

Recomendación en referencia a los Proyectos: "Centro Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes" y su posterior modificación "Centro de Salud Mental y Residencias Asistidas con Alto Nivel de Apoyo".

1. Introducción:

En función de la sesión Plenaria del Órgano de Revisión de Salud Mental Ley 10445 de fecha 13/12/17 en la que se acuerda la confección de un documento con recomendaciones a la Autoridad de Aplicación en relación al Proyecto Institucional para el Centro de Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes que se está construyendo en la ciudad de Paraná, se considera pertinente desarrollar una serie de apreciaciones respecto al tema en cuestión; tomando como referencia la normativa vigente (nacional e internacional), con el objeto de vislumbrar perspectivas, estrategias y experiencias de intervención que, desde una dimensión histórica, permitan identificar diversos paradigmas en el abordaje de las problemáticas en el campo de la Salud Mental, entendiendo a las adicciones como parte integrante del mismo en atendimento al Art.4 de la Ley Nacional de Salud Mental. El mismo establece que "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud". Y el Decreto Reglamentario, que en su art. 4 establece: "Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley 26657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca(...)".

Posteriormente, y en función de esta revisión, se efectuarán observaciones concernientes a la modalidad de abordaje establecida en la Ley Nacional de Salud Mental (26.657/10) y su decreto reglamentario (603/13).

2. Desarrollo:

Con el objeto de relevar lineamientos, enfoques y perspectivas que orienten las modalidades de abordaje de las problemáticas de Salud Mental y Adicciones, es que

tomaremos determinadas coordenadas definidas en legislaciones vigentes en el ámbito nacional y en Declaraciones y Principios emitidos por Organismos Internacionales a los que nuestro país adhiere.

A partir de dos factores fundamentales, por un lado, la sospecha creciente de que las estrategias adoptadas para el abordaje de las problemáticas en lo referente al uso/abuso/dependencia de sustancias con un enfoque orientado a la sanción, no habían mejorado la situación (y en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado al aumentar los daños asociados al uso de drogas); y, por otra parte, el problema de la infección por HIV entre usuarios de drogas inyectables, comienzan a pensarse nuevos modos de respuesta.

A partir de este escenario se origina el Modelo de Reducción de Daños (MRD), el cual se ubica en Holanda en la década de los '70 cuando aparecieron alternativas profesionales identificadas con la perspectiva del usuario de drogas, denominadas 'modelo de la aceptación'. A finales de los años '80 empezó a utilizarse en la región de Merseyside (Inglaterra).

Al reconocer que muchas personas en todo el mundo son incapaces o no están dispuestos a dejar su participación en los mercados de drogas, la reducción de daños intenta proteger su salud, los derechos humanos, la dignidad y el bienestar en la medida de lo posible. (OEA, 2012:47)

En UNGASS-2016 se establece al MRD como punto de partida para el desarrollo y fomento de políticas integrales y efectivas, centradas en las personas y que tengan en cuenta sus derechos inalienables, reconociendo el uso de drogas como un fenómeno socioeconómico y cultural, que debe tratarse como una cuestión de salud pública y que su dependencia requiere de políticas de atención integral e inclusión social.

El derecho a la salud se interpreta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que no solo se incluyen instancias sanitarias sino también, económicas, laborales y comunitarias. Las políticas de drogas no pueden ser independientes del resto de las políticas de los gobiernos.

Desde este marco y en atención a lo dispuesto en el art. 11 del Decreto Reglamentario de la LNSM se destaca que entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. Esta estrategia no intenta minimizar o ignorar el real y trágico daño y peligro asociado con el consumo de sustancias psicoactivas, sino que lo identifica, para así poder abordar sus causas específicas.

En el MRD en Costa Rica (2017) se consigna que la reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales sin necesariamente reducir el consumo (...) beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad.

Se basa en el reconocimiento de que mucha gente alrededor del mundo continúa usando drogas a pesar de los amplios esfuerzos por prevenir la iniciación o continuidad del consumo. Desata las fronteras tradicionales entre prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción, valorando procesos de recuperación que pueden estar relacionados o no con el abandono de consumo. Por ello, no impone la abstinencia como condición o reflejo del éxito de sus políticas e intervenciones, aún cuando durante el proceso pueda estar contemplada como una de las metas posibles. Es también un movimiento de justicia social basado en la creencia y respeto por los derechos de las personas que consumen droga. En concordancia con lo anterior el Art. 4 del decreto reglamentario de la LNSM reza: ...el eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, mas allá del tipo de adicción que padezca.

Se trata de escuchar qué lugar ocupa para el usuario en cuestión, la sustancia o la situación de consumo, en su momento vital y la construcción conjunta a partir de una participación activa del mismo en el proceso de atención; poder alojar la posibilidad de una asistencia sanitaria sin necesidad de "ser tratado" por su adicción; evaluar su situación social, laboral/ocupacional y habitacional entendiendo estas últimas como componentes indisociables de su salud integral.

Este MRD que aparece en total consonancia con la estrategia de APS, busca reorientar el enfoque de atención tradicional de corte intrahospitalario hacia un enfoque basado en el respeto por los derechos humanos y cuya intervención se realice contemplando el contexto personal, familiar y comunitario.

El MRD en su dimensión política y pragmática no se restringe de ningún modo a la problemática de las adicciones.

Otra intersección fundamental de estos modelos/estrategias es la implicación de las personas usuarias con consumo de drogas y/o de las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial; como así también de las familias y comunidades afectadas.

Las voces de aquellas personas destinatarias del desarrollo e implementación de políticas, investigaciones y programas deben ser oídas y su participación facilitada y procurada de manera significativa. En esta dirección la LNSM en su Art. 9 consigna: El

proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Y en el Decreto Reglamentario precisa que La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona o donde constituye una referencia significativa, o allí donde la persona en situación de vulnerabilidad se encuentre.
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.
- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.
- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social. Con esta consigna concluye el mencionado artículo.

Para la implementación efectiva de lo antes expuesto resulta imprescindible e imperioso la creación, en el ámbito provincial, de la Comisión Interministerial prevista en el art. 2 del Decreto Reglamentario 603, promovido esto último por la Autoridad de Aplicación. En este sentido la LNSM en su Art. 11 refiere además, en cuanto a la modalidad de abordaje, una dirección estrechamente vinculada a los lineamientos de APS (atención primaria de la salud) y del MDR (modelo de reducción de daños): La autoridad de aplicación debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas

ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. Y en su reglamentación menciona que la Autoridad de Aplicación dispondrá ...la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley 26657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad... Asimismo, en relación a los Proyectos y a la definición institucional de los mismos como: Centro Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes / Red Provincial de Abordaje Integral para los Jóvenes. Proyecto Institucional: Centro de Salud Mental y Residencias Asistidas con Alto nivel de Apoyo, consideramos necesario revisarlos a la luz del Art. 27 de la Normativa antes referenciada: Queda prohibida por la presente Ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

La erradicación, adecuación y sustitución de las instituciones monovalentes encuentran su razón en el hecho de que las comunidades terapéuticas son a las adicciones lo que los manicomios son a la enfermedad mental, en el sentido de la respuesta histórica a estas problemáticas.

Es imprescindible estar alertas a la homologación que se hace entre el tratamiento histórico que se ha dado a las problemáticas de salud mental con el tratamiento que se intenta dar a los consumos problemáticos de sustancias en tanto vinculados a la lógica manicomial, asilar, de internaciones como primer recurso, unificando para ello 3 criterios: el de peligrosidad, el de la necesidad del control social y el de irreversibilidad del padecimiento. Entendiendo por lógica manicomial, no un establecimiento sino la lógica que impera en los modos de concebir y tratar las problemáticas.

El Proyecto y sus reformulaciones, al ser revisado en profundidad, no permite dar cuenta desde un punto de vista conceptual, estadístico y epidemiológico de las fuentes y razones a partir de las cuales se considera a los intentos de suicidio y consumos problemáticos de sustancias como problemáticas adolescentes prioritarias, sin negar el

alcance y la prevalencia de los mismos. Concretamente es posible tomar como una fuente representativa los aportes que realiza el equipo técnico de Casa del Joven al respecto, por la relevancia que su trayectoria tiene en el abordaje de esta población y sus familias.

Las derivaciones de adolescentes y jóvenes para internaciones con privación de la libertad prolongadas (más de 1 año) a Comunidades Terapéuticas privadas (subvencionadas por el Estado Provincial y/o Nacional) dentro y fuera de la provincia violan más de un derecho reconocido en la LNSM. Por ello se hace necesario estar alertas a no recrear modos de respuestas que, no solo no han arrojado resultados favorables, sino que profundizaron la violación de derechos de las personas usuarias. Que el Estado deba dar respuestas no quiere decir que tenga que crear un nuevo centro de atención específico. La respuesta ofrecida a una demanda social define la lectura e intervención que se hace de la misma. La demanda social pareciera ser ley constitutiva de las prácticas en Salud mental, a la vez que la existencia de éstas, sostiene y reproduce esa demanda.

Con el objeto de conmovir el circuito demanda-respuesta-demanda y no recrear lógicas de exclusión, estigmatización y reclusión, a partir de comprender que las situaciones de consumo problemático surgen como emergentes de contextos sociales, políticos, económicos y culturales complejos y conflictivos, las respuestas deben provenir de perspectivas acordes a la normativa vigente en tanto expresión jurídica de prácticas superadoras desde la perspectiva de derechos humanos y sociales, validada y confirmada internacionalmente.

Desde la perspectiva del Proyecto (original y su modificatoria) considerado en el presente Documento se advierte que la respuesta ofrecida no se adecúa a estos preceptos. Se plantea un número de camas (24) para las Residencias sin que se pueda constatar, desde cierta evidencia empírica, el porqué de ese número de camas, suponiendo que esta cifra no respondería a una transferencia de usuarios alojados en establecimientos privados en otras provincias a este nuevo establecimiento público en nuestra Provincia.

Se alude a Residencias con un "alto nivel de apoyo" y no a residencias de "bajo umbral" o su equivalente a residencias de medio/ bajo nivel de apoyo. Esto aparece en contradicción con el modelo de Reducción de Daños el cual propone que el usuario pueda disponer de diversos dispositivos tales como: centro de escucha, centro de convivencia, centro dormitorio, albergues con propósitos de inclusión social, entre

otros. La oferta de estos diversos dispositivos se caracteriza por espacios de escucha, encuentro, orientación, acompañamiento, derivación, aceptación y autoreconocimiento a personas en situación de vulnerabilidad. Esta perspectiva se orienta fundamentalmente a un movimiento centrado en los sujetos y las comunidades en atención a lo que cada sujeto configura como su territorio. Estas intervenciones deben integrar permanentemente criterios de flexibilidad y adaptabilidad, a los fines de propiciar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención.

La concepción y las condiciones que definen la naturaleza del proyecto en cuestión no podrían responder, por su carácter centrado en un único establecimiento (en una localidad de la provincia y en un barrio de la ciudad) a la perspectiva antes enunciada. En lo explicitado en los proyectos presentados, resulta evidente que la variedad de ofertas de servicios ambulatorios, al estructurarse de manera centralizada, no podrían responder a la diversidad de las necesidades comunitarias, dejando afuera a la mayoría de los usuarios que no presenten una demanda espontánea, quienes correrían el riesgo de seguir siendo invisibles para el sistema de salud.

Como la modificación realizada no considera la readecuación de los recursos humanos y materiales a los que se hace mención en el primer proyecto, por una parte y por otra se alude a Residencias con "alto nivel de apoyo" es difícil pensar que aparezcan cambios de contenido a partir de la propuesta inicial, de claro corte hospitalocéntrico. En tanto continúa presentando el eje de la oferta asistencial centrado en el servicio de internación alrededor del cual se organizan los recursos edilicios y humanos, nos interrogamos cómo devienen estas estructuras y su funcionamiento, dado que el hospital general no aparece como una institución referenciada en la red de salud / salud mental. Este último punto aparece en tensión con el Art. 28 de la LNSM Las internaciones de salud mental deben hacerse en hospitales generales, en vinculación al Art. 4 que concibe que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

El Estado viene dando una respuesta a la problemática de las adicciones, disponiendo de recursos económico-financieros y humanos en función de internaciones prolongadas en Comunidades Terapéuticas dentro y fuera de la provincia. Estas respuestas no son acordes al marco normativo vigente (Ley 26657, la ley 8806 y Decreto Reglamentario 603/13).

A partir de la presentación de estos Proyectos y en función de lo antes señalado, consideramos que esta coyuntura es una oportunidad para redefinir el problema,

integrando, reforzando y reconvirtiendo los recursos con los que el estado provincial dispone (Servicios de Salud/Salud Mental, Servicios para la Niñez, Adolescencia y Familia, Programas de Desarrollo Social, Programas del Area Cultural, Educación, Deporte, Recreación, Servicio Penitenciario, etc.), recuperando las experiencias sostenidas en diversos contextos y evaluando sus resultados, para así fortalecer el sistema de salud de la provincia en la construcción de una respuesta intersectorial superadora.

Estimamos que la elaboración de un Proyecto Institucional debería partir de un riguroso relevamiento estadístico y epidemiológico, a la vez que convocar a las instituciones estatales y privadas y referentes de la sociedad civil comprometidas en las problemáticas que aquejan a lxs jóvenes entrerrianos, valorando e integrando aquellos aportes que pudieran efectuar.

Continuando con la revisión del material recibido surge una serie de preguntas y consideraciones de muy diversa complejidad que entendemos pueden constituir un aporte para su problematización, aunque ubicamos que lo que adquiere mayor relevancia es que la impronta originaria del proyecto parece difícilmente conmovible:

En cuanto al Proyecto originario y su modificación:

- La estructura, la cantidad y las características del Personal necesario previsto para la puesta en funcionamiento del Centro hace alusión a Salas de Internación. No se advierte que en la modificación del Proyecto ésto haya sido revisado y por lo tanto, reconvertido.
- ¿Se evaluaron cuáles serían las posibilidades de acceso de la población entrerriana a este Centro?

Sobre el Centro de Salud Mental:

- Servicios Ambulatorios: ¿A quienes estarían destinados? ¿A la población de demanda/consulta espontánea y a la población residente?
- ¿ Cómo se conciben las acciones de apoyo / integración psicosocial? ¿Cómo se articularía con otras Instituciones y Servicios desde el marco de la conformación de la Red?
- En cuanto a áreas mínimas y de equipamiento y en relación a la población destinataria del servicio: ¿Con cuántos consultorios contaría? (con 1 o con 4 como prevé la Res. 1484). ¿El consultorio para atención grupal, sería otro?. Estas preguntas aparecen

formuladas en torno al relieve que asumirían las intervenciones grupales dentro del espectro de alternativas terapéuticas.

-Al referirse a cocinas y comedores: ¿A quiénes estarían destinados? ¿Cómo sería el funcionamiento? ¿Responderían a exigencias de permanencia o residencia de usuarios en el establecimiento o al desarrollo de actividades grupales? ¿Se integrarían a la actividad prevista en las Residencias?

En cuanto a las Residencias Asistidas con Alto Nivel de Apoyo y Cuidados básicos de Salud

-¿Por qué se proponen Residencias con alto nivel de Apoyo?

-¿Por qué se utiliza un criterio de distribución por género para definir las 2 residencias y no se contemplan 2 niveles de complejidad con un número equitativo / flexible de distribución en cuanto al género?

-¿Por qué el / los Hospitales Generales no estarían incluidos en la Red de Servicios de salud / salud mental?

-¿La red funciona como tal actualmente?. Estimamos que es necesario construirla permanentemente. Fortalecer la red no implica necesariamente más eslabones en la cadena, sino fortalecer la articulación entre los eslabones existentes. ¿Se considera que la Red existe? Es necesario construirla, sostenerla, incrementarla, ampliarla, profundizarla y acompañarla.

-¿Cuál es el criterio etario? Se consigna que los destinatarios serían personas entre 15 y 18 años. ¿Por qué solo esa franja etaria? ¿Por qué no ampliarla? (Considerando las redefiniciones sobre las concepciones relativas a la adolescencia y juventud).

-No aparece argumentación respecto de cómo se concibe la Rehabilitación e Integración Psicosocial y además ¿Qué equipos llevarían a cabo estas acciones?

-¿Qué estrategias de reducción de riesgo y de daños se prevén llevar adelante en el Centro de Salud Mental y en las Residencias? Estas estrategias suponen por definición acciones fuertemente territoriales y/o comunitarias. Así ¿Cómo se piensa el trabajo descentralizado y en articulación con la red de salud/salud mental?

Por último, compartimos estas reflexiones:

"Si en verdad se cree que el tema de las Adicciones es un problema tan grave en el país, no puede sostenerse que su solución radique en volver a enfoques tutelares que se han demostrado no solo ineficientes sino dramáticamente injustos; solo una política pública, universal, intersectorial e integral con base en la perspectiva de salud y en el respeto por

los derechos, podrá generar mejores resultados, esos que debieran ser las metas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones".

Recuperamos la experiencia exitosa de "Lucha contra el Paco" (Período comprendido entre 2001-2009) en una nota de un medio gráfico nacional por parte de la médica, Dra. Susana Grunbaum, del Ministerio de Salud uruguayo. La misma sostiene que en Uruguay no es necesario el régimen militar de las Comunidades Terapéuticas (C.T.), sino que hay que "devolverles la pasión a los chicos". Agrega que aún en aquellos jóvenes con altos niveles de consumo puede no requerirse la internación.

Basados en Programas de atención ambulatoria, interdisciplinarios y Talleres de Arte y Oficios advierten efectos favorables mayores que en las respuestas ofrecidas por parte de las C.T. en condiciones de internación.

Algunas cifras que destaca la especialista permiten advertir disminuciones significativas en las internaciones y en las recaídas en el consumo y en un menor número de casos, el cese del consumo.

Por último, expresa: "(...)Lo que hace falta no son más portales como el nuestro, sino escuelas que abran sus puertas, lugares dignos donde vivir y puestos de trabajo. Esos reaseguros necesitan".

Consideraciones Finales: revisiones y recomendaciones.

* La concepción y la impronta del proyecto originario, con características de institución monovalente centrada en la internación, parece difícilmente conmovible y se presenta con aspectos que se alejan de los principios y fines de la ley 26.657 y su Decreto Reglamentario 603. Si bien en la modificación presentada al Proyecto se evidencia un intento de adecuación y mejoría, desde este Plenario se observa una necesidad de mayor profundización en los fundamentos epistemológicos y técnicos a fin de despejar que cualquier acercamiento a lo lógico manicomial pueda tener lugar. La estructura edilicia preconcebida al proyecto dificulta pensar en una funcionalidad diferente a una razón hospitalocéntrica. Reconociendo el camino de sustitución de lógicas transitado y en proceso permanente en nuestra provincia, es la oportunidad para no recrear respuestas que no sólo no han sido satisfactorias, sino que han vulnerado aún más los derechos humanos de los usuarios.

* El art. 27 de la LNSM prohíbe la creación de nuevas instituciones de internación monovalentes y el Decreto Reglamentario prevé que la adaptación deberá contemplar la

desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad. Por lo tanto es totalmente contrario a esta disposición y al espíritu de la ley como también a las conclusiones de Conferencias y legislaciones internacionales, construir un establecimiento que concentre los recursos y que por su impronta constitutiva no tenga base en la comunidad.

* Consideramos que no debe pensarse una respuesta total a las problemáticas sino construir una propuesta de abordaje desde un enfoque de derechos, a partir de un modelo de reducción de daños y desde la estrategia de atención primaria de la salud acorde a la ley, la cual debe integrar:

- una red de servicios con base en la comunidad, la cual debe consolidarse, fortalecerse, y articular los servicios existentes con los que deban ser construidos/redefinidos teniendo en cuenta que los mismos no siempre deben ser establecimientos sino mas bien dispositivos que vayan mutando para alojar las singularidades. La conformación de esta red aparece como un aspecto sumamente relevante y que por tanto debe ser privilegiado. Esa debe ser la superestructura.

- capacitación permanente de los recursos humanos desde un enfoque de derechos, un modelo de reducción de daños y estrategia de atención primaria de la salud;

- que dar respuestas a las problemáticas de salud mental y adicciones requiere de la construcción progresiva de alternativas intermedias, flexibles y accesibles allí donde la persona se encuentre.

- internaciones breves en hospitales generales cuando sean agotadas todas las intervenciones y estrategias que menos restrinjan los derechos y libertades de lxs usuarixs.

* Para una efectiva implementación de lo antes considerado, resulta imperioso que la Autoridad de Aplicación convoque, con carácter de urgente, a una Mesa de Trabajo a lxs usuarixs, instituciones (estatales y privadas) y referentes de la sociedad civil comprometidas en las problemáticas que aquejan a lxs jóvenes entrerrianxs y sus familias, a los fines de la adecuación del Proyecto existente a los paradigmas señalados precedentemente.

PARANA, 27/02/2018

Material consultado:

- Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. 14 de noviembre de 1990.

- Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas celebrado en 2016 en Nueva York. En <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10 y su Decreto Reglamentario N° 603/13.

- Ley Provincial 9827/07 Programa de salud mental comunitaria.

- Informe sobre "Escenarios para el Problema de las Drogas en las Américas 2013 ? 2025? OEA ? 2012, en http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_Escenarios.pdf.

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol. 2011.

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Mental y Adicciones.

Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. 2012

- Ministerio de Salud de la Nación ? Resolución N° 1484/2015. ?Normas mínimas para habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones".

- Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de Drogas en Costa Rica 2017. En: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf

- "Se puede curar sin internación" Art. de Pedro Lipcovich en Diario Página Doce de 07/08/2009. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-129599-2009-08-07.html>

- VII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas y I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas. Buenos Aires, 6 y 7/8/2009.

- Declaración LANPUD frente a la VI Conferencia Latinoamericana y I Caribeña sobre Políticas de Drogas 2016.

- Informe remitido por Casa de Jóven "Inquietudes en relación al proyecto del Centro de Abordaje Integral para Adolescentes" Paraná, 11/01/2018.

- Comunicado de Prensa de Asociación Civil Intercambios, 18 de octubre de 2017 Graciela Touzé: "¿Qué pasa cuando el funcionario responsable de hacer cumplir una Ley la boicotea?" En <http://www.intercambios.org.ar>.