aires son vulnerados en forma sistemática y permanente. Algunos de los aspectos que llevan a la violación sistemática de los derechos humanos de las personas detenidas en las unidades

² En este sentido resulta interesante retomar el fallo de la Suprema Corte de Justicia de la nación, competencia n° 1511, XL.

penales psiquiátricas son: a) sobrepoblación; b) falta de personal suficiente en número y formación profesional idónea; c) omisión de diagnóstico y tratamiento adecuados; d) elevado número de personas con problemas de drogadependencia; e) trato cruel, inhumano o degradante; f) vejaciones.

En la Unidad 20, un detenido informó que, como castigo por ofensas menores, se les inyectaban fuertes tranquilizantes que los dejaban inmovilizados por días. “Nos hacen pelota por la palabra”, informó. Los otros siete detenidos en su celda confirmaron sus dichos (CELS/MDRI, 2007).

Más tarde en una nota del diario página 12 se señalará lo siguiente: La unidad Penal 20 del Hospital Borda cuenta con una población importante de personas con problemas de drogadependencia, a quienes se deriva allí desde las unidades penitenciarias para recibir tratamiento adecuado. Los empleados admitieron que estas personas no pueden recibir ni el tratamiento ni la rehabilitación correspondiente, ya que la unidad no cuenta con recursos económicos ni con personal capacitado en la materia. Como resultado, las personas drogadependientes quedan internadas durante largos períodos sin ninguna mejoría. En algunos casos, profesionales de la salud solicitaron trasladar a pacientes a instituciones especializadas para su rehabilitación, pero los pedidos no recibieron respuesta de los jueces intervinientes” (nota Página 12, 2015).

Aquellas pretendidas medidas de rehabilitación, terminaban siendo lisa y llanamente castigos encubiertos por prácticas tan deshumanizantes como reiteradas. El hecho de que la “potestad” sobre estos sujetos se repartiera entre el juez y el médico remite a la historia misma del nacimiento de la psiquiatría moderna y su forma de tratar a quienes se consideraba desviados.

(II) Nueva ley de salud mental y la situación de las adicciones

El modelo manicomial-asilar que había acaparado el abordaje de las patologías mentales durante más de un siglo, empezó a ser cuestionado a mediados del siglo XX. El poder médico y judicial, como único saber habilitado en torno a estas problemáticas comenzó a resquebrajarse. Los movimientos que abogaban por terminar con las internaciones prolongadas (muchas veces de manera indefinida) para abordarlas desde una perspectiva

que intervenga en las problemáticas psiquiátricas severas de forma ambulatoria e incluyendo la perspectiva de la comunidad, comenzaron a ser oídos en varias partes del mundo (Stolkiner, 2012). Estos movimientos, junto a lo que en el año 1978, se enunciaba en Alma Ata sobre la apuesta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Stolkiner, 2012) se propagaron como dos líneas rectoras que más tarde darían paso a la posibilidad de una nueva estrategia de los sistemas de salud.

Se contaba entre los postulados de esta nueva visión: la defensa de la cobertura universal de salud, la inclusión de otras disciplinas además de la médica, jurídica y farmacológica, la apertura a recursos no usuales, la participación de la comunidad en la toma de decisiones en cuanto a las acciones a tomar en salud, la caída del muro que separaba al paciente de su comunidad y la responsabilidad del estado a la hora de garantizar estas cuestiones (Organización Mundial de la Salud, 1986). La idea era pensar las prácticas en salud con dimensiones más amplias y menos convencionales que las que presentaban los modelos vigentes (Stolkiner, 2012), modelos que se caracterizaban por ofrecer enfoques tecnocráticos centrados en el costo-efectividad de sistemas de salud altamente fragmentados (Stolkiner, 2010). En Latinoamérica las políticas de estado implementadas por las dictaduras latinoamericanas durante las décadas del 70 y 80, junto al avance neoliberal que caracterizó el decenio posterior, asentaron las bases que dieron por resultado este modo de funcionamiento que no tardó en colapsar (Gonzalez Guzmán, 2015).

En la Argentina, país capitalista periférico, luego de que se aplicara la receta del consenso de Washington en las décadas del 80 y 90 se produjo un fuerte proceso recesivo con disminución y precarización del empleo. Esto culminó con una crisis económica, social y política que en el año 2001 dejó en la pobreza a casi la mitad de la población (Stolkiner, 2009). En ese contexto, a causa de los despidos y la pérdida de poder adquisitivo de las clases medias y bajas, grandes sectores de usuarios del sector privado en salud tuvieron que ser recibidos por el sector estatal. El estado, que a causa de las políticas neoliberales se había corrido del centro de la escena como regulador, dejando la respuesta del lado de manos privadas, se posicionó con los gobiernos post-crisis como actor de políticas generales que tendían a

ubicarlo ahora como un fuerte regulador entre los intereses económicos privados y el pueblo. En esta línea reforzó el papel del ministerio nacional sin desconocer la autonomía de las provincias en cuestiones de salud (Stolkiner, 2009) y dio curso a una serie de medidas en el sector salud que abrirían lentamente la posibilidad de modificaciones mayores, entre ellos vale mencionar el programa Remediar y médicos comunitarios (Stolkiner, 2009).

En un país como el nuestro, con un sistema de salud que, como dijimos, se presenta fragmentado y hospitalocéntrico, las nuevas estrategias en torno a las prácticas en salud y la posibilidad de que reformas sustanciales se llevaran a cabo, entrañaban un particular desafío teórico, político y técnico (Stolkiner, 2012), en el que los actores y los grupos que detentaban el poder iniciarían una pugna que continuaría hasta el día de hoy (CELS, 2017).

Finalmente en el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el Ministerio de Salud de la Nación (Stolkiner, 2009) y al término de ese mismo año se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Stolkiner, 2012). Para materializarla, trabajaron conjuntamente y durante varios años tanto referentes académicos, como autoridades sanitarias e institucionales, profesionales, trabajadores del sector, usuarios y familiares de personas con padecimiento mental (Ley 26.657). La salud será pensada a partir de entonces como un derecho de los ciudadanos y una obligación del estado. El resguardo de los derechos humanos y la importancia de pensar a las personas como parte activa de una comunidad insistirá a lo largo de todos los artículos que esta ley establece.

Veamos ahora el lugar en el que allí se coloca a las adicciones. Diremos, en principio, que se las incorpora en el campo de la salud mental y la salud en general. Es decir, serán abordadas como parte integrante de las políticas en salud mental, reclamando las mismas garantías y derechos que para el resto. En otras palabras, las adicciones se retiran de la esfera del derecho penal y la seguridad para ser ubicadas en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular (Stolkiner, 2015). Esto equivale al pasaje de un estado que al ubicar al consumidor como infractor penal/peligroso debía protegerse de él, ya que podría dañarlo (Ley 22.914), a un estado que ubica a las personas que presentan un uso problemático de sustancias, legales o

ilegales como sujetos cuya salud se ve damnificada y a quienes tiene la obligación de brindar el mejor tratamiento posible. Las adicciones ya no serán pensadas como delitos cometidos por sujetos peligrosos para sí mismos y para terceros sino como una de las formas que puede tomar el padecimiento mental.

Si bien la explicitación en torno a las adicciones figura en solo tres o cuatro oportunidades a lo largo de los 46 artículos, esto es coherente con el espíritu de la ley, que no establece diferencias entre las consideraciones de salud mental y las adicciones. Retomemos las explicitaciones, la primera la hallamos en el artículo 4 y la segunda en el artículo 43, que provee la modificación del artículo 482 del código civil. Se trata, en el primer caso, de ubicarla en la esfera de la salud mental y, en el segundo, de posicionarse en torno a las internaciones y la suspensión limitada o ilimitada de sus derechos civiles (Ley 22.914).

Ambas cuestiones, el lugar que ocupan las adicciones en el campo de la salud y la garantía de que el sujeto no termine convirtiéndose en un objeto de las prácticas médicas y/o judiciales, serán abordadas con el mismo espíritu que hallamos en los lineamientos de esta ley, es decir, reconociendo la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado, desde una perspectiva de derechos, de interdisciplina, de incorporación de la comunidad en todo el proceso y de la dignidad humana como valor supremo.

Recapitulemos algunos aspectos sobre la manera en que a partir de la sanción de esta ley se definirá y atenderá a las adicciones:

- Como determinadas por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos;
- Este tipo de padecimiento, al igual que el resto de los padecimientos mentales, no podrá ser considerado un estado inmodificable;
- La atención que se le brindará estará a cargo de un equipo interdisciplinario;
- Se implementarán acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria;
- El tratamiento ofrecido será la alternativa terapéutica más conveniente, dicho abordaje será basado en la atención primaria en salud.

¿Qué sucede con las internaciones? Ahora la decisión sobre esta medida es producto del trabajo de un equipo interdisciplinario de salud mental, será pensada como último recurso y el lugar en el que se realice no separará al sujeto de su comunidad. No se perderán los derechos y le será explicitado todo el proceso, disminuyendo las distancias entre los operadores del sistema de salud y ellos. La medicación no podrá ser el único recurso y mucho menos una forma de castigar a quien padece. La estadía en instituciones no se podrá extender ilimitadamente, deberá ser revisada periódicamente y se privilegiará el abordaje ambulatorio y alternativo.

(III) Posibles efectos subjetivos

Coincidimos con Bergman (2016) cuando afirma que en cuestión de drogas hay dos posibles enfoques de políticas públicas, con dos campos de aplicación diferentes. Tenemos por un lado la aplicación dura de la ley o el enfoque de control de daños. En la primera se asume la prohibición y se priorizan los esfuerzos de persecución penal sobre los comerciantes, transportistas, productores, traficantes y consumidores. En la segunda, se acepta que esta es una lucha con pocas probabilidades de éxito y se establece como prioridad la reducción del daño individual y social que producen las drogas: las adicciones, el deterioro del entorno social, los tratamientos, etc. Mientras que en el primer enfoque predomina una visión legal del problema, en el segundo, prima la salud de las personas.

La nueva ley de salud mental, al situar al usuario de drogas como un ciudadano con pleno uso de derechos, permite interrogar las políticas públicas desde una perspectiva innovadora, que se aleja de la antigua posición legal, que ha sido tan moralista como estigmatizante. El objetivo es lograr materializar estrategias amplias que no expulsen al usuario de drogas de los sistemas sociales. Es allí donde se funda uno de los objetivos de esta práctica pensada con nuevos lineamientos: lograr un acercamiento del sistema socio-sanitario hacia el usuario de drogas, mediante el establecimiento de vínculos que funcionen al modo de puentes. Esto no se logra con acciones puntuales, separadas en el tiempo y aisladas de situaciones de contexto (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones,

2013). Tener presente el contexto implica asumir, entre otras cosas, que al no existir un tipo único de consumidor no puede pensarse una sola manera de abordar este padecimiento. En un entramado tan complejo hallamos desde sujetos con grandes desventajas sociales a medicalizados crónicos, pasando por consumidores que lo hacen en forma recreativa.

Garantizar el cumplimiento de la Ley de Salud Mental en el área involucra, en principio, circunscribir los efectos adversos en poblaciones definidas que no podrán ser pensadas fuera de la comunidad a la que pertenecen y con sus problemas inherentes. Las adicciones, como parte integrante de la salud mental, también son un proceso determinado por componentes con factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Ahora bien, ¿Cómo abordar los efectos del consumo problemático en una sociedad que empuja a la lógica del consumo como modo de paliar el malestar? (Stolkiner, 2009, 2015).

El consumo problemático de sustancias no solo causa trastornos físicos y psicológicos; quienes las consumen, además de estar expuestos a sus consecuencias (que pueden ser desde un leve malestar hasta la muerte), comparten su tiempo y su espacio con otros que se verán afectados por ello de diferentes formas. Así, la familia, los compañeros de trabajo, los vecinos, el profesional que los atiende, etc., sentirán como un eco, con mayor o menor intensidad, los efectos de esto que pierde ahí mismo su pretensión de acción puramente individual y se transforma en un problema de la salud pública.

Gran parte del desafío será evitar que ese gran número de consumidores no se tornen adictos y generen todo tipo de conductas adversas. En este punto, se trata de sujetos que están lejos de consultar en un servicio, con ellos necesariamente el proceso terapéutico deberá desarrollarse a través de múltiples efectores y desde diversos lugares, no exclusivamente en un hospital (López Mosteiro, 2014).

Sin embargo, últimamente las políticas dirigidas a atender la cuestión se centran en controlar la oferta como estrategia dominante. El resultado de ello culmina con la detención de traficantes de mediana escala y de aquellos que se dedican al menudeo. Los eslabones más débiles de una cadena que se

corta por su parte más fina, cuya fórmula -herencia de la "war on drugs"- iniciada con Nixon en los 70 ya ha dado amplias muestras de su fracaso en el mundo. A pesar de esto, semana tras semana los medios de comunicación insisten con la idea de que el problema de las drogas va a terminarse con la caza de traficantes y que esto tendrá como principal consecuencia la disminución de la delincuencia. Reviviéndose una y otra vez el estereotipo del adicto-delincuente desde hace años instalado y legitimado por antiguas leyes, -derogadas pero no caducas- que insisten tanto como las sentencias de cronicidad que subyacen a los modelos biologicistas, como a ciertas prácticas psi, que más o menos solapadamente expresan algo de lo inmodificable. Frustrando, por partida doble, al paciente y al profesional y/o técnico, que poco y nada podrá hacer allí.

Algunas de las maneras leer esta problemática a la luz de lo que la nueva ley nos habilita serían dirigir la atención hacia las consecuencias de criminalizar, en lugar de trabajar en políticas y prácticas que desincentiven el consumo y atiendan sus consecuencias como parte de las estrategias de una salud pública que procure limitar los efectos y reducir el uso, utilizando los recursos económicos, ya sea en campañas de prevención basadas en los principios de atención primaria en salud, la educación, en apoyos selectivos, en programas contra las adicciones o (en caso de no lograrlo) que apunten a circunscribir sus efectos adversos en poblaciones definidas, y atendidas a partir de sus necesidades reales, y acercar aquellos que padecen del consumo problemático a la comunidad, en lugar de estigmatizarlos.

Referencias Bibliográficas

- Bergman, M. (2016). *Drogas narcotráfico y poder en América Latina*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Centro de Estudios Legales y Sociales & Mental Disability Rights International (2007). *Vidas Arrasadas. La Segregación de las Personas en los Asilos Psiquiátricos Argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (11 noviembre de 2017). *Cels Salud Mental*. Ley de Salud Mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de DD.HH RECUPERADO DE

<https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>

Corte Suprema de la Nación (2005). Competencia N° 1511. XL. Tufano, Ricardo s/ internación. Fallos: 328:4832, 27/12/05.

Alberto s/internación Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). Experiencias Territoriales de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires: Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud.

Equipo de Salud Mental del CELS (15 de diciembre de 2005) El castigo del inimputable. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-60488-2005-12-15.html>

González Guzmán, R. (2015). Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud. En C. Teitelboin Enron y AS Laurell (Coord) Por el Derecho Universal a la Salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha. Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

Ley 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos (1983). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/812_clinica/cursada/archivos/ley_22914.pdf

Ley 23737 Tenencia y tráfico de estupefacientes (1989). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>

Ley de Salud Mental 26657 (2010). Recuperada de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/cursada/bibliografia_digital/ley_nac_salud_mental_26657_10.pdf

López Mosteiro, C. (2014). Café Basaglia. En: Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones (pp. 18-35). Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

- Moore, M. (Productor & Director). (2015). *Where to invade next?* (Documental). Estados Unidos: Dog Eat Dog Films, IMG.
- Neuman, E (1997). *La legalización de las drogas*. Buenos Aires: Depalma:
 Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa: Editor.
- Sánchez Antelo, V. (2012). Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico. *Salud colectiva*, 8, 275-286.
- Stolkiner, A. (2009). “El Proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina “ XV CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY Y XXVIII JORNADAS DE DEBATE DE LA SANIDAD PUBLICA Madrid, 24 y 25 de septiembre de 2009
- Stolkiner, A. (2010). “Derechos humanos y derecho a la salud en America Latina: la doble faz de una idea potente” en Medicina social volumen 1 numero 5 marzo 2010. Recuperado de <https://studylib.es/doc/992019/stolkiner--alicia.-2010.-derechos-humanos-y-derecho-a-la-...>
- Stolkiner A. (2012). “Nuevos Actores en el Campo de la Salud Mental” Revista Intersecciones Psi- Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA, Año 2 No 4, Septiembre de 2012 link: <http://intersecciones.psi.uba.ar/>
- Stolkiner, A. (2015). Salud Mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En Gollan, D., Rovere, M., Kleplak, N., Kaski Fullone, F., Balaña de Caro, S. Tesler, L. *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Buenos Aires: Ed. Colihue.