



La situación epidemiológica en Argentina 2011

Un abordaje integral para su comprensión y seguimiento

Documento elaborado por:

Graciela Ahumada

Coordinadora del Area de Investigaciones

Observatorio Argentino de Drogas

Diciembre de 2011

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 1: Aspectos conceptuales y contenidos del sistema de información | 3 |
| • La definición operativa del concepto | 5 |
| • Líneas para la comprensión y explicación: triangulación de metodologías | 7 |
| • Demanda de tratamiento y oferta sanitaria | 9 |
| • El impacto social del abuso | 14 |
| a. Mortalidad asociada al consumo | |
| b. Morbilidad aguda | |
| c. Accidentes y violencia | |
| d. Comisión de delitos | |
| • El impacto económico del abuso | 24 |
| a. Estudios de costos | |
| b. Análisis económicos | |
| • Información y gestión | 29 |
| a. Estudios de evaluación de programas | |
| b. Seguimiento de la “opinión pública” | |
| c. La estrategia comunitaria | |
| Capítulo 2: La situación en Argentina al 2011..... | 36 |
| 1. Tendencia y magnitud del consumo | 36 |
| 2. Patrones del consumo y abuso | 46 |
| 3. Las condiciones sociales y personales de riesgo | 52 |
| 4. Las interpretaciones y miradas de los usuarios | 65 |
| 5. Demanda de tratamiento y oferta sanitaria | 74 |
| 6. Estimaciones del impacto social del abuso | 80 |
| 7. Estimaciones económicas | 93 |
| 8. Las percepciones de la población | 96 |
| 9. Conclusiones desde una mirada barrial | 101 |

Capítulo 1

Aspectos conceptuales y contenidos del sistema de información sobre drogas

Bajo el nombre del “**problema de las drogas**”, aparece sintetizado un conjunto de miradas, acciones, programas, organismos y profesiones que se dedican a la investigación, la prevención, el tratamiento, el diagnóstico, el tráfico, la política. Es necesario definir y precisar nuestro objeto de registro, de análisis y de seguimiento.

En este proceso de definición, que se retroalimenta a partir del avance del conocimiento, se van priorizando temas en función de diferentes objetivos, tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como de las necesidades institucionales y programáticas que implica el despliegue de una política nacional sobre el tema.

Internacionalmente la mirada sobre el problema del abuso de sustancias psicoactivas es sostenida en un primer momento por la Organización Panamericana de la Salud que define en la década del '60 que el principal problema de América Latina¹ era el alcoholismo, situación que continua verificándose en la actualidad. Por otro lado, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA) inicialmente focaliza su atención en las drogas ilícitas y más específicamente en los problemas de tráfico. Sin embargo, a partir de los avances en los estudios epidemiológicos en la región, de la actividad propositiva de los delegados de los países y de diferentes diagnósticos e investigaciones existentes sobre la temática, asume y reconoce a los problemas del consumo y abuso de alcohol y tabaquismo como uno de sus temas prioritarios en la investigación². Por otra parte, los organismos especializados en drogas de Naciones Unidas y de la Comunidad Económica Europea, como ONUDD y EMCDDA se concentran en el registro y seguimiento de drogas ilícitas.

Retomando la situación en Argentina, la responsabilidad primaria del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), según establece el Decreto vigente, es *Asegurar a los organismos de decisión, nacionales e internacionales, la disponibilidad de datos*

¹ “En junio de 1964 una reunión convocada por la Organización Panamericana de la Salud, en la ciudad de San José de Costa Rica, convocó a los principales referentes de América Latina en el tema (alcoholismo) a sentar las bases de una epidemiología del alcoholismo en la región.” Hugo Miguez (2010): “Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas”.

² Ver la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015.

*válidos y suficientes, para la **evaluación de la situación** nacional en materia de sustancias adictivas, **apoyando y coordinando la producción** de información en diferentes organizaciones del estado y de la sociedad civil dedicadas a la temática.*

Es decir que el OAD debe generar información para la evaluación de la situación nacional de manera coordinada con otros sectores. El punto entonces es dar respuesta a **Qué tipo de información, Cómo alcanzarla, Cuándo hacerlo, Dónde buscarla o referirla y Quién lo haría.**

En la toma de decisiones vinculadas al qué, cómo y cuándo, el estado del arte del conocimiento sobre la problemática juegan un rol principal. En las decisiones relacionadas al dónde y quién, las estrategias de gestión son las que indican hacia dónde ir.

Conceptualmente, el objeto de análisis se define como los patrones de uso y de uso indebido de sustancias psicoactivas, de abuso y dependencia, poniendo énfasis en los sujetos y no en las sustancias y en los fenómenos que están vinculados a estos patrones de uso.

Conocer las condiciones de vulnerabilidad personal y social que se vinculan a los patrones de uso y abuso y las representaciones sociales que los sustentan, se conforman en temas de observación y estudio permanentes.

A partir de estas definiciones y de los sustentos teóricos que acompañan la delimitación del objeto y temas de observación y análisis, es que se van conformando las dimensiones de análisis, las variables y las metodologías apropiadas a tal fin.

Esquemáticamente, el siguiente cuadro muestra los puntos principales que refieren a este proceso complejo y dinámico, no exento de conflictos.

Cuadro 1
Proceso de elaboración del Sistema de Información

| Problema | Dimensiones analíticas de observación y registro | Toma de decisiones |
|-----------------|--|--|
| Qué? | <ul style="list-style-type: none"> • Magnitud del consumo, uso perjudicial y dependencia de sustancias psicoactivas • Patrón de consumo-abuso • Factores de riesgo y protección asociados • Demanda de tratamiento y oferta sanitaria • Fenómenos asociados • Percepciones y representaciones sociales sobre temas específicos • Producción y Tráfico | Estado del conocimiento, metodologías disponibles |
| Cómo? | <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas epidemiológicas • Encuestas específicas • Censos • Ventanas epidemiológicas • Análisis de fuentes secundarias • Metodología cualitativa: entrevistas, grupos focales | |
| Cuándo? | <ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad anual, bienal, trienal • Registros continuos | |
| Dónde? | <ul style="list-style-type: none"> • Territorio nacional, provincial o municipal • Ciudades específicas • Provincias específicas | Decisiones de gestión y presupuestarias |
| Quién? | <ul style="list-style-type: none"> • Universidades • Centros de investigación • Consultoras, empresas • Observatorios Provinciales y/o equipos técnicos locales • Poblaciones involucradas | |

La definición operativa del concepto

La **magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas** resume, en un primer momento, los dos ejes ordenadores del sistema de información, pilares a partir del cual se va extendiendo y profundizando el conocimiento.

Es decir que la primera información que el sistema debe producir, es información válida y confiable sobre la magnitud de personas que están usando sustancias psicoactivas en diferentes momentos del tiempo (alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días). Las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen un impacto sobre el sistema nervioso central (SNC) y modifican su funcionamiento. Sustancia psicoactiva es una palabra más precisa que “droga”, pues esta última incluye a los medicamentos debidamente formulados, y que no necesariamente afectan el sistema nervioso central.

Acerca de cuáles son las sustancias psicoactivas sobre las cuales se busca información, en primer lugar, existen listados internacionales que establecen las sustancias/drogas/estupefacientes que deben ser controladas y que parte de ellas han sido estandarizadas en los protocolos de investigación epidemiológica. De todas maneras, los cambios en los patrones de consumo, la existencia de nuevas sustancias y el avance en el conocimiento, provocan adecuaciones en los cuestionarios que cada país utiliza. Cambios que se traducen en la eliminación o incorporación de sustancias y en la necesidad de incorporar nuevas preguntas para contar con una descripción más acabada sobre una sustancia o patrón de uso.

El OAD ha definido como sustancias psicoactivas de seguimiento en la población general y específicas, a las de circulación legal, como tabaco y alcohol; a los tranquilizantes y sedantes usados bajo prescripción y sin prescripción médica; a los medicamentos estimulantes y antidepresivos usados sin prescripción médica. Las sustancias de uso indebido, como solventes e inhalables y las sustancias psicoactivas ilícitas, como marihuana, cocaína, pasta base-paco, éxtasis, crack, alucinógenos, heroína, opio, morfina sin prescripción médica, anfetaminas y metanfetaminas, ketamina. Las últimas ocho sustancias mencionadas se indagan sólo en su uso de alguna vez en la vida, en tanto que las demás se registran sus usos en los períodos anual y mensual (prevalencia de año y de mes).

Este listado de sustancias vigente actualmente, es el resultado de algunas incorporaciones que fueron realizándose en el tiempo. Por ejemplo, la incorporación de tabaco en los estudios en salas de emergencia y en pacientes en tratamiento, la incorporación de éxtasis en sus mediciones de consumo anual, mensual y frecuencias de uso en estudios epidemiológicos nacionales, la incorporación de anfetaminas y metanfetaminas a partir de la participación del OAD en el Programa SMART de ONUDD. De manera circunstancial se indaga sobre sustancias puntuales, por ejemplo, anabólicos y medicamentos en general, o en poblaciones específicas, por ejemplo en adultos privados de libertad, se preguntó por alcohol casero o pajarito o bien se utilizan jergas específicas en poblaciones puntuales, de manera de estimar los patrones de uso en estas poblaciones.

Comprender y describir el fenómeno del consumo, como práctica social que no es igual en todos los casos, implica poner énfasis en la caracterización del consumo más que en la sustancia. Significa también distinguir y visualizar a los diferentes grupos de usuarios, conocer los patrones de consumo que caracterizan a los experimentadores,

a los usuarios ocasionales y frecuentes, a los abusadores y aquellos que ya presentan signos y síntomas de adicción.

Caracterizar los **patrones de uso** según cantidad y calidad de sustancias psicoactivas involucradas, edades de inicio, combinación de sustancias, distinguiendo grupos según las condiciones sociodemográficas, es una dimensión analítica de gran relevancia al momento de caracterizar el consumo en el país.

Estos dos ejes conceptuales y operativos, observados en el tiempo conforman una base empírica de gran riqueza para analizar las tendencias y los cambios en los patrones de uso y abuso en un territorio determinado. Analizar la tendencia de las incidencias³, es decir, la magnitud de los nuevos usuarios en los últimos 12 meses, es un buen predictor de la aceleración o no del consumo de una sustancia en particular, en el futuro. En este punto, la definición de la periodicidad conveniente se establece desde las necesidades del conocimiento, normalmente los estudios nacionales cada dos años, pero son las decisiones de gestión las que hacen posible el cumplimiento de este objetivo.

Lineas para la comprensión y explicación: triangulación de datos y metodologías

Debido a que el consumo de sustancias psicoactivas resulta de una interacción entre el entramado social, cultural y económico, es decir una matriz sociocultural en la cual se encuentran los sujetos y las condiciones individuales de los mismos, sus propias subjetividades, condiciones de vulnerabilidad individual, familiar, social, es necesario incorporar en las investigaciones epidemiológicas la dimensión generalmente nombrada como factores de riesgo y protección. Se denominan *factores de riesgo* a aquellas características sociales, culturales y/o individuales que en conjunto, en un momento determinado, incrementan las condiciones de vulnerabilidad de la persona para el consumo de drogas. Por otra parte, los factores de protección se refieren a los estímulos y situaciones originadas en el individuo, el grupo o el medio social que al

³ La **tasa de incidencia del uso de drogas** resulta de la división del número de personas que empezaron a usar drogas durante el último y el número de personas que corren el riesgo de usar una droga determinada por primera vez. La "población en riesgo" es la población total bajo estudio menos aquellos que ya han usado drogas antes del último año, es decir, aquellos que no han consumido una determinada droga al inicio del periodo.

estar presente en un periodo específico de la vida, determinan una menor vulnerabilidad en relación con el uso de drogas⁴.

Por otro lado, desarrollar los abordajes cualitativos necesarios para profundizar en las representaciones sociales del consumo y abuso, forman parte del proceso de construcción de conocimiento sobre un aspecto específico del fenómeno, en nuestro caso sobre patrones de consumo. El enfoque cualitativo centra el análisis en las representaciones sociales de los sujetos articulando las subjetividades con aspectos de la cultura general, que están determinadas históricamente.

Las representaciones sociales son construcciones simbólicas de la realidad, formas de pensamiento de sentido común socialmente elaboradas y compartidas que le permiten al individuo interpretar y entender su realidad, así como orientar y justificar sus actos. Este significado simbólico es común a un grupo social pues depende de los valores y normas sociales propias del grupo en cuestión. Tiene un origen social en tanto se construyen en los procesos de interacción social, circulan socialmente en conversaciones cotidianas, en los medios de comunicación y se cristalizan en conductas (León, 2002)⁵.

Desde el punto de vista del diseño metodológico, esta mirada implica la combinación intencionada de metodologías cuantitativas y cualitativas, triangular información proveniente de encuestas epidemiológicas, análisis de fuentes secundarias y entrevistas en profundidad o grupos focales. Un diseño global, integral que permita la estimación de la distribución en la sociedad, en un territorio determinado de las condiciones de vulnerabilidad y las situaciones de exposición en las cuales se encuentran los sujetos y cómo se asocian con los patrones de consumo y abuso. El conocimiento alcanzado podrá estimar con precisión las diferentes situaciones epidemiológicas que caracterizan a un territorio en el tiempo.

La exploración e investigación sobre los aspectos que determinan las condiciones de vulnerabilidad y exposición apuntan a una mayor comprensión y explicación del fenómeno, considerado clave para el diseño de políticas de prevención y de investigación.

⁴ José Francisco Vallejos Saldarriaga: "Consumo de drogas y Factores de riesgo y protección en escolares de Educación Secundaria". DEVIDA. 2001.

⁵ Citado en "La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos" OAD-SEDRONAR, Capítulo 3.

Desde esta perspectiva, estos factores de riesgo y protección deben ser abordados transversalmente en todos los estudios y poblaciones. De esta manera no sólo nos permitirá confirmar o no a estos atributos como determinantes, o bien precisar en qué condiciones tienen un peso propio en la propensión del consumo y abuso, sino también cómo se modifican estas condiciones/situaciones en el tiempo.

Este eje transversal se compone de atributos individuales, como la percepción del riesgo del uso experimental, ocasional y frecuente de diferentes sustancias, la curiosidad por la experimentación, la percepción de la facilidad de acceso a diferentes sustancias. Los atributos sociales o que refieren al medio en el cual se inserta el sujeto, tienen que ver con la oferta directa de drogas ilícitas recibida por los sujetos. Evidentemente, la separación entre los ámbitos individual y social, opera con fines operativos. Pero en el análisis no puede dejar de observarse que la opinión de un sujeto respecto del riesgo que presenta el consumo de alguna sustancia, está fuertemente determinada por un estado social, colectivo que refiere al tema. Por ejemplo, cuando en una sociedad se comienza a discutir sobre la posible despenalización del consumo de alguna sustancia, opera como un condicionante de la disminución de la percepción de riesgo asociado a la misma sustancia. Una sociedad que pone demasiado énfasis en sustancias ilícitas, invisibiliza el problema del abuso de alcohol, por ejemplo.

Otros factores de riesgo son específicos de ciertas poblaciones, porque hacen a vulnerabilidades puntuales. En la población adolescente el rendimiento escolar, la contención familiar, el grupo de pares, la perspectiva de hacer proyectos personales en el futuro. En población privada de libertad, los antecedentes en institutos de menores, la reincidencia criminal, la oferta de drogas en los dispositivos penitenciarios. En estudiantes universitarios los cuadros de angustia o depresión generados por la exigencia o soledad, las situaciones de migración, la circulación de sustancias en espacios recreativos, el acceso a psicofármacos y anestésicos. Y de este modo, a medida que se van incorporando poblaciones específicas, se profundiza sobre un aspecto puntual.

Demanda de tratamiento y oferta sanitaria

El paciente en tratamiento es el sujeto que condensa en sí, en su historia, el patrón de uso de sustancias psicoactivas que la epidemiología describe. Expresa cómo en su particularidad se conjugaron esos factores de riesgo y protección conceptualizados y

operacionalizados. En definitiva, es el sujeto real y concreto que no sólo ha consumido, sino abusado y manifestado-padecido los signos y síntomas de la compulsividad, abstinencia y tolerancia al consumo. Por todo esto es que el registro y análisis de sus historias de consumo son de un gran valor desde el punto de vista del conocimiento, sin el cual, no es posible comprender cabalmente los patrones de consumo que caracterizan a una sociedad o territorio en un momento determinado.

La “demanda de tratamiento” es una dimensión analítica que contiene varios indicadores que es necesario distinguir: demanda potencial, demanda realizada y demanda efectiva, como un primer aspecto a estimar.

La estimación de la **demanda potencial**, respondería a la pregunta de cuántos usuarios de sustancias necesitarían tratamiento, pregunta formulada desde la curiosidad intelectual o bien desde la programación del sistema sanitario para dar respuesta a una posible demanda. Las respuestas se encuentran en las tasas de abusadores o dependientes que son estimadas en las encuestas poblacionales, e incluso en aquellas poblaciones específicas (población privada de libertad, universitarios). Una pormenorizada caracterización de los patrones de uso indicaría qué tipo de abusador es el potencial demandante de tratamiento y este es un dato que al momento de programar políticas de inversión y desarrollo de un sistema de salud específico, es estratégico.

La **demanda realizada o efectuada** es aquella que se contabiliza a nivel poblacional, indagando en los estudios en población general si alguna vez en la vida o en el año anterior a la encuesta, las personas buscaron tratamiento para disminuir o dejar el consumo de alguna sustancia. Es un indicador que completado con la identificación de los lugares de búsqueda, brinda información sustancial sobre los comportamientos sociales y los referentes institucionales que en materia de salud, están presentes en los imaginarios colectivos. También si se indaga por los motivos por los cuales no se estuvo en tratamiento luego de la búsqueda, permite diferenciar los problemas vinculados a déficit de oferta sanitaria de los que forman parte de la dinámica propia de esta problemática y las dificultades de los sujetos en un proceso adictivo.

Finalmente, la **demanda efectiva**, es la estimación de la población que se encuentra en tratamiento o que estuvo en un periodo de tiempo. Evidentemente, esta magnitud es inferior a la demanda potencial y a la realizada y juegan varios factores en la explicación de estas diferencias. Factores que deben ser analizados y para lo cual un

sistema de información debiera poder conceptualizarlos y operacionalizarlos. Estos factores son sociales, familiares, demográficos, factores propios del perfil del usuario problemático, problemas de la oferta de tratamiento, resultados de campañas de sensibilización, etc.

Entonces, poder estimar estas tres tasas y poder vincular estas diferencias a determinados factores, es o sería un avance en el conocimiento de los mecanismos sociales y sanitarios en el cual son procesados los problemas derivados del consumo-abuso de sustancias psicoactivas. Quién, cuándo, dónde y cómo los usuarios buscan y encuentran asistencia frente a la demanda de ayuda para parar o disminuir el consumo.

El registro de la demanda efectiva, obliga el registro de los dispositivos de tratamiento en los cuales se encuentran. Es más, no es posible estimar la magnitud de pacientes en tratamiento si antes no se censan los dispositivos existentes. Por dispositivos de tratamiento se definen a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del abuso de sustancias psicoactivas, que brindan atención a las personas que acuden con una demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas, como un centro especializado en el tratamiento de las adicciones y los hospitales generales que brindan atención a esta problemática están considerados. Del mismo modo, dispositivos como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA), en su modalidad ambulatoria o grupal. Evidentemente, estos últimos dispositivos presentan una mayor dificultad para el registro, por su carácter ambulatorio y anónimo.

Un sistema nacional de información debiera contar con este detalle de dispositivos, independientemente de los niveles formales que presenten, es decir, si están debidamente acreditados o no en los registros sanitarios, aunque sea importante distinguirlos según este aspecto. Lo anterior se sostiene en función del objetivo buscado: conocer cuál es la oferta, en qué espacios institucionales (formales o informales) las personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas acuden buscando ayuda. Por otra parte, caracterizarlos en relación a su organización profesional, tipo de tratamientos brindados, líneas de intervención terapéuticas definidas, poblaciones destinatarias, antigüedad en el ejercicio, cómo se procesan las derivaciones o no de pacientes, aportará información específica para la planificación de futuras inversiones en la oferta sanitaria para el tratamiento de esta problemática.

Finalmente, retomando la demanda efectiva, es decir los pacientes en tratamiento, aquellos que tuvieron éxito en su proceso de búsqueda de apoyo para disminuir o abandonar el consumo, varias dimensiones se tornan imprescindibles en su registro y análisis:

- ✓ La caracterización socio demográfica, que no sólo permite la descripción del perfil social y demográfico de los pacientes en tratamiento, sino que permite identificar estos perfiles con los patrones de consumo-abuso y en qué momento del consumo-abuso y de qué sustancia se produce la búsqueda de ayuda.
- ✓ Cómo ocurre la búsqueda del tratamiento: de manera voluntaria, por presiones familiares, laborales, por indicación médica o por intervención judicial. Este aspecto es un buen predictor del tiempo de permanencia en tratamiento, es decir, cuando juega la decisión del paciente en la búsqueda de tratamiento, las chances de poder concluirlo son mayores⁶.
- ✓ La historia de consumo: cuándo y con qué sustancia se inicia la historia cronológica del consumo, qué sustancias van ocupando los segundos, terceros, cuartos, quintos y sextos lugares.Cuál es la frecuencia de uso, cuál o cuáles se consumieron en el momento de solicitar el tratamiento. Esta información es central para armar perfiles de patrones de consumo y descentra en el relato la importancia de la sustancia para poner énfasis en el sujeto, el paciente y en el cómo se fue desarrollando el proceso del consumo-abuso-adicción. En esta historia de consumo, poder distinguir y precisar los momentos del policonsumo y la sustancia base y las secundarias alrededor de las cuales se conforma este perfil, es acercarse con mayor precisión a la descripción del sujeto en tratamiento.
- ✓ La sustancia que moviliza la búsqueda de tratamiento es importante en la medida que epidemiológicamente caracteriza el uso problemático de drogas en un territorio o país, más aun cuando se carece de otras fuentes de información. El seguimiento de la demanda de tratamiento según sustancias indica también como están impactando determinadas sustancias en los grupos de usuarios y los cambios que puedan observarse en el tiempo. De todas maneras, sería conveniente evitar simplificaciones en las referencias a los pacientes, cuando se pone el acento en la sustancia y no en los sujetos y en ese sentido se

⁶ Ver: "Perfiles sociales y de consumo asociados a los resultados de los tratamientos" 2010. OAD-SEDONAR, en http://www.observatorio.gob.ar/estudios_de_evaluacion.php

encuentran las referencias a los alcohólicos, cocainómanos, tabáquicos, etc. La historia de consumo y la identificación del policonsumo permite centrarnos en los sujetos y la identificación de la sustancia o grupo de sustancias que motivaron en el sujeto la búsqueda de tratamiento debe ser entendida, o lo es desde nuestro punto de vista, en el marco de este proceso. Se entiende también que la incorporación de una nueva sustancia en el proceso del consumo-abuso, suele ser una instancia de quiebre para el sujeto, de tocar fondo, tal como se ha investigado en pacientes que demandaron tratamiento por el consumo de pasta base-paco⁷. Los perfiles asociados a la o las drogas que motivaron la búsqueda de tratamiento completan la mirada y registro sobre los procesos adictivos y cuando es posible indagar en los pacientes sobre las razones por las cuales consideraron iniciar un tratamiento según diferentes sustancias, emergen aspectos del daño o perjuicios que ubican la problemática en un contexto más amplio⁸.

- ✓ Los antecedentes de consumo de drogas y abuso de alcohol en el entorno familiar y de amigos, retoma en esta población específica aspectos vinculados a los factores de riesgo.
- ✓ El tipo de tratamiento en el cual se encuentran es una estimación de cómo la oferta sanitaria en el país se distribuye efectivamente. Es posible completar un primer circuito del largo proceso que se inicia en el armado de categorías de pacientes según perfiles sociodemográficos, patrones de consumo, drogas que movilizan la búsqueda de tratamiento y finalmente, qué tipo de tratamiento reciben y en qué tipo de institución. Los dos últimos atributos refieren a cómo se organiza en el país el sistema de atención a esta problemática: cómo se distribuyen los tratamientos ambulatorios, residenciales o semi residenciales (hospitales de día/noche); y qué tipo de instituciones están involucradas según los perfiles de pacientes: hospitales públicos, clínicas de desintoxicación, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, o centros especializados.

⁷ Ver: "Aspectos cualitativos del consumo de pasta base de cocaína (PACO)". 2007. OAD-SEDONAR http://www.observatorio.gob.ar/estudios_cualitativos.php

⁸ Según el último Estudio Nacional en pacientes en tratamiento 2010, entre los pacientes que buscaron tratamiento por marihuana, las razones estuvieron vinculadas a problemas afectivos/familiares, a problemas judiciales y policiales y por ser la sustancia de mayor consumo. Quienes buscaron tratamiento por abuso de alcohol, las razones tienen que ver con malestares físicos, problemas afectivos /familiares y emocionales y por ser la sustancia de mayor consumo. En otras sustancias por ejemplo cocaína, la referencia a problemas afectivos/familiares es menor y tiene mayor peso los problemas emocionales y las dificultades de controlar el consumo. Ver el estudio completo en: http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf

- ✓ Si los pacientes tuvieron experiencias previas en el tratamiento y por qué sustancias, sobre todo si es la misma o diferente por la cual se encuentra en la actualidad, es un dato altamente predictivo sobre la probabilidad de éxito del tratamiento actual, además de confirmar que la adicción es una enfermedad crónica y un proceso largo y sinuoso, no sólo para el paciente sino para el entorno familiar y social en el que se encuentre.
- ✓ Explorar sobre las patologías clínicas o psiquiátricas que están asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, es decir, que acompañan esta situación sin la evaluación de causalidad, agrega información sustantiva al perfil del paciente en tratamiento.

Con el punteo de dimensiones realizado, lo primero que se percibe es la complejidad de este registro para el análisis y la necesidad de realizarlo, por el impacto de la información que emerge.

El impacto social del abuso

A partir de qué momento el modo en que una población hace uso de sustancias psicoactivas comienza a definirse como problemático en una sociedad? Cuándo se hace visible el fenómeno? Es un proceso complejo de visibilidad-invisibilidad, que es diferencial según las sustancias.

Lo que históricamente ha cobrado visibilidad son las borracheras o los borrachos, al tiempo que se invisibilizan los consumos excesivos según bebidas, grupos poblacionales y lugares.

Respecto de lo primero, las borracheras como episodios por el cual “cualquier ser humano va a pasar” forma parte de la cultura de la diversión y consumo de bebidas alcohólicas que como patrón alimentario existe en esta parte del mundo. Respecto de los borrachos o personas que hicieron de ese consumo un exceso permanente y problemático (normalmente personas en proceso de exclusión familiar y social), la presencia casi inexorable de estas personas en el medio barrial, comunal es aceptado mientras la seguridad o no peligrosidad del sujeto quede garantizada. Durante años la carencia de una lectura social, sanitaria del problema, devino en esta convivencia-existencia sobre la cual no habían marcos explicativos y estrategias de acción frente al sujeto excluido y alcoholizado. En la actualidad, se dieron avances significativos en ese sentido.

De todas maneras, y respecto al segundo punto planteado, sobre el doble estándar respecto de lo permitido-no permitido, lo que implican alertas sociales o no, e incluso lo que se visibiliza asumiendo miradas distintas, depende de las sustancias, los grupos poblacionales y los territorios. A modo de ejemplo, el consumo de cerveza por parte de los adolescentes es un hecho -históricamente determinado y cuyos inicios se ubica en la década del '90- que se ha naturalizado aún en el marco de las críticas de la mirada adulta y paterna. No así el consumo de bebidas fuertes en el mismo segmento poblacional.

Situaciones de embriaguez e intoxicación provocan calificativos diferentes según el sujeto involucrado. No es lo mismo si es pobre, morocho y joven, que adulto de clase media, aunque ambos estén en la vía pública. Ni qué decir si se trata de varones o mujeres.

La referencia al uso de sustancias por parte de adolescentes es diferencial en los medios de comunicación según se trate de éxtasis o pasta base. Las fotografías ilustrativas (elegidas por el relator-periodista) difieren sustancialmente en su significación, aunque en ambos casos la edad de la población de referencia sea la misma.

Son cuestiones que hay que tener en cuenta cuando nos preguntamos sobre la visibilidad de los fenómenos. En la actualidad, los consumos de marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis adquieren una impronta diferente. Hoy se habla de consumo de drogas, de abuso de alcohol y de lo perjudicial que es el fumar frecuentemente.

Retomando la pregunta inicial, a partir de qué se hicieron visibles?

Respecto del consumo de alcohol, la visibilidad de las borracheras como problema sanitario y social, tiene que ver con el impacto que adquiere en accidentes y situaciones de violencia (callejera, familiar y escolar), en los cuales se pierden vidas sobre todo de jóvenes. También la aparición de cada vez más casos de intoxicación alcohólica en salas de emergencia en donde los adultos son reemplazados por adolescentes.

Respecto del consumo de drogas ilícitas, a la mayor circulación de marihuana, cocaína y éxtasis que se vincula a un mayor consumo respecto de una década atrás, la visibilidad se ha instalado en tanto que el tema también adquiere un lugar en la

agenda mediática. Respecto del uso de cocaína, la visibilidad se vinculó más exclusivamente por la popularidad de alguno de sus adictos. La emergencia del paco o pasta base fumable vinculado a sectores marginales a principios de la década del 2000, alcanzó su máxima visibilidad mediática a mediados de la década por los daños que este consumo estaba provocando en los usuarios, no solamente daños físicos, sino psíquicos y en el entorno. La asociación entre paco y pasta base y delito fue entronizada como una verdad sin discusión. Por otra parte, en la actualidad, estudios de opinión pública realizados por el OAD muestran que la gente piensa que pasta base-paco es la droga de mayor consumo en Argentina y la de mayor daño.

Es decir, se van construyendo imaginarios respecto de las drogas y sus usuarios, lo cual supone visibilidades que tienen diferentes fundamentos o sustentos, pero detrás de todas ellas existe una clara percepción de costos, daños que las personas individualmente o colectivamente sienten.

Los fenómenos que dan cuenta de los costos sociales del abuso de sustancias y que el sistema de información sobre esta problemática debe registrar y analizar, son principalmente la mortalidad, la morbilidad aguda, accidentes y violencia y comisión de delitos vinculados al abuso de sustancias.

El registro y análisis de estas asociaciones tiene algunos objetivos específicos diferentes. Por ejemplo, en relación a la mortalidad y la morbilidad aguda, este conocimiento busca hacer visible un problema que en relación a algunos consumos no presenta visibilidad, por ejemplo el impacto en el sistema de salud del consumo de marihuana o psicofármacos. En relación a la comisión de delitos y consumo, donde los estereotipos juegan un rol más fuerte o tema sobre el cual los medios de comunicación han centrado la atención, el objetivo es dimensionar de manera precisa la asociación entre ambos y distinguir las diferentes vinculaciones, de manera de revertir un erróneo estado de opinión pública respecto de este tema.

En todos los puntos, el objetivo es producir información confiable y válida que dimensione el fenómeno y sus vinculaciones específicas, de manera tal de evitar que las “drogas” sean el chivo expiatorio de todos los males sociales y por supuesto la estigmatización de los usuarios.

a. Mortalidad asociada al consumo

El OAD viene trabajando en el desarrollo conceptual del Indicador Muerte Relacionada con Droga (IMRD)⁹. “El IMRD, es un indicador que permite conocer en una población específica y en un ámbito geográfico determinado, la relación existente entre quienes han fallecido y el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, el análisis, seguimiento y estudio del IMRD, tiene una gran relevancia epidemiológica. El análisis del IMRD es un reflejo del impacto social y sanitario del uso de las sustancias psicoactivas (PSA). Es decir que, a partir de los datos obtenidos del estudio del IMRD se puede obtener un mapa del comportamiento y los efectos negativos devenidos del consumo de drogas sobre una comunidad en particular. Por otra parte, este análisis alcanza o incluye también, como parte fundamental del diagnóstico, la situación o estado general de los servicios sanitarios provistos en el ámbito de estudio. El aforismo “la droga mata”, tiene un anclaje real, ahora sería importante saber cuánto, porqué y qué acciones deben preverse para revertirlo”. (“Protocolo de investigación de muerte relacionada a drogas” OAD-SEDRONAR, 2010)

El caso que clasifica en la mortalidad vinculada al consumo de sustancias psicoactivas, es *la defunción como reacción aguda al consumo accidental, autoinflingido, heteroinferido o de intención no determinada, de una o varias sustancias psicoactivas consideradas como causa básica de muerte.*

Son dos las principales fuentes de información, los Registros Nacionales de Defunciones como fuente primaria y los Estudios de necropsias como fuentes secundarias. Conocidas son las limitaciones que los registros de mortalidad presentan, por la falta de información de las causas de muerte, más aún cuando se trata de consumo de sustancias psicoactivas. De ahí la necesidad de buscar fuentes de información alternativas que puedan precisar la estimación alcanzada a partir de las fuentes de estadísticas vitales.

Las causas de muertes que se contabilizan como vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas son las defunciones clasificadas y pertenecientes los capítulos VI y XX de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión (CIE X). El capítulo VI lo constituyen los trastornos mentales y del comportamiento

⁹ El OAD lideró el desarrollo del Protocolo de Muerte directa relacionada al consumo de drogas de un grupo coordinado por la CICAD-OEA. Todos los trabajos vinculados a esta temática pueden consultarse en: http://www.observatorio.gob.ar/mortalidad_asociada_consumo_drogas.php

asociados al consumo. El capítulo XX son las causas externas de morbilidad y mortalidad. Los códigos que la conforman son los que corresponden a envenenamiento accidental, autoinfligido, heteroinfligido o de intención no determinada de narcóticos y psicodislépticos.

Las muertes por tabaquismo, que estima el Ministerio de Salud de la Nación¹⁰ son las únicas defunciones vinculadas al consumo de drogas que tienen amplia difusión y que son estimadas incluso a nivel mundial. Respecto de las defunciones vinculadas a otros consumos, salvo los casos de sobredosis en personajes conocidos públicamente, poca información circula.

Por ello es necesario trabajar con este indicador, para provocar cambios tanto en el sistema de salud, promoviendo un mejor registro de la mortalidad y del consumo de drogas y para contar con otra medida del costo social del abuso de drogas y en las percepciones o niveles de conciencia sobre el impacto

b. Morbilidad aguda

El impacto del abuso de sustancias psicoactivas en la salud de las personas es un aspecto complejo de estimar en su real magnitud. Una primera cuantificación refiere a la cantidad de pacientes en tratamiento y a la severidad que el proceso de la adicción alcanza en los usuarios, tal como se comentó anteriormente en el ítem de pacientes en tratamiento. Esta población es claramente una población que ve afectada su salud por el abuso de sustancias en tanto presencia de una enfermedad crónica. Una segunda estimación tiene que ver con los episodios agudos de enfermedad que puedan estar asociados a abusos. En los centros de salud específicos para la atención de la emergencia por intoxicación de sustancias, se contabilizan los casos directamente vinculados al consumo al ser las razón del ingreso al nosocomio. Sin embargo, existen otros episodios esporádicos y agudos de enfermedad, como problemas cardiovasculares, pulmonares, traumatismos, que pueden estar asociados al abuso de sustancias psicoactivas y que pueden ser captados en las salas de emergencia de los centros de salud. Usualmente no hay un registro sistemático y cotidiano de estos casos, e incluso con frecuencia el médico no indaga sobre el consumo de drogas o de alcohol en el momento de la consulta en una sala de emergencia.

¹⁰ En el año 2000 se calcularon en 40.000 las muertes ocurridas en el año a causa del tabaquismo. Ver: "Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina, año 2000". Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. R. Pitarque, P. Perel y G. Sanchez.

A partir de esta situación, es necesario contar con una metodología que permita estimar el vínculo entre el abuso de sustancias y los episodios agudos de enfermedad distintos a las intoxicaciones o sobredosis.

La metodología más apropiada es la ventana epidemiológica aggiornada a las salas de emergencia, que permite en una semana “típica” registrar a todas aquellas personas mayores de 12 años que concurren a las salas de emergencia, conocer los motivos del ingreso, el consumo de sustancias en las últimas 6 horas anteriores al ingreso y el diagnóstico presuntivo, en tanto que el médico, sensibilizado en la problemática y con una activa y comprometida participación en el estudio, determina si esa consulta tiene vinculación con el consumo/abuso de sustancias.

Por semana “típica” se entiende una semana del año que no tenga fiestas ni feriados ni eventos que signifiquen un nivel de consumo de sustancias atípico, como por ejemplo, Navidad, Semana Santa, fiestas patronales, etc.

Los diagnósticos presuntivos se clasifican según el CIE10 y como motivos de ingreso se consideran accidentes, situaciones de violencia, intentos de suicidios, sobredosis, síndrome de abstinencia y motivos médicos generales.

El estudio permite vincular estos motivos de ingreso según el consumo de sustancias y los diagnósticos presuntivos y caracterizarlos según perfiles sociodemográficas de los pacientes, distinguiendo los casos cuya emergencia estuvo vinculada al consumo, como traumatismos, politraumatismos y heridas, cardiopatías¹¹, sobredosis o crisis de abstinencias, por solo mencionar algunas.

El OAD es el único observatorio que incorporó el registro del consumo de tabaco en estos estudios lo que permitió vincular algunos episodios agudos con el tabaquismo.

La implementación de ventanas en el sistema de salud, es un pilar sobre el cual podría erigirse un sistema de alerta rápida sobre el consumo de nuevas drogas o nuevos usos, o bien la identificación de brotes epidémicos en relación a algún consumo en particular. Pero serían necesarios fuertes acuerdos institucionales para hacer del

¹¹ También infecciones, enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; trastornos mentales y del comportamiento; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del ojo, oído y procesos mastoideos; enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y digestivo; enfermedad de la piel, mucosas, del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo; enfermedades del sistema urinario, genital; intoxicaciones, envenenamientos; controles médicos y problemas quirúrgicos.

registro en una semana típica, un registro continuo. Es la condición *sine qua non* para que el sistema de alarma temprana funcione.

c. Accidentes y violencia

El abuso de sustancias también está presente y de un modo a veces determinante en situaciones de violencia en relación a terceros o autoinfligidos, como los intentos de suicidio y accidentes caseros, de trabajo o de tránsito. Otro aspecto de la violencia se observa en el análisis de la comisión de delitos, que es otra dimensión importante de los costos sociales del abuso.

Respecto de los accidentes, una gran proporción de los mismos refieren a los accidentes de tránsito, que en Argentina es una de las principales causas de muertes evitables¹². La presencia de consumo de sustancias psicoactivas como causantes de malos manejos o maniobras que provocan los accidentes son detectadas a partir de exámenes toxicológicos cuando median situaciones judiciales. En este sentido, en la medicina forense se encuentra una fuente de información apreciable para el análisis y seguimiento, cuando el caso fue judicializado. Sin embargo, no todas las infracciones terminan en una situación judicial y por otro lado, los procedimientos difieren según las provincias.

Otro aspecto de los accidentes, son los laborales o caseros, es decir, los que ocurren en el medio familiar o en el ámbito laboral. Los segundos pueden tener un registro en el sistema de seguridad de los trabajadores registrados, pero nada se conoce de los accidentes de los trabajadores no formalizados, más cuando estos accidentes no provocan daños mayores para el trabajador. Por último, los accidentes que ocurren en el ámbito familiar, por descuidos de adultos a niños, o caídas, mal manejo de instrumentos, etc, sólo se captan en los centros de salud si la persona acude para ser tratada.

Finalmente, tanto los accidentados en el tránsito, en los ámbitos laborales y privados o familiares, si requieren atención médica para atender las heridas o traumatismos, acuden a los centros de salud.

¹² Durante el año 2010 murieron en Argentina por accidentes de tránsito 7.659 personas, que significa un promedio diario de 21 personas y 638 personas muertas mensualmente y más de 120.000 heridos por año de distinto grado, además de cuantiosas pérdidas materiales, estimadas en unos 10.000 millones de dólares anuales.

<http://www.luchemos.org.ar/es/estadisticas/muertosanuales/muertos2010>

Y tal como se desarrolló anteriormente, a través de un dispositivo metodológico específico es posible establecer las asociaciones existentes entre motivos de ingreso-diganóstico presuntivo y consumo de sustancias. Otra vez, las ventanas epidemiológicas en las salas de emergencia/urgencia, son una fuente de información privilegiada para estimar la magnitud de estas situaciones sociales vinculadas al abuso de alcohol y drogas.

El registro de las variables socio demográficas hace posible la elaboración de perfiles sociales y de consumo que padecen en mayor medida el impacto del abuso de sustancias psicoactivas, e incluso también habilita el análisis del impacto de determinadas sustancias por sobre otras o bien, el uso combinado de las mismas.

d. Comisión de delitos

Sin duda el tema de la delincuencia vinculada al consumo de drogas es un aspecto que requiere del abordaje científico, para estimar la magnitud y el sentido que estas vinculaciones tiene.

Frente a un imaginario social construido mediáticamente que vincula sin filtros al consumo de drogas con la comisión de delitos, es necesario dar respuestas objetivas que desmistifiquen estas posiciones. El crecimiento de las tasas de delitos, no sólo en magnitud sino en la violencia empleada en delitos contra la propiedad ocurrida en la década del '90, como resultado del proceso de deterioro de las relaciones sociales y de empobrecimiento que la población, fueron un sustento para el fortalecimiento de un discurso centrado en la seguridad/inseguridad y en la criminalización de la pobreza. Por otra parte, a principios del 2000 se conocen los primeros casos en las salas de emergencia toxicológica con consumo de cocaína fumable o pasta base-paco y las tasas de consumo de cocaína, marihuana, pasta base y abuso de alcohol, también se incrementan.

Entendemos que los fenómenos del “consumo de droga” y “comisión de delitos”, son complejos y si bien ambos tienen comportamientos particulares, también es posible vincularlos. Observamos una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. De todas formas, esta asociación no implica que uno sea la causa del otro y se considera que ambos están ligados a problemas y cambios sociales,

culturales y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas, los cuales han transformado la estructura social y cultural.

Lo que puede sostenerse es que existen trayectorias sociales de los individuos que han delinquido en las que el inicio en el delito ocurre en momentos similares al inicio en el consumo de drogas. Ambos fenómenos tienen como antesala la pérdida de los lazos familiares, la ruptura con los espacios escolares y la marginalidad en general. La asociación se presenta, pero no en todos los casos, y esta asociación no implica determinación en todos ellos. En otros casos, que no parecen ser los mayoritarios, la elección por el camino delictivo es parte de una elección racional con arreglo a fines, siguiendo la tipología weberiana¹³ respecto de los actos sociales. Los perfiles socioeconómicos son diferentes en cada uno de estos grupos, como así también los patrones de consumo que aparecen asociados, según se desprende del estudio cualitativo realizado en el año 2007¹⁴.

El abordaje metodológico llevado adelante por el OAD ha sido el de triangular información proveniente de abordajes cualitativos y de estudios cuantitativos. En el segundo modelo metodológico, con el objetivo de estimar la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y también el sentido de esa vinculación, se utiliza la taxonomía que propone Paul Goldstein¹⁵, pero con algunas modificaciones.

En primer lugar, el autor presenta tres modelos para establecer la conexión: la **vinculación farmacológica, la sistémica y la económica**, siempre refiere a delitos violentos y a la conexión entre drogas y violencia o criminalidad violenta. En cambio, en el OAD hemos ampliado el criterio para considerar cualquier delito por el cual el detenido haya recibido condena. Otro aspecto que nos diferencia del modelo original, es la consideración de un cuarto tipo de vinculación que es la **vinculación legal**, es decir, se consideran los delitos tipificados por la ley de drogas vigente en el país, antes incluidos en la vinculación sistémica.

Realizadas estas consideraciones, se explicitan a continuación los sentidos de cada vinculación, entendidos como una tipología que permite operar los conceptos y estimar

¹³ Max Weber. "Economía y Sociedad". Fondo de Cultura Económica (FCE), México, 1997.

¹⁴ Se puede consultar el informe en http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_cualitativo_en_poblacion_privada_de_la_libertad2007.pdf

¹⁵ Para la conexión entre droga y delito ver especialmente Goldstein, P.J. "The drugs/violence nexos: a tripartite conceptual framework", Journal of Drug Issues, vol.15, 1985.

el fenómeno. En este sentido debe considerarse una aproximación metodológica que pretende estimar un fenómeno que es complejo y que se presenta heterogéneo según las poblaciones.

La vinculación de **tipo psicofarmacológica**, en el modelo de Goldstein considera a los individuos que pueden volverse irritables o irracionales como consecuencia de la ingestión de determinadas sustancias y como consecuencia manifiestan una conducta violenta. Las drogas que el autor considera son principalmente alcohol, estimulantes, barbitúricos y PCP¹⁶ y se trataría de una criminalidad inducida. En el abordaje realizado por nosotros, consideramos dentro de esta categoría a aquellos individuos que cometieron el delito por el cual están condenados bajo los efectos de alcohol y drogas y que declaran que no lo hubiesen cometido de no haber estado bajo esos efectos.

El modelo **económico** de Goldstein incluye a aquellos consumidores que participan de la criminalidad violenta para costear el consumo, por lo tanto, la motivación principal es conseguir dinero. En estos casos, las drogas más significativas, por su alto costo y por la adicción que generan, son la heroína y la cocaína. Este modelo excluye a los consumidores que tienen medios económicos para solventar su consumo. Agrega el autor que en su mayoría son hechos que sólo se vuelven violentos dependiendo del contexto social en que se realizan. En nuestro abordaje se consideró dentro de este tipo a cualquier individuo que declaró haber cometido el delito para conseguir dinero o medios para comprar drogas, independientemente de los niveles de adicción que el sujeto tuviera y de su nivel socioeconómico.

Por último, Goldstein propone el modelo **sistémico** para considerar los delitos que se cometen dentro de los sistemas y redes del tráfico y distribución de drogas ilegales. Contempla una criminalidad violenta como, por ejemplo: las disputas sobre territorios entre distribuidores de drogas rivales; asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución como medio de imponer códigos normativos; robos a distribuidores de drogas y represalias violentas; eliminación de informantes (mediante secuestros, homicidios, etc.); castigos por vender drogas falsas o adulteradas o por no pagar deudas; disputas sobre drogas o su parafernalia y robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas. Este modelo es el de mayor violencia, se trata de una criminalidad conflictiva generada por la ilegalidad del negocio. En nuestro estudio consideramos los mismos criterios que el autor.

¹⁶ Clorhidrato de fenciclidina, polvo de ángel. Anestésico disociativo.

Finalmente, en Argentina como en otros países de la región¹⁷, se ha introducido a esta tipología una cuarta vinculación denominada **legal**, que considera a todos los delitos que están tipificados en la ley de drogas del país, la Ley 23.737 y la Ley 25.246. Según este cuerpo normativo, son delitos la tenencia, la producción, la venta y comercialización, el tráfico, el mercado ilícito o desvío de precursores químicos y el lavado de dinero específicamente vinculado a drogas.

El impacto económico del abuso

Estimar el impacto económico del abuso es hacer la cuenta desde otro lugar. Mirar los mismos fenómenos que hacen a la problemática como abuso, dependencia, demanda de tratamiento, morbilidad, mortalidad, delitos, pero considerando otras variables específicas y costeadando en términos económicos los valores o valor de los gastos y pérdidas ocasionadas por el abuso.

Desde el punto de vista metodológico, es incorporar indicadores específicos en los estudios realizados en diferentes poblaciones y diseñar un modelo analítico y de estimaciones directas e indirectas de los costos.

Desde el punto de vista conceptual, es desarrollar una nueva mirada sobre el impacto económico y social que provoca el abuso de sustancias. Las muertes significan vidas perdidas, costos emocionales, pero también años de vida y productividad potencial perdida. Las personas privadas de libertad por delitos asociados a drogas, han significado un daño para las víctimas pero también un costo para el Estado en el sistema policial, judicial y penitenciario que actuó en las diferentes instancias, como así también un costo de pérdida de productividad.

Y desde el punto de vista de la planificación de un sistema de información, la tarea es incorporar estos indicadores necesarios para completar los análisis económicos.

¹⁷ La CICAD-OEA organizó una reunión de expertos de diferentes países, en febrero de 2007 para definir una metodología común para estimar la vinculación entre droga y delito en población privada de libertad. Participaron Argentina, Chile, Costa Rica, Colombia y Canadá. En esta reunión los expertos coincidieron en incorporar el vínculo de tipo legal y también información sobre si la víctima del delito estaba bajo los efectos de consumo de alcohol o drogas, de manera de considerar al consumo de drogas como indicador de vulnerabilidad frente al delito.

a. Estudios de Costos

El OAD desde el año 2005 implementa el Estudio de costos¹⁸ del abuso de sustancias psicoactivas. El desarrollo conceptual y metodológico toma como base los lineamientos internacionales¹⁹ y las “*Pautas metodológicas para estudios de impacto económico del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, con base en indicadores indirectos*”, elaboradas por el equipo técnico asesor de la CICAD (equipo de investigación de THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND DENTISTRY OF NEW JERSEY, Robert Wood Johnson Medical School (UMDNJ - RWJMS)). Dicha metodología, es el resultado de un análisis de los métodos desarrollados por los países más adelantados en esta área de estudio (principalmente Canadá, Australia, Gran Bretaña y Estados Unidos), y es lo que se denomina en análisis de políticas públicas, una metodología de *estudio de costos de enfermedad* (CdE) (cost of illness study), en la que se compara la situación actual, frente a un escenario hipotético –en el que el consumo nunca se hubiera iniciado- a partir del cual se estiman los costos asociados al consumo de las drogas. El resultado esperado tras la aplicación de esta metodología, es un mejor conocimiento del problema social originado en el consumo abusivo de SPA. Argentina ha incorporado algunas modificaciones a dicha metodología²⁰.

En el citado informe se especifican los propósitos a los que sirven las estimaciones del costo del abuso de drogas (incluidos tabaco y alcohol), aún reconociendo que son aproximaciones imprecisas y perfectibles con respecto a la magnitud real del problema.

- Sirven para justificar la prioridad que debe recibir el problema social del abuso de las SPA dentro de la agenda gubernamental, ya que sin ninguna información acerca de su impacto económico, es fácil que la atención al problema quede pospuesta y/o sea mal dirigida.
- Ayudan a mejor visualizar y cuantificar los problemas y, por ende, mejor dirigir las políticas específicas. Es importante conocer el peso relativo en términos económicos de cada sustancia, para hacer un uso más eficiente del presupuesto del Estado. A su vez, un conocimiento de los diferentes

¹⁸ Ver: “Estudios de costos del abuso de sustancias psicoactivas en Argentina Año 2004” “Estudios de costos del abuso de sustancias psicoactivas en Argentina Año 2006” y “Estudios de costos del abuso de sustancias psicoactivas en Argentina Año 2008” Y los informes sobre Indicadores de costo para los años 2006 y 2008. Pueden consultarse en: http://www.observatorio.gob.ar/estudios_analisis_economicos.php

¹⁹ WHO, “International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse -2001 Edition”.

²⁰ Tomado del informe que se encuentra en: http://www.observatorio.gob.ar/especificos/temas-especificos/Costos_Abuso_SPA_Argentina_2008_Informe_Final.pdf

tipos de los costos, puede ayudar a identificar cuáles áreas necesitan mayor atención del Estado y cuáles intervenciones son más eficaces.

- Sirven para detectar vacíos de información estadística y necesidades de investigación en aspectos relevantes, para una mayor y mejor comprensión del problema social.
- Ofrecen pautas para medir la eficacia de las políticas y los programas encaminados a controlar el problema social del abuso de las sustancias, y ayudan a los hacedores de políticas y a quienes toman decisiones, a diseñar y evaluar las políticas alternativas para seleccionar la intervención más costo-efectiva. En la medida en que se logren definir algunos estándares mínimos que permitan comparaciones internacionales, los resultados de estos estudios, pueden facilitar el contraste de la eficacia de las políticas nacionales de diversos países.
- Pueden contribuir a la construcción de funciones de costo social, que permitan optimizar la política taxativa y determinar los objetivos de política en la búsqueda de mejores condiciones de vida para la población en su conjunto.

Los costos sociales, están principalmente representados en la suma de los recursos destinados a: los tratamientos especializados de recuperación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de adicción, los servicios de atención general en salud asociados a las drogas, la prevención, la investigación y las demás actividades relacionadas con la reducción de la demanda y la oferta de SPA. A todo lo anterior, deben sumarse las pérdidas de productividad como consecuencia del ausentismo laboral, enfermedades, defunciones prematuras y/o problemas judiciales asociados a las drogas.

Para poder efectuar las estimaciones necesarias, los estudios de los costos de enfermedad, deben combinar datos epidemiológicos, que permitan conocer las características del problema, con información financiera (gastos, presupuestos, estructura de costos, etc.) acerca de los costos involucrados en su tratamiento y prevención, así como en la reparación de los daños sociales originados por la misma enfermedad. La medición, puede hacerse con la mirada del analista volcada hacia el pasado (estudios basados en prevalencia) o hacia el futuro (estudios basados en incidencia).

b. Análisis económicos

Otra línea analítica en busca indagar diferentes aspectos económicos que el abuso de sustancias tiene para el país, fue desarrollada durante el último año, de manera de hacer visible otros aspectos relacionados a las políticas públicas y el compromiso presupuestario que suponen. No es causal el avance en estos análisis, son posibles cuando el sistema de información es más sólido en la cantidad y calidad de información disponible y en el perfeccionamiento de los recursos humanos especializados en esta temática²¹.

Por lo tanto, se consideró acertado desarrollar una serie de análisis que evalúen el fenómeno desde diferentes perspectivas económicas y con varias utilidades, tanto en el plano nacional como internacional. Por lo tal, se propuso estudiar *el impacto presupuestario de las políticas y los programas relacionados con el uso, el abuso y el tráfico de las drogas y la comparación entre el costo social de las drogas y el producto bruto interno*. Asimismo, realizar una *comparación internacional de los estudios de los costos de las drogas*²².

Para analizar el impacto presupuestario del abuso de las sustancias en el presupuesto gubernamental, es necesario estimar todos los gastos y los ingresos, derivados directa o indirectamente, del uso y/o abuso y el tráfico de las sustancias.²³ Así como del lado de las erogaciones, se incrementarán los gastos atribuibles al uso de las sustancias, también habrá algunas reducciones atribuibles a las mismas. Específicamente, las muertes prematuras causadas por el uso de las drogas, conducirán a alguna reducción de los gastos en salud y bienestar. En lo que concierne a los ingresos, además de los beneficios evidentes, habrá pérdidas de ingresos, puesto que las muertes prematuras conducirán a una reducción de la producción, ingresos y consumo, con la consecuente disminución en la recaudación impositiva.

Otro tipo de cálculo, es el llamado "*presupuesto de las drogas*"²⁴, que es un indicador de política pública, que mide el esfuerzo de gasto realizado por el Estado en la temática de las drogas, adicionando todos los gastos presupuestarios atribuibles a las políticas de las drogas. El *presupuesto de las drogas* (PD), sólo incluye gastos gubernamentales directos, como por ejemplo, los costos de los tratamientos de rehabilitación y reinserción de las personas adictas a las drogas, los costos de

²¹ Una profesional licenciada en economía (Guillermina Barriviera) viene desarrollando esta línea de investigación desde hace 6 años en el OAD.

²² Consultar el informe final: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/AnalisisEconomicoSobreSPA_Argentina2008.pdf

²³ International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse: Second edition (2003), WHO.

²⁴ International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse: Second edition (2003), WHO.

atención médica atribuibles a las drogas, los gastos en aplicación de la ley, prevención e investigación, etc. -No incluye los pagos de transferencias sociales.

A su vez, para una interpretación más completa -y también una mayor utilidad- de los resultados, es conveniente analizar la composición del PD. Es decir, identificar y clasificar los gastos en: reducción de la demanda y reducción de la oferta, sustancias y niveles de gobierno.

Para el desarrollo de los objetivos establecidos, es preciso analizar la metodología de la estimación del costo asociado a las drogas en el país y los componentes de dicho costo. Asimismo, es necesario recolectar información extra para estimar las pérdidas y las ganancias presupuestarias asociadas al consumo de las drogas.

Las fuentes de información son los estudios de los costos asociados a las drogas desarrollados en el país, la Ley de presupuesto, varias instituciones gubernamentales y las estimaciones del PBI del país. Asimismo, la consulta de bibliografía relacionada.

Según indica el informe citado, para sortear la imposibilidad de comparar directamente el costo social de las drogas y el producto bruto interno, se pueden realizar -siguiendo los lineamientos internacionales- algunas comparaciones muy relevantes de cada medida tangible, para lo cual, es recomendable hacer las comparaciones separadas en dos partes: costos tangibles e intangibles.

Por un lado, dado que los costos sociales tangibles asociados al abuso de sustancias, evalúan la consecuente pérdida de producción material, pueden ser comparados con el PBI ($\$PBI$, donde el signo \$ significa que la variable es medida en unidades monetarias). Si el valor del costo material tangible es $\$CT$, entonces la ratio $\$CT/\PBI , mide el incremento efectivo en bienes y servicios materiales disponibles si el abuso de sustancias es eliminado (o lo que implique el escenario contra evidente). En el caso que el costo material tangible incluya producción fuera del mercado, la comparación no es tan consistente y deben, aquellos costos provenientes de fuera del mercado -pero tangibles- ser excluidos o, el PBI debe ser aumentado por la producción fuera del mercado.

Por otro lado, los costos sociales intangibles asociados al abuso de sustancias, que evalúan la pérdida o deterioración de la vida por encima de cualquier costo material, deberían ser comparados con la misma medida aplicada a la población en su conjunto. Para ello, es necesario recurrir a la medida años de vida saludables

(AVISAS).

En síntesis, es necesario analizar los componentes y la metodología de la estimación del costo asociado a las drogas y del PBI, para conocer exactamente cuáles componentes son comparables y cuáles no y en función de ello realizar los ajustes necesarios. Las fuentes de información son básicamente los estudios de costos asociados a las drogas y las estimaciones del PBI en el país.

Información y gestión

Hasta aquí hemos descripto indicadores que dan cuenta del problema y los fenómenos asociados analizados desde los costos sociales y económicos que el abuso y el problema de las drogas genera en una sociedad, información que en la mayoría de los casos, logra hacer mas visible el problema para captar la atención de los decisores de políticas públicas para reducir y prevenir estos problemas. En otros aspectos, la información busca posicionar una lectura objetiva y científica, en pos de desmistificar sentidos que opacan y confunden los procesos y los sujetos e impiden un adecuado abordaje de la problemática.

Ahora bien, también hemos desarrollado líneas de investigación que tienen otros objetivos o bien, responden a otras preguntas. Preguntas que están más cerca de la gestión local, específica, cotidiana.

Una de ellas es si determinados programas que se han llevado adelante en prevención o asistencia por la Secretaría, han cumplido los objetivos buscados. Es decir, son preguntas que requieren desarrollos metodológicos de evaluación.

Otra pregunta refiere al imaginario social que pueda ser cuantificado, la "opinión pública" acerca de diferentes temas de actualidad relacionados a esta problemática.

Y una tercera, que está vinculada a la proximidad y utilidad de la información producida. Cuánto sirven los datos nacionales, regionales o provinciales para pensar estrategias barriales o comunales? O bien, qué necesito conocer del entorno comunal para decidir una línea de trabajo?. A partir de estas preguntas, se hace necesario promover y desarrollar estrategias comunitarias de investigación epidemiológica.

De alguna manera, estas tres preguntas o cuestiones pueden ser agrupadas en el ítem **Información y gestión**, porque es información producida para accionar sobre un espacio y población concreta y en un momento determinado.

a. Estudios de evaluación de programas

Debido a que son estudios que responden a una demanda concreta, no nos vamos a detener en los dos programas específicos que desde el OAD se han evaluado hasta la fecha²⁵, pero sí hacer explícito el sentido que adoptamos en el diseño de los estudios evaluativos.

“El enfoque evaluativo que orienta este proceso es el de la evaluación como **conocimiento transformador**, desde el momento que transforma información en **juicios valorativos fundamentados**. En ese sentido, es un **medio sistemático de aprendizaje empírico** para mejorar las actividades en curso y su planificación. Las formas que puede adoptar ese proceso son múltiples, pero en esencia consiste siempre en detenerse reflexivamente frente a la acción para analizar qué es lo que se está haciendo (o se hizo), de qué modo, qué logros se han obtenido, si ello se orienta según la direccionalidad deseable, qué obstáculos u oportunidades se presentan y en consecuencia proponer las pertinentes correcciones, modificaciones, ratificaciones o innovaciones para mejorar la acción futura. En el proceso de evaluación siempre hay una **comparación**: entre parámetros tales como normas, estándares, modelos ideales, reales o deseados, o bien contrastando con otras organizaciones, proyectos o programas similares, y/o en relación a sí mismo en el tiempo. Esta última es la que se realiza cuando se comparan situaciones o estados actuales de grupos poblacionales, contra sus situaciones o estados pasados, para saber qué cambió y poder emitir un juicio acerca de si la situación está mejor, peor o igual.” (ver cita 39).

“En el contexto de políticas públicas evaluar el logro o resultado de las actividades o acciones relacionadas con bienes o servicios dirigidos a la población, implica necesariamente referirse al desempeño de las acciones vinculadas a la función de administración interna del sector público o programa de gobierno. La evaluación de los logros puede ordenarse según diferentes conceptualizaciones y metodologías no

²⁵ Los programas de tratamiento de los pacientes subsidiados por SEDRONAR, evaluación que se realizó durante los años 2009 y 2010 y el Programa de Prevención Quiero Ser que se inició en el año 2011 y que concluye la primera etapa evaluativa a fines del mismo año, liderados por dos expertas en evaluación de programas sociales, autoras de los siguientes libros en donde se desarrolla en enfoque evaluativo: “Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales” (2000) Ed. Paidós y “Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia”(2003) Ed. Paidós, de Olga Nirenberg, Josette Brawerman y Violeta Ruiz.

existiendo una única clasificación. Desde esta perspectiva, existen innumerables tipologías pero en general responden a tres grandes criterios clasificatorios:

1. se basa en las *etapas* del ciclo de un programa diferenciando los aspectos vinculados a su *diseño y conceptualización*, y aquellos vinculados a su *desarrollo o implementación*.
2. alude a los principales componentes de los programas siendo la clasificación más difundida la de evaluaciones de insumos, procesos y productos; de estructura, procesos y resultados o efectos; de procesos y de impacto.
3. pone el acento en ciertos atributos de los programas o de sus componentes: la pertinencia, la idoneidad o suficiencia²⁶, la eficacia, la efectividad, el rendimiento, la rentabilidad, la productividad, la eficiencia, etc., conceptos que no siempre son unívocos pero que cuentan con algún consenso, al menos en cuanto a su significado general". (http://www.observatorio.gob.ar/estudios_de_evaluacion.php, "Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR. 2009".)

La experiencia en la implementación de los estudios de evaluación fue amplia en el sentido de haber incorporado en un proceso reflexivo a los profesionales y técnicos del área que estaban directamente vinculados al diagnóstico inicial del paciente y al posterior monitoreo en su tratamiento. Se re diseñaron los protocolos para un mejor registro de los pacientes ingresantes y de alguna manera se instala la necesidad de registrar para evaluar; del mismo modo ocurrió en la evaluación del programa de prevención.

b. Seguimiento de la "opinión pública"

Un componente del conocimiento integral sobre la problemática es conocer la "opinión pública", es decir, el conjunto de opiniones, representaciones e ideas que se promedian a partir de preguntas estructuradas sobre temas puntuales dirigidas a un grupo de entrevistados, elegidos al azar y dentro de un rango etareo grande y heterogéneo socioeconómicamente. El entrecorillado busca poner énfasis en que lo que se define como opinion pública suelen ser conceptualizaciones o ideas orientadas por la forma en que se abordan y presentan los temas sobre los cuales se pretende

²⁶ La *pertinencia* se refiere a la adecuación de un programa o proyecto (o de alguno de sus componentes) para satisfacer necesidades y demandas o para resolver la situación - problema que le dio origen. En otros términos, se refiere a la adecuación de la formulación al "estado del arte" en la respectiva rama del saber.

La *idoneidad o suficiencia* se refiere a la capacidad de un programa o proyecto (o más específicamente de sus componentes) para contribuir a los objetivos y metas programadas. Así, suele hablarse de idoneidad de las actividades, suficiencia de los recursos, etc.

indagar. Este es un aspecto de la cuestión. Otro aspecto es cómo influyen los medios de comunicación masiva en la construcción de los sentidos colectivos sobre ciertos temas²⁷, que luego se manifiestan como la “opinión pública”, como si fueran independientes de este proceso anterior.

De todas maneras, conociendo los componentes de esta llamada “opinión pública”, cuyo desentrañamiento puede ser objeto de un abordaje específico de investigación, es importante conocer según necesidades puntuales, de qué manera la población está evaluando por ejemplo, el problema de drogas o abuso de sustancias en su país, provincia, comuna; cuánto conoce los conceptos tales como despenalización-legalización, qué opina sobre leyes puntuales, si conoce a las autoridades de la Comisión de Drogas y la actividad de su Observatorio; si considera que los poderes legislativos y ejecutivos están preocupados por la problemática; cómo evalúa a algunas acciones concretas, opinión sobre la tendencia del problema en los últimos años; percepción sobre los responsables, etc.

Desde el OAD además de un bloque específico de preguntas sobre algunos de estos aspectos que insertamos en los estudios nacionales en población general, realizamos sondeos telefónicos específicos en la población general o en alguna específica²⁸. Los resultados nos orientan en la comprensión de cómo la población está evaluando y percibiendo el problema, cuáles son los prejuicios construidos, los conceptos erróneamente asimilados, las percepciones generales que tienen respecto de los temas abordados. Esta información es de gran utilidad al momento de abordar una entrevista en los medios de comunicación, de definir un título en una nota, de enfatizar algunos aspectos sobre otros, por ejemplo.

c. La estrategia comunitaria

Varias son las preguntas y dos necesidades puntuales son los disparadores del desarrollo de la estrategia comunitaria en la investigación sobre la problemática de abuso de drogas y fenómenos conexos.

²⁷ Sobre este punto, ver: Del Olmo, Rosa. “Los medios de comunicación social y las drogas”. Venezuela. 1997. Grupo Comunicar. España.; Fernández Obregón, Francisco J. “El tratamiento informativo de las drogas”. Revista Latina de Comunicación Social, 1999. España.; Vega Fuente, Amando. “¿Los medios de comunicación educan sobre las drogas?” Revista Comunicar 6, 1996., entre otros.

²⁸ En el 2011 trabajamos con la población docente y general de la provincia de Buenos Aires, en el marco de un Programa de investigaciones sobre este territorio.

Las preguntas refieren al alcance y utilidad de los datos nacionales, regionales o provinciales, cuando el territorio sobre el cual se ejecutarán acciones puntuales es barrial o comunitario.

Las necesidades puntuales se vinculan con las preguntas anteriores, que obliga a establecer lazos eficientes entre los diagnósticos y los programas locales, por una parte y por otra, la necesidad de construir sistemas de alarma temprana sobre el consumo de sustancias psicoactivas, sobre nuevos usos y/o combinaciones y en la detección de grupos sociales de alto riesgo..

La complejidad y multicausalidad del problema del abuso de sustancias psicoactivas requerirá para su comprensión y abordaje estrategias que involucren a los sujetos, en tanto usuarios, familiares, amigos, referentes sociales, referentes insituacionales. Y la construcción del conocimiento y la generación de información objetiva no puede estar ajena a este proceso. Este es el marco en donde la investigación se piensa y diseña con el objetivo principal de ser base de una acción localizada.

Por lo tanto, se impone favorecer procesos comunitarios de investigación para el abordaje barrial de los problemas del consumo y abuso de sustancias psicoactivas; y por otro, fortalecer a los Observatorios Provinciales o Equipos técnicos con la disponibilidad de una nueva estrategia de investigación.

La estrategia de una epidemiología comunitaria se remonta en el país al año 1986, que desde el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) se implementan los Centros de Estudios Locales. *“Las ventanas epidemiológicas se propusieron entonces como una serie de estudios que llevaban el propósito de incorporar a la gente involucrada en la primera línea de atención y prevención del problema, médicos, educadores, voluntarios, en un estudio que les sirviera de apoyo para dar seguimiento al problema y a su propia práctica dentro de la comunidad. De esta forma el concepto de ventana epidemiológica supone la no intrusión sobre la práctica local porque el resultado buscado es precisamente su objetivación, es decir el aprovechamiento estadístico de lo que ocurre en ámbitos claves de la comunidad.”*²⁹

²⁹ Hugo Miguez: Estrategias de Epidemiología Comunitaria: Centros de Estudios Locales y Ventanas Epidemiológicas, CONICET, 2002.

Se pone especial énfasis en la identificación del uso abusivo y perjudicial de bebidas alcohólicas, siguiendo la metodología AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol) elaborado por el Departamento de Salud Mental de la OMS. *“Los trabajadores de atención primaria de la salud son los responsables de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud. La identificación e intervención breve ante el consumo de alcohol en ámbitos de atención primaria brinda la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol. Toda información acerca de cantidad y frecuencia de consumo ayuda a diagnosticar la condición actual del paciente y alerta a los clínicos en cuanto a la necesidad de brindar consejo a aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar de forma negativa el uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento.”*³⁰

En función de lo planteado y partiendo de la experiencia de los últimos años del OAD y sobre todo de la implementación de los estudios en pacientes en salas de emergencia, se inicia a fines del año 2010 este nuevo abordaje que tiene como primer esquema de trabajo, la ventana epidemiológica, en tanto permite en una semana típica, captar información de importancia en relación al contexto o espacio donde transitan los sujetos en busca de atención, contención u orientación³¹. Estos espacios son los centros de salud o centros de atención primaria de la salud ubicados en la periferia de las ciudades, o al menos, en zonas urbanizadas y alejadas de los centros de salud más importantes. Se entiende que son dispositivos de salud que están organizados y han sido pensados para una primera contención sanitaria de la población y no para la atención de mayor complejidad. En algunos lugares, estos centros tienen objetivos asistenciales, preventivos y sociales³².

Se pretende captar información sobre las personas que allí acuden y sobre sus familias, en aspectos ligados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas y fenómenos asociados, como violencia, enfermedades u otros problemas familiares. También interesa sistematizar información sobre factores de riesgo y protección de la familia y su entorno barrial e identificar los recursos sociales más apropiados para la implementación de acciones preventivas o asistenciales a futuro.

³⁰ Maristela G. Monteiro: Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington DC. 2008).

³¹ Puede consultar en: <http://www.observatorio.gob.ar/ventanasepidemiologicas.html>

³² Unidades Primarias de Atención de la Salud -UPAS- y los Dispensarios. Municipalidad de Córdoba, ubicados estratégicamente en los barrios de mayor vulnerabilidad social.

El proyecto, pensado desde lo que se entiende por epidemiología comunitaria, pretende ser una herramienta para la sistematización de información relevante y de utilidad para la prevención y para las acciones comunitarias con eje en la salud. Pretende provocar un espacio en donde se visualicen aspectos del problema que puedan ser abordados a partir de su caracterización. Pretende ser una herramienta para la vigilancia epidemiológica sobre el consumo y abuso de sustancias y por lo tanto, conformar un sistema de alarma temprana para dar respuesta oportuna a poblaciones de mayor riesgo.

La implementación de estas ventanas tiene como objetivo general el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de carácter comunitario, eficaz y eficiente en la generación de datos útiles que sean soporte de acciones de prevención y asistencia a la problemática del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, a nivel barrial o municipal.

Pretende también conformar equipos de trabajo interdisciplinarios a largo plazo que viabilicen el sistema de vigilancia, contar con un diagnóstico barrial sobre los problemas del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, factores de riesgo y protección personales, familiares y sociales. Identificar en la población que asiste a los centros niveles de uso perjudicial y abusivo de bebidas alcohólicas para brindar la adopción de medidas preventivas necesarias, comprometer y sensibilizar a los miembros de la comunidad y trabajadores de la salud en la problemática, fortalecer a los observatorios provinciales de drogas en la implementación de estudios sociales y fortalecer el trabajo conjunto con las universidades, en los casos en donde se puedan involucrar³³.

Otro aspecto de gran relevancia en esta metodología es la instancia de devolución de la información analizada. Se propone la realización de talleres con la presencia de los profesionales, técnicos, personal de apoyo y miembros de la comunidad que hayan participado en el desarrollo e implementación de la ventana epidemiológica, como así también las personas que se consideren apropiadas en el momento de la sensibilización, reflexión, discusión de resultados, elaboración de estrategias a futuro para la prevención y cualquier otra instancia de abordaje de la problemática.

³³ La prueba piloto de las Ventanas epidemiológicas en centros de atención primaria de salud se realizó en Villa María, provincia de Córdoba, en un trabajo coordinado con la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María y la Universidad Nacional de Villa María. Los resultados pueden consultarse en:
http://www.observatorio.gob.ar/ventanasepidemiologicas/ventanas_epidemiologicas_en_el_sistema_de_salud-Villa-Maria-2010.pdf

Capítulo 2

La situación en Argentina al 2011

Este capítulo intentará sintetizar y conceptualizar el nivel y características del problema del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país. Para ello y de acuerdo al ordenamiento conceptual que ha guiado la implementación de los programas de investigación durante todos estos años, se retomarán los resultados que entiendo son los principales y que tienen la capacidad de describir y establecer el perfil epidemiológico de Argentina en el año 2011.

1. Tendencia y magnitud del consumo

Los primeros estudios nacionales datan de 1989, en población general de 12 a 65 años y del año 2001 en estudiantes del nivel medio. En ambas poblaciones se continuaron los estudios con cierta periodicidad, pero la mayor comparabilidad se ha logrado con los estudios en población adolescente escolarizada. De esta manera, podemos establecer una tendencia en el consumo de sustancias en Argentina en población general de 12 a 65 años y que vive en localidades de 80 mil habitantes o más³⁴, desde el 2004 al 2010. Y en los estudiantes del nivel medio de todo el país, desde el 2001 al 2009³⁵. En ambas poblaciones con estudios intermedios que permiten una mirada inter periodo.

En informes específicos que se encuentran en la web, se detallan todos los aspectos metodológicos y ajustes que hacen posible la lectura transversal de los datos. En este documento se obviarán esos aspectos para concentrarnos en los resultados.

La magnitud del consumo que se analiza refiere al consumo ocurrido en los últimos 30 días anteriores al momento de la encuesta (Prevalencia de mes) para alcohol y tabaco y el consumo ocurrido en los últimos 12 meses (Prevalencia de año) para las demás sustancias: ilícitas, como marihuana, cocaína y pasta base y de circulación legal pero de uso indebido como los tranquilizantes, estimulantes y sustancias inhalables.

Aún cuando los gráficos son un recurso valioso para mostrar la información disponible, se presentan acotados a algunas sustancias más relevantes, por edad y sexo.

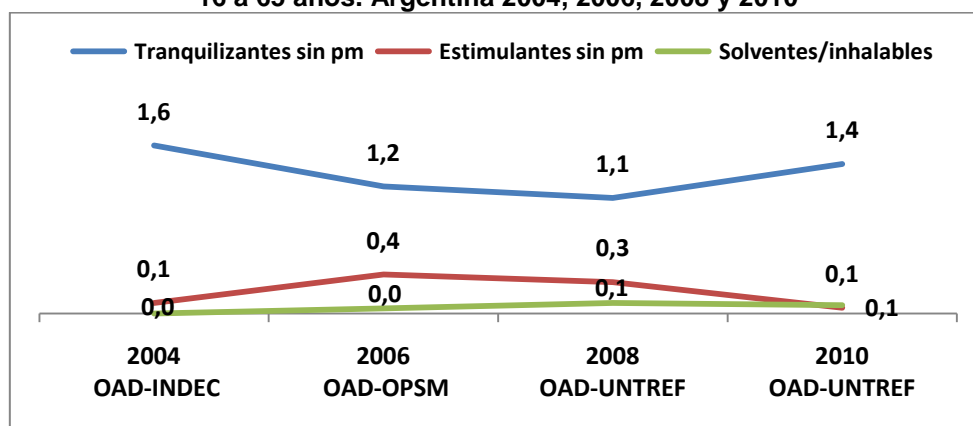
³⁴ Más del 70% del total de la población del país habita en estos centros urbanos.

³⁵ En el momento de escribirse este documento, se está trabajando en la ponderación de la muestra relevada del Quinto Estudio Nacional en estudiantes del nivel medio 2011.

El consumo en la población de 16 a 65 años³⁶

Los estudios epidemiológicos nacionales nos muestran un promedio de la magnitud del consumo en la población de referencia, que por metodología se abordan en viviendas y por lo tanto, quedan excluidas las personas que viven en situación de calle, las que no regresan a sus viviendas en caso de tenerlas y las que viven en hogares colectivos. De todas maneras, las tasas específicas por sexo y grupos de edad, indican en qué grupos poblacionales los consumos son más importantes.

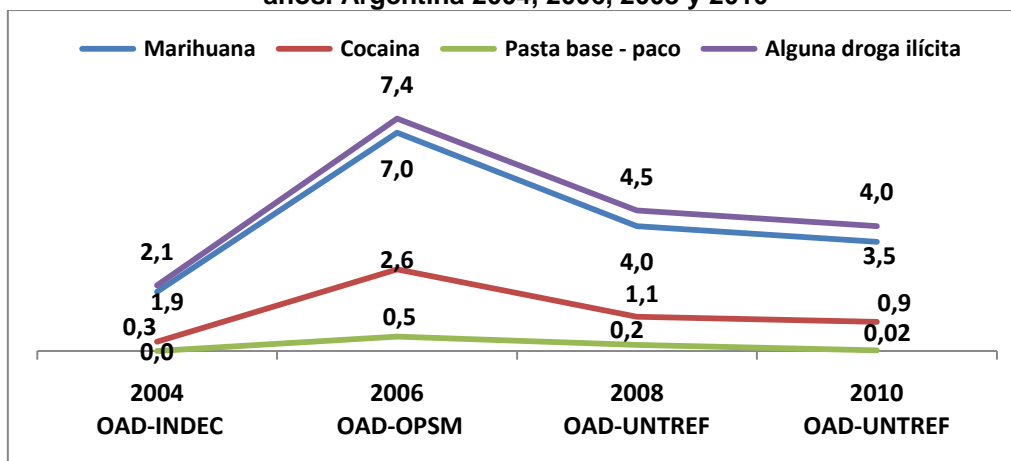
Grafico 1
Prevalencia de año de sustancias de uso indebido. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



Los diferentes estudios muestran una tasa de consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica con pocas oscilaciones, finalizando el periodo sin cambios significativos. Respecto del consumo indebido de estimulantes, las tasas son estables del 0.1% al inicio y al final del periodo, con excepción del incremento al 0.4% en el 2006 (OAD-OPSM). Igual comportamiento se observa para el consumo de sustancias inhalables, promediando la tasa de consumo en el 0.1%.

³⁶ Puede consultar el informe de tendencia en:
http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General_v3.pdf

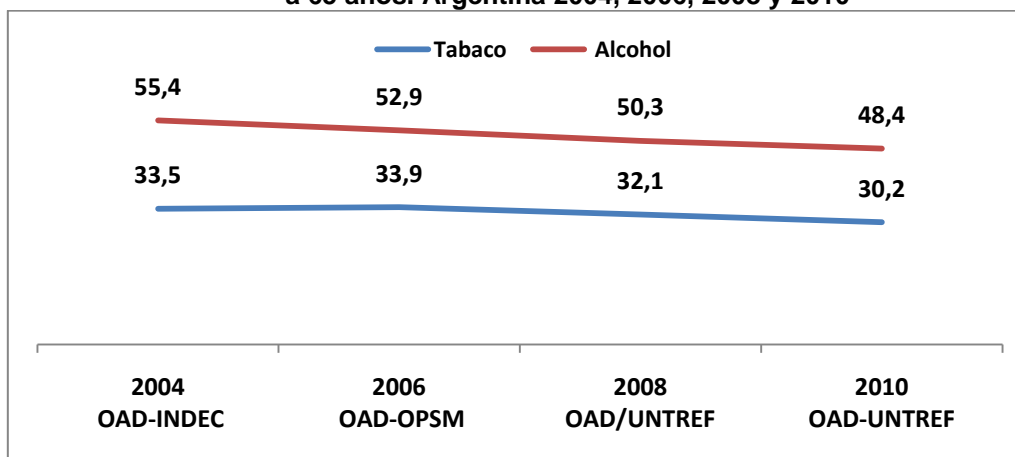
Grafico 2
Prevalencia de año de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



Respecto del consumo de drogas ilícitas, las tasas estimadas en los diferentes estudios muestran fuertes oscilaciones, pero en todas las sustancias el consumo en el final del período es mayor que la del 2004:

- Marihuana, la droga de mayor consumo, se estima en el 2004 en el 1.9% de usuarios, que pasando por el pico en el 2006 del 7%, **desciende a 4.0% en el 2008 y a 3.5% en el 2010**, según los estudios realizados por OAD-UNTREF.
- La tasa de consumo reciente de cocaína muestra oscilaciones del mismo sentido que marihuana, pero con tasas menores. Parte de un 0.3%, pasa en el 2006 al 2.6% y **se ubica alrededor del 1% en el 2008 y 2010**, según los estudios OAD-UNTREF.
- **Las tasas estimadas del consumo reciente de pasta base-paco se estabiliza en el 0.1%** según las mediciones del 2008 y del 2010 de OAD-UNTREF.

Grafico 3
Prevalencia de mes de tabaco y alcohol. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



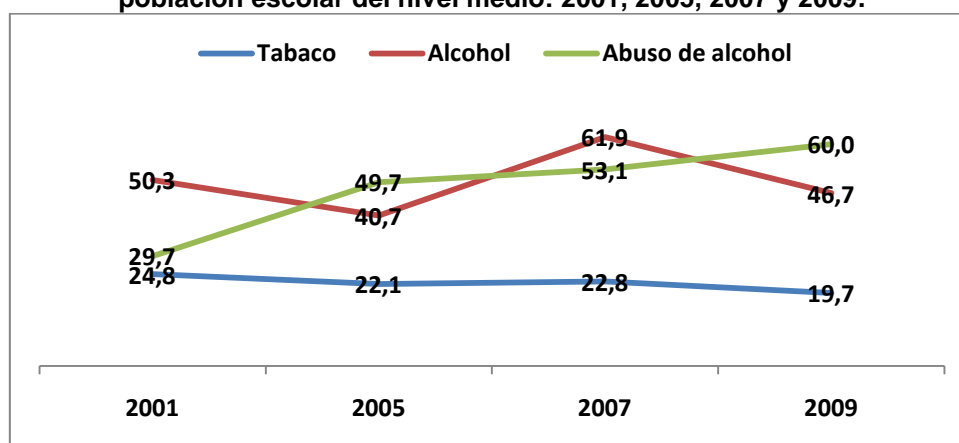
Las tasas de consumo de mes de tabaco y alcohol muestran hacia el 2010 un descenso respecto del 2004, leve pero significativo para ambas sustancias. Sin embargo no son significativos los cambios observados entre el 2004 y 2006 y entre el 2008 y el 2010 en ambas sustancias.

El consumo en adolescentes

Como puede observarse en el gráfico siguiente, durante el período 2001-2009³⁷, el consumo actual de bebidas alcohólicas, desciende notoriamente en el año 2005, crece en más de 20 puntos porcentuales hacia el 2007 y retoma el valor del 2005 en el año 2009, es decir, presenta una tendencia errática en el período observado. De todas maneras, no ocurre lo mismo respecto del abuso de alcohol o binge drinking, estimado a partir de la ingesta de por lo menos una vez durante los últimos 15 días, de 5 vasos o más en una misma ocasión, entre los usuarios de alcohol del último mes. Este indicador muestra una clara tendencia ascendente desde el 2001³⁸ al 2009, donde alcanza su valor máximo de 60% del total de estudiantes que tomaron alguna bebida alcohólica en el último mes.

La tendencia en el consumo de tabaco es de descenso a través de los años, perdiendo 5 puntos porcentuales la prevalencia actual, desde el año 2001.

Gráfico 4
Prevalencias de mes de tabaco y alcohol y abuso de alcohol. Estudios Nacionales en población escolar del nivel medio: 2001, 2005, 2007 y 2009.



El descenso en el consumo de tabaco ocurre en ambos sexos, aunque más pronunciado en las mujeres, que pierden casi 6 puntos de porcentaje entre los años

³⁷ Se puede consultar el informe específico en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificos-adicionales/Factores_de_riesgo_y_consumo_en_adolescentes_de_Argentina2001-2009v3.pdf

³⁸ En el 2001 el indicador refiere a 6 vasos o más.

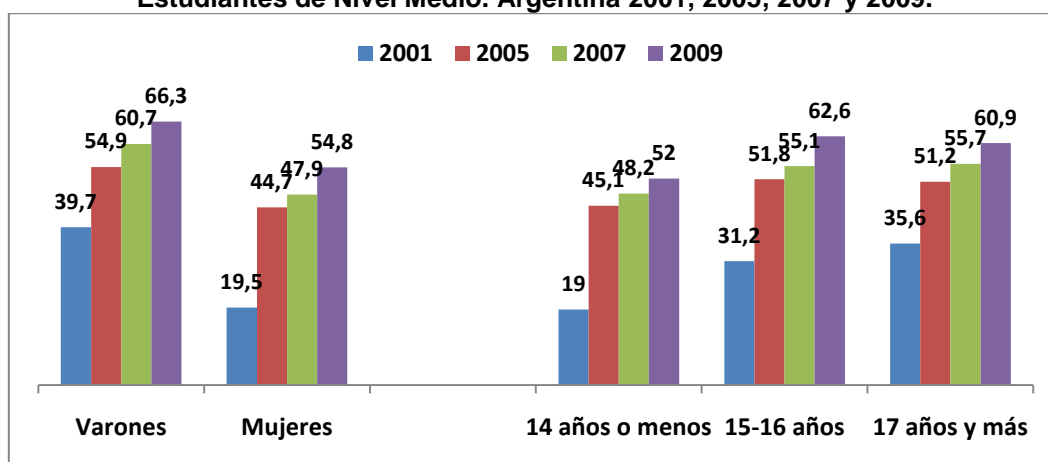
estudiados. Y observado el consumo por grupos de edad, si bien en todos los años el consumo es mayor en los estudiantes de mayor edad y en todos se observa el descenso entre los años 2001 y 2009, la caída más fuerte ocurre en los estudiantes de 17 años y más (que pierden 11 puntos de porcentaje), seguido por los de 15 y 16 años, que pierden 9 puntos. En los estudiantes más pequeños, el descenso se expresa en 4 puntos de porcentaje menos.

Gráfico 5
Prevalencia de mes de consumo de tabaco según sexo y edad. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



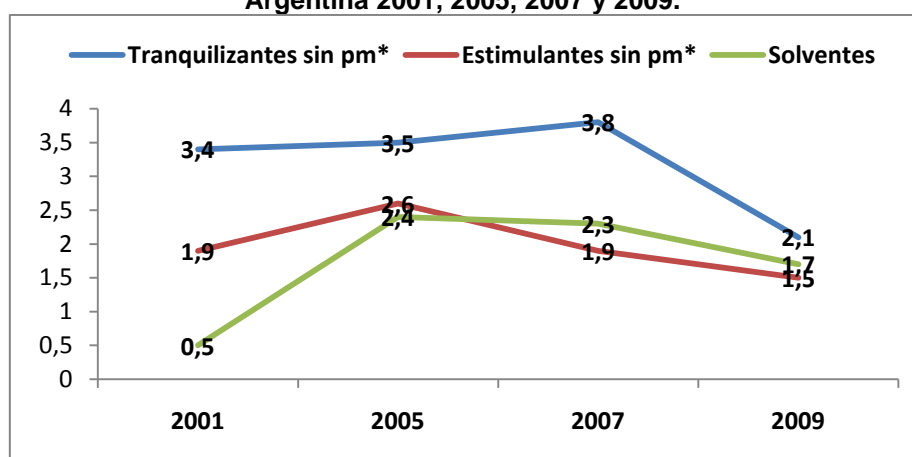
El patrón de consumo abusivo o binge drinking tiene un peso relativo creciente entre los usuarios del último mes para ambos sexos y para todos los grupos de edad. Hacia el 2009 los adolescentes escolarizados de 15 y 16 años presentan el porcentaje más alto de consumo abusivo, rompiendo cierta homogeneidad que este grupo etario mantenía con los estudiantes mayores en los estudios anteriores.

Gráfico 6
Porcentaje de estudiantes con consumo abusivo de alcohol, según edad y sexo. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



De acuerdo al gráfico siguiente, la tendencia del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica presenta un leve incremento en el 2007 y luego un descenso hacia el 2009. En tanto que con prevalencias menores, el uso de estimulantes sin prescripción médica luego del incremento en el 2005, inicia una tendencia decreciente en el 2007. El uso de sustancias inhalables tiene a finales del periodo la prevalencia más baja luego del incremento observado en el año 2005 respecto del 2001.

Gráfico 7
Prevalencia de año de sustancias de uso indebido. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.*



* Las prevalencias del 2007 de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica han sido ajustadas en su cálculo, por lo que difieren de las presentadas en el informe de dicho estudio.

El **uso de tranquilizantes sin prescripción médica** en el 2001 era marcadamente un uso femenino y hacia el 2009, se igualan los sexos. El proceso indica un decrecimiento sostenido en las mujeres y un proceso inverso en los varones en los años 2005 y 2007, pero se iguala la tendencia en el último periodo.

Observando los grupos de edad, cada uno presenta una tendencia diferente en los años anteriores, pero todos coinciden en el descenso en los últimos dos años. Por ser sustancias de curso legal pero de uso indebido y que suelen ser usadas en combinación con otras sustancias, es difícil identificar el patrón de uso de estas sustancias.

Al igual que lo observado para tranquilizantes, el **uso de estimulantes sin prescripción médica** en el año 2001 era preferentemente un consumo de las mujeres y hacia el 2009 la prevalencia en los varones es mayor. En ambos sexos, hacia el 2009 se observa un descenso en su consumo, pero los varones con prevalencias superiores al 2001 y en las mujeres a la inversa.

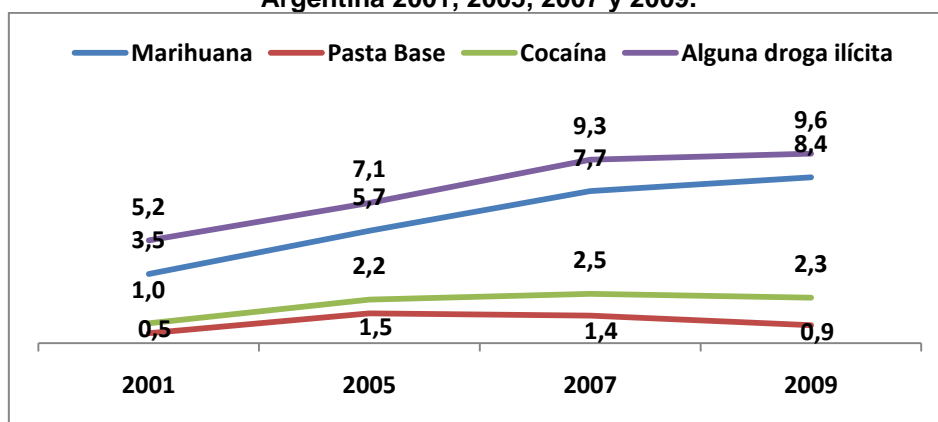
En todos los grupos de edad hacia finales del periodo se observan tasas menores. El mayor uso correspondió al año 2005 para luego descender y en esta caída son los estudiantes de 17 años y más los que tienen mayor contundencia.

Le cabe a los estimulantes la misma reflexión que a los tranquilizantes. El patrón de uso es complejo. Un dato que seguramente se vincula al descenso del uso de psicotrópicos estimulantes es la mayor comercialización de bebidas energizantes en los últimos años, cuyo uso hemos medido por primera vez en el año 2009 y los datos muestran que uno de cada dos estudiantes probó alguna vez bebidas energizantes y 3 de cada 10 lo hacen en la actualidad.

El uso de **sustancias inhalables** en el 2001 alcanzó el nivel más bajo y similar entre varones y mujeres y para los grupos de edad. Tampoco se diferencian los grupos bajos análisis en el fuerte crecimiento en el 2005 y en el descenso hacia fines del periodo. Las diferencias se encuentran en la magnitud de las tasas y en la estabilización o crecimiento ocurrido entre el 2005 y 2007 que se observa en los varones y en los estudiantes a partir de los 15 años.

El consumo reciente de drogas ilícitas en los estudiantes secundarios de todo el país presenta una tendencia creciente desde el 2001 al 2009, pero en los últimos dos años puede considerarse cierta estabilización. Esta tendencia es clara para marihuana, en tanto que los consumos de cocaína y pasta base, luego del fuerte incremento entre el 2001 y 2005 se estabiliza hacia el 2007 y desciende levemente en el 2009.

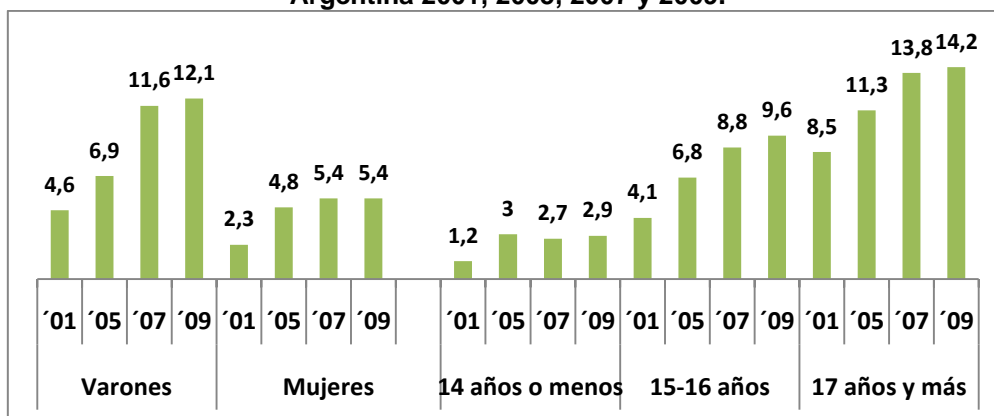
Gráfico 8
Prevalencia de año de drogas ilícitas. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



El consumo de marihuana presenta una tendencia claramente creciente desde el 2001 al 2009 en los varones y en los estudiantes a partir de los 15 años. En tanto que en las

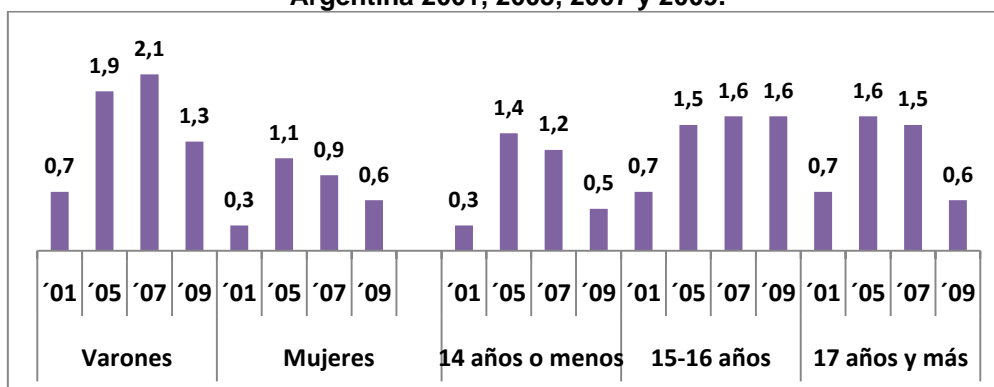
mujeres y estudiantes de 14 y menos años, se estabiliza el consumo en los valores del 2007.

Gráfico 9
Prevalencia de año de marihuana. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



Todos los grupos bajo análisis incrementaron el consumo de pasta base en el 2005, pero hacia el 2007 siguieron creciendo y se estabilizan los varones y los estudiantes de 15 años y más, en tanto las mujeres y los menores inician una baja en las tasas de consumo. Hacia el 2009 son los estudiantes entre 15 y 16 años quienes mantienen la tasa de consumo en el valor más alto.

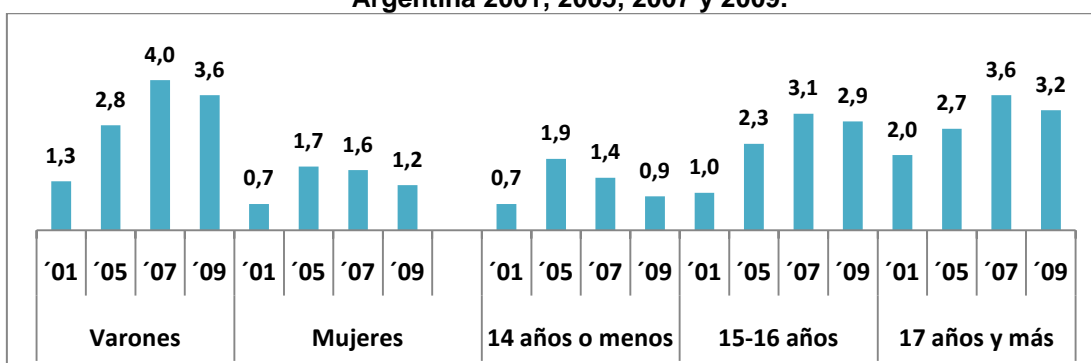
Gráfico 10
Prevalencia de año de pasta base. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



Respecto del consumo de cocaína, el importante incremento en las tasas en el 2005 es observable en todos los grupos, alcanzando las tasas más altas, del 4%, en los varones y en los jóvenes de 17 años y más en el año 2007. En estos grupos el crecimiento se sostuvo hasta el 2007 para bajar levemente al 2009, de todos modos, encontramos en ellos los incrementos más fuertes considerando los años 2001 y 2009:

los varones duplicaron la tasa y los estudiantes de 17 años y más la incrementaron en un 60%.

Gráfico 11
Prevalencia de año de cocaína. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



Diferencias regionales y provinciales³⁹

Argentina es un país amplio y diverso. Diversidades económicas, culturales y por lo tanto sociales. En este contexto, el consumo se presenta diferente según las regiones y al interior de las regiones, también se diferencian las provincias. Incluso en el análisis de las tendencias nos encontramos hacia el 2009 con provincias que han estabilizado sus consumos, otras han disminuido y otras incrementado, situación que también depende de qué sustancias estemos observando. Lo importante que se debe resaltar es que el promedio nacional incluye diversidades y que sería erróneo asumir que en todo el territorio nacional el consumo y los patrones de uso son similares.

A modo de ilustrar esta consideración, las diferencias y similitudes que se encontraron en el análisis según regiones⁴⁰ son las siguientes:

- Las sustancias legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo en todas las regiones, en primer lugar la de alcohol. El consumo actual de alcohol a nivel nacional presenta una prevalencia del 46,3%. En la región NOA se consume alcohol en menor proporción y en la región Sur en mayor proporción.
- En todo el país aun con diferencias poco significativas entre las regiones, el consumo de alcohol es mayor entre los varones y el abuso de alcohol supera el

³⁹ El informe completo se encuentra en:

<http://www.observatorio.gob.ar/informes/regionales/InformeRegionalEstudiantesdelnivelmedio2009.pdf>

⁴⁰ Solo se presentan las diferencias entre regiones (NOA, NEA, CUYO, CENTRO y SUR). En el documento se encuentra el análisis que contempla el análisis al interior de cada región.

- 60%. En los varones se encuentra el patrón de uso abusivo en mayor magnitud, pero no hay que desestimar los valores estimados entre las adolescentes.
- La tasa de consumo reciente de tabaco a nivel nacional es de 28,1%. La región NEA y la región Sur se configuran como las que presentan la menor y la mayor tasa de consumo respectivamente.
 - A nivel nacional, fuman en similares proporciones varones y mujeres, lo que también ocurre en el NOA y en la región Centro. En cambio, en el NEA y Cuyo los varones fuman más y en el Sur patagónico, las mujeres.
 - Si bien en los niveles de consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción no hay diferencias entre las regiones y todas se ubican alrededor del promedio nacional (2,1%), se encuentran diferencias por sexos: sin diferenciarse el total nacional y los estudiantes del Centro, más en los varones en el NEA y CUYO y en el NOA y el Sur, las mujeres.
 - En relación a las tasas de consumo de estimulantes sin prescripción médica, todas las regiones se encuentran alrededor del promedio nacional (1,5%) y es un consumo masculino en todo el país y regiones con excepción del Sur, que quedan igualados varones y mujeres.
 - El consumo de solventes e inhalables asciende en el total país al 1,7%. Las regiones NEA y Cuyo son las que presentan la menor tasa y el NOA y el Sur, los mayores consumos. Para el total del país como en todas las regiones, el consumo es del doble o más entre los varones.
 - El consumo de marihuana presenta una tasa de prevalencia a nivel nacional del 8,4%. Las regiones NEA, NOA y Cuyo presentan tasas menores a la nacional, mientras que las del Sur y Centro son más altas.
 - El consumo reciente de pasta base / paco presenta tasas similares en todas las regiones, agrupadas en torno a la prevalencia del 0,9% que se observa a nivel nacional, excepto NOA, cuya prevalencia de año de consumo es de 1,5%.
 - La tasa de consumo reciente de cocaína es de 2,3% a nivel país. El NEA, es la región que presenta la menor tasa y la región Sur, la mayor.
 - El consumo reciente de éxtasis es de 1,4% a nivel país, siendo Cuyo y el NEA las regiones que presentan las menores tasas de consumo, y por el contrario, la región Centro, la mayor tasa.
 - La tasa de consumo de alguna droga ilícita, tomadas en conjunto, para el total país es de 9,6%. Dentro de las drogas ilícitas, marihuana es la que ha sido consumida en mayor proporción durante el último año en el total del país y las cinco regiones. Para todas las drogas ilícitas, y en las cinco regiones, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres.

2. Patrones del consumo y abuso

En población de 12 a 65 años

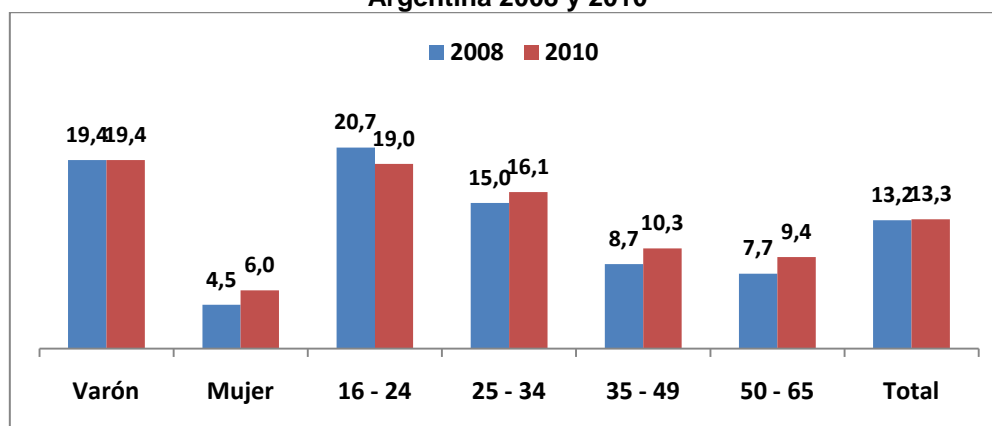
La tendencia en el consumo de **tabaco**, según la tasa de consumo actual, indica que tanto varones como mujeres en el 2010 fuman menos que en el 2004, pero el descenso fue más pronunciado en las mujeres (4 puntos vs 2 puntos los varones).

Observando las tasas por grupos de edad, los jóvenes entre 16 a 24 años fuman 9 puntos porcentuales menos en 2010 que al inicio del periodo bajo análisis y los adultos jóvenes de 35 a 49 años fuman 4 puntos menos. En tanto quienes no han modificado las tasas de consumo son los jóvenes adultos de 25 a 34 años y los mayores de 50 a 65 años. Estos últimos siempre tuvieron las tasas más bajas, cercanas al 29%.

El **consumo problemático de bebidas alcohólicas** se encuentra en una magnitud del 13% del total de personas que tomaron bebidas alcohólicas en el último año, según los dos últimos estudios nacionales. El estudio del 2006 utilizó la escala EBBA, que se aplicó a los consumidores del último mes y también la magnitud del uso problemático de alcohol se ubicó en el 12.8% en la población de 12 a 65 años (14.8% en varones y 9.9% en mujeres).⁴¹

El consumo problemático de alcohol es mayor entre los varones y entre los jóvenes de 16 a 24 años y no se observan diferencias importantes entre el 2008 y 2010, salvo un leve incremento en las mujeres y a partir de los 35 años.

Grafico 12
Uso problemático de alcohol (AUDIT) Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2008 y 2010

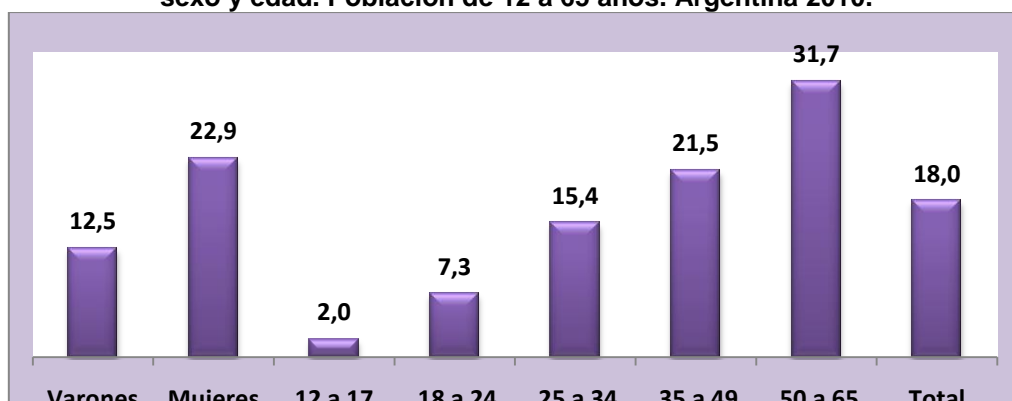


⁴¹ «Estudio Nacional en población de 12 a 54 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006». En <http://www.observatorio.gob.ar/estudiosnacionales.html>

El **consumo de psicofármacos** con o sin prescripción médica, principalmente tranquilizantes (benzodiacepinas, clonazepam, alprazolam, lorazepam), presenta un uso extendido en la población.

El 18% de la población alguna vez en su vida usó tranquilizantes y ansiolíticos, en una proporción mayor las mujeres (22,9%) que los varones (12,5%). En total son unas 3.303.629 personas.

Grafico 13
Proporción de personas que consumieron tranquilizantes alguna vez en la vida, según sexo y edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.



El uso fue en el 80,6% de los casos, recetados o bajo prescripción médica. Esta modalidad de uso es mayor entre las mujeres, en tanto que un 21% de los varones los usó por su cuenta.

La modalidad de uso según los grupos etarios muestra diferencias. Mientras entre los que tienen 50 a 65 años, en el 90,4% de los casos fueron usados bajo un tratamiento, este porcentaje desciende al 51,1% entre los jóvenes de 18 a 24 años.

En el 58,5% de los casos de consumo bajo receta, fue un médico de medicina general quien lo recetó y en un 26,5% fueron médicos psiquiatras. En un porcentaje algo inferior (13,3%) fueron recetados por otros especialistas. La receta emitida por psiquiatras es más frecuente entre las mujeres y por médicos de medicina general, en varones.

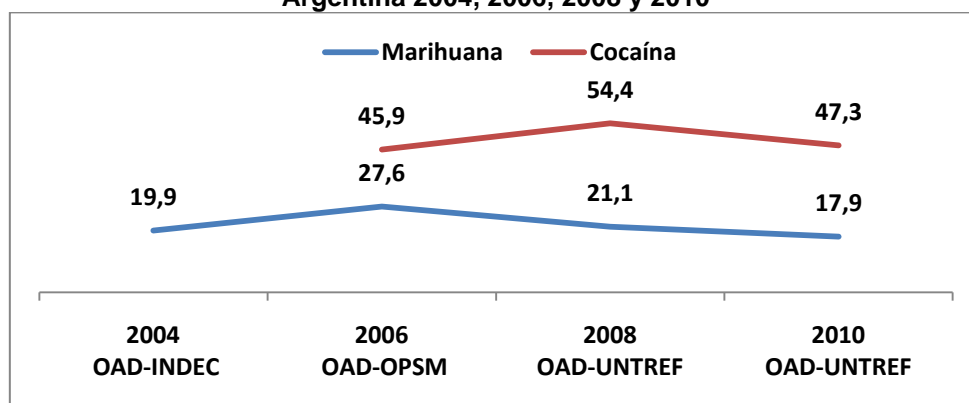
Entre la población adolescente que usó tranquilizantes bajo prescripción médica, en un 3% fueron recetados por psiquiatras y en un 30,3% por otros especialistas. La prescripción dada por psiquiatras es más relevante entre los adultos jóvenes, de 35 a 49 años.

En la población adulta mayor, el 58,6% recibió esta prescripción por un médico de medicina general. El 3.1% alguna vez en la vida tomó tranquilizantes sin prescripción médica y el 1.3% en el último año. El 0,7% de la población de 12 a 65 años declaró consumo sin prescripción médica de tranquilizantes o antidepresivos, es decir 133.298 personas en los últimos 30 días. La frecuencia de uso indica que en la mayoría de los casos, el uso es ocasional, pero el uso diario alcanza al 35,5%.

El consumo de psicofármacos sin prescripción médica se explica fundamentalmente por el uso automedicado de tranquilizantes que sostiene a lo largo del periodo una tasa de consumo del orden del 1% y 1.5%. El inicio en su consumo se ubica cercano a los 30 años como promedio, de todas maneras, la presencia de su uso en poblaciones jóvenes nos indica que existen diferentes patrones de uso, algunos vinculados al uso combinado y distintas razones para la automedicación con tranquilizantes y antidepresivos, tal como se desprende de otros estudios realizados.

Las estimaciones sobre el uso que está provocando signos y síntomas de consumo compulsivo, síndromes de abstinencia y generación de tolerancia en los usuarios de marihuana y cocaína en los último años, muestran que más del 45% de los consumidores de cocaína en el último año califican como dependientes, magnitud estable en el tiempo y considerando los usuarios de marihuana del último año, una proporción que oscila alrededor del 20% presentaría problemas de adicción, mayor entre los usuarios varones y entre los que tienen 25 a 34 años y mayores de 50 años.

Grafico 14
Dependencia de marihuana y cocaína. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



En adolescentes escolarizados⁴²

Quienes, cuánto y cómo toman alcohol y fuman

- ❑ Entre los estudiantes de 13 a 17 años de todo el país, las sustancias de mayor consumo son las bebidas alcohólicas y el tabaco. Alrededor del 46% tomaron alguna bebida alcohólica en el último mes y un 19,7% fumaron, sin diferencias por sexo.
- ❑ La edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol se ubica en los 13 años, y a medida que aumenta la edad de los estudiantes, se observa mayor consumo.
- ❑ La bebida más consumida es la cerveza (77,3%), seguida por bebidas fuertes o combinaciones de bebidas diferentes al vino o cerveza (60,7%), y por último el vino (43,5%). La mayor diferencia entre sexos se presenta en el vino, siendo los varones quienes consumen en mayor proporción. En las bebidas fuertes o tragos, las diferencias son casi inexistentes, aunque las mujeres tienen un consumo levemente superior.
- ❑ Los estudiantes consumen preferentemente durante el fin de semana, tanto quienes toman cerveza, vino o bebidas fuertes. Un 5,1% de quienes declaran consumo de vino y el 6,8% de quienes toman cerveza manifestaron hacerlo diariamente.
- ❑ En cuanto al uso abusivo de alcohol, sobre el total de estudiantes que declaran consumo en el último mes, alrededor del 60% reconoce haber tomado cinco tragos o más en una misma ocasión durante las últimas dos semanas, más entre los varones.
- ❑ El 19,7% de los estudiantes (alrededor de 325 mil estudiantes) fumaron en el último mes anterior a la encuesta, lo cual puede leerse como consumo actual. Fuman actualmente en magnitudes similares varones y mujeres (20,2% y 19,4% respectivamente). Alrededor de un 30% de los estudiantes de ambos sexos fuman todos los días.

Quienes, cuánto y cómo consumen drogas ilícitas y de uso indebido

- ❑ Un 9,6% de los estudiantes consumieron alguna droga ilícita en el último año y la de mayor prevalencia es marihuana (8,4%), seguida por cocaína (2,3%). El uso sin prescripción médica de tranquilizantes alcanza al 2,1% de los estudiantes y el de estimulantes al 1,5%. Consumieron pasta base-paco el

⁴² Resultados de la Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes del nivel medio 2009. El informe completo se encuentra en: http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/INFORME_FINAL-ESCOLARES_MEDIOS_2009_v3.pdf

0,9% de los estudiantes y el 1,7% consumió algún solvente o sustancia inhalable.

- ❑ Los varones consumen en mayor proporción que las mujeres.
- ❑ El consumo reciente de sustancias presenta tasas diferenciales según los grupos de edad. El consumo reciente de marihuana y cocaína se incrementa con la edad de los estudiantes, mientras que para las restantes sustancias las tasas de consumo son más altas entre los estudiantes de 15 y 16 años.
- ❑ La edad de inicio en el consumo de psicofármacos, solventes o sustancias inhalables y pasta base-paco, se encuentra en los 14 años y la de cocaína, éxtasis y marihuana en los 15 años.
- ❑ Alrededor del 20% de los estudiantes que usan marihuana y pasta base lo hacen de manera habitual o frecuente. En cambio, el consumo de éxtasis es experimental en mayor medida. Los varones tienen un consumo frecuente mayor y las mujeres un patrón de uso experimental.
- ❑ Un cuarto de los adolescentes que fumaron marihuana tuvieron problemas en la familia o el entorno por este consumo derivados de alteraciones del humor y el comportamiento. Ocurrió más entre los varones y en los estudiantes de menor edad, que alcanzó a un tercio de ellos.
- ❑ Desde el punto de vista de los nuevos usuarios del último año en el país, a medida que aumenta la edad aumenta el ingreso en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Pero, en el grupo de estudiantes de 15 y 16 años están los nuevos ingresos en el consumo de psicofármacos sin prescripción médica, solventes o sustancias inhalables, pasta base-paco, cocaína, éxtasis y otras drogas. Es decir que en este grupo etáreo el patrón de uso se complejiza.

Sintetizando...

El consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes escolarizados es el principal problema de consumo. Más de una cuarta parte de quienes tomaron bebidas alcohólicas en el último mes reconoce haberse emborrachado y/o haber tomado en exceso en una misma salida u ocasión. Si bien este problema aparece con mayor frecuencia entre los varones, también ocurre en magnitudes importantes entre las mujeres, condición favorable a situaciones de violencia, accidentes, intoxicaciones, descontrol en el cuidado de la salud (embarazos precoces, contagios, etc.). El uso de alcohol y de manera abusiva, es un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas, incrementando la situación de vulnerabilidad en esta población adolescente.

El consumo de alcohol combinado con éxtasis o las pastillas que consumen con el nombre de éxtasis y con bebidas energizantes, agravan el problema.

El consumo abusivo o riesgoso ocurre principalmente durante los fines de semana, precisamente cuando existe mayor tolerancia social, del entorno y familiar, para el desarrollo de estas condiciones, al ser el fin de semana el espacio natural de diversión.

Los estudiantes de 15 y 16 años se configuran como una población de alto riesgo, por el fuerte incremento en el consumo a partir de esta edad y de los nuevos casos o incidencia del consumo en el último año. También en este grupo se incrementa el porcentaje de quienes sienten curiosidad y propensión por consumir drogas ilícitas.

3. Las condiciones sociales y personales de riesgo

En la población adulta

En cada estudio se indagó sobre la percepción del riesgo que tiene la población sobre el consumo de sustancias. Se les preguntó: *“En su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume....”*, y las opciones de respuesta contemplaron las siguientes opiniones: Ningún riesgo, Riesgo leve o moderado, Gran Riesgo y No sabe qué riesgo corre. Se entiende a la percepción de riesgo como una variable ordinal, en la cual, la mayor o menor percepción de riesgo será un factor de riesgo o de protección, es decir, que en los polos de la variable tendremos una medida del factor como positivo o negativo.

La pregunta indaga en forma general sobre las percepciones de riesgo o daño que las personas atribuyen al uso de diferentes sustancias e incluso diferenciando la frecuencia del uso. De esta manera, la opinión se da sobre el uso ocasional o de alguna vez de cada sustancia y del uso frecuente.

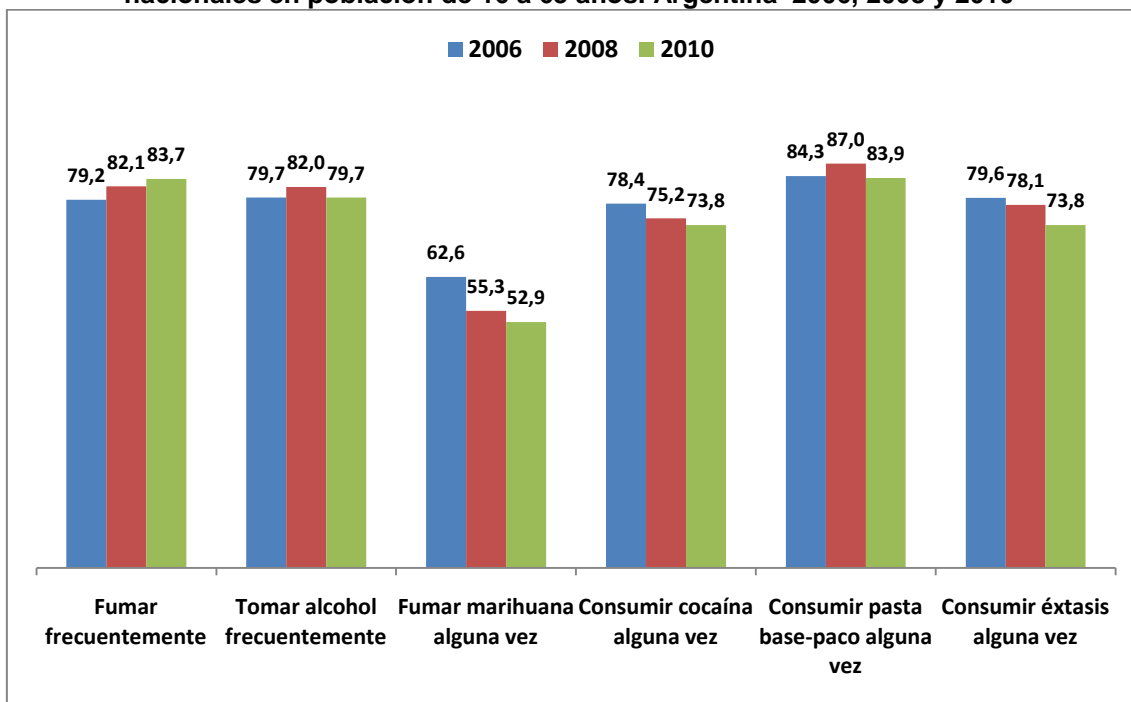
El gráfico siguiente muestra la magnitud y tendencia de la percepción del daño de la población de 16 a 65 años, respecto del uso frecuente de tabaco y alcohol y del uso ocasional de marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis. Se tiene en cuenta la opinión sobre el uso ocasional de drogas ilícitas porque indica con mayor claridad la situación de riesgo frente a un probable consumo. El uso frecuente, de cualquier sustancia, siempre está acompañado por una alta percepción de riesgo.

Los datos indican que:

- ✓ La única percepción de gran riesgo que creció entre el 2006 y el 2010 es sobre el fumar frecuentemente, opinión que se iguala a la percepción del daño del uso ocasional de pasta base-paco. Siendo estas dos sustancias y sus usos frecuente (tabaco) y ocasional (pasta base-paco) las de mayor percepción de riesgo.
- ✓ La percepción de daño asociado al uso frecuente de bebidas alcohólicas se mantiene estable entre el 2006 y 2010.
- ✓ La droga que mayor tolerancia presenta en su uso ocasional es marihuana, en el 2010 sólo el 52.9% piensa que esta modalidad de uso es de gran riesgo. En el 2010 la tolerancia al consumo ocasional de marihuana creció, debido a que bajó 10 puntos la percepción de gran riesgo.

- ✓ El uso ocasional de cocaína y éxtasis tiene en el 2010 menos detractores que en el 2006, de todas maneras, el porcentaje de percepción del daño supera al 70% de la población.

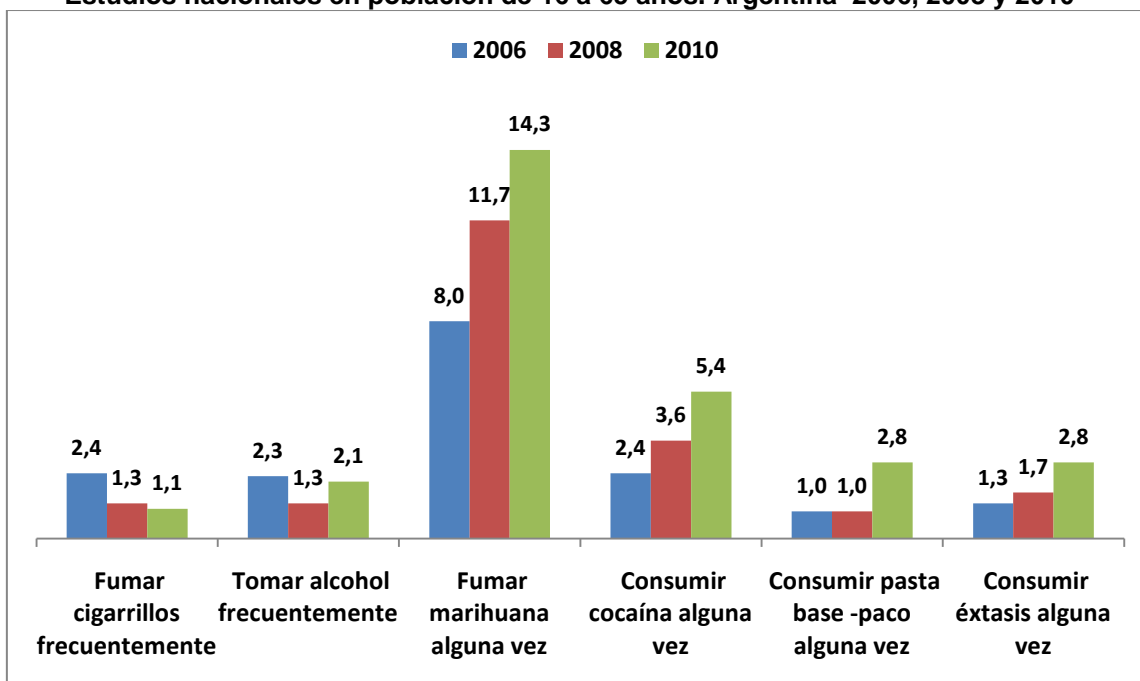
Grafico 15
Porcentaje de personas que evalúan de Gran Riesgo el consumo de sustancias. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



El gráfico anterior mostraba la magnitud de población que tiene menor tolerancia al consumo de sustancias por el gran riesgo que evalúan el consumo de las mismas, incluso el consumo ocasional o de alguna vez de drogas ilícitas.

En el gráfico siguiente los porcentajes indican la proporción de personas que consideran en los distintos estudios, que el uso frecuente de alcohol y tabaco y el uso ocasional de drogas ilícitas no acarrearán ningún riesgo para quien consume. Es una población que se encontraría en condiciones de vulnerabilidad frente a la oferta o situaciones de consumo.

Grafico 16
Porcentaje de personas que evalúan de Ningún Riesgo el consumo de sustancias.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



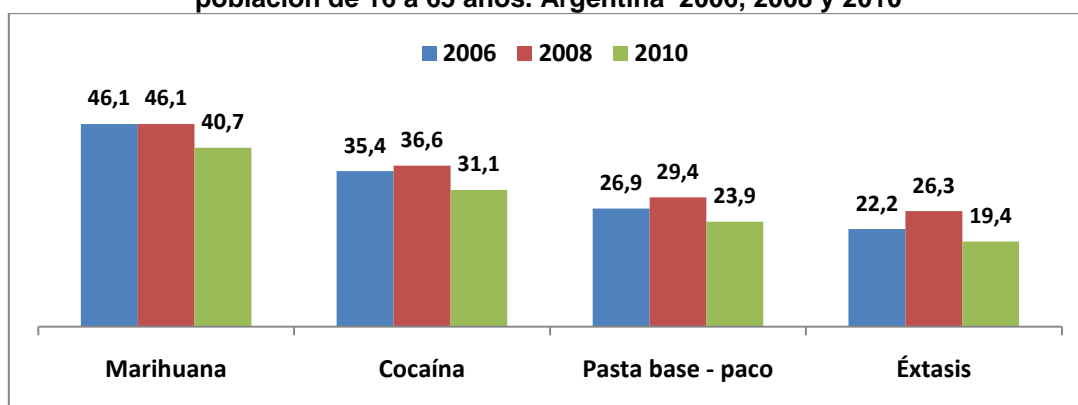
Los datos nos permiten sostener:

- ✓ La percepción de ningún daño asociado a **fumar tabaco frecuentemente** solo tiene un 1.1% de adhesión en la población en el año 2010, siendo la mitad de lo que era en el 2006.
- ✓ La percepción de no daño del **uso frecuente de alcohol** es baja, del 2% en el 2006 y 2010.
- ✓ La droga que mayor tolerancia presenta en su **uso ocasional es marihuana**, en el 2010 el 14.3% piensa que esta modalidad de uso no tiene riesgo. En el 2010 la tolerancia al consumo ocasional de marihuana creció, casi se duplicó la percepción del uso no riesgoso.
- ✓ La segunda droga ilícita cuyo uso ocasional es más tolerable es cocaína, que en el 2010 creció al doble la proporción de personas que consideran que su uso no conlleva ningún riesgo.
- ✓ En un 2.8% la población cree que el uso ocasional de pasta base-paco y éxtasis no tiene riesgos y en relación al 2006 esta magnitud es más del doble.

Las personas encuestadas en cada estudio respondieron a la pregunta sobre la percepción de la facilidad de acceso a las diferentes drogas, pudiendo responder Muy fácil, fácil, difícil y no podría conseguir. La percepción se nutre de varias fuentes, desde la experiencia individual, el medio en el cual se encuentra el sujeto, los mensajes y lecturas realizadas por los medios de comunicación, las noticias y hechos vinculados al consumo y el tráfico, entre otros. El gráfico siguiente muestra el porcentaje de personas que consideraron muy fácil y fácil el acceso a cada una de las drogas.

En primer lugar, marihuana es la droga de mayor percepción de facilidad de acceso seguida de cocaína, en todos los estudios. En segundo lugar observamos una tendencia decreciente en la magnitud de personas que perciben fácil el acceso.

Gráfico 17
Porcentaje de personas que consideran fácil conseguir drogas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010

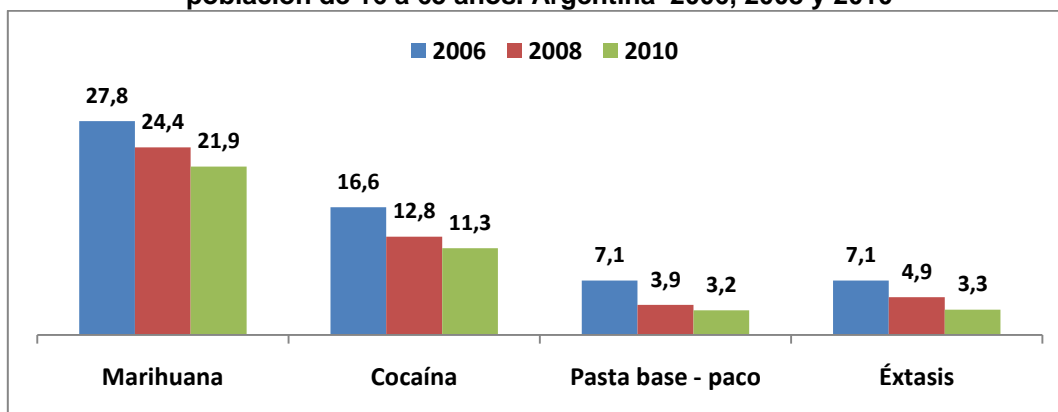


A diferencia de la percepción, los datos siguientes se corresponden con experiencias concretas de personas que en algún momento de sus vidas, recibieron oferta de cada sustancia ya sea para probar o comprar. De ahí que estas proporciones sean claramente inferiores a la percepción de facilidad de acceso.

Si bien es lógico pensar que las drogas tienen circuitos de circulación específicos según poblaciones, zonas y lugares puntuales de eventos, en promedio, los datos nacionales indican que marihuana es la droga que mayor circulación tiene seguida de cocaína, que se corresponden a las prevalencias de consumo.

En el periodo bajo observación, la oferta de drogas ha disminuido.

Grafico 18
Porcentaje de personas que recibieron oferta de drogas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



Los varones y los jóvenes son los grupos sociales más expuestos a la oferta directa de drogas ilícitas y también tienen la mayor percepción de facilidad de acceso. De todas maneras, la oferta indica una medida en la cual ocurrió efectivamente al menos un hecho por persona en el cual circuló droga. Mientras que la percepción de facilidad de acceso es una opinión que se nutre de parte de experiencia, de observaciones personales y de definiciones y noticias que circulan por los medios de comunicación y que van definiendo un estado del problema del consumo y tráfico en la sociedad.

Argentina es un país de consumo, hacia el 2008 y 2010 las estimaciones dan cuenta de un nivel inferior al consumo estimado en el 2006, pero superior en todos los casos al observado en el 2004.

En los adolescentes escolarizados

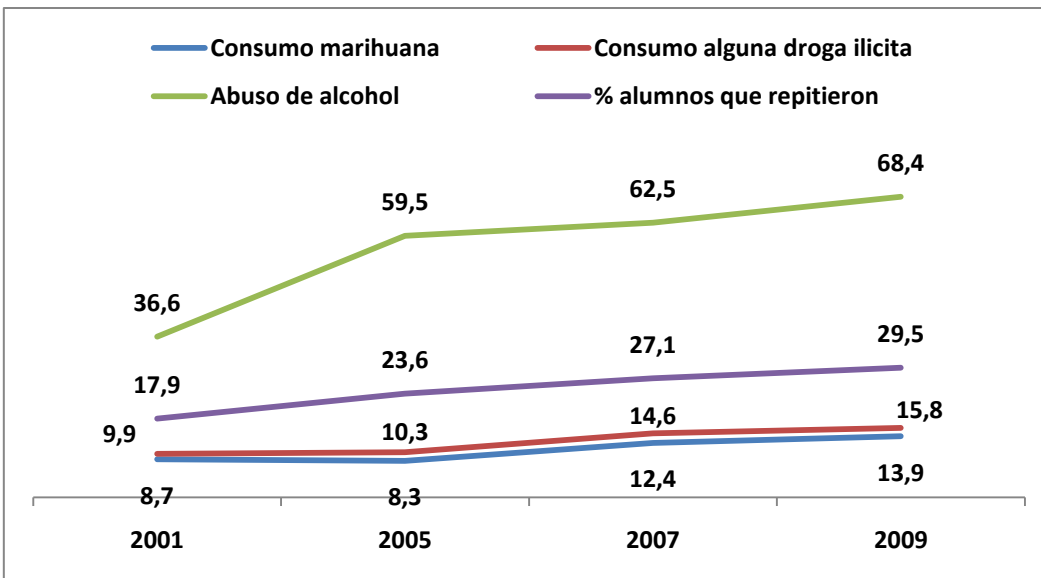
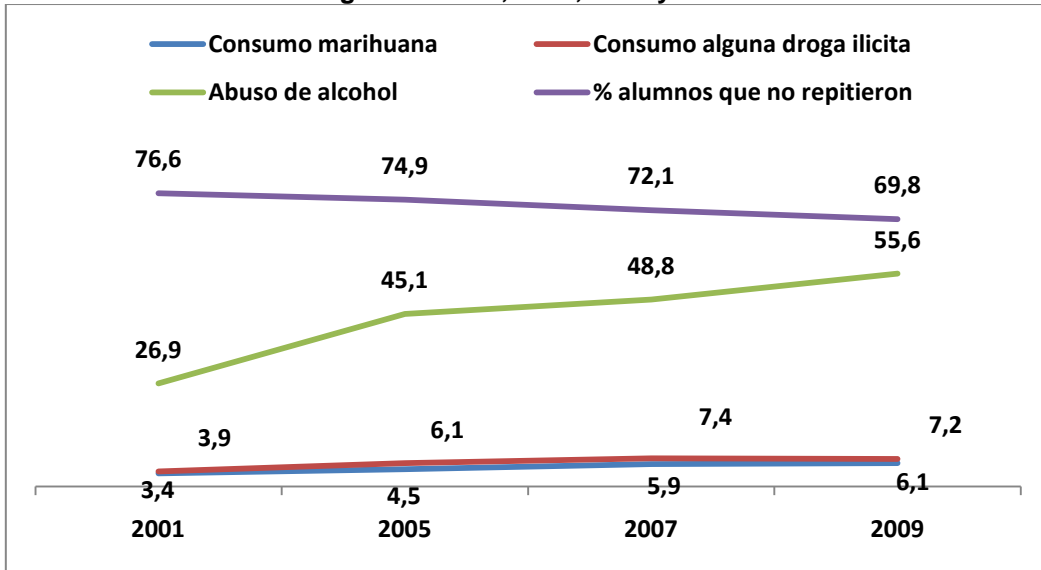
Presentar una síntesis de las condiciones de riesgo en los adolescentes escolarizados obliga a la reflexión sobre el proceso que observamos desde el 2001 a fin de la década. En este periodo sin duda, han mejorado algunos indicadores y han empeorado otros.

Desde el punto de vista del consumo, tal como se mostró anteriormente, son preocupantes los incrementos en el abuso de alcohol y en el consumo de marihuana, pero con intensidades diferenciales en este crecimiento. En tanto que disminuyen los escolares que fuman y los que consumen pasta base, cocaína e inhalables y psicofármacos sin prescripción médica.

Desde el punto de las condiciones sociales, hacia el 2009 nos encontramos con el triple de estudiantes en las aulas al momento de realizar la Encuesta nacional, debido al proceso de inclusión social provocado por las políticas nacionales en el empleo y en la economía en general. También y debido a este proceso, el porcentaje de alumnos que alguna vez repitieron se incrementa del 17.9% al 29.5% y por lo tanto, el porcentaje con alto índice de desempeño escolar decrece del 49.9% al 35.6%. Pero por otro lado, los estudiantes que tienen una buena expectativa hacia el futuro crecen del 31.4% en el 2001 al 65% en el 2009 y los que están en hogares de mayor contención familiar, crecen del 20% al 30% en igual periodo. Es decir que las condiciones macroeconómicas han modificado variables del contexto familiar y expectativas sobre el futuro personal de los adolescentes que han impactado positivamente para explicar el descenso o estabilización de los consumos de algunas drogas. No sucede de igual manera respecto del abuso de alcohol que, tal como se muestra en los siguientes gráficos, se independiza su crecimiento sostenido y en valores altos en todos los grupos analizados.

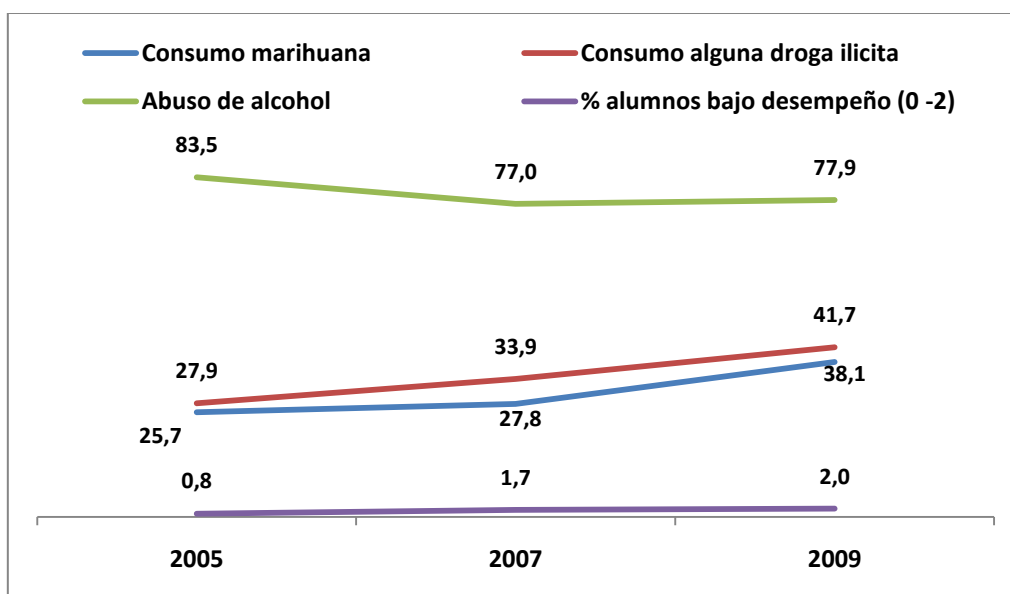
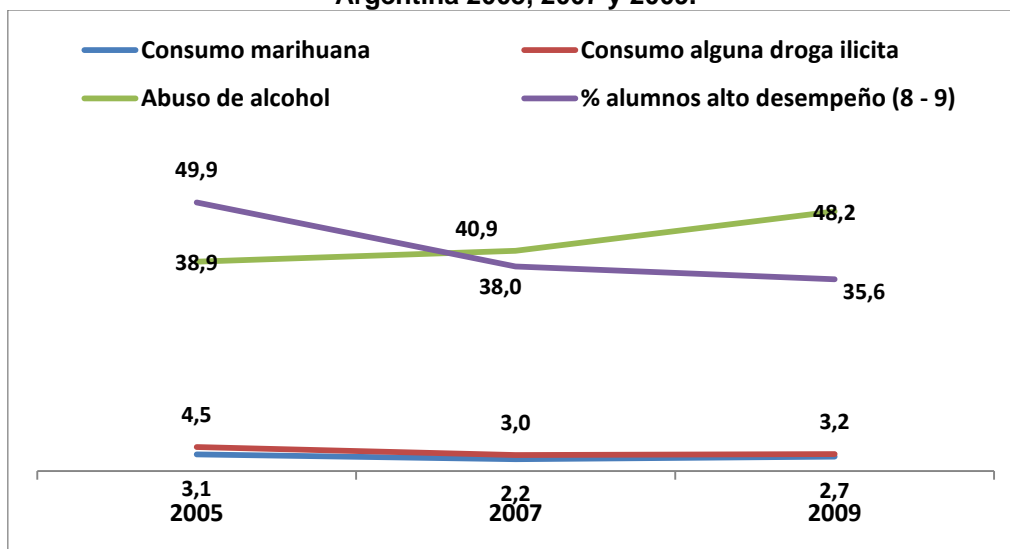
Entonces, los siguientes gráficos muestran el peso específico que los estudiantes agrupados según condiciones de riesgo o protección (repitentes y no repitentes, de bajo y alto desempeño escolar, con alta y baja contención familiar, con buenas y malas expectativas hacia el futuro) tienen en el total de estudiantes en cada año y las tasas de consumo de marihuana, alguna droga ilícita y abuso de alcohol en estos grupos.

Gráficos 19 y 20
Repitencia y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



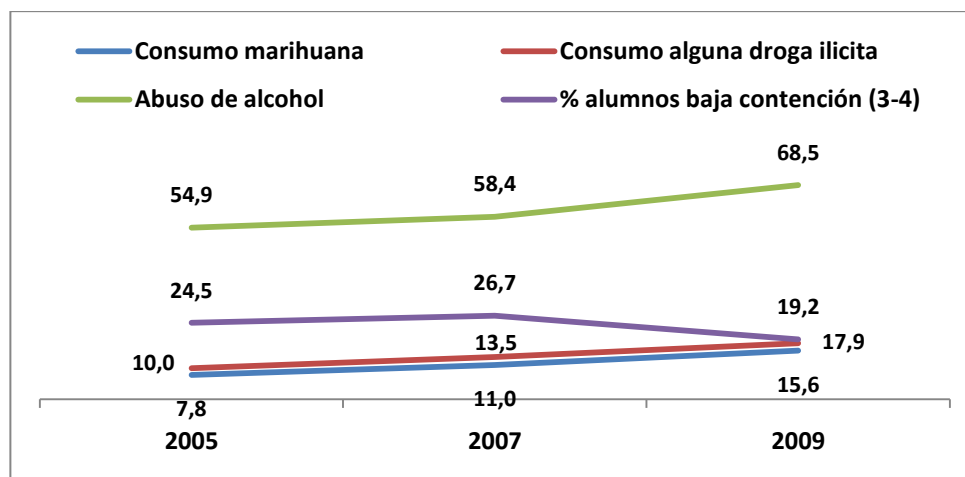
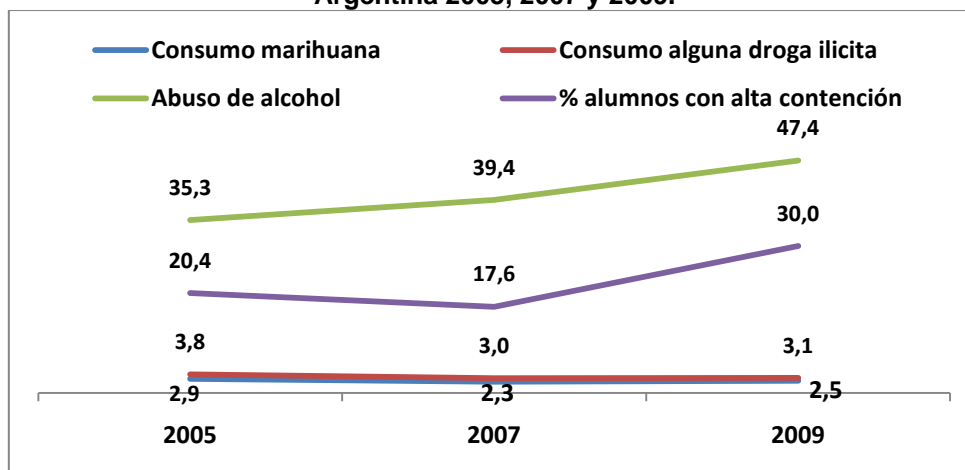
El grupo de los estudiantes que repitieron algún año o curso duplica el consumo de marihuana y alguna droga ilícita en relación a los que no repitieron. El abuso de alcohol es alto en ambos grupos, pero más de 10 puntos entre los repitentes.

Graficos 21 y 22
Nivel de desempeño y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2005, 2007 y 2009.



Si bien el porcentaje de alumnos con alto desempeño decrece en más de 10 puntos entre el 2005 y el 2009, los consumos de marihuana y alguna droga ilícita también bajan a porcentajes cercanos al 3%. En contraposición, los alumnos con bajo de desempeño crecieron al 2% en el 2009 y el consumo en este grupo es mayor, pero desciende el abuso de alcohol aunque en valores muy altos. De todas maneras no hay que perder de vista la magnitud de estudiantes involucrados en cada grupo: 35.6% y 2% respectivamente.

Graficos 23 y 24
Contención familiar y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio
Argentina 2005, 2007 y 2009.

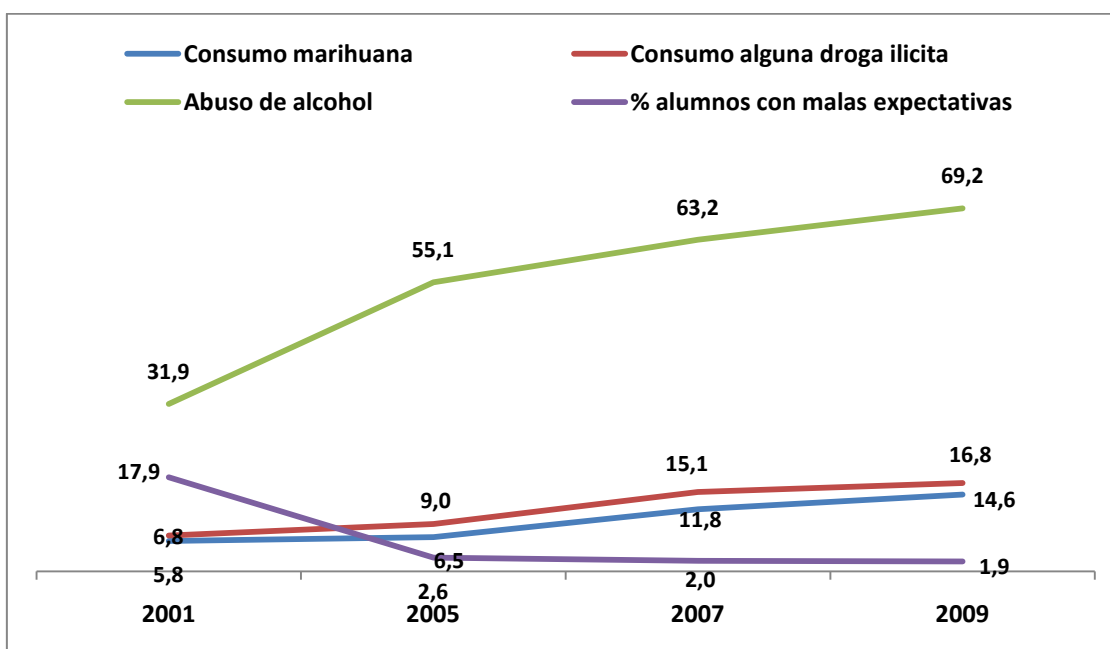
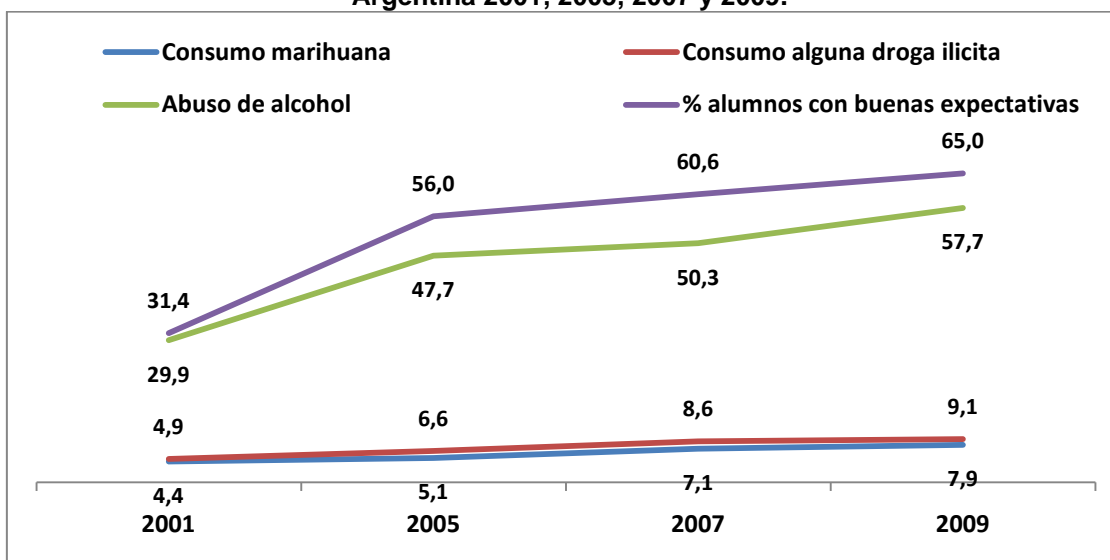


La contención familiar es una escala que permite estimar niveles de atención y cuidado que los padres tienen respecto de sus hijos adolescentes, construida a partir de indicadores de la vida cotidiana, como por ejemplo, si los padres conocen a sus amigos, si se preocupan si llegan más tarde de la hora prevista, si saben a dónde van, si conocen los programas de Tv, o internet que visitan, cuántas veces en la semana los dos o algunos de ellos comparten almuerzos, cenas o meriendas, si se interesan por cómo les va en la escuela.

Los gráficos anteriores muestran que el estado o las condiciones familiares en la vida de los estudiantes ha mejorado desde el 2005 al 2009. Por otra parte, los consumos de drogas y abuso de alcohol son notoriamente más altos en el grupo de escolares con baja contención familiar.

Entendemos que la contención familiar es un indicador que también está mostrando una situación social más amplia y que el proceso de involucramiento familiar debe estar vinculado al proceso de inclusión social que tiene el país desde el 2003.

Graficos 25 y 26
Expectativas a futuro y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.

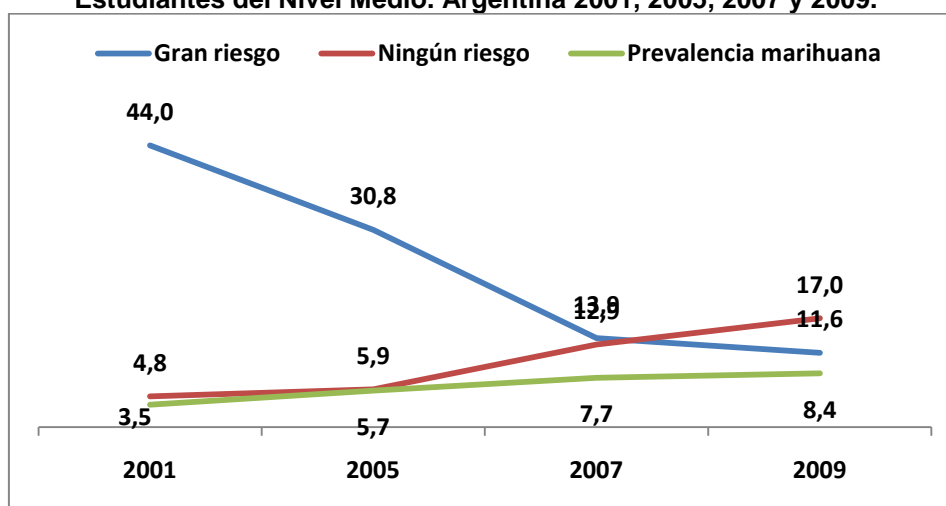


Las expectativas positivas de los estudiantes de poder realizar algún proyecto personal en el futuro que crecieron del 31.4% en el 2001 al 65% (gráficos 25 y 26) es otro indicador de las mejores condiciones sociales y familiares. Y a la inversa, la proporción de estudiantes que tienen malas expectativas cayeron del 17.9% al 1.9%. En ambos grupos los consumos de drogas y el abuso de alcohol se duplicaron, pero el peso relativo de cada uno, indica magnitudes distintas de estudiantes.

La percepción de riesgo es un indicador complejo. Permite conocer por cada sustancia y su frecuencia de uso (experimental, ocasional y frecuente) la percepción de daño asociado o bien, el nivel de desconocimiento sobre el mismo. Entre los estudiantes argentinos, el uso frecuente de todas las drogas tienen una alta percepción de riesgo, pero frente al uso experimental la marihuana goza de mayor tolerancia. El consumo de pasta base-paco tiene una alta percepción de daño y el riesgo del consumo de éxtasis psicofármacos e inhalables tiene mayor desconocimiento. Otro dato interesante para el diseño de acciones de prevención es que la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres y en los estudiantes de menor edad.

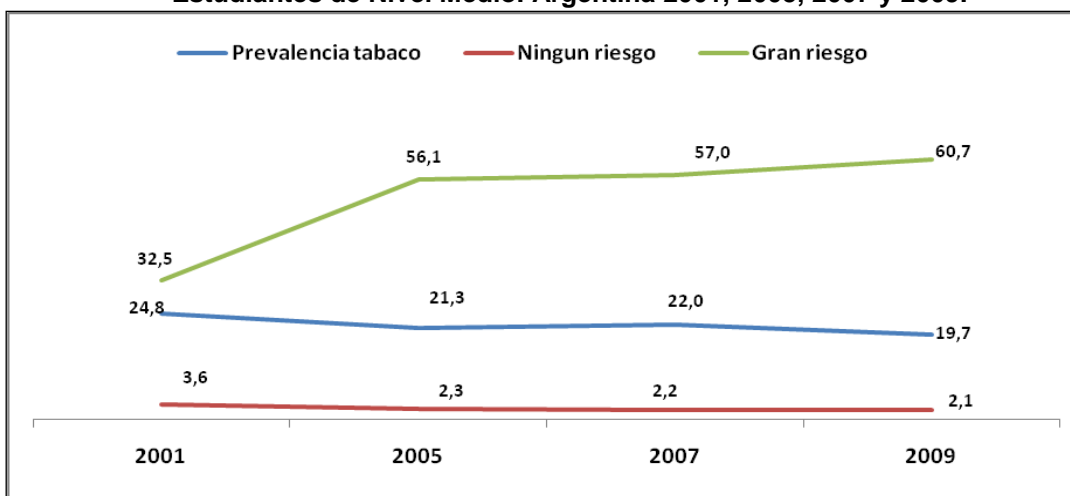
El gráfico siguiente muestra que entre el 2001 y el 2009 el incremento en el consumo de marihuana está acompañado por un decrecimiento fuerte en su percepción de daño y un consiguiente aumento de la tolerancia.

Grafico 27
Percepción de riesgo frente al consumo ocasional de marihuana. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



El descenso de estudiantes que fuman está acompañado por un fuerte incremento en la percepción de daño asociado a su uso y un descenso de tolerancia (grafico 28). Es un proceso que se está observando a escala regional y mundial y está asociado a las fuertes campañas de regular su uso en lugares públicos y de promoción de los riesgos que para la salud trae aparejado este consumo.

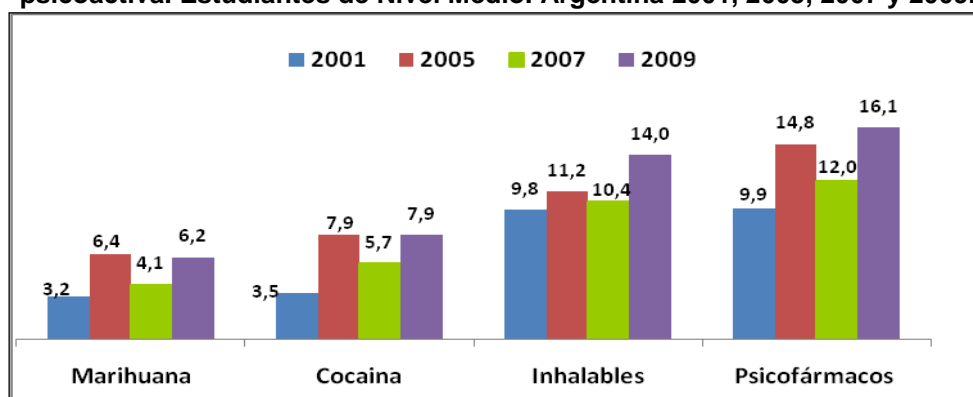
Gráfico 28
Consumo actual de tabaco y percepción de riesgo de consumir frecuentemente.
Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



El siguiente gráfico muestra por un lado, que marihuana es la sustancia donde existe el menor nivel de desinformación sobre el riesgo de su uso frecuente, seguido por cocaína. Sobre el uso de psicofármacos sin prescripción médica se encuentran los porcentajes mayores de desinformación, seguido por las sustancias inhalables.

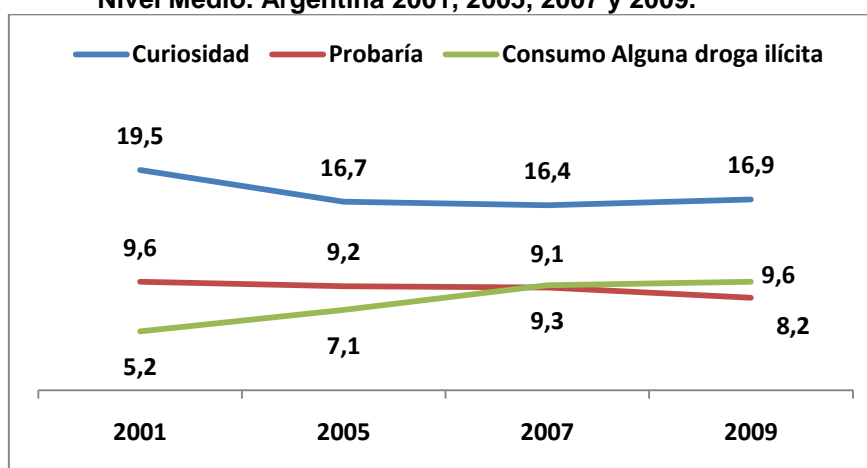
Pero también muestra que los adolescentes entre el 2001 y el 2009 están mas desinformados o mas confundidos respecto del daño del uso frecuente de sustancias y no pueden opinar sobre el mismo. Quizás producto de una sobre información o informaciones contradictorias que están generando mayores proporciones de estudiantes sin opinión formada sobre el daño asociado al consumo.

Gráfico 29
Percepción de "no saber el riesgo de consumir frecuentemente" una sustancia psicoactiva. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



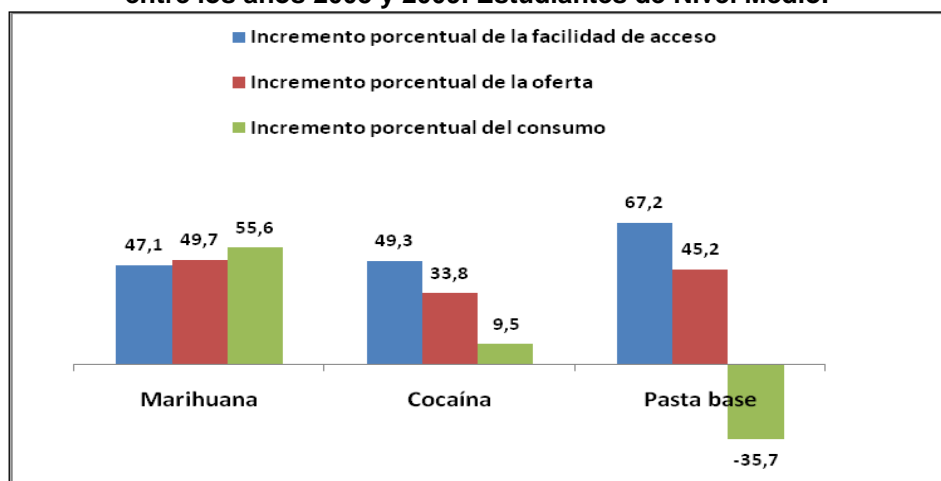
Respecto de otros factores de riesgo como la curiosidad y la propensión al consumo, desde el 2005 se mantienen estables las magnitudes de estudiantes que conforman estos grupos de riesgo, alrededor del 17%, los curiosos y del 9% los que de tener la ocasión, probarían. El incremento del consumo de alguna droga ilícita alcanza al 9.6% en el 2009. Con lo cual, existen otros factores que median entre la oferta y percepción de facilidad de acceso a las distintas drogas y el consumo realizado.

Gráfico 30
Curiosidad, propensión al consumo y prevalencia de alguna droga ilícita. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009.



El análisis de los incrementos porcentuales tanto de la oferta como de consumo según cada sustancia indica que el incremento en el consumo de marihuana se corresponde con el incremento de su oferta, en tanto que los incrementos de los estudiantes que dijeron haber recibido oferta de cocaína y pasta base no se corresponden con iguales incrementos en el consumo, que son sensiblemente menores. Esto nos está indicando que algunos factores de protección intervienen entre la situación de oferta y consumo, imposibilitando la concreción del mismo.

Grafico 31
Incrementos porcentuales de oferta, facilidad de acceso y consumo según sustancias, entre los años 2005 y 2009. Estudiantes de Nivel Medio.



4. Las interpretaciones y miradas de los usuarios

El enfoque cualitativo nos ha permitido comprender el sentido que algunas prácticas de consumo tienen para la población y de esta manera, es posible completar y profundizar el estudio sobre determinados patrones de consumo.

En este sentido, el OAD ha alcanzado un análisis integral al completar el diagnóstico epidemiológico con abordajes cualitativos en los siguientes temas: el consumo de alcohol en los adolescentes, el consumo de psicofármacos en adultos y la medicalización de la infancia, el impacto del consumo de pasta base-paco en la historia de consumo de quienes se encuentran en tratamiento, el análisis de las trayectorias de vida y de consumo en población privada de libertad, el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en el marco más amplio de los consumos culturales, la relación entre escuela, trabajo y proyecto de vida dentro del enfoque de los factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes de sectores socioeconómicos bajos y las miradas de los pacientes en tratamiento en relación a su experiencia con los programas de tratamiento recibido.

Sería imposible reproducir en una apretada síntesis la riqueza que estos estudios han brindado, pero podemos detallar aportes que considero significativos en algunos temas puntuales.

Los adolescentes y el consumo de alcohol⁴³

Interpretar el consumo de alcohol en adolescentes en el marco de un concepto más amplio de la “idea de producción del yo”, es uno de los aportes del abordaje cualitativo realizado en el año 2005. La construcción de una tipología de padres y una descripción de los rituales de consumo de alcohol fueron otros importantes aportes para comprender este patrón específico de uso.

“El producirse uno mismo, que se activa en determinadas situaciones, generalmente asociadas a la noche del fin de semana y el alcohol resulta un insumo central en esa auto producción. A pesar del carácter externo con que se asume el cambio, la construcción de la identidad se conforma como un espacio en donde no entran modelos de vida posibles. Más bien lo que prevalece es la idea de una identidad que

⁴³ Para consultar el informe completo ver:
http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Imaginarlos_Sociales_y_Practicas_de_Consumo_de_Alcohol_en_Ad.pdf

se construye de modo personal y sin mediaciones, una auto producción que abre el paso a la imagen de identidad centrada en el “Yo soy yo”.

“Un punto importante que se debe considerar es la característica de ritual que adquiere el consumo de alcohol en los adolescentes. El tomar alcohol supone ciertas rutinas y puesta en escena -la ceremonia del tomar que lo impregna de significaciones. El hecho de tomar alcohol no es autotélico, su sentido no se agota allí sino que se ubica en lo que la práctica trae consigo: el consumo como dador de identidad resulta una cuestión esencial al analizar las entrevistas. Esto supone accionar mecanismos constructores de subjetividad que toman distintas formas pero que confluyen en la concreción de la idea del “ser alguien”. De este modo, el consumo resulta reflexivo en tanto el adolescente activa un juego compensatorio en el cual evalúa qué gana y qué pierde al tomar. En esa ecuación, elegir tomar no supone entonces una práctica que se escuda en el desconocimiento de sus consecuencias, es decir la invisibilidad del riesgo al menos en su sentido más directo, sino que es más bien producto de un planteo reflexivo por el cual dentro de la lógica adolescente, *se gana más al tomar de lo que se pierde al decidir no hacerlo*”.

“En este sentido, el tomar trae consigo identidad, o más bien es un insumo para la construcción identitaria abarcando principalmente dos líneas de acción orientadas a este fin y altamente relacionadas: Es una vía hacia la autonomía, en tanto supone tomar decisiones, muchas de las veces desde la delegación de la autoridad paterna: “Tomo hasta acá”, “Sé cuándo parar”, “mis padres confían en mí”, más allá de que las limitaciones auto impuestas se cumplan o no. ... Es un insumo para la realización exitosa del modelo del “Yo soy yo”. La realización de la identidad mediante el alcohol nos está hablando de un adolescente que se siente exigido a ser alguien, en parte por características propias de su etapa vital pero también y significativamente por condicionantes específicos de un clima de época que exige “ser uno mismo” -un sujeto que se construye a sí mismo- a la vez que impone un estricto menú de formas de ser en el mundo. En este menú las imágenes proyectadas por las publicidades fijan pautas de presentación del yo que impactan deliberadamente en la subjetividad contemporánea. Estas imágenes nos muestran qué necesitamos para ser hombres y mujeres felices y exitosas, características que en la realidad no necesariamente se dan conjuntamente pero que el mensaje publicitario se empeña en usar a modo de sinónimo. Las publicidades nos muestran sujetos que adquieren un aura de éxito social ni bien ingieren alcohol. La desinhibición resultante lleva a que el sujeto se perciba “a la altura de las circunstancias”. Es en este sentido en que el alcohol resulta

un insumo en el más estricto de los sentidos, es decir, *donde ya no sólo importa que me vean tomando sino que vean lo que el tomar hizo en mí*. Es este aspecto el que entendemos que lo separa incluso del tradicional imaginario de “hacerse el canchero con el vaso de cerveza en la mano”, el cual no difería de lo que era “que me vean fumando para hacerme el grande”. Y es desde acá donde mejor pueden comprenderse nuevas prácticas de consumo, sus nuevos rituales.”

La cuestión de la ritualidad, como prácticas repetidas entre un grupo que promueven y fortalecen la cohesión social, es un punto importante para comprender lo que significa la previa o el pre boliche. El estudio lo clasifica en las prácticas habituales de los adolescentes sobre el mismo describe:

“El “preboliche” o “la previa”: La casa es el espacio preponderante en donde se organiza la salida al boliche, lo que se llama “preboliche” o “previa” aunque en menor medida pueda darse también en bares que cumplen específicamente esta función. Esta denominación varía según las provincias y sectores sociales. La función del preboliche es fundamentalmente la preparación, producción, del yo: producirse para salir al boliche. La idea fuerza que sostiene el preboliche es que el adolescente debe llegar ya “entonado” al boliche, debe haber una instancia previa que lo produzca según las pautas de presentación del yo. La entonación, estar entonado, es estar preparado para que el “yo soy yo” actúe según los ítems socialmente impuestos y que se resumen en la tríada *diversión- desinhibición -descontrol*. La función y los modos del consumo de alcohol en el marco del preboliche se entienden al considerar que el “yo soy yo” de los adolescentes en la situación de boliche necesita de un yo desinhibido para construirse: “... (el preboliche) *incluye que tenés que tomar cerveza porque te animas más*”. La idea de *alcohol como insumo de producción del yo* adquiere diferentes formas según el sector social y las condiciones de existencia. El alcohol es un insumo para quien debe salir “producido” al boliche que actúa como una pasarela de identidades, algo que se percibe más en los sectores más altos en los cuales el preboliche resulta el espacio de la producción, de la preparación y donde se visualiza una mayor exigencia social. Es por esto que es en los sectores más altos donde la situación de preboliche se presentó como un ritual significativo y muy habitual, sobre todo cuando este se realiza en las casas, ya que el grupo reducido de amigos y los juegos con alcohol actúan como instancia preparatoria para presentarse según los cánones de exigencia a un círculo social extendido como es el del boliche.”

La medicalización de la vida cotidiana⁴⁴

Los estudios nacionales en escolares pero sobre todo en población general nos alertaron sobre un alto consumo de psicofármacos, sobre todo de tranquilizantes y antidepresivos en la población general, más en los adultos. La alerta estaba puesta en el uso tanto bajo prescripción como sin ella y entendimos que estábamos frente a un patrón de uso que era necesario profundizar y conceptualizar. Esta conceptualización se logró a partir del abordaje cualitativo, realizado en el año 2006, que puso sobre el escenario una problemática nueva en la cual están involucrados los usuarios, los médicos y las industrias farmacéuticas que en el contexto de un clima de época centrado en el exitismo, hedonismo y exigencias de performance social, el uso y abuso de psicotrópicos definen un nuevo patrón de consumo. Por otra parte, colocar este tema en la discusión de los usos y abusos de sustancias psicoactivas, nos permite correr el telón y visualizar los consumos del mundo adulto y de la clase media e incorporarlos como problemáticos, conjuntamente con los jóvenes, quienes son los sujetos usualmente estigmatizados.

Sobre este patrón de uso, algunas de las conclusiones de gran significancia:

“La mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones. Ello abona un clima de democratización del saber médico al tiempo que las posiciona y califica mejor para encarar una autogestión de sus malestares, muchas veces a través de la dinámica de ensayo y error. Finalmente, esta producción de saber, la práctica misma y el aprendizaje dado a partir de las frecuentes visitas al consultorio, son factores que sostienen una imagen de mujer consumidora, lega y proveedora de pastillas al interior del ámbito familiar o del círculo de amistades. Se conforma de tal modo un cierto movimiento circular que integra prescripción, consultas, automedicación y recomendaciones de consumo, consolidando en el imaginario a las mujeres como consumidoras por excelencia”.

“El estudio puso en evidencia que existe una aproximación diferencial al profesional médico en hombres y mujeres; en edades jóvenes y medianas el médico llega simbólicamente al hogar a través de la mujer. Mientras en edades avanzadas ambos frecuentan distintos profesionales de la salud y la relación establecida se enmarca cerca de lo habitual o cotidiano, en adultos jóvenes y de mediana edad, la diferencia entre varones y mujeres en la frecuencia de visitas a profesionales médicos es notoria.

⁴⁴ El informe completo puede verse en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/MedicVidaCot.pdf>

El casi inexistente hábito masculino de visitar al médico regularmente en edades menores, lleva a que su vinculación con la prescripción y el consumo de medicamentos (psicofármacos y otros) y por tanto, con el médico, sea a través de la mujer de la casa (esposa o madre), quien sí suele entablar una relación habitual con el profesional, tanto por ella como por consultas de los hijos de edades pequeñas”.

“Los imaginarios convocados por la publicidad de los laboratorios se corresponden con las representaciones sociales que surgen en los grupos, lo cual permite observar la circulación de valores e ideas fuerza, consolidando modelos culturales y proyectando conductas. Desde los mismos laboratorios, se hace una distinción entre aquellas publicidades pensadas para el universo restringido del médico que prescribe el medicamento y aquellas que apelan a lo emocional y a ideales de calidad de vida, dejando de lado o desplazando la cuestión médica a un segundo plano. En este sentido, si bien existe una ley que prohíbe la venta libre y la publicidad de medicamentos en medios de divulgación masiva diferenciándolos de las estrategias de mercado de otros productos de venta masiva y /o libre, se asume que no alcanza a contrarrestar las diversas estrategias de discurso y práctica que llevan al proceso de banalización del consumo. Esto se explica por mecanismos que desde fuera y dentro del campo médico y la industria farmacéutica intervienen en la idea de medicalización de la vida cotidiana. Como ejemplo cabe destacar la creciente “puesta en escena” del consumo de psicotrópicos en forma banalizada que aparece en los medios de comunicación, donde conductores famosos buscan intimidad con el espectador comentando que toman ansiolíticos para soportar el estrés de un programa diario, o en una ficción el personaje protagónico ofrece a otro una pastilla para dormir con la mayor naturalidad posible”.

“De la clasificación que presentamos en el primer capítulo, podemos distinguir al grupo de tranquilizantes o ansiolíticos del tipo Benzodiazepinas como las drogas más conocidas y usadas por las personas entrevistadas. Su función se amplía como inductores del sueño, en tanto efecto de su poder tranquilizante, por lo que se usan en muchos casos “para descansar mejor” o “conciliar el sueño”. Por otro lado, cada droga tiene una especificidad que permite, en ciertos casos, relacionar su poder ansiolítico y tranquilizante con trastornos de angustia, insomnio, etcétera. Este grupo de drogas es el que presenta una mayor naturalización y banalización en su uso, según lo que se manifiesta en las entrevistas. En los imaginarios, las benzodiazepinas, al ser drogas de uso más extendido y naturalizado, aparecen como drogas “todo terreno” y en

muchos casos se habla de ella como “la aspirina”, lo cual demuestra el grado de naturalidad en el consumo”.

“Entre los malestares mencionados como motivadores del consumo, aparece la imposibilidad de conciliar el sueño o un mal descanso, entendiendo que esto arrastra luego otros malestares como ansiedad y falta de rendimiento durante la jornada. Es decir, no es el dormir lo que más preocupa sino los efectos que ese buen dormir trae en el rendimiento, lo que le imprime una idea de instrumentalidad: *si no duermo bien, luego no sirvo*. Cuando el consumo se fundamenta en trastornos de sueño, parece haber una frecuencia de uso habitual o cotidiano mayor que ante otros malestares.”

“El estrés, la ansiedad, la angustia, también aparecieron de modo recurrente como factores de consumo. En muchos casos, sobre todo en las mujeres, se los consignó dentro de rótulos de malestares “de moda” como ataque de pánico o depresión. Esta definición en algunos casos fue dada por el médico; en otras el paciente fue con esa inquietud al profesional. Lo interesante es que cuando el rótulo del malestar aparece tipificado en alguna enfermedad, los entrevistados suelen aludir a algún tipo de intervención médica, aunque sea sólo cumpliendo el rol de prescriptor o “médico recetador” que avala el autodiagnóstico o lo nomina, reduciendo en algún punto la angustia al saber “de qué se trata”.

Los pacientes en tratamiento

La mirada y la experiencia contada por los pacientes en tratamiento, que fueron abordados en dos estudios diferentes, uno que se concentró en los que buscaron tratamiento por pasta base-paco y otro que se realizó en el marco del proceso evaluativo de los programas de tratamiento, brindaron información de gran relevancia para el conocimiento de la problemática.

El estudio de los demandantes de tratamiento por pasta base-paco⁴⁵ ahondó sobre diferentes aspectos importantes como las distintas denominaciones que la sustancia tiene y las diferentes formas de administración y el uso indistinto que los usuarios le dan y por lo tanto, complejizan el registro. Por otra parte, corroboramos escuchando el sentido dado por sus protagonistas, que el consumo de esta sustancia ocurre en tercer o cuarto lugar en la historia de consumo de drogas ilícitas y marca un antes y un

⁴⁵ El informe completo puede consultarse en:
http://www.observatorio.gov.ar/informes/regionales/Aspectos_cualitativos_del_consumo_de_pasta_base_de_cocaina.pdf

después en la historia de las personas. Es el punto en el cual “se toca fondo” y se pide ayuda. También se conocieron historias de personas provenientes de la clase media y de esta forma, cuando el proceso adictivo está en plena ebullición, las sustancias dejan de ser prioritarias para ciertos sectores sociales.

El abordaje de los pacientes en el marco de la evaluación de programas⁴⁶, permitió reconstruir las historias del consumo, los costos personales del consumo, el momento de la búsqueda de ayuda, el peso de los motivos y la perspectiva sobre el propio tratamiento recibido. La información producida tiene un incommensurable valor para comprender el proceso de las adicciones y de la problemática instaurada alrededor de las prestaciones que el paciente debiera o no tener. La importancia de la voluntad y las condiciones para que ella emerja, el rol que como apoyo u obstaculizador tiene la familia, las grandes diferencias que aparecen de acuerdo a los géneros.

A modo de síntesis, se transcriben algunas de estas conclusiones:

El inicio de la adicción

Una vez pasada esta primera etapa en la que se “prueban” diferentes sustancias, el consumo se intensifica y se crea la dependencia que genera la adicción, el “no poder parar” asociado a la pérdida de libertad:

...desde los 13, ya al último no podía parar consumía de todo y todos los días [...] (consumí) Cinco o seis años, no sé bien, pero más o menos, (Varón, 24 años)

... tuve períodos en los que era todo los días durante varios meses, tres o cuatro meses todos los días... después dejé, pero era dos veces o tres por semana y la cantidad de plata que gasté es notable, no?” (Varón, 25 años).

Las pérdidas

A la distancia, han tomado conciencia de la amplitud de las pérdidas ocasionadas: pérdidas materiales, pérdidas afectivas, pérdida de conciencia, pérdida de la salud. Se puede ver que llega un punto donde la adicción se hace cada vez mayor y afecta todos los planos de la vida.

A mí me pasaron un montón de cosas porque yo pasé por la situación de calle...Yo dejé todo: mi casa mi vida, yo no volví más a mi casa. O sea dejé a mi hijo el más grande, que ahora tiene 16 años, que tendría a cuatro años en esa época. (Mujer, 39 años)

Los tratamientos previos

Cuando existe una valoración positiva de los tratamientos previos, éstos son

⁴⁶ El documento completo puede consultarse en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/EvaluacionProgramasTratamiento-UnAnioDespues_v3.pdf

considerados un “tiempo” que en algún sentido “se acumula” (incluso para aquellos que lograron el alta y que luego tuvieron una recaída). Por una parte suelen implicar un tiempo de abstinencia y por la otra forman parte de un proceso de aprendizaje que se capitaliza con posteridad.

Hice otro tratamiento ambulatorio hace 15 años atrás, algo así... después de ese tratamiento, estuve ocho años sin consumir, más o menos. ... me sirvió sí, me sirvió. En este interin me puse en pareja, tuve mis hijos... (Varón, 52 años)

Estuve siete meses con abstinencia, estuve internado con salidas, y cuando empecé a salir, así ambulatoriamente, tuve algunas recaídas. Y después... bueno terminé el tratamiento... pero como te digo ¿viste? Era mitad tratamiento y mitad mentirme a mí mismo.. Igual anduve de un poquito mejor un tiempo, unos años ¿viste? Pero nunca dejé de consumir en realidad. (Varón, 39 años)”

La búsqueda del tratamiento

Pero, como ya lo sugieren los testimonios anteriores, muchos llegan a una situación límite, “el no poder más”, “el tocar fondo” que los lleva a buscar el apoyo de un familiar, con frecuencia de alguno de los padres y a veces de la pareja para concretar el inicio de un tratamiento.

*...yo estuve re mal, es más, **toqué fondo**... porque hacía como 10 años que andaba por ahí consumiendo. Por mi parte, pedí ayuda a mi mamá, porque yo dije “No”. No quiero terminar mal, en un loquero; porque yo estaba quedando mal, ya me estaba pegando mal... me estaba alucinando cosas, escuchaba voces... yo le pedí por favor a mi mamá que me ayudara porque **yo ya no aguantaba más**. (Mujer, 39 años)*

*... simplemente porque **ya estaba cansado, no poder solo**... y bueno dejé de lado la omnipotencia y...y... pedí ayuda” me llevó mi vieja porque ya no me podía bancar yo siempre que consumía decía: bueno; nunca más, nunca más, nunca más... y siempre volvía a consumir. Entonces un día dije, “bueno basta”... (Varón, 24 años)*

Sobre el tratamiento actual

Una vez superado el “shock” del principio, se combinan varios factores, algunos internos (la toma de conciencia, la aceptación, las ganas de cambiar) y otros externos (el afecto de los compañeros, la contención de los profesionales, la asunción de tareas y responsabilidades) que permiten sostener el tratamiento. Sin embargo algunos vuelven a experimentar dificultades más adelante, fundamentalmente por cansancio o saturación, reiteración de rutinas.

Creo que el momento más difícil fue a la mitad del tratamiento, se te hace como pesado...pero es también uno, como lo quiere hacer...me dí cuenta que primero se me empezó a hacer pesado, que los días se me pasaban muy lentos y eso no tiene nada que ver, porque los días se pasan volando, entonces es de acá para allá...más cuando ya tenés salida, en ese tiempo...” (Varón, 30 años)

Ocho o nueve meses atrás, estaba saturado del tratamiento... bueno es normal no me pasaba a mi solo Está todo lindo el tratamiento, pero cansa también. Bueno yo aunque sea pedía que el día que quería trabajar, me pusieran a barrer una vereda, no importa en qué...bueno, en una gestión del padre de un compañero habló en esta empresa y bueno estuve tres meses contratado. Tuve situaciones de consumo, me empecé a encontrar con... La verdad que sí y pude haber recaído Pero después... yo tengo memoria con mi vida... y digo no, si empezás una vez después ya no. (Varón, 35 años)

Mas allá del agradecimiento a SEDRONAR o a la institución en la que transitaron su tratamiento han incorporado la percepción que nada habría sido posible sin su voluntad de cambiar. En ese sentido hay cierta coincidencia en remarcar que sin la decisión interna de cambiar y rehabilitarse no es posible la recuperación. No importa si este “clic” ocurra antes de iniciar el tratamiento o en el curso del mismo, la cuestión es que se produzca ese momento interno en el que se comprende que una buena parte de la recuperación depende de esta decisión y ganas de cambiar.

*Porque **nadie mejor que vos para salir adelante**. Porque si querés seguir en la joda, querés seguir jodiendo, te hacés mierda enseguida, no jodás tanto. Pero a mí me sirvió mucho porque yo me interné, me sirvió todas las cosas que hice ahí en xxxx. (Mujer, 39 año)*

*Mayormente yo, yo fui el que... porque hay mucha gente que empieza el tratamiento y lo deja. No es que sea una ciencia milagrosa tampoco, creo que **depende mucho de la decisión de uno, de uno sí, sí...**” (Varón, 24 años)*

5. Demanda de tratamiento y oferta sanitaria

A modo de continuación con el tema anterior, los pacientes en tratamiento, que fueron comprendidos en su historia a través de los abordajes cualitativos, en este acápite intentaremos dar una estimación epidemiológica sobre la demanda potencial, la efectuada y la efectiva.

Según el último Estudio Nacional en población de 12 a 65 años del 2010, la **demanda potencial de tratamiento**, compuesta por los usuarios problemáticos de alcohol (alrededor de 1.344.317 personas), los usuarios de marihuana y cocaína que presentan signos y síntomas de dependencia (105.554 y 73.680 personas aproximadamente), suman **1.523.551** usuarios que estarían en condición de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento.

La **demanda de tratamiento realizada o efectuada**, tomando como fuente el mismo estudio nacional, es de aproximadamente **136.386 personas**, que dijeron que durante el último año buscaron ayuda, y representan el 1.1% del total de usuarios de alguna sustancia en el último año. Esta demanda ocurrió en igual medida entre mujeres y varones, en mayor medida a partir de los 50 años.

Los resultados de esta demanda efectuada según el Estudio Nacional en población general indica que el 32,9% de los que buscaron ayuda, unas 44.904 personas, estaban en tratamiento en el momento de la encuesta, un 30,6% lo estuvo y cerca de un 35%, unas 47.572 personas que buscaron, no se insertaron en programas o espacios de atención.

Los resultados de la búsqueda de ayuda profesional por problemas vinculados al consumo de alguna droga, incluido alcohol y tabaco, por sexo, indica que los varones, lograron acceso en un 73,6% frente al 51% de las mujeres, considerando quienes están actualmente o estuvieron bajo tratamiento en el último año.

Una cuarta parte de quienes buscaron asistencia lo han hecho en hospitales generales. Otros lugares frecuentes son los consultorios externos, centros de salud mental, comunidades terapéuticas o clínicas psiquiátricas. En menor medida se recurrió a centros de alcoholismo o grupos de autoayuda y alrededor del 10% buscó otra modalidad de ayuda como grupo de amigos, familiares, médico particular, psicólogo, etc.

La demanda efectiva, captada a través del Estudio Nacional en pacientes en Centros de tratamiento 2010⁴⁷, nos indica que estarían en tratamiento en dispositivos públicos y privados, Comunidades terapéuticas, Centros de día/noche, Hospitales generales o específicos o centros especializados, unos **21.252 pacientes** en el año 2010.

A modo de ponderar la demanda de tratamiento en el país, según estimaciones para el año 2010:

Cuadro 2
Indicadores de demanda de tratamiento. Argentina 2010

| | |
|--|---|
| Cantidad de demandantes potenciales | 1.523.551 personas |
| Tasa general de demanda potencial (Demanda potencial/total de usuarios de SPA en los últimos 12 meses) | 12.3% |
| Cantidad de demanda realizada | 136.386 personas |
| Tasa global de demanda realizada (Demanda realizada/total de usuarios de SPA en los últimos 12 meses) | 1.1% |
| Tasa específica de demanda realizada (Demanda realizada/total de usuarios problemáticos en los últimos 12 meses) | 9% |
| Demanda realizada | 21.252 pacientes en centros de tratamiento 44.904 pacientes estimados en tratamiento en todos los tipos de dispositivos o grupos |
| Tasa de demanda efectiva en Centros de Tratamiento (CT) (Demanda efectiva/total de demanda realizada) | 15.6% |
| Tasa de demanda efectiva en CT y grupos (Demanda efectiva en grupos y CT/total de demanda realizada) | 32,9% |

Entonces, en Argentina en el 2010, el 12.3% de los usuarios de sustancias psicoactivas del último año estarían en condiciones de demandar algún tipo de tratamiento para disminuir o abandonar el consumo/abuso, pero sólo el 1.1% solicita este tratamiento. Estos usuarios representan el 9% de los usuarios problemáticos.

La demanda efectiva en centros de atención públicos o privados, sean hospitales públicos, centros de tratamiento especializados, centros de desintoxicación u hospitales psiquiátricos con atención a esta problemática, es del 15.6%. Y la demanda efectiva pero realizada en cualquier dispositivo, es decir, en los anteriormente nombrados más grupos de autoayuda o iglesias, asciende al 32.9%.

⁴⁷ Se puede consultar el informe final en:
http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf

Quiénes son y por qué buscaron tratamiento?

- ❑ El análisis de las variables demográficas de los pacientes en tratamiento bajo estudio, nos muestra que es una población joven, el 42.8% de los pacientes registrados tiene hasta 24 años. Son varones el 81.9% de los pacientes y en su mayoría son solteros. Alrededor del 70% de los pacientes no ha concluido los estudios secundarios. El 93% de los pacientes trabajó alguna vez en su vida, de estos el 60.1% son activos económicamente.
- ❑ Considerando el universo bajo análisis, el 7.5% de los pacientes son mono consumidores pero excluyendo de la contabilidad a los pacientes que consumieron alcohol y tabaco, este porcentaje asciende al 17.7%.
- ❑ Los consumidores exclusivos de alcohol y tabaco son el 12.2% de los pacientes en tratamiento.
- ❑ Se observa que tanto cuando se contabilizan todas las sustancias como cuando se analizan las sustancias excluyendo el tabaco y el alcohol, los pacientes en tratamiento con historia de consumo más amplia en cantidad de drogas consumidas, son los jóvenes que tienen entre 15 a 29 años. Por otro lado, a medida que aumenta la edad de los pacientes, disminuye la cantidad de sustancias involucradas en la historia de consumo, y de manera inversa, los pacientes más jóvenes son aquellos que tienen un consumo que combina mayor cantidad de sustancias.
- ❑ En cuanto a las diferencias en los perfiles de consumo por sexo, podemos destacar que las mujeres consumen en mayor medida una y dos sustancias que los hombres y cuando se excluyen de la contabilidad las drogas legales, las mujeres son en mayor proporción más monoconsumidoras que los hombres.

| |
|--|
| <i>Drogas de inicio</i> |
| En relación a las drogas de inicio, son las drogas legales, alcohol (40.8%) y tabaco (32.1%), las que dominan el inicio del consumo. Le sigue marihuana (13.6%) y cocaína (6.8%). |
| |

El promedio de edad de inicio del consumo de sustancias es 14.7 años y entre la droga de inicio y la sexta droga consumida, existen casi 4 años de diferencia.

La edad promedio de inicio de aquellos pacientes que se iniciaron con *alcohol* es de 15.4 años, sin embargo el 48.7% de los pacientes comenzaron su historia de consumo antes de los 14 años. El 60.2% de los pacientes tomaron alcohol al menos varias veces por semana en los últimos 30 días anteriores al inicio del tratamiento. Tienen actualmente un promedio de edad de 32.2 años. La historia del consumo continúa con tabaco, marihuana, cocaína y tranquilizantes.

Los pacientes que se iniciaron con *tabaco* son, junto con los que se iniciaron con solventes, los más jóvenes. El 71.5% de los pacientes fumó cigarrillos antes de los 15 años, mientras que un 24.5% lo hizo entre los 15 y los 19 años, es decir que se iniciaron antes de los 20 años el 96%. El 85.2% de ellos fumaba todo los días antes de iniciar tratamiento. Tienen en promedio 31 años.

El 69.1% de los pacientes que se iniciaron con *solventes o sustancias inhalables* consumió esta sustancia en el mes anterior al inicio de tratamiento y el 19.1% tenía consumo diario. Un 28.5% no lo ha usado en el mes anterior al ingreso a tratamiento. El 93.1% de estos pacientes se inició en el consumo de solventes antes de cumplir los 15 años, con una edad promedio total de inicio de 11.5 años. Actualmente tienen en promedio 19.2 años.

El 96.1% de los pacientes que se iniciaron en el consumo con *marihuana* lo hicieron antes de los 20 años, y el total a una edad promedio de 14.9 años. Actualmente tienen en promedio 25.7 años. Un 47.8% de estos pacientes consumía diariamente marihuana antes de iniciar el tratamiento y el 17.3% consumía varias veces por semana.

Un 47.2% de quienes se iniciaron en el consumo con *cocaínas* presentaba consumo diario antes del tratamiento y un 24.5% varias veces por semana. El 46.6% de estos pacientes se iniciaron en el consumo cocaína entre los 15 y los 19 años, siendo que el 97.6% lo hizo antes de los 25 años, con una edad promedio de inicio de 16.2 años. Tienen una edad promedio de 27.5 años.

Los pacientes que se iniciaron con *tranquilizantes* tienen la edad promedio de inicio mayor de todas las sustancias, 18.9 años. El 29% de estos pacientes antes de ingresar al tratamiento tenía un consumo igual o mayor a una frecuencia diaria. Tienen un promedio de edad de 28.8 años.

Cuadro 3
Distribución de los pacientes según droga que motiva el tratamiento.
 Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.

| Sustancias | Casos | Porcentaje |
|--|--------------|-------------------|
| Alcohol | 4362 | 20,5 |
| Tabaco | 273 | 1,3 |
| Solventes o inhalantes | 636 | 3,0 |
| Marihuana | 2229 | 10,5 |
| Otros Tipos de Cannabis | 22 | 0,1 |
| Alucinógenos | 76 | 0,4 |
| Opiáceos (Heroína-opio-morfina) | 68 | 0,3 |
| Otros Opiáceos | 163 | 0,8 |
| Cocaína HCL | 8073 | 38,0 |
| Pasta base-paco | 1938 | 9,1 |
| Crack | 65 | 0,3 |
| Otros tipos de cocaína | 19 | 0,1 |
| Benzodiazepines | 115 | 0,5 |
| GHB | 16 | 0,1 |
| Flunitrazepam (Rohypnol ®) | 21 | 0,1 |
| Otros tranquilizantes, sedantes y depresivos | 829 | 3,9 |
| Extasis (MDMA) | 74 | 0,3 |
| Anfetaminas | 43 | 0,2 |
| Otros Estimulantes | 26 | 0,1 |
| Otras Drogas | 92 | 0,4 |
| Combinación de sustancias | 2113 | 9,9 |
| Total | 21252 | 100 |

Los pacientes acuden a tratamiento motivados principalmente por el consumo de cocaína: el 38% de los pacientes registrados en el país comenzaron tratamiento por esta sustancia. En segundo lugar se encuentran aquellos pacientes que iniciaron tratamiento por uso indebido de alcohol representando al 20.5% del total, seguido por los pacientes que están en tratamiento por consumo de marihuana (10.5%). Asimismo 1938 pacientes, el 9.1%, iniciaron tratamiento por consumo de pasta base/paco.

Por otro lado, el 9.9% de los pacientes no identificaron una única sustancia por la cual se vieron motivados a comenzar tratamiento sino que se encuentran bajo tratamiento por la combinación de varias sustancias (la principal combinación de sustancias es el uso de cocaína y alcohol -34%-, alrededor de un 15% por el consumo de marihuana y cocaína, marihuana y alcohol, y por último alcohol y tranquilizantes).

Cuadro 4
Distribución de los pacientes por droga que motiva el tratamiento agrupada según sexo y edad. Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.

| Sustancias | Sexo | | Edad | | | | | | |
|---------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Varones | Mujeres | hasta 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 y más |
| Alcohol | 19,1 | 26,9 | 10,9 | 4,8 | 5,7 | 8,8 | 12,4 | 27,8 | 62,4 |
| Tabaco | 1,4 | 0,8 | | 0,1 | | 1,3 | 2,2 | | 3,7 |
| Solventes e inhalables | 3,2 | 2,3 | 17,5 | 8,9 | 3,1 | 0,6 | 1,2 | | |
| Marihuana | 11,4 | 7,1 | 31,9 | 22,9 | 13,8 | 5,1 | 3,8 | 7,3 | 2,9 |
| Alucinógenos | 0,4 | 0,1 | | 1,4 | 0,2 | | 0,1 | | |
| Opiáceos | 1,0 | 1,5 | | 0,2 | 1,1 | 1,6 | 2,3 | 0,8 | 1,1 |
| Cocaínas | 39,2 | 34,7 | 24,4 | 29,4 | 45,7 | 56,5 | 51,9 | 51,1 | 14,1 |
| Tranquilizantes | 3,7 | 8,7 | 5,9 | 9,8 | 5,1 | 0,8 | 1,1 | 2,4 | 4,7 |
| Estimulantes | 0,1 | 1,3 | | 0,1 | 0,8 | 0,3 | | 0,2 | 0,4 |
| Pasta base- paco | 10,0 | 5,1 | 0,9 | 8,5 | 15,9 | 14,3 | 11,4 | 2,7 | 1,3 |
| Éxtasis | 0,4 | | | 1,1 | | 0,9 | | | |
| Otras drogas | 0,4 | 0,7 | | 1,5 | | 0,1 | 0,6 | 0,1 | |
| Combinación de sustancias | 9,8 | 10,7 | 8,4 | 11,3 | 8,5 | 9,6 | 12,9 | 7,6 | 9,4 |
| Total | 100 n=17396 | 100 n=3857 | 100 n=320 | 100 n=4447 | 100 n=4327 | 100 n=3153 | 100 n=2768 | 100 n=1817 | 100 n=4390 |

Los varones solicitan tratamiento motivados por cocaína, marihuana y pasta base en mayor medida que las mujeres, mientras que estas los superan principalmente en la consulta motivada por alcohol y tranquilizantes.

A excepción de los pacientes de más de 40 años y de hasta 14 años, la droga que motiva principalmente la demanda de tratamiento es cocaína. Ahora bien, los pacientes mayores buscaron tratamiento por alcohol y los de menor edad principalmente por el consumo de marihuana.

La segunda droga que motiva el tratamiento para los pacientes de entre 15 y 19 años es marihuana, pasta base en los pacientes de 20 a 29 años y alcohol y cocaína para aquellos de entre 30 a 39 años.

6. Estimaciones del impacto social del abuso

Mortalidad

El indicador de mortalidad se define como ***“el número anual de defunciones como reacción aguda, atribuible o violenta relacionada con el consumo de tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas, ocurridas en un territorio determinado.”***⁴⁸

Las últimas estimaciones realizadas refieren al año 2008, contabilizándose un total de 302.133 muertes, de las cuales 47.615 son atribuibles al consumo de drogas, lo que representa el 15,7% de las muertes totales.

De las 47.615 muertes atribuibles al consumo de drogas, corresponden un 83,1% (39.579) a tabaco, un 16,7% (7.959) a alcohol y un 0,2% (77) a drogas ilegales.

La distribución según causas refleja que un 94,7% corresponde a indirectas (enfermedades vinculadas), un 2,03% a accidentes, un 1,5% a homicidios, un 1,7% a directas (envenenamientos accidentales o no) y un 0,02% a suicidios.

A su vez, analizando las defunciones según las causas y tipo de sustancias, se observa que la mayoría (91,7%) de las muertes por causas directas son atribuibles al consumo de alcohol y el resto atribuibles al consumo de tabaco (5,3%) y drogas ilegales (3,02%). La mayoría de las muertes por accidentes y homicidios corresponden al consumo de alcohol (97,8% y 96,9%, respectivamente) y el resto a drogas ilegales. Los suicidios son atribuibles en su totalidad al consumo de drogas ilegales. En el caso de muertes por causas indirectas la distribución es completamente diferente, siendo el 87,7% atribuible al consumo de tabaco y el 12,3% restante al consumo de alcohol.

Finalmente, relacionando las muertes atribuibles al consumo de drogas con las muertes totales según sus causas, se obtuvo que, 3 de cada mil suicidios, 39 de cada cien muertes por homicidios, 21 de cada cien muertes por accidentes y 25 de cada cien muertes por causas indirectas son atribuibles al consumo de drogas.

⁴⁸ Ver informe: <http://www.observatorio.gov.ar/> Estudio de costos del abuso de sustancias psicoactivas en la Argentina. Indicadores para el año 2008.

Los resultados del Estudio de necropsia como fuente secundaria, realizadas por los Cuerpos Médicos Forenses y Criminalísticos constituyen una fuente de gran valor, ya que permiten identificar las drogas presentes y que no fueron codificadas en los certificados de defunción de los casos, al menos, judicializados.

El estudio llevado adelante por el OAD⁴⁹, se realizó con el Cuerpo Médico Forense (CMF) de la primera circunscripción judicial de la provincia de Mendoza y con el Ministerio de Salud de la provincia, a efectos de coordinar los datos obtenidos del estudio de necropsias con el registro general de mortalidad de la provincia.

De esta manera, se revisaron las necropsias realizadas por el CMF durante los años 2005, 2006 y 2007, se estudió la base de datos de mortalidad general de la provincia del mismo periodo de tiempo y se realizó un análisis de los datos obtenidos de ambas bases, a partir de la comparación de los resultados.

Se relevaron 2710 necropsias. A partir de los análisis realizados, dieron resultados positivos a “alguna de las determinaciones” 230 casos del total de las 2710 necropsias efectuadas en el período de estudio (2005, 2006, 2007), representando un 8.5% del total. Las cuatro determinaciones que registran mayor cantidad de resultados positivos son:

- Marihuana en orina: 4.6% de las determinaciones
- Cocaína en orina: 3.6% de las determinaciones
- Benzodiazepinas en orina: 2.2% de las determinaciones
- Monóxido en sangre: 1.2% de las determinaciones

Las **muerres violentas (1415)** representan el 56.1% del total de necropsias relevadas (2710) y refieren a accidentes, homicidios o suicidios.

En estas muertes violentas se analizaron las determinaciones de alcohol en sangre y de cocaína en orina tanto para accidentes, homicidios como suicidios:

- En los accidentes el 13,9% de las necropsias presentó 0.5 gr./l de alcohol en sangre o más.
- En los accidentes el 3.12% presentó cocaína positiva en orina.
- En los homicidios estudiados prácticamente el 30% presentó más de 0.5 gr./l de alcohol en sangre
- El 14.6% de los homicidios resultaron positivos para cocaína en orina.

⁴⁹ Ver informe completo en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/MuerteRelacionadaConDrogasAnalisisDeNecropsias.pdf>

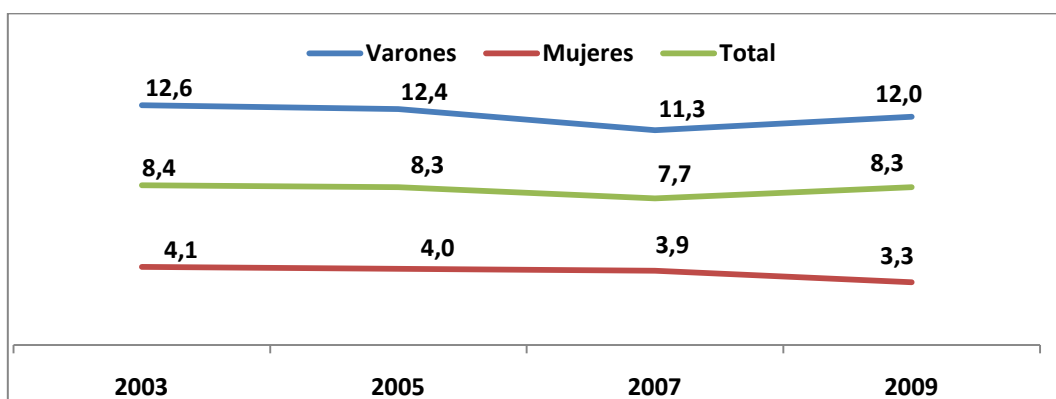
- El 11% de los suicidios dio positivo en determinación de alcohol en sangre en más de 0.5 gr./
- El 5.9% de los suicidios dio cocaína positiva en orina.

Morbilidad aguda

A partir de los Estudios nacionales en pacientes ingresantes a las salas de emergencia en los años 2003, 2005, 2007 y 2009, es posible estimar que los episodios agudos de enfermedad (traumatismos, episodios cardiovasculares, respiratorios, u otros que afecten a cualquier órgano vital), cuya manifestación o emergencia estuvo vinculada a algún consumo/abuso de sustancias psicoactivas, se ubican alrededor del 8% del total de ingresantes en una sala de emergencia. El fenómeno, que viene siendo analizado desde el 2003, nos permite sostener que es más frecuente en los varones y en las edades jóvenes, de 16 a 25 años.

Cabe destacar que del total de pacientes ingresantes con algún tipo de consumo, este porcentaje de asociación se incrementa a alrededor del 20%.

Grafico 32
Porcentaje de consultas de emergencia cuya causa estuvo relacionada al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007 - 2009.

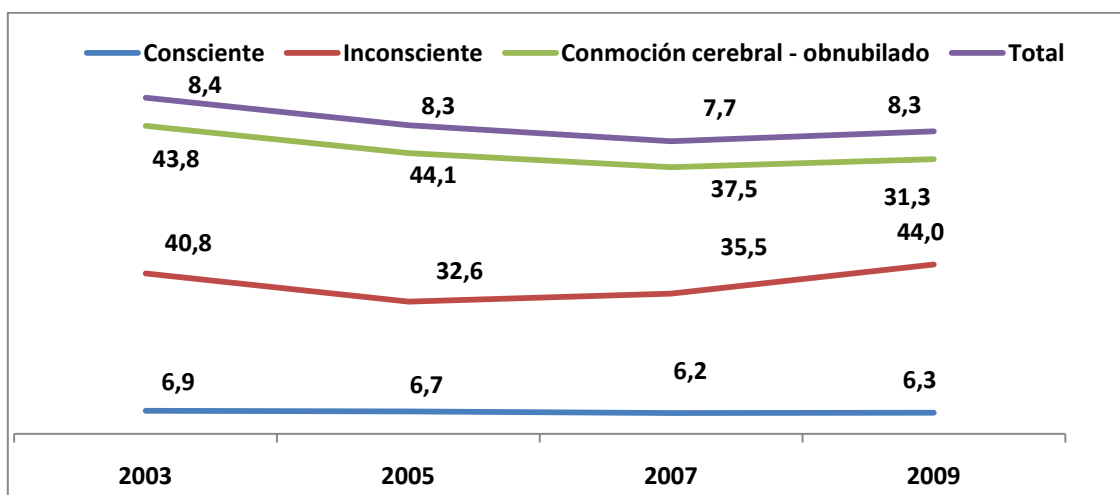


Cuadro 5
Porcentajes de consultas de emergencia cuya causa estuvo relacionada al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 – 2007 - 2009.

| Grupos de edad | % Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas | | | |
|----------------|--|------------|------------|------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| 12 a 15 años | 7,4 | 5,1 | 5,7 | 5,1 |
| 16 a 20 años | 12,7 | 11,9 | 12,5 | 11,0 |
| 21 a 25 años | 12,3 | 10,2 | 10,3 | 9,5 |
| 26 a 30 años | 9,0 | 10,3 | 8,4 | 8,7 |
| 31 a 40 años | 6,5 | 8,4 | 7,1 | 7,8 |
| 41 a 50 años | 7,1 | 7,8 | 6,1 | 6,2 |
| 51 y más años | 5,2 | 4,7 | 4,2 | 4,7 |
| Total | 8,4 | 8,3 | 7,7 | 8,3 |

Entre los pacientes ingresantes que llegan en peores condiciones, inconscientes o con conmoción cerebral, entre el 30% y 40% la causa de ingreso estuvo relacionada al consumo/abuso de sustancias.

Gráfico 33
Porcentaje de consultas de emergencia cuya causa estuvo relacionada al consumo de sustancias según estado en el que llegó el paciente. Total país 2003 - 2005 – 2007- 2009.



Las sustancias que fueron consumidas 6 horas antes al ingreso al hospital y que se consideraron vinculantes al motivo de la consulta, fueron en todos los estudios, bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, cocaína, ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y sustancias inhalables.

Según el último Estudio nacional en esta población del año 2009⁵⁰, las principales causas de consultas que se vinculan al abuso de alguna sustancia, según los diagnósticos presuntivos dados por el médico, son:

- El 75% de las intoxicaciones por sustancias o envenenamientos
- El 54.4% de los trastornos mentales y del comportamiento
- El 19.2% de los traumatismos y politraumatismos
- El 8.7% de las enfermedades del sistema nervioso
- El 5.6% de las enfermedades del sistema circulatorio
- El 4.2% de las enfermedades del sistema respiratorio
- El 3.8% de las enfermedades del sistema digestivo

Por su parte, al analizar los diagnósticos según el tipo de policonsumo realizado, se observa que los traumatismos, politraumatismos o heridas y las enfermedades del sistema digestivo se asocian en mayor proporción al consumo de alcohol como única sustancia o combinado con alguna otra droga, mientras que las enfermedades del sistema respiratorio y las del sistema circulatorio estarían asociadas en mayor medida, a un consumo diferente del alcohol.

Los trastornos mentales y del comportamiento que es la categoría en donde se incluyen los “trastornos relacionados con sustancias” aparecen con más frecuencia con el consumo de alcohol y alguna otra droga (44.4%) y en el consumo de alguna droga menos el alcohol (39.7%).

⁵⁰ Para ver el informe completo:
<http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/INFORME%20FINAL%20EMERGENCIAS%202009.pdf>

Cuadro 6
Distribución de los Diagnósticos presuntivos en pacientes según consumo de solo alcohol o policonsumo. Total consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2009.

| Diagnóstico presuntivo* | Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| | Consumió sólo alcohol | Consumió alcohol y alguna otra droga | Consumió alguna droga menos alcohol | Total |
| Trastornos mentales y del comportamiento | 15,9 | 44,4 | 39,7 | 100,0 (N = 126) |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 10,5 | 34,2 | 55,3 | 100,0 (N = 38) |
| Enfermedades del sistema respiratorio | 4,5 | 22,7 | 72,7 | 100,0 (N = 66) |
| Enfermedades del sistema digestivo | 37,5 | 50,0 | 12,5 | 100,0 (N = 48) |
| Traumatismos-politraumatismos-heridas | 41,1 | 53,1 | 5,7 | 100,0 (N = 593) |
| Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos | 24,2 | 47,0 | 28,8 | 100,0 (N = 132) |
| Total | 31,6 | 48,4 | 20,0 | 100,0 (N = 1.068) |

*Se presentan sólo aquellos diagnósticos en los cuales el N por fila es superior a 25.

Los estudios nacionales se realizaron en cada ciudad capital de provincia, en el hospital más importante de atención de urgencia/emergencia. La magnitud de la asociación es diferencial según provincia y también cuando se analizan los motivos del ingreso. En este sentido, el seguimiento y análisis de lo ocurrido en cada hospital es y ha sido parte valiosa de un diagnóstico localizado⁵¹.

Considerando los resultados nacionales del año 2009, podemos concluir que:

El consumo de hipnóticos y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes produjo el mayor porcentaje de ingresos a la sala de emergencia en estado de inconsciencia (27.8% y 10.6% respectivamente), seguido del consumo de cocaína en un 9.9%.

Los mayores porcentajes de ingresos en estado de conmoción cerebral fueron causados por hipnóticos (11.1%) y por los solventes o inhalables (11.1%), antidepresivos (10.5%) y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (9.8%).

Durante los fines de semana ocurren la mayor cantidad de consultas asociadas al consumo, el 14.8% del total de las registradas en el fin de semana frente al 6.3% de las registradas durante la semana.

⁵¹ Se pueden consultar los informes regionales y provinciales en:
<http://www.observatorio.gob.ar/informesprovinciales.html> y
<http://www.observatorio.gob.ar/informesregionales.html>

Considerando las consultas que, acorde a la impresión clínica del médico tienen relación con el consumo de SPA, la sustancia que tiene mayor prevalencia en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la guardia es alcohol con un 76.2%. Esta cifra indica una vez más, la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Por segunda vez, este estudio mide el consumo de tabaco en las consultas en las salas de emergencia, y esta sustancia se presenta como la segunda sustancia más consumida (51.4%) al igual que el estudio anterior del año 2007.

Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tienen una presencia del 11.5%, la marihuana del 10.1%, la cocaína del 5.6% y los solventes e inhalables del 2.1%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias es inferior al 2%.

Entre los pacientes con consumo de cocaína, marihuana, antidepresivos, solventes e inhalables, hipnóticos, pasta base o paco, estimulantes y anfetaminas son mayores los ingresos por causas asociadas a dicho consumo, ya que los casos no relacionados con el consumo no superan el 1%. Estos datos indican por un lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo, y por otro, los gastos o costos que implican para los hospitales públicos la atención de estos pacientes.

Accidentes y violencia

Tomando como referencia a los Estudios nacionales en pacientes en salas de emergencia, los ingresos a las salas de emergencia por accidentes, representan alrededor del 21% (22% en el 2003, 21.4% en el 2005, 23.4% en el 2007 y 21.3% en el 2009). Son los accidentes de tránsito y los comunes o caseros los que tienen mayor importancia. Las situaciones de violencia representan alrededor del 4.5% y los intentos de suicidio el 0.6% promedio en cada estudio.

Cuadro 7
Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia.
Total país 2003, 2005, 2007 y 2009.

| Motivo de ingreso | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Desconocido | 2.4 | 4.2 | 3.6 | 1.5 |
| Accidente de tránsito | 6.2 | 7.0 | 9.5 | 9.9 |
| Accidente de trabajo | 4.1 | 4.4 | 3.7 | 3.0 |
| Accidente común o casero | 11.7 | 10.0 | 10.2 | 8.4 |
| Situación de violencia | 4.3 | 4.8 | 4.3 | 5.0 |
| Intento de suicidio | 0.6 | 0.7 | 0.6 | 0.6 |
| Sobredosis | 0.9 | 1.0 | 1.3 | 1.0 |
| Síndrome de abstinencia | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 |
| Motivo médico general | 69.7 | 67.5 | 66.4 | 70.4 |
| Total | 100 (N= 14.885) | 100 (N= 11.892) | 100 (N= 13.208) | 100 (N=11.882) |

El consumo de sustancias psicoactivas estuvo presente y fue vinculante, según la apreciación del médico, en casi la mitad de los casos que llegaron a la sala de emergencia por situaciones de violencia, sea ésta familiar o callejera. En el 2009 en 6 de cada diez pacientes que llegaron con lesiones o enfermedades provocados por violencia, el consumo de sustancias estuvo presente.

En las lesiones o enfermedades vinculadas a intentos de suicidio, la presencia de sustancias psicoactivas supera al 70%.

Entre los pacientes que acudieron a lo largo de la década a las salas de emergencia por lesiones derivadas de accidentes de tránsito, en dos de cada 10 de ellos hubo presencia de sustancias psicoactivas y fue vinculante.

En los accidentes comunes o caseros, como los de trabajo, también se identificó presencia de consumo de sustancias en las 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia y vinculado con el episodio agudo, pero en porcentajes menores.

Cuadro 8
Porcentaje de consultas que ingresaron por accidentes y violencia y que estuvieron relacionadas al consumo de sustancias. Total país 2003, 2005, 2007 y 2009.

| Motivo de ingreso | % Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas | | | |
|--------------------------|--|------|------|------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Accidente de tránsito | 22,8 | 17,3 | 20,7 | 18,2 |
| Accidente de trabajo | 5,4 | 3,5 | 4,1 | 4,3 |
| Accidente común o casero | 8,3 | 6,6 | 8,0 | 8,0 |
| Situación de violencia | 50,0 | 47,6 | 47,9 | 59,1 |
| Intento de suicidio | 67,1 | 70,5 | 77,1 | 73,1 |

Según los últimos datos disponibles del año 2009, entre los pacientes con consumo de alcohol y donde ese consumo fue vinculante en la lesión o enfermedad, el 34.7% fueron provocadas en una situación de violencia y el 23% en accidentes de tránsito.

En cambio, los pacientes que fumaron marihuana se relacionaron en mayor proporción con lesiones o enfermedades relacionadas a las situaciones de violencia (41.3%) y quienes habían abusado de ansiolíticos o tranquilizantes, estuvieron más presentes en intentos de suicidio, según se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 9
Distribución de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos según ingresos por violencia y accidentes vinculadas al consumo. Total país, 2009.

| Ingresos por accidentes y violencia | Pacientes con consumo de alcohol | Pacientes con consumo de marihuana | Pacientes con consumo de ansiolíticos |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Accidente de tránsito | 23,0 | 9,6 | 3,9 |
| Accidente de trabajo | 1,8 | 0,9 | 0,0 |
| Accidente común o casero | 8,3 | 3,5 | 2,3 |
| Situación de violencia | 34,7 | 41,3 | 12,4 |
| Intento de suicidio | 2,2 | 0,0 | 30,2 |
| Otros motivos | 30,1 | 44,7 | 51,2 |
| Total | 100,0 (N = 857) | 100,0 (N=114) | 100,0 (N=129) |

Comisión de delitos

El incremento en las tasas de delitos en Argentina hacia fines de la década del '90 y de la violencia asociada a las mismas, estuvo vinculado a problemas y cambios sociales, culturales y económicos ocurridos en el país en durante las décadas del '80 y '90, tales como la *polarización social*, relacionado al proceso de concentración de los ingresos, reflejado en una movilidad social descendente; *segmentación social*, proceso de descenso social y de confinamiento, eliminación o disminución de los espacios de interacción entre las distintas clases que existían en la época precedente; *fragmentación social*, heterogeneización que se produce en el proceso de disolución-transformación de las viejas clases sociales que no deviene en la generación de otras identidades colectivas, sino en dispersión; por último, *exclusión social*, entendida como marginalidad definitiva, la desaparición de las relaciones salariales como mecanismos de integración social, la pérdida de la condición de sujeto social capaz de transformar la realidad⁵².

Por otro lado, una sociedad que había cambiado en sus estructuras económicas, también en las relaciones sociales y en los aspectos culturales, tales como la pérdida del "contrato social" o de las normas de convivencia, pérdida de autoridades de sus instituciones (familiares y otras), cultura juvenil centrada en el consumismo y el hedonismo, falta de expectativas en el futuro educacional y laboral, pérdida de la noción de futuro y de proyectos a mediano y largo plazo. En fin, una serie de cambios a nivel cultural que son factores que intervienen en el incremento del consumo de sustancias. A esto debe agregarse una mayor circulación y mayor accesibilidad de drogas ilícitas.

En el marco de estos tramados sociológicos, es necesario estimar con mayor precisión no sólo la magnitud sino el sentido de las vinculaciones entre la comisión de delitos y el abuso de sustancias psicoactivas.

En primer lugar, sería erróneo plantear que **todos los delitos** se cometen para conseguir dinero para comprar drogas, como también que **todos se cometen** bajo la influencia del consumo de drogas o bajo estados de excitación vinculados a síndromes de abstinencia, como tampoco es cierto que todos los abusadores de sustancias cometen delitos ni la conexión inversa.

⁵² Consultar el informe final en:
http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_cualitativo_en_poblacion_privada_de_la_libertad2007.pdf

Respecto de las trayectorias sociales, en las cuales se va configurando la historia del delito y del consumo, se pueden clasificar en dos perfiles⁵³. Uno, caracterizado por delinquentes jóvenes, vinculados a una experiencia del delito sumamente espontánea, centrada en las relaciones grupales-juveniles, con experiencias de marginación vinculada a su relación con el mercado de trabajo, el consumo y el delito serán integrados dentro de la dinámica del “bardo”, de la “locura” y la “caravana”, muy ligados a la cuestión de la “diversión” juvenil. En este marco, la “droga” es una “necesidad” más entre otras (vestimenta, diversión, comida, etc.). Más aún, el delito es una experiencia en sí misma, que no es sólo medio para obtener dinero. Es decir, las prácticas y representaciones ligadas al consumo y al delito se constituyen en elementos comunes de los intercambios sociales que se generan en el ámbito de las relaciones barriales, entre grupos de jóvenes. Esta ligazón del consumo y el delito en la experiencia grupal se expresan en categorías tales como: “la esquina”, “la junta”, “caravana”, o “locura”. En estos grupos el consumo de drogas está ligado al grupo, como así también la comisión de delitos, menos planificados y más espontáneos.

El otro perfil, caracterizado por detenidos de mayor edad y donde la comisión de delitos aparece como una elección racional, como de “profesionalización”. En este perfil, se observa la separación del consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos, puesto que un solapamiento de estos planos entraría en contradicción con el actuar racional, ascético, profesional. Así, en primer lugar, aparece una construcción simbólica que configura al robo como un “trabajo”, es decir, como un campo donde es necesario poner en juego los saberes y las capacidades incorporadas a partir de la “experiencia” en el “oficio”. En segundo lugar, el trabajo como actividad insuficiente para lograr los consumos agrupados en la noción de “buena vida”, lo que configura al delito como opción racional y al trabajo como camino ineficiente. El delito y el consumo no estarán ya integrados en la experiencia grupal y el segundo se expresará en formas que calificamos como de “caravana controlada”. En relación a lo identitario, las estrategias de distinción ya no pasarán por ser “re-bardero” sino en presentarse como un “gran delincuente”; no por el descontrol, más sí por la utilización ordenada de cierto saber. Construcción que también intenta separarse del estereotipo social de delincuente. En este perfil, el consumo de drogas no ocurre ni previamente ni durante la comisión del delito, sino a posteriori, precisamente para no “entorpecer” el “trabajo”.

⁵³ Ver informe citado en nota anterior.

Esta descripción surge del abordaje cualitativo realizado en una unidad penitenciaria con población adulta privada de libertad. De todas maneras, fue necesario desarrollar otro estudio, con otra metodología para estimar la magnitud de la asociación y el sentido de la misma.

Los resultados del estudio realizado durante los años 2008 y 2009⁵⁴ indican que la proporción de delitos cometidos y con vinculación a drogas, es del **28.1%**, del total de delitos cometidos por la población privada de libertad y condenada, que se encontraba en el momento del estudio en alguna unidad penitenciaria de las provincias del país (16.143 personas).

Debido a que un mismo delito puede estar clasificado en más de un tipo de vinculación, la suma de las siguientes estimaciones no se corresponde a la vinculación total, del 28.1%.

El porcentaje de delitos cometidos bajos los efectos del consumo de alcohol o drogas, sin cuyo consumo el delito no se hubiese producido, es del **20.6%**. Son los casos que se clasifican en la llamada **Vinculación Psicofarmacológica**.

La **Vinculación Económica**, es decir, los delitos cometidos para tener dinero o medios para comprar drogas, fueron el **10,0%** del total de delitos con condena.

Un **4%** de los delitos clasifican en la denominada **Vinculación Sistémica**, es decir, aquellos delitos vinculados al mercadeo de las drogas, tales como peleas territoriales, secuestros, amenazas, muertes, etc.

Y los delitos que infringieron las leyes de drogas 23.737 y 25.246, representan el **4.7%** y se corresponden a la **Vinculación Legal**.

Se pueden sintetizar los perfiles demográficos y delictuales de cada tipo de vinculación de la siguiente manera:

Las sustancias presentes en el 20,6% de delitos cometidos bajo el efecto del consumo de sustancias psicoactivas son alcohol, tranquilizantes, cocaína y marihuana. Un 39,0% de los encuestados declaró que durante la comisión del delito se encontraba bajo el efecto combinado de alcohol y drogas. Estos delitos fueron cometidos en su mayoría

⁵⁴ Ver informe completo en:
<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe%20Estudio%20Nacional%20en%20poblacion%20privada%20de%20libertad.pdf>

por jóvenes: el 26,2% del total de delitos cometidos por jóvenes de 18 a 24 años fue realizado bajo los efectos de alcohol o drogas. En su mayoría fueron delitos contra la vida y la propiedad, cuyos victimarios pertenecen a sectores socioeconómicos vulnerables.

Los delitos que se cometieron para tener medios o dinero para comprar drogas fueron cometidos en un 72,0% por personas entre 18 y 34 años. El 16,1% de los delitos cometidos por jóvenes de 18 a 24 años se realizó con este fin, jóvenes que en su mayoría tienen un nivel socioeconómico bajo y medio-bajo. Los delitos fueron cometidos en un 56,6% contra la propiedad.

El 4,0% de los delitos que tienen condena se realizó en el marco de la venta, comercialización y disputas por territorios de venta de drogas. En su mayoría, las personas que los cometieron tienen entre 25 y 49 años y pertenecen al nivel socioeconómico bajo en un 74,7%. De los delitos cometidos, el 30,0% corresponde a delitos contra la vida, un porcentaje menor corresponde a delitos contra la propiedad y un cuarto está tipificado en la Ley de Estupefacientes.

Un perfil sociodemográfico similar se encuentra en las personas que han cometido los delitos que en su totalidad se enmarcan en la Ley de Estupefacientes. En este tipo de delitos, los valores más altos se encuentran en la tenencia y en la comercialización de sustancias psicoactivas.

Los delitos contra la vida y contra la propiedad presentan un porcentaje mayor de casos –28,0%– en los cuales sus responsables estuvieron bajo los efectos de alcohol o drogas. El peso de los homicidios en el marco del mercadeo de drogas o bien para conseguir dinero para comprar drogas, es del 3,8% y 3,5%.

Se presenta una fuerte asociación entre el tipo de delitos cometidos con el propósito de obtener dinero para consumir drogas y las infracciones a la Ley de Estupefacientes. Puede pensarse esta asociación como indicador de que el conjunto de hechos delictivos enmarcados en la ley de drogas son efectivamente cometidos por personas que buscan recursos para el consumo. Recordemos que estas personas han consumido alguna droga ilícita alguna vez en su vida.

Entre los delitos contra la propiedad, la presencia de personas que han delinquirido bajo los efectos de alcohol o drogas es del 19,5% y por la búsqueda de dinero para comprar drogas, es el motivo en el 14,4% de estos delitos.

7. Estimaciones económicas

De acuerdo a las estimaciones realizadas⁵⁵ el costo total atribuible al abuso de drogas en la Argentina para el año 2008, fue estimado en 14.149 millones de pesos argentinos (4.477,50 millones de U\$S), lo que corresponde a cerca de 390 pesos argentinos per cápita (U\$S 123). La magnitud relativa del problema, representa un 3,69% del producto bruto interno. De este costo anual, corresponden a tabaco el 38,7%, a alcohol el 37,3% y, a drogas ilegales el 24%. Respecto a la composición del problema, la incidencia relativa de cada componente del costo total varía según la sustancia pero, para todos los casos, excepto drogas ilegales, el costo de productividad es el mayor, seguido por el costo gubernamental directo o los costos en atención de salud, según las sustancias. En todos los casos, el costo por daños a la propiedad es mínimo.

Los indicadores indirectos que se han utilizado para las estimaciones de los costos, brindan información significativa para un análisis más profundo de la problemática social y, para una mejor interpretación de los costos. Algunos de los resultados son: 47.615 defunciones prematuras atribuibles al consumo de las drogas (correspondiendo el 83,12% al tabaco, el 16,72% al alcohol y el 0,16% a las drogas ilegales, y representando el 15,71% de las muertes totales del país); 91.960 personas en tratamiento de rehabilitación (siendo 59.038 por las drogas ilegales, 31.083 por el alcohol y 1.839 por el tabaco); 218.184 egresos hospitalarios asociados a drogas (159.571 por el tabaco, 53.225 por el alcohol y 5.388 por las drogas ilegales); 83.290 arrestados por infracción a la Ley 23.737; 14.316 condenados por los delitos asociados al consumo y/o tráfico de las drogas; 960 accidentes automovilísticos asociados al consumo de las drogas; 875.711 días completos de ausentismo a causa de uso de las drogas.

Respecto de otros datos obtenidos de análisis económicos, que pertenecen al estudio ***“Algunos análisis económicos sobre las sustancias psicoactivas en Argentina,”***⁵⁶ se puede sostener que la estimación del impacto presupuestario de la problemática de las drogas en Argentina para el año 2008, arroja un resultado negativo para el Estado en su conjunto, lo que es lo mismo que decir que genera un déficit presupuestario. Los gastos superan a los ingresos en 3.420.472 \$Arg.

⁵⁵ Ver informe completo: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Costos_Abuso_SPA_Argentina_2008_Informe_Final.pdf

⁵⁶ Ver: http://www.observatorio.gov.ar/estudios_analisis_economicos.php

(1.082.428 U\$S)⁵⁷ . Los ingresos (4.542.705.323 \$Arg), corresponden prácticamente la totalidad (99,96%) a los recursos tributarios provenientes de los impuestos que gravan las drogas legales (Ley 24.674 y Ley 24.625). El resto de los ingresos presupuestarios proceden de los bienes/importes decomisados en las causas de narcotráfico (Ley 23.737).

Los gastos, están constituidos por el *presupuesto de drogas*. El *presupuesto de drogas* (PD), es un indicador de política pública que mide el esfuerzo de gasto realizado por el Estado en la problemática de las drogas; contempla todos los gastos gubernamentales directos atribuibles a las drogas, ya sea por implementar políticas de prevención, de asistencia y/o, de lucha contra el narcotráfico, así como otros gastos directos estimados relacionados con las drogas. El PD (todos los niveles de gobierno) para el año 2008 asciende a 4.546,1 millones de pesos argentinos (1.439 MU\$S), lo que representa el 1,2% del PBI. El PD de la Administración Nacional (PDAN), representa el 0,33% del gasto público total de la Administración Nacional (GPTAN) y, el 0,58% del GPTAN en Servicios Sociales.

La mayoría de estos gastos gubernamentales directos (95%), corresponde a las actividades de reducción de la oferta. A su vez, cerca del 81% de estos últimos, pertenece al Poder Judicial para el tratamiento de las causas judiciales por los delitos contra la Ley 23.737 y, los delitos asociados al consumo y/o tráfico de las drogas. El resto, es prácticamente el gasto de mantener a las personas condenadas (delitos asociados directa/indirectamente a las drogas) en las prisiones, que es asumido por el Sistema Penitenciario Federal y Provincial. Dada esta composición, es que el 87% de estos gastos corresponden a los gobiernos provinciales. Por último, estos gastos se reparten de manera bastante similar entre el alcohol y las drogas ilegales en ambos niveles de gobierno.

En lo que respecta a los gastos en reducción de la demanda, el total de 242,8M\$Arg. (76,8MU\$S), se distribuye entre actividades de tratamiento (83,4%) y actividades de prevención (16,4%). Tres cuartas partes de las erogaciones en reducción de la demanda en tratamiento, corresponde a los gastos directos de los Estados (todos los niveles) en servicios de atención médica relacionados directa o indirectamente con el consumo de SPA (73% al tabaco, 24% al alcohol y 3% a las drogas ilegales). El 25% restante, concierne a los tratamientos especializados de asistencia para las personas

⁵⁷ No se ha podido conseguir la información del gasto directo gubernamental en asistencia de 12 de los 24 gobiernos provinciales, por lo que este déficit presupuestario sería mayor.

con problemas de adicción a las drogas (financiados por la SEDRONAR, el Ministerio de Salud de la Nación y los gobiernos provinciales).

La SEDRONAR, organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones, tuvo para el año 2008 un presupuesto de 34.237.794,3 \$Arg., lo que representa un 0,02% del presupuesto de la Administración Nacional, un 5,3% del PDAN y, un 0,75% del PD estimado. Analizando la evolución de los últimos años, el presupuesto de la SEDRONAR ha aumentado (un 53% entre los años 2004 y 2006 y, un 64% entre 2006 y 2008) al igual que el costo asociado a las drogas (un 30% y 46% entre los mismos períodos). Aunque gran parte de los incrementos se debe a variaciones de los precios, el costo asociado a las drogas también ha aumentado respecto al PBI (2,67%, año 2004; 2,93%, año 2006; 3,69%, año 2008).

8. Las percepciones de la población

Durante el año 2010 se realizaron cuatro ondas de sondeos telefónicos de opinión⁵⁸ en una muestra nacional de 1.200 casos, seleccionados de acuerdo a cuotas de edad y sexo. Los temas indagados fueron la percepción del problema de drogas en el país, cuán informados se definen los sujetos, cuál es el imaginario sobre las drogas de mayor daño y consumo en el país, opiniones sobre la despenalización del consumo y conocimiento sobre la SEDRONAR.

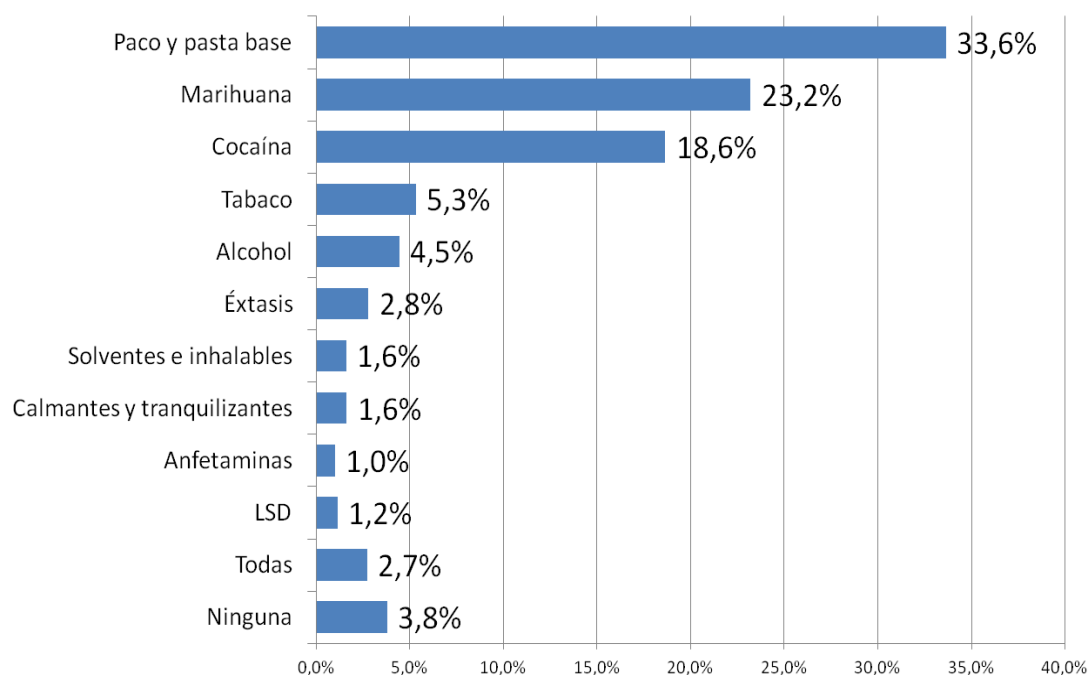
Los principales resultados fueron:

- ❖ El descenso coincidente entre los niveles de exposición en medios y los niveles auto-asignados de conocimiento de la temática tienden a confirmar la idea de centralidad de los medios en la instalación de la temática.
- ❖ Las drogas ilegales dominan el imaginario sobre las drogas observándose recurrentes menciones al paco que refuerzan la importancia de la información mediática.
- ❖ De todas las drogas analizadas en el formulario (cocaína, paco y pasta base, marihuana, éxtasis, anfetaminas, solventes e inhalables, calmantes y tranquilizantes, tabaco, LSD y alcohol), son cocaína, marihuana y el paco las que dominan el imaginario sobre sustancias denominadas drogas siendo las tres las mas mencionadas espontáneamente.
- ❖ Alcohol y tabaco han sido las sustancias menos asociadas al concepto de droga tanto en forma espontánea como guiada de la totalidad de las sustancias evaluadas.
- ❖ Cuando se indagó sobre las drogas de mayor consumo en el país fueron el paco, marihuana y cocaína las mas mencionadas. La escasa mención al tabaco y el alcohol confirma la menor asociación de estas sustancias al concepto general de droga.

⁵⁸ Estudios realizados mediante convenio con la Universidad Nacional de San Martín.

Grafico 34

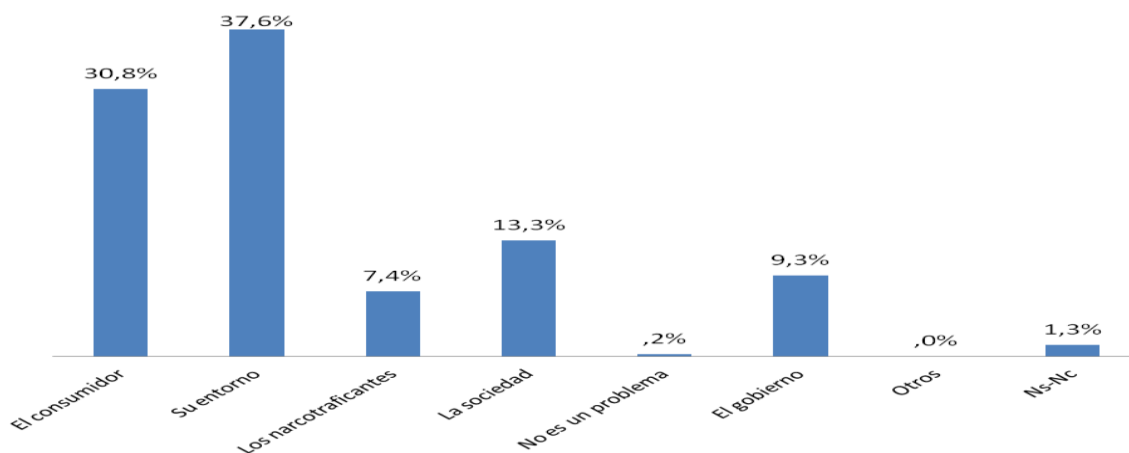
Drogas de mayor consumo en el país. Total Entrevistados (1.200). Argentina 2010



Base: Agrupación de varias respuestas - % en base al total de respuestas UNSAM

Gráfico 35

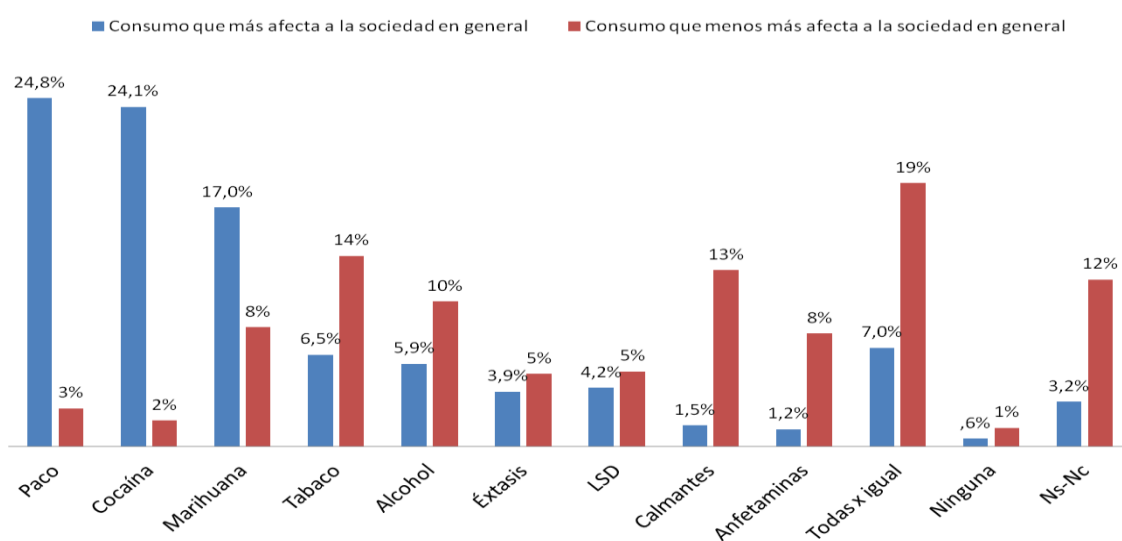
Principal responsable ante un problema de consumo de droga. Total entrevistados (1.200). Argentina 2010



- ❖ La responsabilidad asociada a un problema de drogadicción es atribuida principalmente a la propia persona y su entorno y no a problemas externos a los propios sujetos.
- ❖ La atribución de responsabilidad personal en el problema aumenta a medida que desciende la edad de los entrevistados, es decir, es mayor entre los más jóvenes y los elementos de responsabilidad colectiva son más mencionados a medida que la edad aumenta.
- ❖ Pero si bien la responsabilidad atribuida del problema es mayoritariamente de orden personal las consecuencias sociales del problema son altas para 9 de cada 10 entrevistados y aunque es algo menor entre los más jóvenes, más de 8 de cada 10 entrevistados de este segmento consideran que el problema afecta mucho o bastante a la sociedad en general.

La evaluación de responsabilidad e impacto que realizan los entrevistados respecto del problema está signada por una concepción de la drogadicción como un problema principalmente personal y familiar pero de gran impacto social. Si bien los entrevistados no logran diferenciar a las drogas en relación con su impacto en la salud, si lo hacen respecto de su impacto social: el paco y la cocaína aparecen como drogas de alto impacto, tabaco y los calmantes como de bajo impacto y la marihuana y el alcohol aparecen como casos de menor consenso respecto de su peligrosidad.

Grafico 36
Drogas con mayor y menor impacto social. Total entrevistados (1.200). Argentina 2010



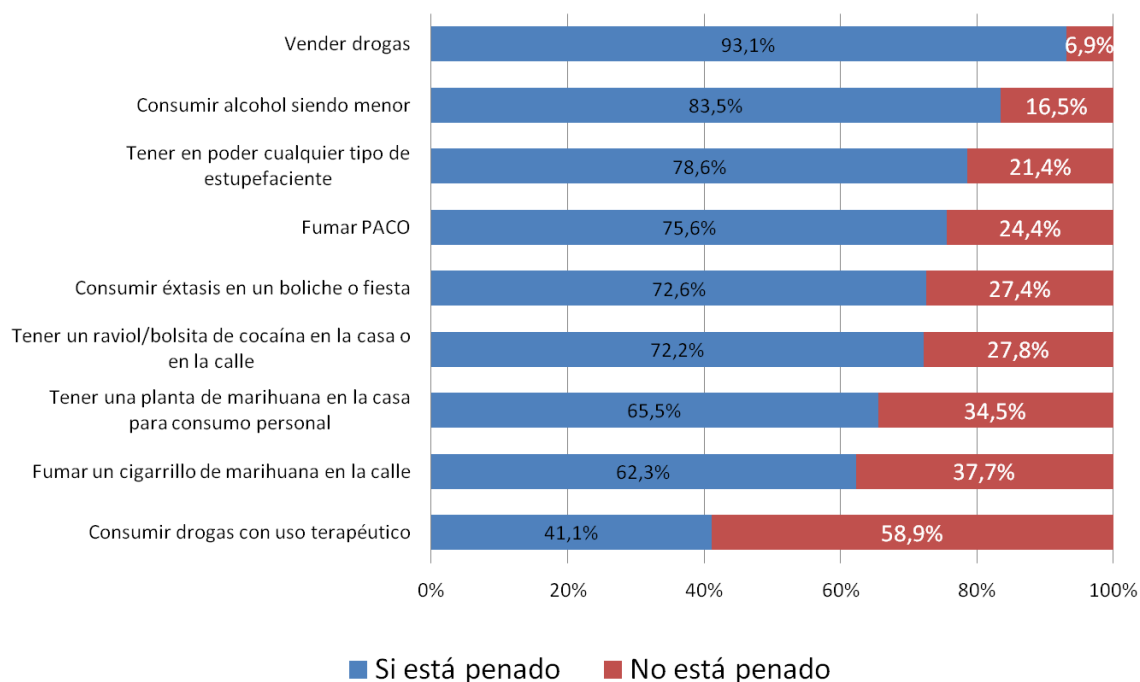
Agrupación de tres (3) respuestas - % sobre total menciones

- ❖ El 54% de los encuestados conoce o escuchó hablar de la SEDRONAR y el 45% no. El organismo es más conocido en los estratos mas altos de nivel económico social y algo más desconocido para los jóvenes de 18 a 29 años y en el AMBA
- ❖ Entre quienes conocen al organismo, cerca del 45% de los encuestados tiene una opinión positiva y un 27% regular.

Legalidad

- ❖ Para más del 75% de los encuestados el consumo de drogas está penado por la ley. En este aspecto se observan algunas diferencias respecto de mediciones anteriores. En particular una mayor proporción de entrevistados consideran que el consumo está penado en alguna medida, resultando un crecimiento en la proporción de quienes consideran que está penado siempre.
- ❖ Cuando se indaga sobre diferentes conductas relacionadas con la tenencia y uso de drogas es prácticamente unánime la opinión de que la venta de drogas está penada por la ley. Esta unanimidad se modera respecto de la tenencia para uso personal y sobre todo, del consumo de drogas en general ya que las conductas evaluadas al respecto arrojan porcentajes de respuestas positivas que si bien duplican a las negativas denotan menor consenso general sobre el tema aunque se mantiene en mayores valores que en la medición anterior.
- ❖ Estos cambios pueden deberse a la ya señalada menor exposición general a la temática aunque debería evaluarse la evolución de estas variables en ulteriores mediciones para poder obtener conclusiones más firmes al respecto.

Grafico 37
Conocimiento de conductas penadas por la ley



Despenalización – Legalización - Descriminalización

- ❖ Más de un 80% de los entrevistados está poco o nada de acuerdo con la despenalización del consumo de drogas, proporción que disminuye entre los más jóvenes, en el AMBA y a medida que aumenta el nivel económico social de los entrevistados aunque se mantiene en valores mayores al 70% en todos los segmentos evaluados.
- ❖ No se observan diferencias en las opiniones generales respecto de la marihuana en particular aunque en este caso son algo más marcadas las diferencias entre los distintos grupos de edad, especialmente en los jóvenes que parecen ser algo más tolerantes con esta sustancia que con las drogas en general.
- ❖ Ahora bien, respecto de la despenalización del tráfico de drogas la lógica de los resultados sigue el mismo patrón, aunque la opinión de desacuerdo es aún más unánime superando al 90% de las opiniones en todos los segmentos evaluados.

El desacuerdo con la posibilidad de despenalizar el consumo y tráfico recreativos de drogas resulta muy general y mayoritario en todos los segmentos evaluados. Esta afirmación vale asimismo para la marihuana en particular aún cuando se considera a esta una droga de bajo impacto social.

9 Conclusiones desde una mirada barrial

La metodología de las ventanas epidemiológicas en los centros de atención primaria de la salud recogen información sobre muestras aleatorias pero no probabilísticas, de pacientes o personas que acuden a los centros de salud durante los 15 días que se define la “ventana” y en la cual son entrevistados, y por lo tanto, no es posible hacer generalizaciones a poblaciones más amplias. De todas maneras, logrando un número apreciable de por lo menos 100 encuestas por centro, las heterogeneidades logran ser captadas y se constituyen en una fuente valiosa de información a nivel barrial, en el cual se encuentra el centro de salud.

Hacia fines del 2011, contamos resultados de 130 ventanas epidemiológicas implementadas en 17 municipios del país distribuidos en 16 provincias: Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Jujuy, Buenos Aires, Mendoza, Corrientes, La Rioja, San Juan, Santiago del Estero, Chubut, Formosa, Catamarca, Tucumán y Neuquén. En total contamos con información de 8.672 encuestas a pacientes y/o personas que asistieron a los centros durante las semanas en que se implementó el estudio.

Esta magnitud de información analizada nos permite sintetizar algunas “miradas locales” sobre la problemática a nivel barrial. Hay que tener presente que se corresponden generalmente a mujeres jóvenes (menores de 50 años y de sectores populares de las capitales provinciales), amas de casa o empleadas en el servicio doméstico, pero también de varones jóvenes de barrios populares con ocupaciones diversas (administrativos, peones, albañiles, vendedores, etc.).

Las principales conclusiones se pueden detallar de la siguiente manera:

- ❖ Si bien los consumos de la población que fue encuestada tuvo variaciones importantes según municipios y al interior del municipio, según barrios, en todos ellos fue importante el consumo de alcohol y tabaco. La presencia de abuso de alcohol también fue un dato similar en todos.
- ❖ Los consumos detectados, son los mismos que muestran los estudios nacionales, pero en algunos barrios la presencia de pasta base-paco e inhalables fue importante. Marihuana y cocaína, siguen siendo las sustancias de mayor consumo y llamó la atención el uso extendido de tranquilizantes con y sin prescripción médica.

- ❖ Alcanza notoriedad la magnitud del reconocimiento de borracheras y consumos abusivos de alcohol en las familias y en los entornos de amigos.
- ❖ La presencia de consumidores de marihuana, cocaína y pasta base tiene grandes variaciones de acuerdo al barrio y siempre las referencias de consumo es ascendente desde el entorno de amigos al barrio.
- ❖ La percepción de facilidad de acceso y la oferta de drogas tiene gran variabilidad según los municipios y los barrios, pero es generalizable a todos una alta percepción de la gravedad del consumo de drogas y abuso de alcohol en el barrio de referencia, identificando en mayor medida el problema de drogas en los jóvenes y el de alcohol tanto en jóvenes como en adultos.
- ❖ En relación a los referentes insitucionales o sociales existentes en los barrios, es generalizable a todos que la mayoría de las personas saben a donde recurrir frente a diferentes problemas, tales como abuso de alcohol y drogas, violencia familiar, necesidad económica y angustias o depresiones. Frente a los problemas vinculados a la explotación sexual o trata de personas la población se siente más desprotegida.
- ❖ La escuela y agrupaciones políticas salvo excepciones, no son referentes para resolver los problemas mencionados.
- ❖ Interpretamos como importante desde la dinámica comunitaria la referencia a los grupos familiares y de amigos del barrio y el peso que tienen los centros de salud como referentes a los cuales recurrir frente a problemas de diferente índole. De acuerdo a esta descripción, podemos concluir que son óptimos los niveles de contención social en las cuales se encuentran los sujetos y es un dato muy importante para el diseño de estrategias comunitarias de prevención.
- ❖ No es posible generalizar sobre la importancia de los grupos religiosos, pero si sobre la policía en relación a los problemas de maltrato o violencia familiar y de trata de personas o explotación sexual.