

**SUBSECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA Y
COOPERACION INTERNACIONAL**

**DIRECCION NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS
Mag. Graciela Ahumada – a/c Dirección**

La situación epidemiológica en Argentina al 2012

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 más¹, desde el 2004 al 2010. También se incorpora la estimación que realizó el INDEC en el año 2011 debido a que utilizó el mismo cuestionario y metodología. Si bien el tamaño de la muestra es diferente, se realizaron los ajustes necesarios para alcanzar un nivel de comparabilidad aceptable a los estudios anteriores.

Los estudios nacionales en los estudiantes del nivel medio, con muestras provinciales, se realizaron en el 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.

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.

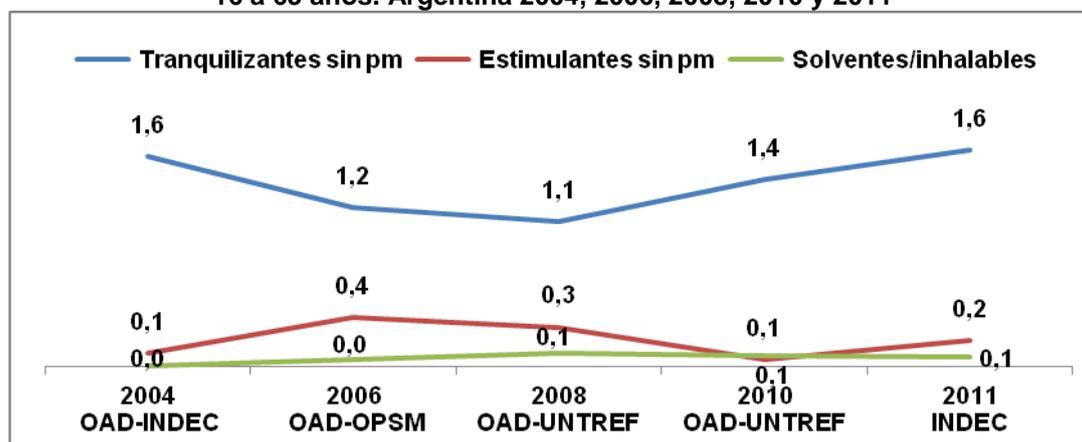
¹ Más del 70% del total de la población del país habita en estos centros urbanos.

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.

El consumo en la población de 16 a 65 años²

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.

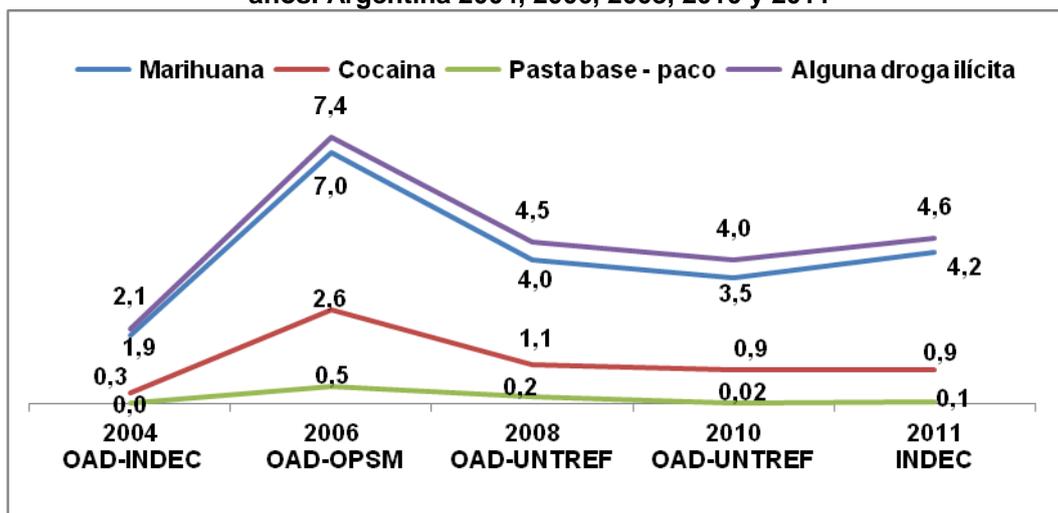
Grafico 1
Prevalencia de año de sustancias de uso indebido. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008, 2010 y 2011



Los diferentes estudios muestran una tasa de consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica con pocas oscilaciones, finalizando el período sin cambios significativos. Respecto del consumo indebido de estimulantes, las tasas son estables del 0.1% al inicio y 0.2% al final del periodo, con excepción del incremento al 0.4% en el 2006 (OPSM). Igual comportamiento se observa para el consumo de sustancias inhalables, promediando la tasa de consumo en el 0.1%.

² Puede consultar el informe de tendencia en:
http://www.observatorio.gob.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General_v3.pdf

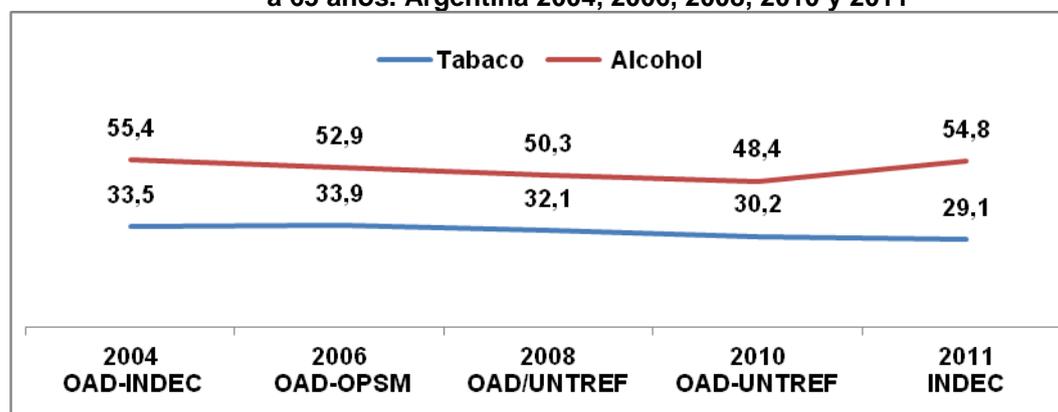
Grafico 2
Prevalencia de año de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008, 2010 y 2011



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 3.5% en el 2010 y alcanza un 4.2% en 2011.**
- 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 2011.**
- **Las tasas estimadas del consumo reciente de pasta base-paco se estabiliza en el 0.1% según las mediciones del 2008 y del 2011.**

Grafico 3
Prevalencia de mes de tabaco y alcohol. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008, 2010 y 2011



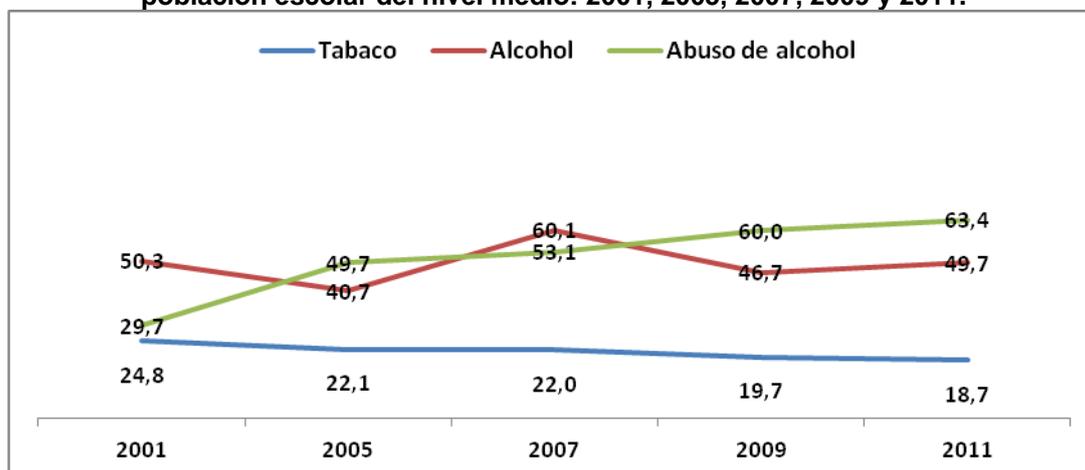
Las tasas de consumo de mes de tabaco y alcohol muestran hacia el final del período un descenso respecto del 2004, para ambas sustancias. Dicha baja es más leve en el caso del alcohol que además, en el año 2011 tuvo un ascenso de 6 puntos porcentuales con respecto al año 2010.

El consumo en adolescentes

Como puede observarse en el gráfico siguiente, durante el período 2001-2011³, el consumo actual de bebidas alcohólicas, desciende notoriamente en el año 2005, crece en más de 20 puntos porcentuales hacia el 2007 y para luego ascender acercándose al 50%. 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 2001⁴ al 2011, donde alcanza su valor máximo de 63.4% 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 6 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, 2009 y 2011.



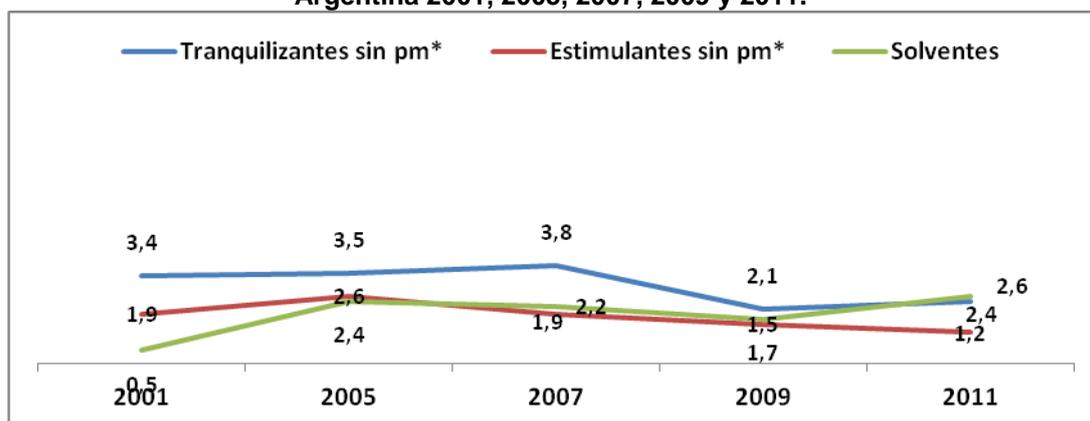
De acuerdo al gráfico siguiente, la tendencia del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica presenta un leve incremento en el 2007 y luego un descenso

³ 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

⁴ En el 2001 el indicador refiere a 6 vasos o más.

hacia el 2009 para mantenerse en el 2011. 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 y solventes tiene a finales del período la prevalencia más alta similar a la estimada en el año 2005.

Gráfico 5
Prevalencia de año de sustancias de uso indebido. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.*



* 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 2011, 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.

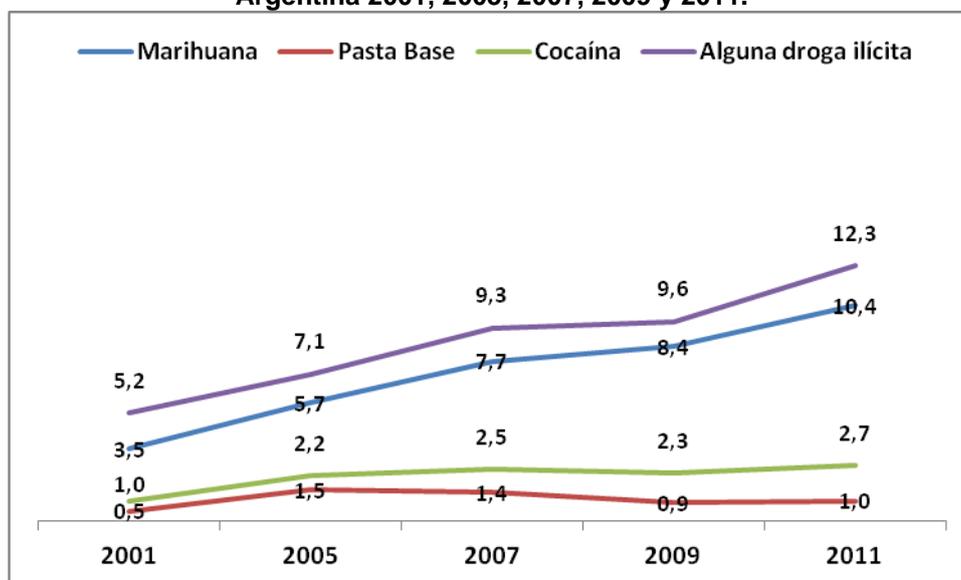
Al igual que lo observado para tranquilizantes, el **uso de estimulantes sin prescripción médica** en el año 2001 era preferentemente un consumo de las mujeres y hacia el 2009 la prevalencia en los varones es mayor. En ambos sexos, hacia el 2011 se observa un descenso en su consumo, pero en los varones con prevalencia similar al 2001 y en las mujeres a la inversa.

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, el descenso hacia el 2007 y un incremento a 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.

El consumo reciente de drogas ilícitas en los estudiantes secundarios de todo el país presenta una tendencia creciente desde el 2001 al 2011, pero en los últimos dos años puede considerarse cierta estabilización para el consumo de pasta base y cocaína. El incremento en el consumo de marihuana se confirma hacia el 2011.

Gráfico 6
Prevalencia de año de drogas ilícitas. Estudiantes de Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.



El consumo de marihuana presenta una tendencia claramente creciente desde el 2001 en ambos sexos pero los varones duplican el consumo de las mujeres. El mayor consumo en varones también se confirma en toda la década para cocaína y pasta base.

Diferencias regionales y provinciales

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 2011 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 regiones⁵ en el año 2011 son las siguientes:

- Las sustancias legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo en todas las regiones, en primer lugar el alcohol.
- El consumo actual de **tabaco** a nivel nacional alcanza el 18.7%. La tasa de consumo de los estudiantes del NEA es la más baja y la de los del Sur y Cuyo, la más alta. En la región Sur las mujeres presentan tasas más elevadas, mientras que en el resto de las regiones las prevalencias masculinas son superiores.
- El consumo de **alcohol** a nivel nacional presenta una prevalencia del 49.3%. En la región NOA se consume alcohol en menor proporción. Por el contrario, las regiones Centro y Sur presentan la mayor prevalencia de consumo. En todas las regiones son los varones quienes beben **alcohol** en mayor proporción, aunque el consumo femenino es también elevado.
- Un 27.9% de los estudiantes del país que tomaron **alcohol** en el último mes declaró haber tomado más de la cuenta y haberse emborrachado en los últimos 30 días. El NEA presenta la menor cantidad de estudiantes que se emborracharon y el NOA, la mayor.
- Más del 60% de los estudiantes del país y de cada región que consumieron **alcohol** en el último mes declaró haber tomado más de cinco tragos en una misma salida, medida considerada abusiva.
- En todas las regiones los varones son quienes en mayor medida declararon haber abusado del **alcohol**, sin embargo no deben subestimarse los valores que presentan las mujeres.
- El consumo reciente de **tranquilizantes sin prescripción médica** para el total del país es de 2.4%; NOA y Cuyo son las regiones de menor prevalencia (1.9% y 2.0% respectivamente) y Centro, la de consumo más alto (2.6%).
- En las regiones Centro y NEA las prevalencias masculinas son superiores; en Cuyo y el Sur, las mujeres consumen más, mientras que en el NOA no se observan diferencias por sexo.

⁵ 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.

- En relación con las tasas de consumo de **estimulantes sin prescripción médica**, todas las regiones se encuentran alrededor del promedio nacional (1.2%). Excepto en el Sur, donde no se observan diferencias por sexo, en las demás regiones, así como en el promedio nacional, las tasas de consumo son superiores en los varones.
- El consumo de **solventes e inhalables** asciende en el total del país al 2.6%. El NOA es la región que presenta la menor tasa (1.7%) y el Sur el mayor consumo (3.1%). Tanto para el total del país como en todas las regiones, el consumo es superior entre los varones.
- El consumo de **marihuana** presenta una tasa de prevalencia a nivel nacional del 10.3%. 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 (1.0% a 1.2%), cercanas a la prevalencia del 1.0% que se observa a nivel nacional.
- La tasa de consumo reciente de **cocaína** es de 2.7% a nivel país. Las tasas de las regiones NOA y NEA son inferiores a la media, y las del Centro, Cuyo y Sur, superiores.
- El consumo reciente de **éxtasis** a nivel nacional es de 1.2%. Excepto la región NOA, que presenta una tasa de 0.8%, las demás regiones se concentran en torno a la media.
- El consumo reciente de **otras drogas** es de 2.6% a nivel país. Las regiones que muestran las menores tasas de consumo son el NOA y el NEA, mientras que las regiones Centro y Sur presentan las mayores, 2.9%.
- La tasa de consumo de **alguna droga ilícita** tomada como conjunto para el total del país es de 12.3%. Las regiones NEA, NOA y Cuyo se ubican por debajo del porcentaje nacional (7.7%, 8.2% y 10.7% respectivamente) y las regiones Centro y Sur, por encima (13.4% y 17.2% en ese orden).
- 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

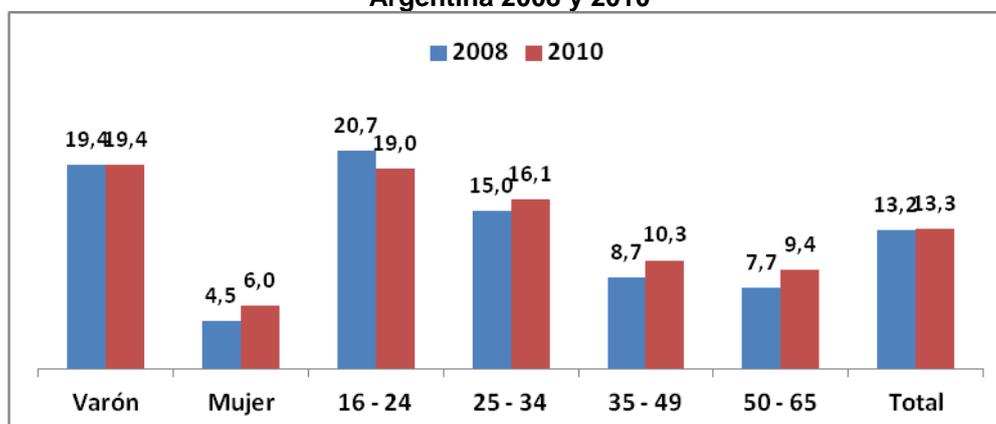
La tendencia en el consumo de **tabaco**, según la tasa de consumo actual, indica que tanto varones como mujeres en el 2010 fuman menos que en el 2004, pero el descenso fue más pronunciado en las mujeres (4 puntos vs 2 puntos los varones).

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).⁶

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 7
Uso problemático de alcohol (AUDIT) Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2008 y 2010

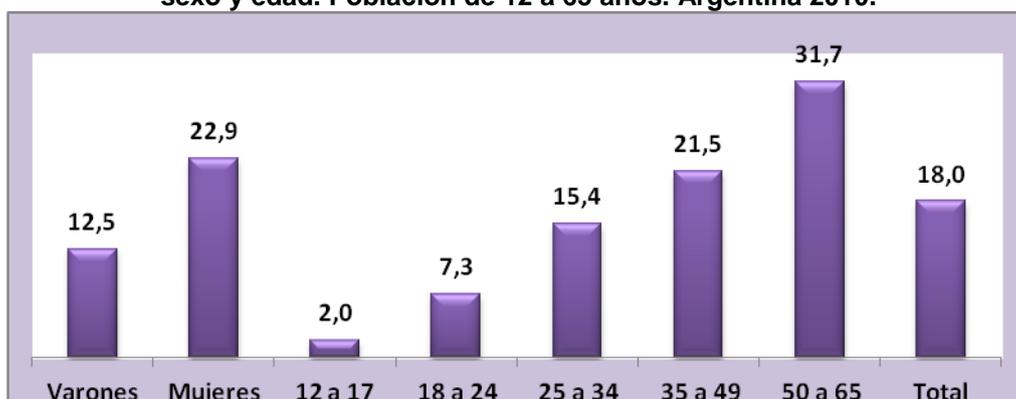


⁶ “Estudio Nacional en población de 12 a 54 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006”. En <http://www.observatorio.gob.ar/estudiosnacionales.html>

El **consumo de psicofármacos** con o sin prescripción médica, principalmente tranquilizantes (benzodiazepinas, 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 8
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.

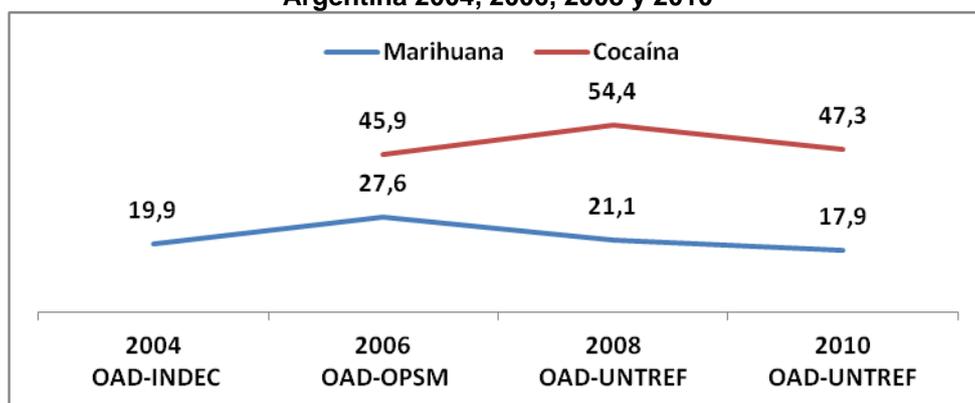
Entre la población adolescente que usó tranquilizantes bajo prescripción médica, en un 3% fueron recetados por psiquiatras y en un 30.3% por otros especialistas. La prescripción dada por psiquiatras es más relevante entre los adultos jóvenes, de 35 a 49 años.

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 período 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 últimos 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 9
Dependencia de marihuana y cocaína. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



En adolescentes escolarizados⁷

Quiénes, 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. El 49.3% tomaron alguna bebida alcohólica en el último mes y un 18.7% fumaron.
- ❑ 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.
- ❑ A nivel nacional, la bebida más consumida es la cerveza (70%), seguida por bebidas fuertes o combinaciones de bebidas diferentes al vino o cerveza (63.9%), y por último el vino (46%). 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 4.4% de quienes declaran consumo de vino y el 6% 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 63.4% reconoce haber tomado cinco tragos o más en una misma ocasión durante las últimas dos semanas, más entre los varones.
- ❑ Otros indicadores de uso abusivo de alcohol refieren a que al 36.6% de los estudiantes algún familiar o amigo le ha sugerido que disminuya el consumo de alcohol, un tercio reconoce que ha tomado alcohol para relajarse, sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo, el 17% reconoce haber tenido problemas por el consumo de alcohol y 3 de cada 10, se ha olvidado de lo que hizo al haber consumido y ha tomado alcohol estando solo o sola.
- ❑ El 18.7% de los estudiantes (un poco más 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 (19.7% y 17.9% respectivamente). Alrededor de un 26% de los estudiantes fuman todos los días.

⁷ Resultados de la Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes del nivel medio 2011. El informe completo se encuentra en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Enseñanza%20Media%202011.pdf>

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

- ❑ Un 12.3% de los estudiantes consumieron alguna droga ilícita en el último año y la de mayor prevalencia es marihuana (10.3%), seguida por cocaína (2.7%). El uso sin prescripción médica de tranquilizantes alcanza al 2.4% de los estudiantes y el de estimulantes al 1.2%. Consumieron pasta base-paco el 1% de los estudiantes y el 2.6% 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 25% de los estudiantes que usan cocaína y pasta base lo hacen de manera habitual o frecuente y el 27% de quienes fuman marihuana. En cambio, el consumo de éxtasis es experimental en mayor medida.
- ❑ 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 en mayor medida los nuevos ingresos en el consumo de psicofármacos sin prescripción médica, solventes o sustancias inhalables y pasta base-paco. Es decir que en este grupo etéreo el patrón de uso se complejiza.

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.

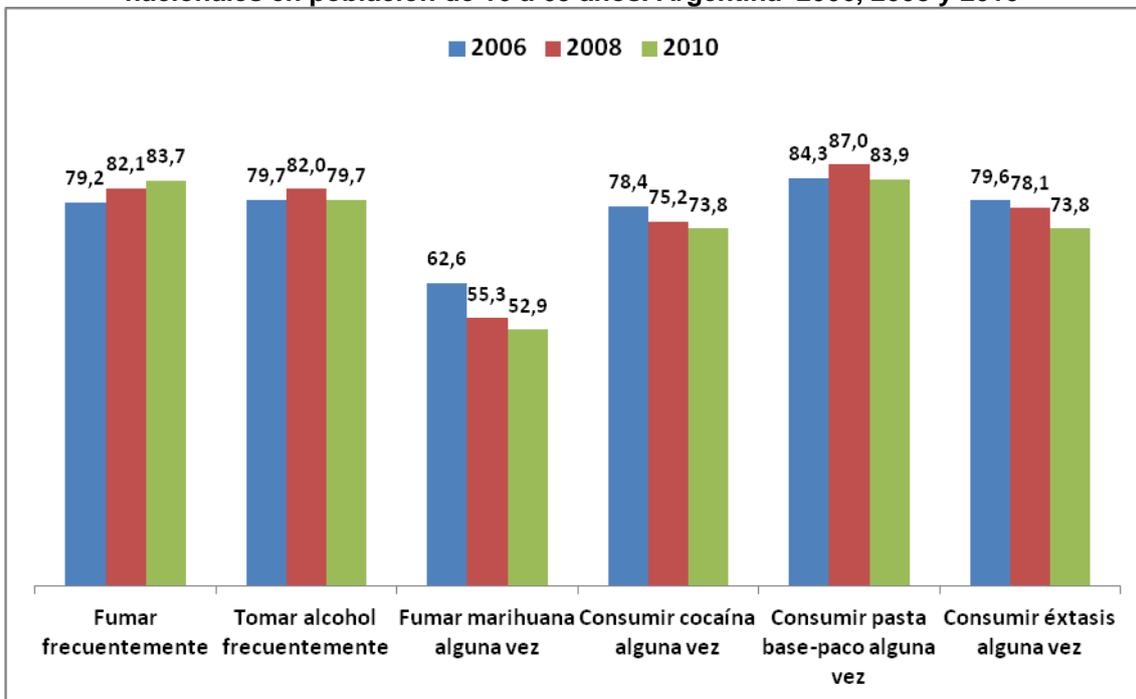
El gráfico siguiente muestra la magnitud y tendencia de la percepción del daño de la población de 16 a 65 años, respecto del uso frecuente de tabaco y alcohol y del uso ocasional de marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis. Se tiene en cuenta la opinión sobre el uso ocasional de drogas ilícitas porque 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.

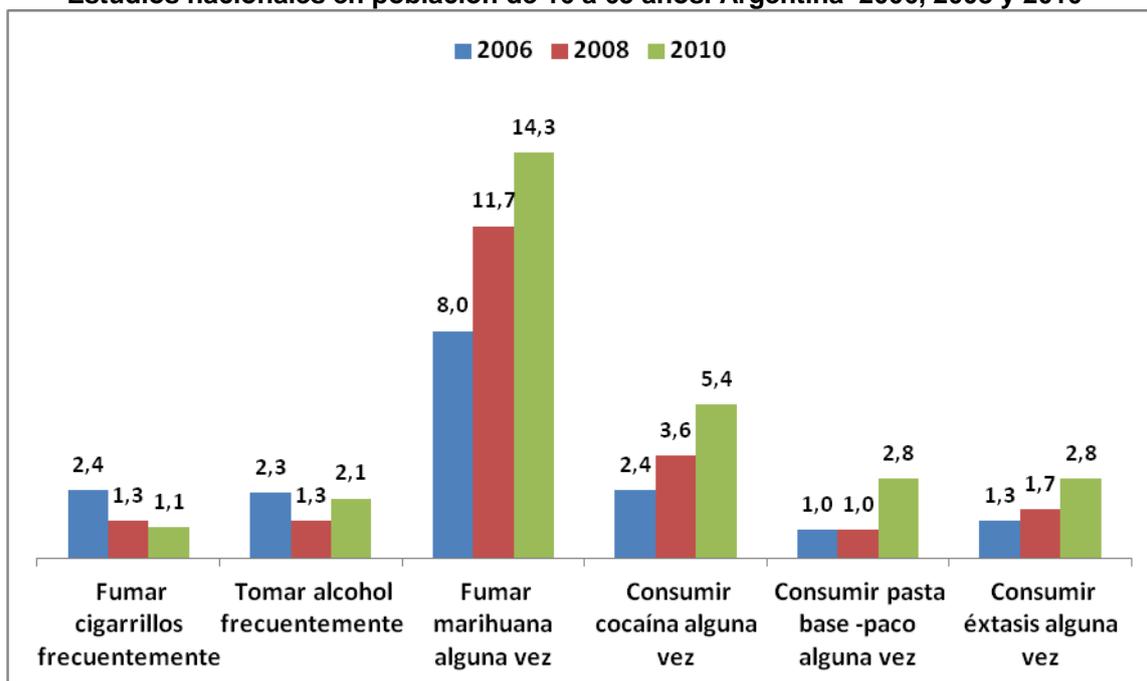
Grafico 10
Porcentaje de personas que evalúan de Gran Riesgo el consumo de sustancias. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



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 11
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



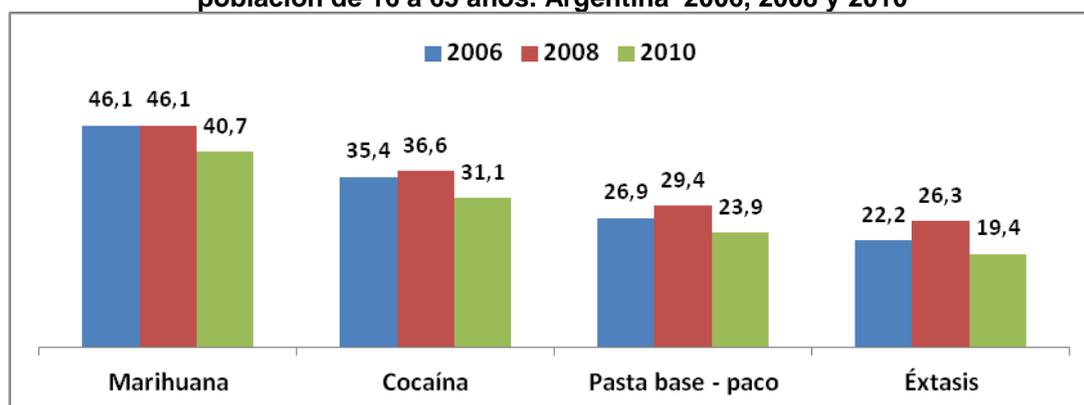
Los datos nos permiten sostener:

- ✓ 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 12
Porcentaje de personas que consideran fácil conseguir drogas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010

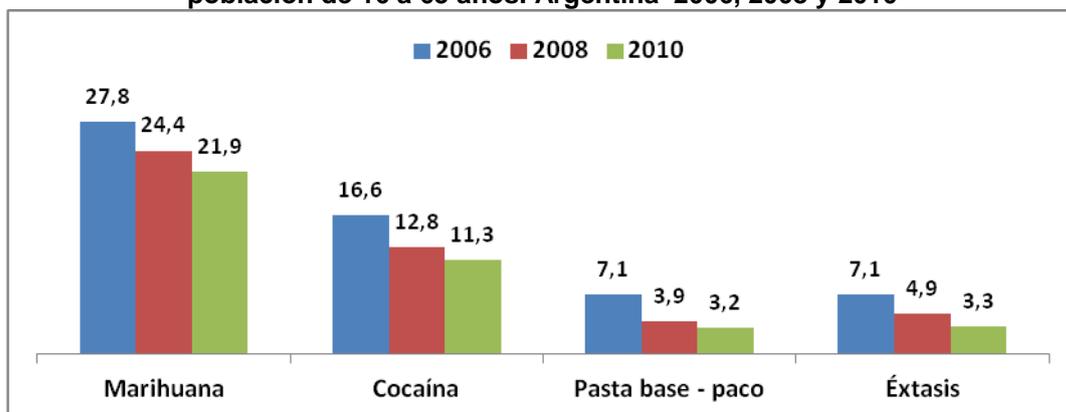


A diferencia de la percepción, los datos siguientes se corresponden con experiencias concretas de personas que en algún momento de sus vidas, recibieron oferta de cada sustancia ya sea para probar o comprar. De ahí que estas proporciones sean claramente inferiores a la percepción de facilidad de acceso.

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 13
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

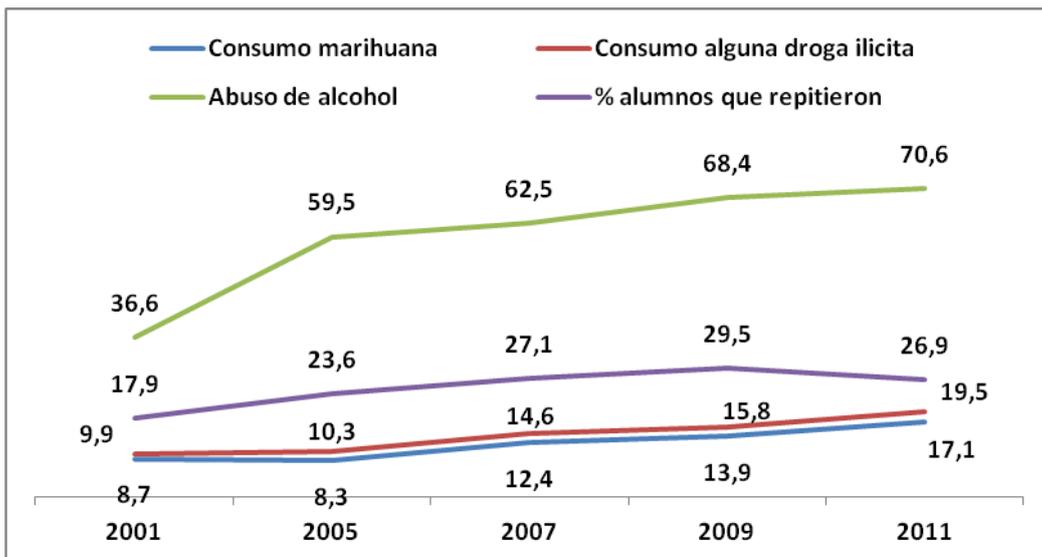
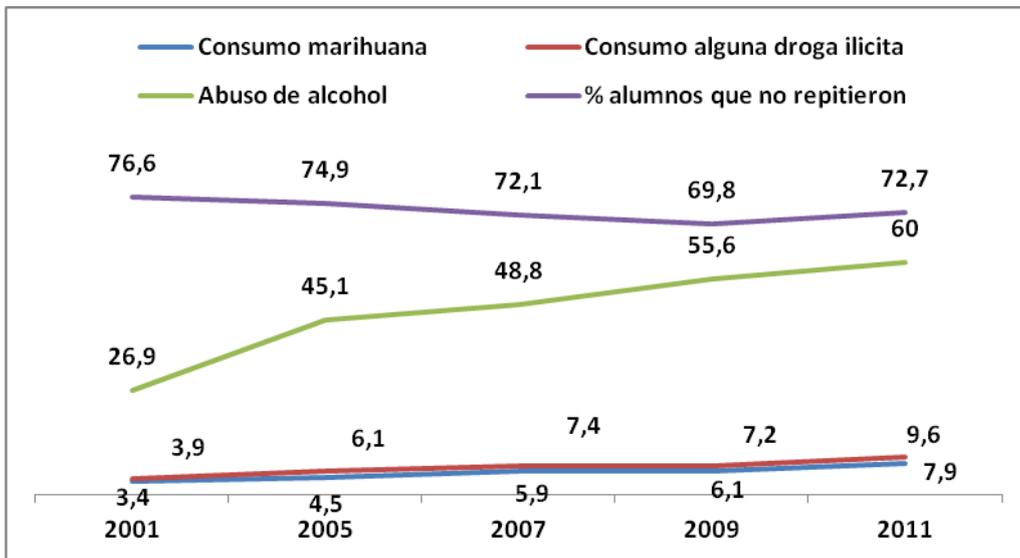
Presentar una síntesis de las condiciones de riesgo en los adolescentes escolarizados obliga a la reflexión sobre el proceso que observamos durante la década 2001-2011. En este periodo sin duda, han mejorado algunos indicadores y han empeorado otros.

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. También está en alza, el consumo de inhalables. Se observa cierta estabilización del consumo de cocaína y pasta base, en tanto que disminuyen los escolares que fuman.

Desde el punto de las condiciones sociales, hacia el 2011 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 26.9% y por lo tanto, el porcentaje con alto índice de desempeño escolar decrece del 49.9% al 38.8%. Pero por otro lado, los estudiantes que tienen una buena expectativa hacia el futuro crecen del 31.4% en el 2001 al 67.8% en el 2011 y los que están en hogares de mayor contención familiar, crecen del 20% al 31.5% 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.

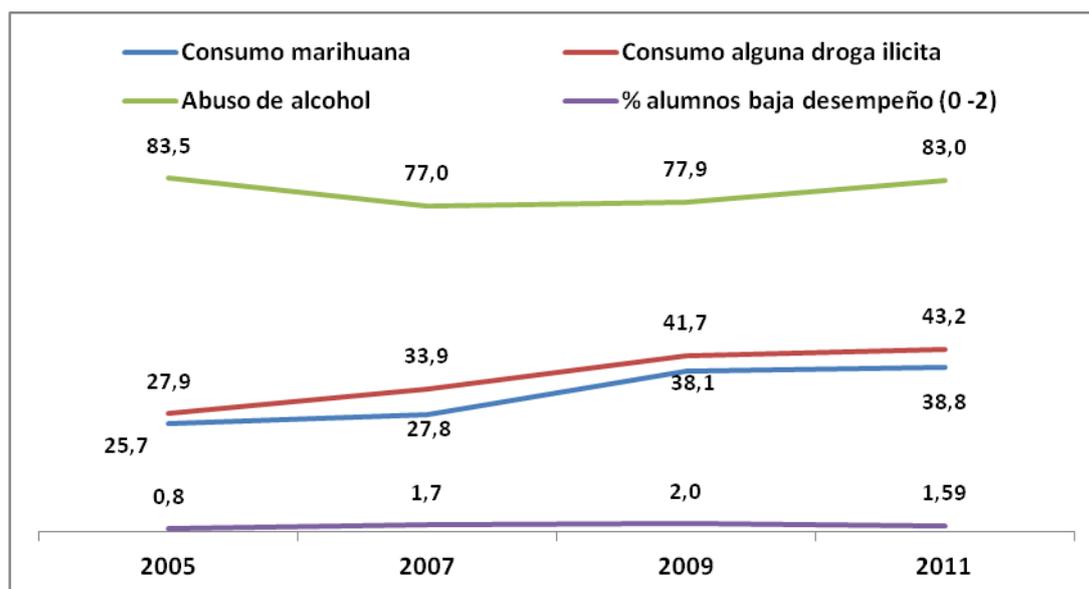
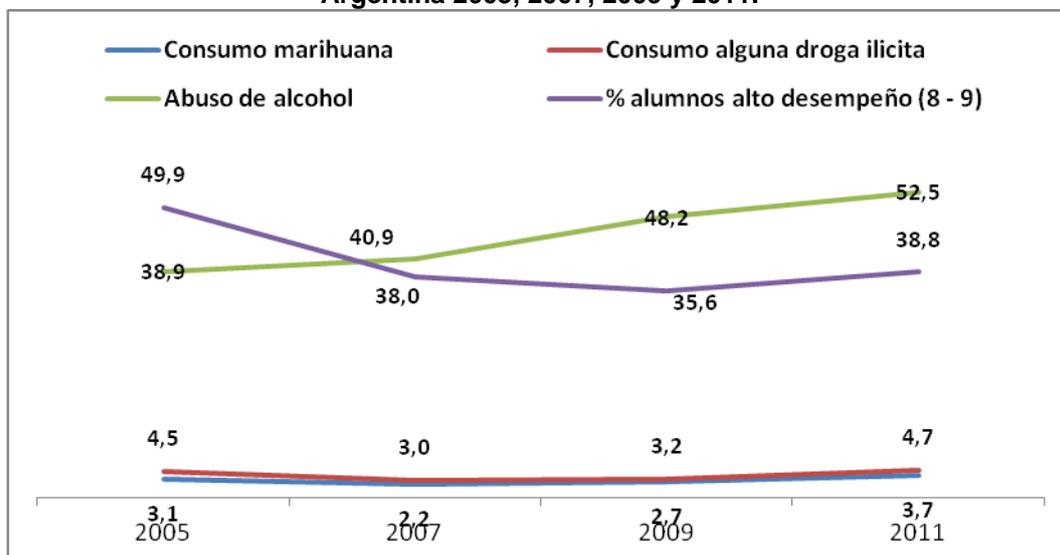
Entonces, los siguientes gráficos muestran el peso específico que los estudiantes agrupados según condiciones de riesgo o protección (repitentes y no repitentes, de bajo y alto desempeño escolar, con alta y baja contención familiar, con buenas y malas expectativas hacia el futuro) tienen en el total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

Gráficos 14 y 15
Repitencia y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.



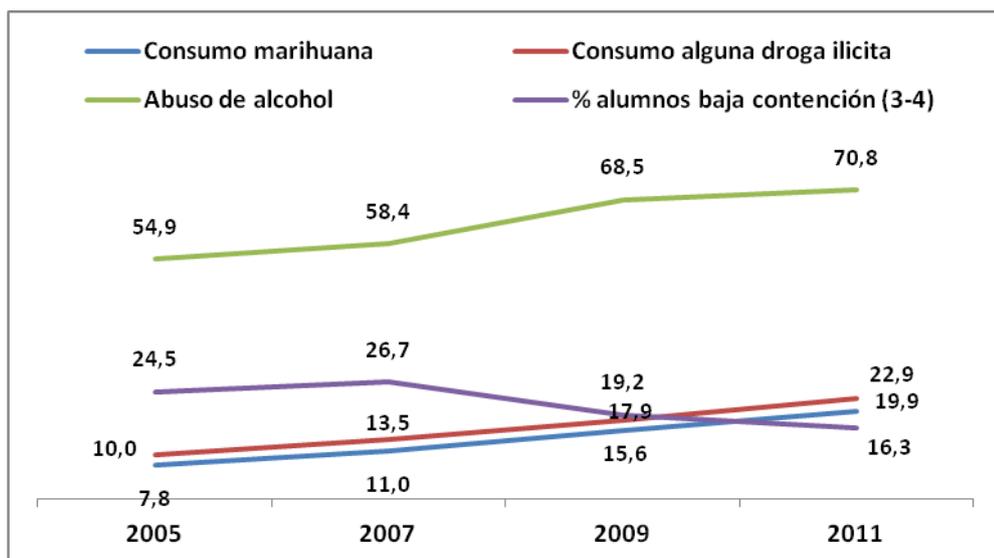
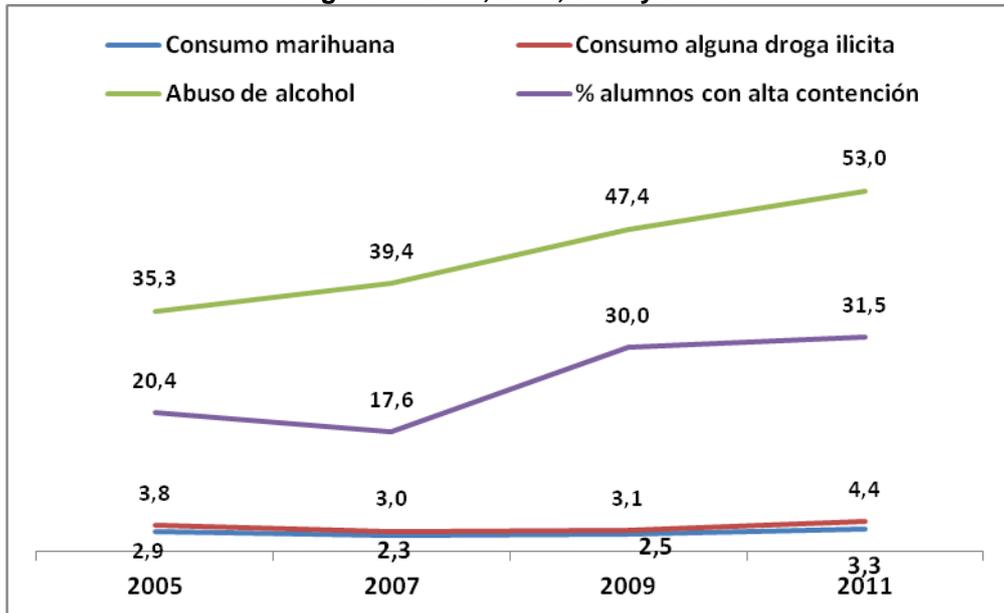
El grupo de los estudiantes que repitieron algún año o curso duplica el consumo de marihuana y alguna droga ilícita en relación a los que no repitieron. El abuso de alcohol es alto en ambos grupos, pero más de 10 puntos entre los repitentes.

Graficos 16 y 17
Nivel de desempeño y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2005, 2007, 2009 y 2011.



Si bien el porcentaje de alumnos con alto desempeño decrece en 10 puntos entre el 2005 y el 2011, los consumos de marihuana y alguna droga ilícita se mantienen estables en el orden del 3% y 4.5% respectivamente. En contraposición, los alumnos con bajo de desempeño crecieron al 1.6% en el 2011 y el consumo en este grupo es mayor, pero estable 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: 38.8% y 1.6% respectivamente.

Graficos 18 y 19
Contención familiar y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio
Argentina 2005, 2007, 2009 y 2011.

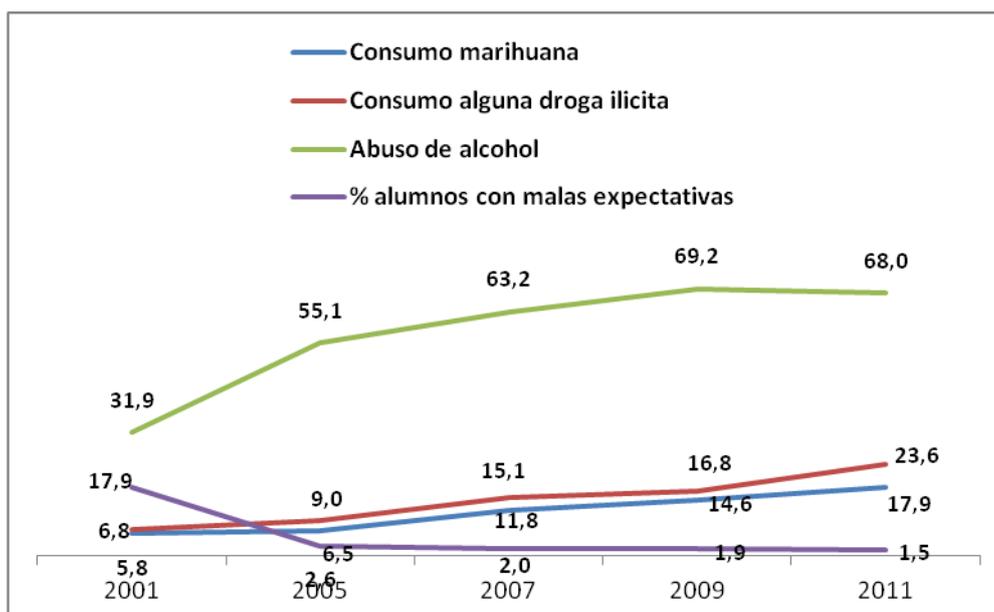
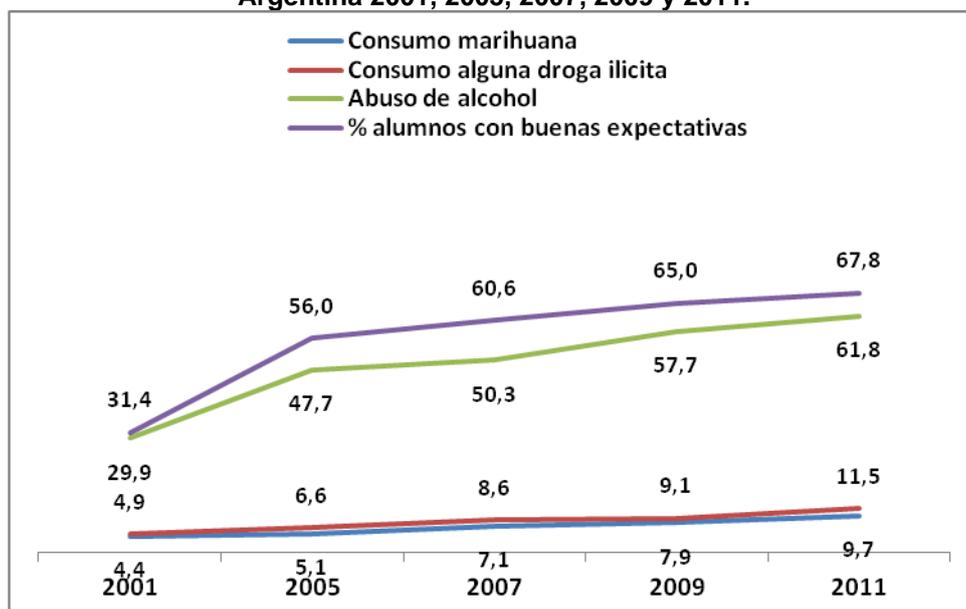


La contención familiar es una escala que permite estimar niveles de atención y cuidado que los padres tienen respecto de sus hijos adolescentes, construida a partir de indicadores de la vida cotidiana, como por ejemplo, si los padres conocen a sus amigos, si se preocupan si llegan más tarde de la hora prevista, si saben a dónde van, si conocen los programas de Tv, o internet que visitan, cuántas veces en la semana los dos o alguno 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 2011. 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 20 y 21
Expectativas a futuro y consumo. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio.
Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.



Las expectativas positivas de los estudiantes de poder realizar algún proyecto personal en el futuro que crecieron del 31.4% en el 2001 al 67.8% (gráficos 20 y 21) 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 1.5%. 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.

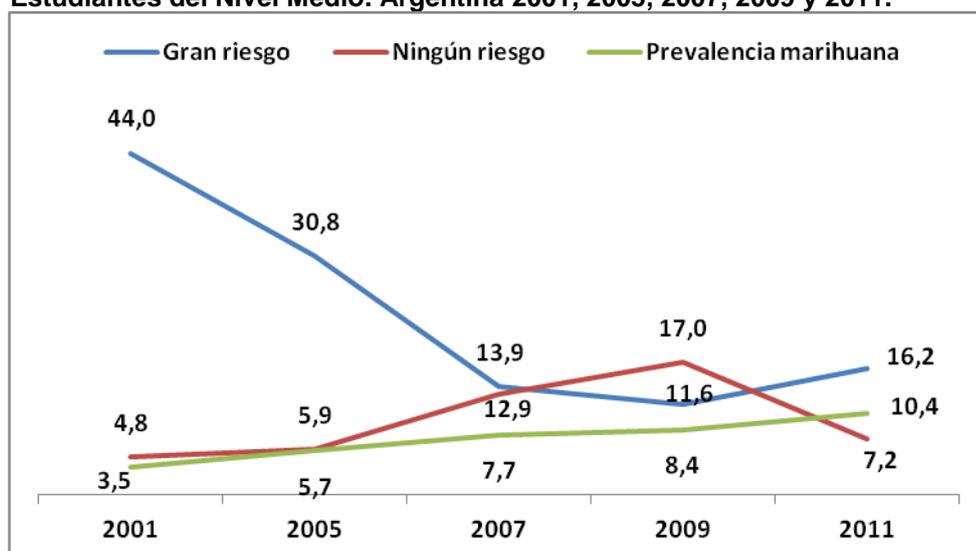
El gráfico siguiente muestra que entre el 2001 y el 2009 el incremento en el consumo de marihuana está acompañado por un decrecimiento fuerte en su percepción de daño y un consiguiente aumento de la tolerancia. Sin embargo, hacia el 2011 se observa un quiebre en la tendencia ascendente de la percepción de ningún riesgo.

Varios interrogantes surgen a partir de este dato: es el impacto del mayor debate público sobre la inocuidad o no del uso de marihuana? Se incrementaron los programas de prevención en las escuelas y se puso mayor énfasis en esta droga? Es una nueva tendencia? Acaso se había llegado al piso de la percepción del daño?

Es necesario entonces esperar a nuevas mediciones para confirmar o no esta tendencia.

Grafico 22

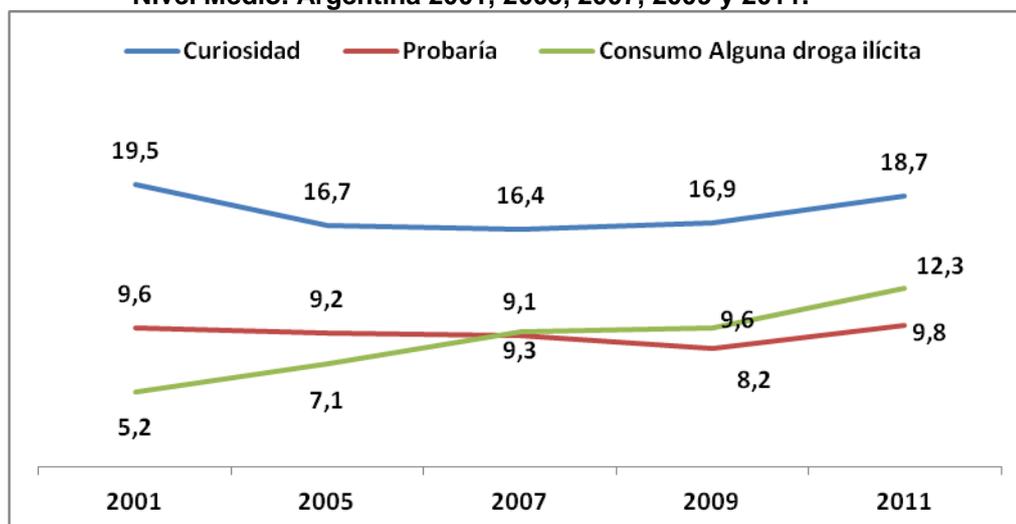
Percepción de riesgo frente al consumo ocasional de marihuana. Estudios Nacionales en Estudiantes del Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.



Por otra parte, 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. 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.

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 19%, los curiosos y del 9% los que de tener la ocasión, probarían. El incremento del consumo de alguna droga ilícita alcanza al 12.3% en el 2011. 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 23
Curiosidad, propensión al consumo y prevalencia de alguna droga ilícita. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011.



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.

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 alcohol⁸

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

⁸ Para consultar el informe completo ver:
http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Imaginario_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 en las siguientes categorías:

“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 animás 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 cotidiana⁹

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.

⁹ 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-paco¹⁰ 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

¹⁰ 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 programas¹¹, 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 inconmensurable 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)

¹¹ El documento completo puede consultarse en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/EvaluacionProgramasTratamiento-UnAnioDespues_v3.pdf

Los tratamientos previos

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

3. Demanda de tratamiento y oferta sanitaria

Continuando con los pacientes en tratamientos, pero no ya desde una mirada cualitativa sobre su experiencia y trayectoria, 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 2010¹², 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 1
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%.

¹² 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.

Drogas de inicio

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 2
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 un 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 3
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.

4. 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.”*** ^[1]

Comprende: Muertes directas, suicidios, accidentes (asociados al consumo de alcohol y drogas ilegales), homicidios (asociados al consumo de alcohol y drogas ilegales) e indirectas (atribuibles al consumo de tabaco y alcohol).

Las últimas estimaciones realizadas refieren al año 2010. En dicho año, del total de 318.602 muertes en el país, el 15.9% de las mismas son relacionadas al consumo de drogas y son 50.652 casos.

Una gran parte de las defunciones asociadas a las drogas, corresponden al consumo del tabaco (42.521, 84%), luego al alcohol (7.845, 15%) y, un porcentaje mínimo a las drogas ilegales (286, 0.6%). La distribución de las defunciones según causas refleja que, un 95.2% corresponde a causas indirectas, un 1.8% a homicidios, un 1.7% a accidentes, un 1.3% a causas directas y, un 0.02% a suicidios. Si se analizan las defunciones según las causas y tipo de sustancias, se observa que, la mayoría (87%) de las muertes por causas directas son atribuibles al uso de alcohol y el resto atribuibles al uso de tabaco (8%) y drogas ilegales (5%). La mayoría de las muertes por accidentes y homicidios corresponden al consumo de alcohol (92% y 81%, respectivamente) y el resto al consumo de drogas ilegales. En lo que respecta a los suicidios, son todos por consumo de drogas ilegales. En el caso de las muertes por causas indirectas, la mayor cantidad es atribuible al consumo del tabaco (88%) y el resto al del alcohol.

En lo que respecta a la distribución de las muertes por provincias, claro está que la misma sigue la distribución de la población, por lo que la mayoría de las defunciones se presentan para las provincias más pobladas como Buenos Aires (39%), Ciudad

^[1] Ver informe: <http://www.observatorio.gov.ar/> Mortalidad relacionada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010.

Autónoma de Buenos Aires (11%) y, Córdoba y Santa Fe (9%). Sin embargo, respecto a la intensidad de los casos por drogas, sobresalen las provincias de La Pampa con cerca de un 22%, Neuquén y Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur con un 19.6%, San Luis con un 18.2% y, Chubut con un 18% de defunciones relacionadas con las drogas; cuando para el total del país este porcentaje es de un 15.9%. A su vez, se presentan algunos resultados llamativos al interior de las diferentes causas de mortalidad o, al interior de algunas provincias. Por un lado, en el caso de las defunciones directas atribuibles al consumo de tabaco, Mendoza, que representa el 4.2% de las muertes relacionadas con drogas, acumula el 33% (16 de 48 casos) de estas muertes y, Entre Ríos y Tucumán, un 12.5% (6 de 48 casos) (cuando representan el 3.2 y 2.8% de las muertes relacionadas con drogas, respectivamente). Por otro lado, el 29% (9 de 31) de las muertes atribuibles directamente al consumo de drogas ilegales se presentan en Mendoza, lo que también resulta llamativo. Sabiendo del sub-registro de muertes por drogas en los certificados de defunción que existe en la provincia de Mendoza, según los resultados de un estudio de análisis de necropsias y, observando que, a pesar de ello, en esta provincia se presentan muchos más casos que en el resto del país, se concluye la presencia de un importante sub-registro de muertes por drogas, por lo que es importante remarcar que estos resultados deben interpretarse con prudencia.

El Estudio de necropsia como fuente secundaria, llevado adelante por el OAD^[2], 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. 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. En el estudio, se relevaron 2710 necropsias y, el análisis de las mismas, demostró 92 casos positivos a cocaína, mientras que, el análisis de los certificados de defunción dio como resultado 11 casos incluidos en códigos de la selección B. Específicamente, dieron resultados positivos a “alguna de las determinaciones” 230 casos del total de las 2710 necropsias efectuadas en el período de estudio, 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

^[2] Ver informe completo en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/MuerteRelacionadaConDrogasAnalisisDeNecropsias.pdf>

- 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 muertes 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.
- 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.

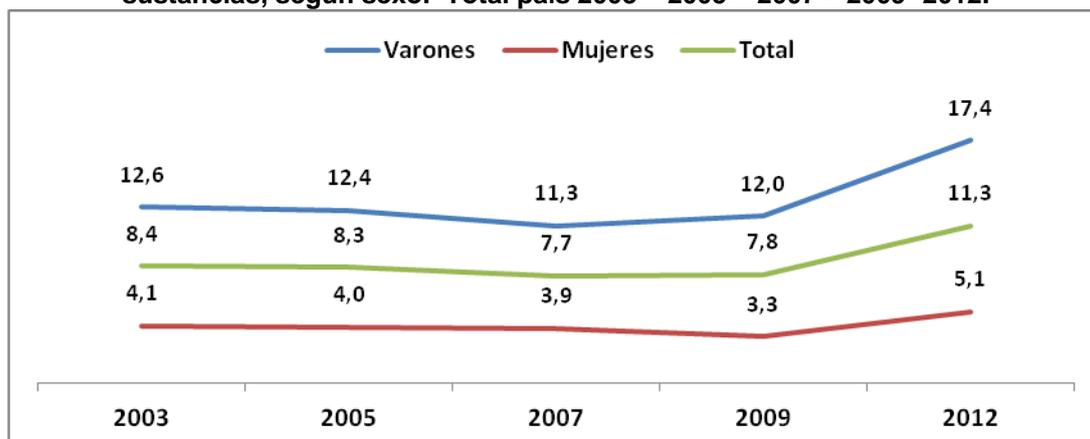
Morbilidad aguda

A partir de los Estudios Nacionales en pacientes ingresantes a las salas de emergencia en los años 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012, 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 24

Porcentaje de consultas de emergencia cuya causa estuvo relacionada al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007 – 2009 -2012.



Cuadro 4

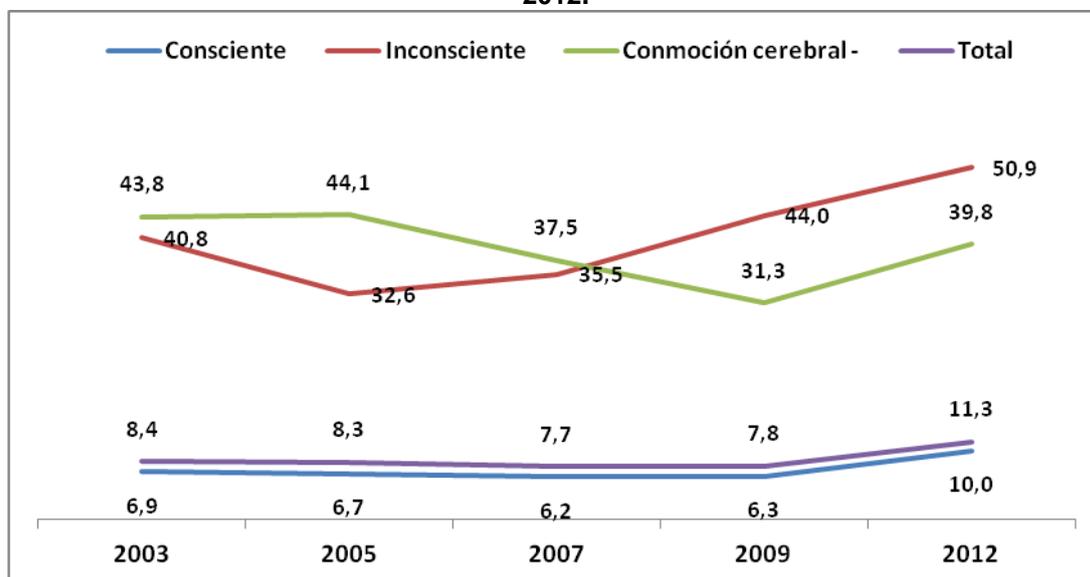
Porcentajes de consultas de emergencia cuya causa estuvo relacionada al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 – 2007 – 2009 - 2012.

Grupos de edad	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas				
	2003	2005	2007	2009	2012
12 a 15 años	7,4	5,1	5,7	5,1	6,5
16 a 20 años	12,7	11,9	12,5	11,0	17,0
21 a 25 años	12,3	10,2	10,3	9,5	15,6
26 a 30 años	9,0	10,3	8,4	8,7	13,2
31 a 40 años	6,5	8,4	7,1	7,8	10,7
41 a 50 años	7,1	7,8	6,1	6,2	8,3
51 años y más	5,2	4,7	4,2	4,7	7,5
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	11,3

Entre los pacientes ingresantes que llegan en peores condiciones, inconscientes o con conmoción cerebral, entre el 30% y 50% la causa de ingreso estuvo relacionada al consumo/abuso de sustancias.

Gráfico 25

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 - 2012.



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 2012, las principales causas de consultas que se vinculan al abuso de alguna sustancia, según los diagnósticos presuntivos dados por el médico, son:

- El 81.9% de las intoxicaciones por sustancias o envenenamientos
- El 43.3% de los trastornos mentales y del comportamiento
- El 20.4% de los traumatismos y politraumatismos
- El 8.5% de las enfermedades del sistema nervioso
- El 5.3% de las enfermedades del sistema circulatorio
- El 5.4% de las enfermedades del sistema respiratorio
- El 5.7% de las enfermedades del sistema digestivo

Al analizar los diagnósticos de las consultas relacionadas con el consumo según la cantidad de sustancias consumidas, observamos que las enfermedades del sistema respiratorio (45.7%) y las del sistema digestivo (52.5%) se asocian en mayor

proporción con el consumo de una sola sustancia.

Por su parte, las enfermedades del sistema digestivo se asocian en un 46.2% al consumo de dos sustancias, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento se asocian en un 51.2% al consumo de tres sustancias o más.

Cuadro 5
Distribución de los Diagnósticos presuntivos en pacientes según consumo de solo alcohol o policonsumo. Total consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2012.

Diagnóstico presuntivo*	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			
	Consumió una sustancia	Consumió dos sustancias	Consumió tres sustancias o más	Total
Trastornos mentales y del comportamiento	22,5	26,3	51,2	100,0 (N = 80)
Enfermedades del sistema respiratorio	45,7	37,1	17,1	100,0 (N = 40)
Enfermedades del sistema digestivo	52,5	46,2	8,5	100,0 (N = 117)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	36,6	45,5	17,9	100,0 (N = 965)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	31,4	30,5	38,1	100,0 (N = 236)

*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 localizado.

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

- Durante el fin de semana ocurren la mayoría de los episodios de emergencia que tienen relación con el consumo de sustancias, ya que el porcentaje de asociación de dicho periodo supera en más del doble de las consultas relacionadas con el consumo de entre semana.
- La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de SPA es superior al 80%, lo cual indica una vez más la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Respecto del tabaco, se presenta como la segunda sustancia más consumida. La marihuana tiene una presencia del 19.5%, los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el 12.2%, la cocaína 9.7%

y la pasta base/paco el 5.7%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de SPA es inferior al 2.5%.

- Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína o pasta base el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 80% del total de consultas. Entre los pacientes que consumieron marihuana el porcentaje asociado al consumo es del 69.8% y entre los pacientes con consumo de alcohol el porcentaje es del 56.1% y de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el 52.1%
- Estos datos indican por un lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo de estas sustancias, y por otro lado, 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 entre el 20% y 30% (22% en el 2003, 21.4% en el 2005, 23.4% en el 2007, 21.3% en el 2009 y 31% en el 2012). Son los accidentes de tránsito y los comunes o caseros los que tienen mayor importancia. Las situaciones de violencia representan alrededor del 5% y los intentos de suicidio el 0.7% promedio según los estudios.

Cuadro 6
Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia.
Total país 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012.

Motivo de ingreso	2003	2005	2007	2009	2012
Desconocido	2.4	4.2	3.6	1.5	3.7
Accidente de tránsito	6.2	7.0	9.5	9.9	13.3
Accidente de trabajo	4.1	4.4	3.7	3.0	3.2
Accidente común o casero	11.7	10.0	10.2	8.4	13.4
Situación de violencia	4.3	4.8	4.3	5.0	5.2
Intento de suicidio	0.6	0.7	0.6	0.6	0.9
Sobredosis	0.9	1.0	1.3	1.0	0.1
Síndrome de abstinencia	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2
Motivo médico general	69.7	67.5	66.4	70.4	58.7
Total	100 (N= 14.885)	100 (N= 11.892)	100 (N= 13.208)	100 (N=11.882)	100 (N=13.328)

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 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 7
Porcentaje de consultas que ingresaron por accidentes y violencia y que estuvieron relacionadas al consumo de sustancias. Total país 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012.

Motivo de ingreso	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas				
	2003	2005	2007	2009	2012
Accidente de tránsito	22,8	17,3	20,7	18,2	21,7
Accidente de trabajo	5,4	3,5	4,1	4,3	5,9
Accidente común o casero	8,3	6,6	8,0	8,0	12,5
Situación de violencia	50,0	47,6	47,9	59,1	49,2
Intento de suicidio	67,1	70,5	77,1	73,1	74,7
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	11,3

Según los últimos datos disponibles del año 2012, entre los pacientes con consumo de alcohol y donde ese consumo fue vinculante en la lesión o enfermedad, el 22.1% fueron provocadas en una situación de violencia y el 27.1% 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 (26.6%) y quienes habían abusado de ansiolíticos o tranquilizantes, estuvieron más presentes en intentos de suicidio, según se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 8
Distribución de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos según
ingresos por violencia y accidentes vinculadas al consumo. Total país, 2012.

Motivo de ingreso de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos	Pacientes con consumo de alcohol	Pacientes con consumo de marihuana	Pacientes con consumo de ansiolíticos
Accidente de tránsito	27,1	18,8	4,0
Accidente de trabajo	1,7	1,6	1,0
Accidente común o casero	14,9	10,0	5,5
Situación de violencia	22,1	26,6	8,0
Intento de suicidio	3,3	5,0	28,5
Otros motivos	30,9	38,0	53,0
Total	100,0 (N = 1.333)	100,0 (N=319)	100,0 (N=200)

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 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 realidad¹³.

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 psicoativas.

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

¹³ Consultar el informe final en:
http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_cualitativo_en_poblacion_privada_de_la_libertad2007.pdf

de abstinencia, como tampoco es cierto que todos los abusadores de sustancias cometen delitos ni la conexión inversa.

Respecto de las trayectorias sociales, en las cuales se va configurando la historia del delito y del consumo, se pueden clasificar en dos perfiles¹⁴. Uno, caracterizado por delincuentes 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 un 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”.

¹⁴ 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 2009¹⁵ 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

¹⁵ 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.

5. Estimaciones económicas

De acuerdo a las estimaciones realizadas¹⁶ 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,”***¹⁷ 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.

¹⁶ Ver informe completo: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Costos_Abuso_SPA_Argentina_2008_Informe_Final.pdf

¹⁷ Ver: http://www.observatorio.gov.ar/estudios_analisis_economicos.php

(1.082.428 U\$S)¹⁸ . 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

¹⁸ 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).

6. Las percepciones de la población

Durante el año 2010 se realizaron cuatro ondas de sondeos telefónicos de opinión¹⁹ 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

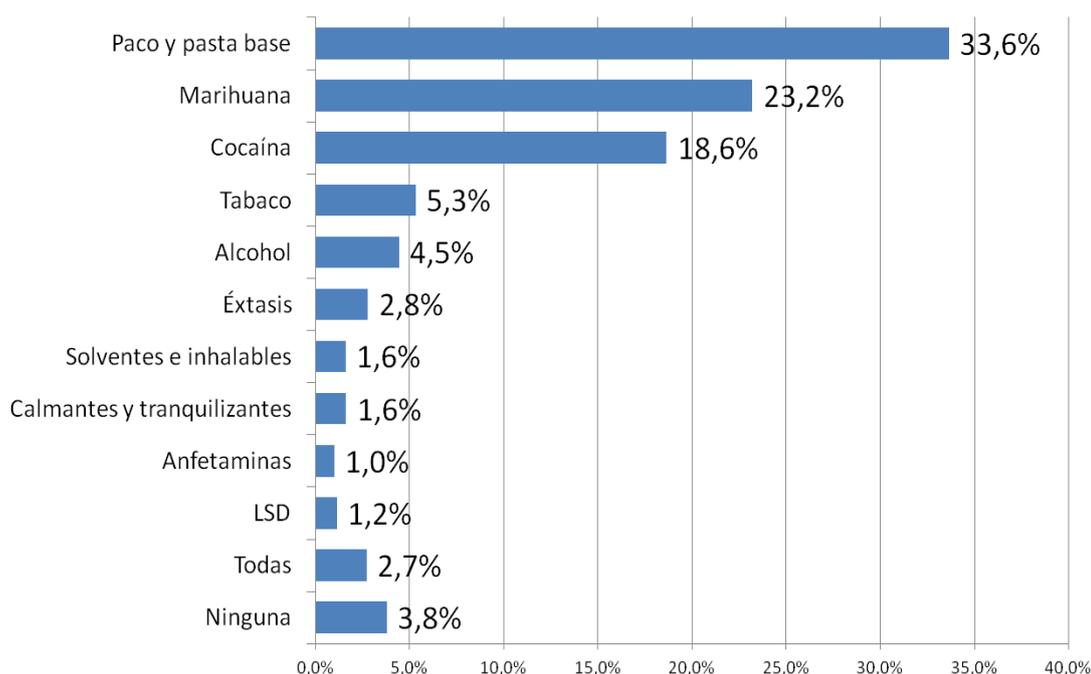
¹⁹ Estudios realizados mediante convenio con la Universidad Nacional de San Martín.

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 más mencionadas. La escasa mención al tabaco y el alcohol confirma la menor asociación de estas sustancias al concepto general de droga.

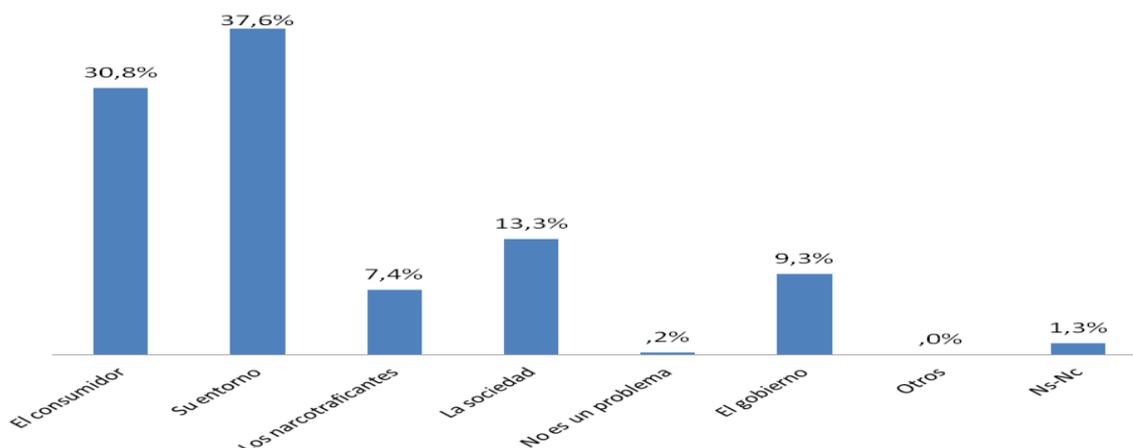
Grafico 26

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 27
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.

Gráfico 28
Drogas con mayor y menor impacto social. Total entrevistados (1.200). Argentina 2010



7. Conclusiones desde una mirada barrial

- 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

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

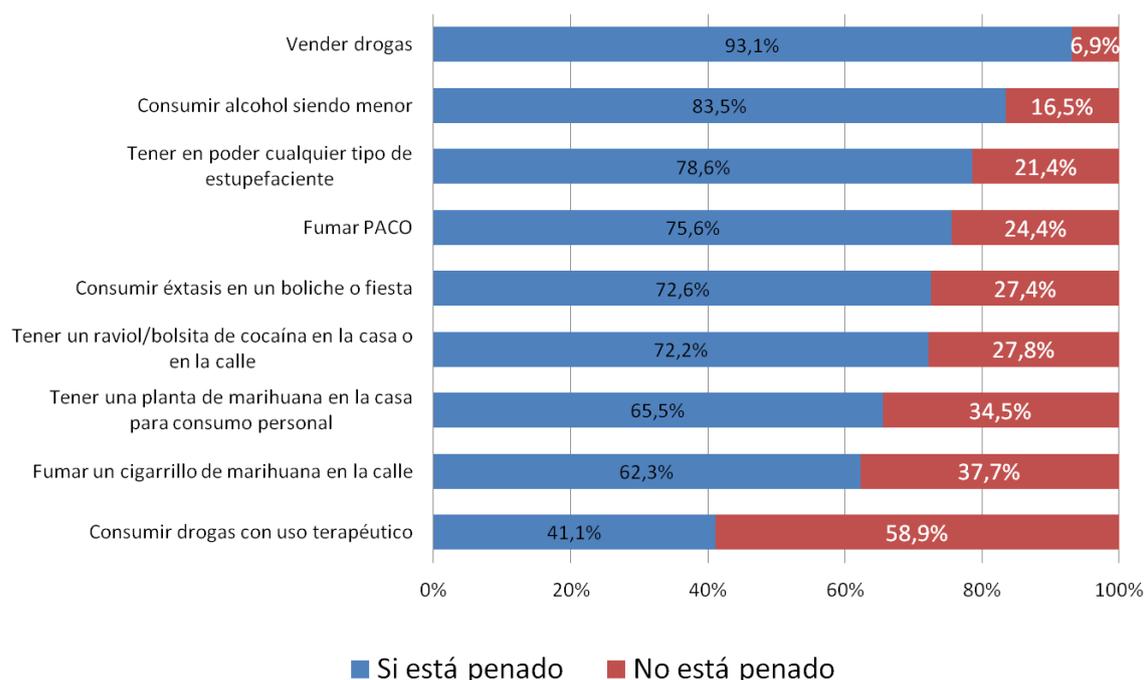
- ❖ El 54% de los encuestados conoce o escuchó hablar de la SEDRONAR y el 45% no. El organismo es más conocido en los estratos mas altos de nivel económico social y algo más desconocido para los jóvenes de 18 a 29 años y en el AMBA
- ❖ Entre quienes conocen al organismo, cerca del 45% de los encuestados 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 29
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 2012, contamos resultados de más 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 más de 9.000 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.