

Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas

2016 - 2020

Contenido

Introducción	3
Principios Rectores	4
1.- Perspectiva de derechos	4
2.- Desestigmatización de la problemática	5
3.- Perspectiva de género	5
4.- Enfoque Intercultural	6
5.- Participación social y comunitaria	6
6.- Intersectorialidad, complementariedad y articulación intergubernamental	6
7.- Intervenciones basadas en la evidencia	7
8.- Calidad y transparencia institucional	7
9.- Proporcionalidad	7
10.- Especificidad	8
Metodología de elaboración	9
Marco Normativo: lineamientos nacionales e internacionales	11
Situación epidemiológica - Diagnóstico	19
Contexto global	19
Estado de situación a nivel regional	22
Estado de situación a nivel país	21
Ejes estratégicos	33
1.- Prevención	33
2.- Abordaje Territorial	37
3.- Tratamiento	40
4.- Programa Municipios en Acción	45
5.- Desarrollo del conocimiento científico	46
6.- Articulación institucional	50
Anexo	54

Introducción

La problemática del consumo de drogas es un fenómeno multifactorial, que implica un desafío para el Estado Nacional. Traspasa fronteras nacionales y comunitarias; constituye una situación compleja tanto a nivel mundial, como en nuestro país en particular.

El consumo de drogas implica una serie de costos para la sociedad, tanto en el plano social, económico, político y ambiental; constituyendo un problema que exige un abordaje integral, equilibrado y multidisciplinario. Por tanto la respuesta debe ser multisectorial y a su vez requiere una responsabilidad común y compartida de todos los gobiernos que forman parte de la comunidad nacional e internacional así como de todos los actores/sectores de la sociedad.

Si bien la problemática del consumo de drogas tiene una importante presencia en los medios de comunicación, en la mayoría de los casos se toma contacto con esta realidad por circunstancias familiares, vecinales, laborales y/o de relación con el entorno.

Es por todo esto, que la temática debe ser abordada de una manera integral e interdisciplinaria y considerando las particularidades locales, asumiendo el reto de transformar esta realidad que afecta negativamente a la salud pública, la seguridad, la justicia y el desarrollo sostenible de la sociedad en su conjunto.

Reducir la demanda de drogas no solo implica ampliar la cobertura de tratamientos sino también realizar acciones de prevención y mejoramiento de las condiciones de vida. Implica la inclusión de estrategias de intervención temprana, producto del consenso entre los diferentes niveles de gobierno y los actores competentes de la sociedad civil.

La participación en el proceso de elaboración de este Plan de organizaciones gubernamentales, sociales y civiles provenientes de distintas localidades del país, es una herramienta innovadora y necesaria para el abordaje integral de la problemática del consumo de drogas. Desde este Organismo rector, se asume el compromiso de construir un Plan Nacional a largo plazo, de carácter federal, destinado a reducir el problema actual del consumo de drogas en el país.

Principios Rectores

1.- Perspectiva de derechos

Desde la Secretaría proponemos una política pública de drogas tendiente a reconocer al usuario como un ciudadano¹ activo en el ejercicio de sus derechos.

Es importante destacar que el uso de drogas no necesariamente se constituye o deriva en un consumo problemático. Sin embargo, en muchas ocasiones lo que se rotula como un “uso moderado, social o consumo no problemático”, no significa exención de riesgos.

Por tal razón, abordamos la problemática desde un enfoque integral que contempla aspectos del ámbito social, educativo y sanitario. Concebimos la política pública de drogas a partir de una acción reparadora que tiende a reconstruir el lazo social que se encuentra dañado, superando el enfoque represivo y persecutorio con el que históricamente se abordó la temática.

Desde esta perspectiva, es fundamental el cumplimiento integral de derechos de las personas con consumo problemático de drogas, en un marco de libertad, respeto y dignidad. Se aspira alcanzar el desarrollo integral de su personalidad y potencialidades, generando condiciones que propicien la autonomía progresiva del sujeto y el ejercicio de su derecho a decidir. En tal sentido, la Secretaría busca diseñar e implementar intervenciones de inclusión desde una mirada integral, considerando especialmente a aquellas personas que presenten dificultades en el acceso a servicios de calidad en salud y educación; al mundo del trabajo y al pleno desarrollo de las capacidades personales y sociales.

2.- Desestigmatización de la problemática

Es primordial trabajar en pos de modificar las representaciones sociales existentes respecto de las personas con problemática de consumo. Se debe procurar eliminar las connotaciones negativas asociadas, históricamente, a concepciones criminalizadoras, de peligrosidad y de desviación de la normalidad, que han generado exclusión y discriminación de las personas que atraviesan esta situación. A tal fin se busca establecer una estrategia comunicacional que evite la difusión y multiplicación de los estereotipos que producen representaciones sociales que contribuyen en la reproducción de la marginación social. Se torna ineludible superar los procesos de estigmatización para construir una concepción de los sujetos, que destaque sus potencialidades y su titularidad como sujeto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Este enfoque también incluye estrategias de abordaje que se orienten a la integración de las personas con problemáticas de consumo en los diversos ámbitos colectivos: educativos, barriales y laborales, apuntalando de forma sostenida su contención.

3.- Perspectiva de género

La perspectiva de género implica una mirada y trabajo transversal, necesarios para asumir, desde el Estado, la responsabilidad de una sociedad justa. Las desigualdades de género se alojan en roles cristalizados socialmente, que asignan los modos de ser “típicamente” en tanto varones y mujeres. Desde esta perspectiva, las mujeres usuarias de drogas padecen una doble estigmatización derivada de la confluencia de ser mujeres y consumidoras. La situación de las mujeres resulta aún más crítica si se contempla la falta de oferta de tratamientos que incluyan una perspectiva de género en esta problemática; y, más aún, cuando a la situación de consumo se acompaña la condición de embarazo y/o tenencia de hijos a cargo. Por tales razones, este Plan Integral incluye el compromiso de trabajar en el fortalecimiento de la perspectiva de género en todas las áreas de acción y diseño institucional. Como se ha expresado anteriormente, se busca superar los estereotipos y garantizar la igualdad de

oportunidades, haciendo especial hincapié en el acceso equitativo de mujeres y varones a los servicios de salud en general.

4.- Enfoque intercultural

El enfoque intercultural se propone como una mirada que contempla y permite pensar la diversidad y, por ende, la complejidad de las problemáticas sociales. Desde esta perspectiva intercultural, se establecen determinadas formas de expresión y de acción en el marco de las estrategias preventivas y de tratamientos específicos. Se diseñan prácticas concretas de acción que respeten y acompañen las diferencias culturales, recuperando y valorizando sus prácticas y saberes en el contexto de la vida cotidiana en comunidad. El enfoque intercultural requiere, necesariamente, de la inclusión plena de la perspectiva de los actores de la comunidad respecto a lo que consideran como prioritario y pertinente al momento de construir diagnósticos situacionales e intervenir con estrategias selectivas y consensuadas por sus miembros.

5.- Participación social y comunitaria

En virtud de que el consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que involucra a la sociedad en su conjunto, resulta de suma importancia promover la participación social y comunitaria a través de la construcción conjunta de estrategias de sensibilización y concientización que favorezcan el involucramiento de la población en este tema. Las características fundamentales de este lineamiento se orientan tanto a la identificación con la temática como a la consideración particular de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad. A su vez, se espera que la elaboración de estrategias de participación social genere canales que estimulen y permitan iniciativas ciudadanas que influyan en procesos deliberativos en los que se logre plasmar la experiencia y el conocimiento de los distintos actores sociales involucrados.

6.- Intersectorialidad, complementariedad y articulación intergubernamental

Tanto la complejidad de la temática del uso de sustancias psicoactivas como la diversidad de realidades de nuestro territorio, precisan una mirada y un abordaje territorial, intersectorial, multidisciplinar e intergubernamental que procuren dar respuestas adaptadas a los entornos locales y optimizar recursos. A su vez, debe establecerse un lineamiento nacional que otorgue coherencia e integralidad a las acciones que se desplieguen en los distintos niveles gubernamentales. Por lo tanto, este lineamiento asume como condición -y es parte de su naturaleza- la intersectorialidad de sus acciones como marco conceptual y operativo que se

funda en el principio de corresponsabilidad. En este sentido, se establece que los diversos sectores -tanto en el nivel nacional, provincial como municipal- implementen una respuesta común, independientemente de las funciones e iniciativas propias que les corresponden frente a la problemática. Así, esta respuesta explícita, no sólo los mecanismos de articulación sino también los criterios de complementariedad que posibilitan que cada sector implemente una respuesta que permita la acción conjunta y que promueva la integralidad de las diversas intervenciones.

7.- Intervenciones basadas en la evidencia

Es fundamental desarrollar políticas de drogas basadas en evidencia que reflejen las realidades que se buscan transformar. Tanto las intervenciones de prevención como las de tratamiento (rehabilitación e integración social y reinserción) deben sustentarse en estudios y mejores prácticas que, mediante evidencia científica y empírica, hayan probado ser eficaces; como así también considerando ciertos estándares de calidad asumidos. Ello implica la articulación con instituciones científicas para incrementar y profundizar las investigaciones referidas a la problemática de las drogas -mediante la realización de estudios cuantitativos/cualitativos-, el análisis de información y datos relevantes para enriquecer los diagnósticos (nacional, regional, provincial y local) y la producción de evidencia acorde a los lineamientos establecidos por los organismos internacionales.

8.- Calidad y transparencia institucional

La validación de los procesos de producción de información, intervención, realización de protocolos, así como también de criterios homologados de tratamiento y prevención en la temática, aseguran la calidad y una mayor efectividad de las políticas llevadas a cabo desde esta Secretaría en coordinación con las provincias, municipios, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. El seguimiento de los protocolos, su continua revisión de manera transversal con todos los agentes involucrados, potencia la transparencia de las intervenciones, motivando un Plan flexible a la incorporación de nuevas propuestas y respuestas.

9.- Proporcionalidad

Existe consenso internacional respecto a que debe proveerse un trato equilibrado a las acciones que se desarrollen tanto en el ámbito del control de la oferta como en el de reducción

de la demanda. Por tal razón, el esfuerzo del Estado debe ser igual de determinante en la reducción de la demanda como en la reducción de la oferta.

10.- Especificidad

Los problemas derivados del consumo de drogas requieren de intervenciones integrales y variadas pero a la vez propias, con un abordaje particular que englobe a las dimensiones de prevención (en sus dos frentes: oferta y demanda), tratamiento, capacitación, investigación e inclusión social. Asimismo, que incluya los ámbitos educativo, sanitario, laboral, penitenciario, socio comunitario y el enfoque de género. Esta perspectiva integral e inclusiva permite definir repuestas específicas, acordes a las particularidades de las problemáticas que se requieran abordar.

Metodología de Elaboración

A los fines de desarrollar una política integral es necesario basarse en la normativa vigente a nivel internacional y nacional, incluir las recomendaciones de las Convenciones internacionales - a las cuales Argentina adhiere- y trabajar en colaboración con los diversos actores sociales que tienen responsabilidad en la temática en nuestro país.

Esta estrategia es formulada con los agentes involucrados en la temática²: las provincias; los municipios; los académicos especializados en la temática; los sindicatos y la sociedad civil.

De esta manera buscamos alcanzar una política participativa que establezca objetivos comunes, considerando la complejidad y las particularidades de cada región. A su vez, construir una mirada integral de la problemática, que contemple acciones complejas y articuladas, en permanente construcción con los diferentes actores territoriales en todo el país.

Podemos distinguir dos etapas principales en el diseño, formulación y desarrollo del Plan Nacional de Reducción de la Demanda. La primera, se relaciona con la consulta a un número extenso de agentes de diferentes áreas y procedencias; en la segunda etapa, se desarrollan grupos de trabajo para elaborar el plan pensando en sus acciones concretas y herramientas de implementación. A continuación se describen ambas etapas.

» A) Fase de Consulta

1. Revisión de antecedentes nacionales (Planes Nacionales) y otros planes considerados modelo, como el de España, Chile, Costa Rica y documentos de organizaciones internacionales como CICAD/OEA, OPS/OMS y ONUDD/ONU.
2. Proceso de consulta a los fines de conocer el estado de situación de la problemática a partir de la mirada de los actores sociales claves abordando soluciones consensuadas para los próximos cinco años entre todos los implicados.
3. Diseño de la estructura, principios rectores y ejes estratégicos del plan dando comienzo al intercambio con los distintos actores.
4. Reuniones con participación de Ministros de Salud, de Desarrollo Social, de Educación, de Justicia, entre otros, de las diferentes provincias y Subsecretarías (o área correspondiente) de Prevención y Asistencia de las Drogas de las provincias.

— ²- Ver Anexo. —

5. Registro y sistematización de los aportes.

» **B) Fase de elaboración:**

1. Reuniones específicas con actores de diferentes ámbitos y niveles (Estatad nacional y provincial, Sociedad Civil, ONG's, sindicatos, ámbitos académicos, etc.) por temática para profundizar en el contenido de los ejes estratégicos y el diseño conjunto de las líneas de acción principales.

2. Elección y designación de delegados por región para trabajar de manera constante desde el área del COFEDRO de esta Secretaría, a los fines de construir el Plan Nacional de manera co-gestiva, abierta, transparente, territorial e interdisciplinaria. Se realizaron reuniones presenciales y encuentros virtuales.

3. Incorporación de las sugerencias y la confección final del documento.

Marco Normativo: lineamientos nacionales e internacionales

La elaboración y aprobación del “Plan Federal de Prevención Integral de la Drogodependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas” corresponde, de acuerdo al artículo 2 del Decreto N° 623/96, a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, en su carácter de organismo de aplicación de los esfuerzos nacionales para enfrentar las diferentes aristas que constituyen el denominado “problema mundial de las drogas”.

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), creada mediante el Decreto N° 271/89, asumió en un primer momento la competencia de coordinar y ejecutar políticas nacionales de lucha contra las adicciones y planificar las actividades concernientes al registro, análisis técnico y control del uso de precursores químicos. Es decir, se encontraban bajo su competencia la programación e implementación de políticas de estado referidas a oferta y demanda de estupefacientes.

Con el transcurso de los años, en nuestro país se vienen desarrollando avances institucionales respecto de la necesidad de dividir las competencias penales y sanitarias en la materia de política de drogas. Desde esta perspectiva, la concepción acerca de cómo abordar cuestiones referidas al narcotráfico y al consumo de drogas fue diferenciada.

Esta separación puede verse reflejada en distintas normas que han sido aprobadas por el Congreso Nacional y otras medidas arbitradas por el Poder Ejecutivo. Específicamente, el decreto N° 48/2014 ha permitido separar el paradigma represivo- penal del paradigma sanitario; la SEDRONAR conserva la competencia sanitaria a mientras que la represiva se coloca bajo la órbita del Ministerio de Seguridad de la Nación. En el año 2016 se profundizó en la diferenciación entre ambas, mediante los decretos N° 15/2016 y 342/2016, a partir de los cuales se transfirieron las competencias sobre el control y registro de precursores químicos al Ministerio de Seguridad de la Nación.

Como consecuencia, las competencias de la SEDRONAR quedan circunscriptas a la coordinación de políticas nacionales de reducción de la demanda de drogas. Como órgano especializado en la prevención y el tratamiento por el uso indebido de drogas, busca asegurar la presencia del Estado, sobre todo en las regiones más vulnerables de nuestro país, garantizando el desarrollo de redes preventivas y de tratamiento de carácter integral, y articuladas intergubernamentalmente.

Las acciones formuladas por el presente plan se enmarcan en las disposiciones generales establecidas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reglamentada por el Decreto 603/2013 así como también por la Ley 26.934 (Plan IACOP).

A partir de la Ley Nacional de Salud Mental, se entiende que *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”*

Se concibe y promueve al abordaje de manera integral, local y en red. Los sujetos tienen derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria y a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe (redes institucionales e intersubjetivas).

Por otro lado, son objetivos principales del Plan IACOP, a) prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Los objetivos mencionados se realizan mediante la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos, teniendo como propósito promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.

Como organismo rector en materia de drogas, SEDRONAR articula con diversas áreas de gobierno, tanto nacional, provincial y municipal, con el objetivo de establecer lineamientos y políticas sanitarias en la materia.

En este sentido, a fin de lograr la articulación y la coordinación de las políticas desarrolladas por el Poder Ejecutivo Nacional con las distintas jurisdicciones provinciales, y teniendo en cuenta el régimen federal de gobierno adoptado por la República Argentina, se dispuso, a través del decreto N° 623/96 (artículo 5), la creación de un Consejo Federal de Drogas (COFEDRO) de carácter permanente conformado por los representantes de las áreas específicas en cada jurisdicción con competencia en la materia de prevención, tratamiento y capacitación en el consumo problemático de sustancias.

El COFEDRO tiene como funciones: contribuir al desarrollo de un sistema federal para la concertación de políticas, planes y programas destinados a la prevención y el tratamiento, respetando las características culturales de cada lugar; fortalecer la gestión de las áreas específicas en cada jurisdicción, procurando la jerarquización de las mismas, permitiendo abordar integralmente el problema del uso indebido de sustancias y su consumo problemático; y promover la participación de la Sociedad Civil a través de organizaciones no gubernamentales, capaces de coordinar con el Estado la implementación de los lineamientos políticos y las acciones necesarias para el cumplimiento de sus fines.

Por otra parte, en vista de la multiplicidad de organismos de la Administración Pública Nacional que, en el ámbito de sus competencias, implementan acciones relacionadas con la competencia de esta Secretaría, una Resolución Conjunta establece los lineamientos de trabajo del Ministerio de Salud y de la SEDRONAR en relación a la habilitación y fiscalización de establecimientos que brindan servicios preventivos y de tratamiento en dependencia de sustancias psicoactivas, dando lugar a la permanente comunicación e interacción entre ambas entidades en relación a sus materias de competencia (N° 361/97 y N° 153/97).

En este mismo sentido, por medio del Decreto N° 457/2010, se creó, en el ámbito de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, cuya responsabilidad primaria es “Promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales ordenadas, según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de salud mental y de las adicciones, articulen los diferentes niveles y establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y establezcan normas adecuadas del empleo oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población”. Entre sus acciones se destacan: promover la atención e importancia de la salud mental y los comportamientos y estilos de vida saludables así como la prevención de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, generar principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental y tratamiento de los consumos problemáticos de las sustancias psicoactivas, y coordinar las acciones de prevención y de tratamiento de las adicciones con la SEDRONAR.

En esta misma dirección, la Ley N° 26.586/2009 crea el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación, cuyo objetivo es orientar las prácticas educacionales para trabajar en la educación y la prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del sistema Educativo Nacional, en coordinación con otros organismos públicos nacionales y provinciales, particularmente con las áreas responsables del Ministerio de Salud; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y la SEDRONAR, fomentando y fortaleciendo las redes de contención y derivación de los jóvenes que presenten problemas con las drogas que desbordan a la institución escolar, poniendo especial énfasis en la integración de los sectores socioeconómicos más vulnerables.

De acuerdo a estas facultades, el artículo 42 de la Ley N° 23.737/89 establece que el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y las autoridades educacionales y sanitarias provinciales, deberán considerar en todos los programas de formación de profesionales de la educación, los diversos aspectos del uso indebido de drogas, teniendo presente las orientaciones de los tratados internacionales suscriptos por el país, las políticas y las estrategias de los organismos internacionales especializados en la materia, los avances de la investigación científica relativa a los estupefacientes y los informes específicos de la Organización Mundial de la Salud.

Asimismo, el artículo 15 del Decreto N° 623/96 establece que la SEDRONAR debe proponer a los, por entonces, Ministerio de Cultura y Educación y Ministerio de Salud y Acción Social, los programas de formación de profesionales de la educación en diversos aspectos relacionados con el uso indebido de drogas que prevé el artículo 42 de la Ley N° 23.737, mencionado en el párrafo anterior.

El mismo Decreto establece que los distintos organismos de la Administración Pública que tengan a su cargo el dictado de carreras, cursos y programas de formación, capacitación o perfeccionamiento, sean éstos de grado o de postgrado, deberán incluir a propuesta de la SEDRONAR materias de estudio que posibiliten la capacitación en los aspectos referidos a la prevención y tratamientos de la drogodependencia y a la legislación referente a la materia.

En el mismo sentido, la Ley N° 23.737 encomienda tanto a las autoridades educativas nacionales como provinciales, la elaboración de planes y programas especializados sobre el comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes que posibiliten la aplicación de la medida de seguridad educativa prevista en el artículo 21 de la Ley N° 23.737.

Asimismo, de acuerdo al Convenio suscripto entre la SEDRONAR y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, se coordinan acciones para generar una mejora en las oportunidades de reintegración social y laboral de personas que se encuentren en proceso de tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas.

En este marco, se creó la Dirección de Prevención del Impacto de Drogas en el Ámbito Laboral (DIDAL) por Resolución Ministerial N° 132 del 1 de febrero de 2010. La DIDAL tiene como objetivos conocer, informar y educar sobre la prevención en el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas en el mundo del trabajo, promover acciones, estudios y relevamientos acerca de las adicciones, difundir materiales de consulta y brindar apoyo a todas las organizaciones sindicales y empresas que soliciten orientación, información y asesoramiento sobre esta temática. Con estos fines, y a partir de lo dispuesto por la Ley de Ministerios N° 22.520, texto ordenado por Decreto N° 438/92, se preparó y publicó desde la DIDAL el documento: “Lineamientos para un plan de acción. Prevención - Consumo de drogas, sustancias psicotrópicas y alcohol en el Mundo del Trabajo”.

Esta Dirección articula todo lo referente a la temática de los consumos abusivos y su impacto en el ámbito laboral como parte de una política en materia de drogas delineada y dirigida desde el Gobierno Nacional.

En lo referente a la instrumentación de la temática promueve la incorporación de la misma a la discusión y negociación colectiva, entendiendo al Convenio Colectivo como una herramienta idónea para hacer exigible el cumplimiento -con pleno acuerdo de las partes- de situaciones previstas y acordadas por la voluntad común de los firmantes. En este sentido, a partir de lo dispuesto en esta Ley de Ministerios N° 22.520, art. 4 - inc. B. 2 y 3 y art. 23, incs. 1, 2, 3, 4, 12, 23, 28, se promovió la implementación de planes preventivos en el ámbito laboral, firmándose actas con: Acindar-Grupo Arcelor Mittal, Alto Paraná SA, Asociación Argentina de Actores, Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Asociación Obrera Textil, Canal 7 - TV Pública de Radio y Televisión Argentina Sociedad y Estado, Confederación General del Trabajo, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Federación Argentina de Industrias Textiles, Grupo Telefónica, Iveco Argentina SA, Novartis SA, Obra Social de Locutores, Obra Social de Músicos, Renault Argentina SA, Sindicato Argentino de Músicos, Sindicato Argentino de Televisión, Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos, Sindicato Único de Trabajadores del Espectáculo Público y afines de la República Argentina, SMATA (Córdoba), Televisión Federal SA, Unión Industrial Argentina y Volkswagen Argentina SA.

Asimismo, la Ley de Empleo N° 24.013 en su artículo 81 dispone que “el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social establecerá periódicamente programas destinados a fomentar el empleo de los trabajadores que presenten mayores dificultades de inserción laboral, entre los cuales identifica rehabilitados de la drogadicción”.

La Resolución N° 815/12 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, extiende la cobertura prevista por el Seguro de Capacitación y Empleo, instituido por el Decreto N° 336/06, a los trabajadores que sean relevados por la SEDRONAR u otros Organismos Estatales con las mismas facultades y que tengan Convenios firmados con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social a tal efecto, como personas que se encuentren en proceso de tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas, en una fase del mismo que implique como prioritario el desarrollo de estrategias concretas de reinserción social. Esto incluye el acceso a herramientas de culminación de estudios, formación profesional e inserción laboral.

Siguiendo en el mismo sentido, y bajo las competencias del Ministerio de Seguridad de la Nación, el Consejo de Seguridad Interior, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 24.059, está integrado por miembros permanentes y no permanentes. Entre los permanentes el artículo 11 de la ley enumera al Ministro del Interior, al Ministro de Justicia, al Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, al Subsecretario de Seguridad Interior y a los titulares de la Policía Federal Argentina, Policía de Seguridad Aeroportuaria, Prefectura Naval Argentina, Gendarmería Nacional y cinco jefes de policía de las provincias que adhieran al sistema que rotarán anualmente de acuerdo a lo que se establezca en la reglamentación, procurando que queden representadas todas las regiones del país.

A modo de garantizar la tarea de coordinación de políticas y acciones asignadas a la SEDRONAR, respecto de otras áreas de la Administración Pública Nacional, se han creado una serie de comités o comisiones de trabajo.

El Decreto N° 1119/96 (modificado por el N° 342/97) creó un Comité de Trabajo Conjunto compuesto por representantes de los -entonces- Ministerios de Salud y Acción Social, Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Cultura y Educación, Administración Nacional del Seguro de Salud, Secretaría de Desarrollo Social y de la SEDRONAR, que tiene como objetivos unificar el accionar de los citados organismos a los efectos de posibilitar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 1 inciso b) de la Ley N° 24.455 (prestación obligatoria a cargo de las obras sociales de la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes) y artículo 2 de la mencionada norma (prestación obligatoria a cargo de las obras sociales de la cobertura para los tratamientos correspondientes a las medidas de seguridad curativa y educativa establecidas en la Ley N° 23.737) y en los artículos 13 (planes y programas que posibiliten aplicar las medidas de seguridad curativa y educativa y los tratamientos establecidos en la Ley N° 23.737) y 14 del Decreto N° 623/96 (partidas presupuestarias para centros públicos provinciales de recuperación de adictos y para el desarrollo de las medidas de seguridad curativa y educativa).

Por su parte, la Resolución N° 336/97 del Ministerio de Salud de la Nación creó una Comisión presidida por el Director Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y compuesta por representantes de dicho organismo, de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización, de la Dirección Nacional de Fiscalización Sanitaria y de la SEDRONAR, cuyo objetivo es analizar, evaluar y promover normas relacionadas con la producción, comercialización, depósito y dispensación de drogas psicotrópicas, estupefacientes y de adicción.

En relación a los bienes decomisados o el producto de su venta, de acuerdo a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Estupefacientes N° 23.737, éstos deben ser destinados a la lucha contra el tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo. El mismo destino se otorga a las multas que se recauden por aplicación de esa ley.

Para ello, fue creada la Comisión Mixta de Registro, Administración y Disposición -Ley 23.737- por el Convenio suscripto entre la Corte Suprema de Justicia de la Nación y la SEDRONAR en 1993, ratificado por Decreto N° 530/94, y complementario con otro del 2000, ratificado por Decreto N° 101/01.

La Comisión Mixta está conformada por dos miembros representantes por cada parte, en las condiciones que establece el art. 3 del citado Convenio.

Corresponde a la Comisión Mixta la administración de los beneficios económicos a que se refiere el art. 30 de la Ley 23.737, de los bienes decomisados mediante sentencia condenatoria así como las multas que se recaudaren. Su misión es decidir sobre el destino de los bienes en la lucha contra el tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo de droga.

En tal sentido, los órganos jurisdiccionales en los que tramiten causas relativas a la ley N°23.737 deberán informar a la Comisión Mixta toda sentencia condenatoria que resuelva sobre bienes muebles, inmuebles o semovientes, como así también sobre los beneficios económicos a que se refiere el Art. 30 de la Ley 23.737, así como los bienes decomisados o el producido de su venta o multas.

Cabe destacar que la reglamentación del citado artículo 39, el Decreto N° 1148/91, en su Ane-

El artículo 1º, establece que “Los beneficios económicos a que se refieren los artículos 25º y 30º de la Ley N° 23.737, los bienes decomisados, o el producido de su venta, y las multas que se recaudaren por la aplicación de la ley mencionada, serán entregados a la SEDRONAR”.

Este marco legal en consecuencia, determina que los bienes decomisados al narcotráfico deberán ser destinados a la lucha contra el tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo, siendo la SEDRONAR el organismo con facultades para planificar y determinar el destino de dichos bienes, dentro de la finalidad prevista en las normas legales citadas.

Es en este contexto que el citado Convenio celebrado entre la Corte Suprema y la SEDRONAR en el año 1993 fue el producto de un acuerdo de mutua reciprocidad, que no obedece a una obligación normativa.

Cabe destacar que el artículo 23 del Código Penal otorga una herramienta de celeridad a la hora de disponer de los bienes citados en el artículo 30 de la ley N° 23.737 bajo la figura de decomiso anticipado. Sin embargo, la aplicación de dicha norma ha sido excepcional dada la complejidad de los requisitos establecidos en la misma.

Todo lo concerniente a la disposición de bienes decomisados (con sentencia firme) y secuestrados (sin sentencia firme) en causas de narcotráfico podría ordenarse mediante la aprobación de una ley de extinción de dominio de dichos bienes, según lo que también es recomendado a nivel internacional.

Finalmente, la SEDRONAR tiene competencia para realizar la evaluación y seguimiento permanente de la aplicación de la Ley N° 23.737, sus modificatorias y complementarias, pudiendo realizar a tal fin los trabajos de investigación, estadísticas y análisis del derecho comparado que sean pertinentes para posibilitar la medición de resultados y la elaboración de propuestas modificatorias a las normas vigentes en la materia de su competencia.

A nivel global, los compromisos internacionales asumidos por la República Argentina en materia de drogas derivan principalmente de los documentos consensuados en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), tanto tratados como Declaraciones Políticas y Planes de Acción. Se destacan:

- ◆ Convención Única Sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.
- ◆ Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- ◆ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y de Sustancias Psicotrópicas de 1988.

Estos tres instrumentos internacionales definen el esqueleto jurídico, la base del Marco Jurídico Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

Las Convenciones tienen como objetivo limitar el uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas a fines médicos y científicos. Para ello establecen regulaciones específicas para diversas actividades, tales como el cultivo, la producción, la fabricación, la extracción, la distribución, la venta, la importación y la exportación de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores químicos. Cada convención determina las sustancias que deben fiscalizarse y el nivel de control que cada una de ellas debe de tener, por medio de un sistema de listas. A su vez, se acuerdan mecanismos de fiscalización y la tipificación como delito penal de estas actividades cuando fueran contrarias a lo dispuesto por estas Convenciones.

Estos instrumentos consensuan la creación de la Comisión de Estupeficientes (CND, por sus siglas en inglés), dependiente del Consejo Económico y Social (ECOSOC), y de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes (JIFE) como órganos de las Naciones Unidas encargados de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en las Convenciones. En esta línea, una de las obligaciones asumidas por los Estados Parte es el envío periódico de información normativa y estadística anual a estos órganos.

Por último, cabe señalar que mediante estos instrumentos los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas contra el uso indebido de drogas que abarquen la prevención, el tratamiento y la formación de personal para abordarlas.

Complementariamente, existen otros instrumentos con particular importancia en el marco de las Naciones Unidas, a saber:

- ◆ Declaración Política y Programa Mundial de Acción sobre la Cooperación Internacional contra la producción, la oferta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupeficientes y sustancias sicotrópicas (1990).
- ◆ Declaración Política, principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas (1998).
- ◆ Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de la Comisión de Estupeficientes (2009).
- ◆ Declaración Ministerial Conjunta del Examen de Alto Nivel de 2014 por la Comisión de Estupeficientes de la Aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial De Las Drogas (2014).

Asimismo, organismos internacionales como la OPS/OMS recomiendan en numerosos informes la importancia de contar con políticas nacionales que incluyan, entre otros aspectos:

- ◆ La creación de un Programa Nacional de Atención Integral para Usuarios de Drogas.
- ◆ Priorizar los tratamientos ambulatorios y los distintos dispositivos alternativos a la internación.
- ◆ Asegurar que los dispositivos de atención a usuarios de drogas estén basados en fundamentos científicos y ajustados a principios éticos (Ley 26.657, Art. 7 c).
- ◆ Incluir las estrategias de reducción de daños en las políticas de atención integral a usuarios de drogas.
- ◆ Respetar el derecho de toda persona que usa drogas a elegir el momento y el tipo de dispositivo de atención.
- ◆ Fortalecer los mecanismos de control estatal de los servicios destinados a usuarios de drogas.

Entre los estudios de referencia de OPS/OMS destacamos:

- ◆ Informe global sobre alcohol y salud 2014³

³- http://www.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

- ◆ Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública⁴
- ◆ Glosario de términos de alcohol y drogas⁵
- ◆ Directrices para el tratamiento farmacológico psicosocial de la dependencia de opiáceos⁶
- ◆ Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas⁷

A nivel hemisférico, en el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA), existe un órgano específico encargado del tratamiento de esta materia: la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en la que los Estados Parte acuerdan el diseño y la evaluación de la Estrategia Hemisférica sobre drogas y sus Planes de Acción. Complementariamente, este órgano propone resoluciones específicas a la Asamblea General para fortalecer la cooperación internacional.

A nivel regional, cabe mencionar el Plan de Acción 2010-2015 del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNASUR), actualmente en evaluación, y la Reunión Especializada sobre Drogas (MERCOSUR) que eventualmente adopta disposiciones o actividades conjuntas en esta temática.

Por último, los Convenios Bilaterales contribuyen a operativizar los compromisos emanados de las instancias nombradas.

⁴⁻ http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf

⁵⁻ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

⁶⁻ http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1

⁷⁻ http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Situación epidemiológica – Diagnóstico

Contexto global

Según el último informe de la UNODC⁸ (United Nations Office on Drugs and Crime) un total de 246 millones de personas (1 de cada 20 personas), entre las edades de 15 y 64 años, usó alguna droga ilícita durante el año 2013 en alguna parte del mundo. Esto representa un incremento de 3 millones de personas sobre el año anterior, pero teniendo en cuenta el aumento de la población, el uso de drogas ilícitas se mantuvo estable. La prevalencia global se estima en alrededor del 5,2%, lo que sugiere que el uso de drogas se mantuvo estable en los tres años anteriores a 2015.

Además, se destaca que uno de cada diez usuarios de drogas, sufre de desórdenes por el uso de las mismas o dependencia y 27 millones de personas en el mundo son consumidores problemáticos⁹ de drogas; casi la mitad de ellos utiliza drogas inyectables y se estima que 1,65 millones de esos usuarios vivían con HIV en el 2013.

La principal causa de muerte asociada al uso de drogas es la sobredosis y los opioides (heroína y uso no médico de la prescripción de opioides). El número anual de muertes relacionadas al uso de drogas, se estimó en 187.100 personas en 2013 y se mantuvo relativamente sin variaciones. La prevalencia global de opioides es de 0,7% en la población mundial adulta, es decir 32,4 millones de usuarios y del uso de opiáceos 0,4% en la población mundial adulta, es decir 16,5 millones de usuarios.

Según el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014 de la OMS¹⁰, el consumo mundial de alcohol en 2010 fue igual a 6,2 litros de alcohol puro consumido por personas de 15 años o más, lo que se traduce en 13,5 gramos de alcohol puro por día.

Del total de alcohol registrado consumido en todo el mundo, el 50,1% se consume en forma de bebidas alcohólicas de alto contenido etílico (spirits). Aproximadamente 16% de los consumidores mayores de 15 años o más tuvieron episodios de consumo excesivo.

En el año 2012, alrededor de 3,3 millones de las muertes en el mundo (5,9 %) pueden atribuirse en forma directa o indirecta al consumo de alcohol y 139 millones (5,1%) de la carga mundial de enfermedades y lesiones, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

⁸- UNODC World Drug Report 2015: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

⁹- Un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley. http://www.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf

¹⁰- Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

Estado de situación a nivel regional

El continente americano presenta una situación heterogénea respecto de cómo impactan los indicadores que permiten describir la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

Argentina, a nivel regional, se posiciona entre los países con mayores niveles de consumo de alcohol y tabaco. Respecto del consumo problemático de alcohol, Colombia muestra las tasas más elevadas a nivel regional con más del 20% de entre quienes consumieron alcohol durante el último año, y Argentina le sigue con tasas algo mayores al 10%. De modo general, se observan niveles considerables de consumo regular de alcohol en menores de edad en prácticamente todos los países.

A su vez, Argentina es, junto a Uruguay, el segundo país en presentar los más altos consumos de tabaco en Sudamérica, luego de Chile (con un valor cercano al 34%). En todo el continente americano se observa un descenso constante y sostenido de la prevalencia de tabaco de último mes en el transcurso de varios años, siendo la tendencia de Argentina y Uruguay también de disminución aunque menor. Para los países de América del Sur con información disponible, el consumo de marihuana se ha incrementado en la última década. A nivel regional, la prevalencia de último año de uso de inhalables se extiende en un rango entre 0% y 2,6%. La mayoría de los países presenta prevalencia de último año por debajo de 0,2%. Las tendencias muestran una estabilización a niveles muy bajos de consumo.

El consumo de cocaína en las Américas indica que los tres países con mayores valores de prevalencia de consumo son Uruguay, Estados Unidos y Canadá. Argentina se ubica quinta dentro de la subregión de América del Sur. Las tasas de consumo en los jóvenes de 18 a 34 años superan a las tasas globales correspondientes a cada país y, por lo tanto, con algunas excepciones, el consumo de cocaína en las Américas estaría concentrado en este grupo etario. El uso de alcohol es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es de un 30%, superior al promedio mundial.

Estado de situación a nivel país

A nivel país, según los últimos resultados disponibles relativos a la población de 12 a 65 años¹¹, las sustancias que representan la mayor prevalencia de vida son las de uso legal (alcohol 70% y tabaco 47,3%). Le siguen la marihuana (8,1%), los tranquilizantes usados sin prescripción médica (3,1%) y la cocaína (2,6%). Respecto al consumo reciente, el 56,3% de la población consumió alguna bebida alcohólica, el 29,3% manifestó haber fumado tabaco, el 3,2% consumió marihuana, el 1,3% tranquilizantes sin prescripción médica, el 0,8% cocaína, el 0,1% sustancias inhalantes, el 0,05% éxtasis, el 0,02% pasta base/paco. Si se toma a nivel global, el 3,6% de la población de 12 a 65 años consumió al menos una droga ilícita durante el último año.

Actualmente el 27,2% de la población analizada fuma (cerca de 5 millones de personas). Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (30,6% y 24,2% respectivamente) y son los jóvenes de 25 a 34 años quienes tienen niveles de consumo más elevados. Un cuarto de los fumadores actuales fuman en forma diaria 20 cigarrillos o más, no presentando diferencias en la intensidad del consumo entre sexos. Por otro lado, si bien la prevalencia de consumo entre los adolescentes es muy inferior a la de los adultos, la intensidad es similar en cuanto a la cantidad de días. El 50% de los jóvenes de 12 a 17 años declara fumar los 30 días del mes, aunque la cantidad es menor (10 cigarrillos promedio). En la región Patagónica se encuentra la tasa de consumo actual más alta y en el NEA, la menor.

El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 44,5% de la población, y en mayor medida en los varones. Entre los 18 y los 24 años se observa la tasa más elevada de consumo (57,2%) y entre los adolescentes la menor (21,4%). Cabe destacar que en cuanto a la distribución del consumo por Región, en Patagonia (52,2%), Pampeana (46,7%) y Área Metropolitana (45,1%) se presentan las prevalencias más altas. Entre los adolescentes y jóvenes, el consumo de alcohol se caracteriza por ser de cerveza y bebidas fuertes, preferentemente durante los fines de semana y sin diferencias por sexo. El 13% de los consumidores actuales de alcohol, presenta un patrón de consumo riesgoso¹² para la salud y para terceros.

Se observa también la extensión del uso de medicamentos psicotrópicos, especialmente tranquilizantes y ansiolíticos, bajo tratamiento médico o no, principalmente en la población adulta. El estudio nacional estima que dieciocho de cien personas (más de 3.300.000) han consumido tranquilizantes, alcanzando a más de 31% a partir de los 50 años y en mayor medida mujeres. El uso bajo tratamiento médico es el que caracteriza al consumo en las mujeres y entre las adultas, y aunque en menor proporción, también entre los adolescentes y jóvenes. El consumo sin prescripción médica reciente es del 1,3%, algo superior entre las mujeres y entre los jóvenes de 25 a 34 años (1,6% y 1,8%, respectivamente).

El uso de estimulantes y antidepresivos ya sea bajo tratamiento médico o no, está menos

— ¹¹- Sedronar, Observatorio Argentino de Drogas “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas”, 2010.

¹²- A partir de la escala AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol).

extendido que el de los tranquilizantes. El 1,8% (unas 330.000 personas) declaró algún consumo de estos medicamentos, y las mujeres el doble que los varones. Fueron prescritos por médicos en más del 49% de los usuarios de 18 a 24 años y en casi el 74% de los usuarios adultos mayores. El consumo reciente de estimulantes sin prescripción médica alcanza al 0,1% de la población.

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el país, el 3,1% de la población entre 12 a 65 años declaró haberla consumido en el último año, el 5,1% de los varones y el 1,7% de las mujeres. Entre las edades de 18 a 34 años se encuentran las tasas más altas y en las regiones Patagonia y Metropolitana. El consumo de marihuana se caracteriza por ser ocasional (54,7%) y frecuente (37,7%). Es más frecuente entre los jóvenes de 25 a 34 años, en tanto que un 13,3% de los adolescentes lo hace de manera experimental. Los indicadores de dependencia indican que entre los usuarios del último año se estima un uso problemático en el 17,8%, más significativo entre los varones y entre los 25 y 34 años.

El 0,8% de la población declaró haber consumido cocaína durante el último año, el 1,5% de los varones y el 0,2% de las mujeres. Entre los 18 y 24 años se encuentran las tasas más altas, y en la Patagonia y el Área Metropolitana. La modalidad de uso de cocaína es ocasional en más de la mitad de los usuarios (54,3%) y frecuente para el 35,1% de ellos, este último patrón de uso corresponde al 37,9% en los varones, en tanto que entre las mujeres casi el 80% del consumo es ocasional. El consumo frecuente se encuentra sobre todo entre la población de 25 a 34 años. El 48% de los usuarios presenta indicadores de dependencia y la mayor prevalencia se verifica entre los varones de 18 a 34 años. El consumo de “paco”, si bien no tiene tasas de consumo muy elevadas (comparada con otras sustancias), constituye una problemática de gran severidad por el daño que provoca y porque impacta con mayor fuerza en las poblaciones que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Tendencias de consumo en estudiantes de escuelas

Situación a nivel regional

A nivel regional, Argentina se ubica -junto a Antigua y Barbuda, Barbados, Chile, Colombia, República Dominicana, Granadas, Paraguay, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay-, entre los países en los que más del 50% de sus estudiantes de escuela media han consumido alcohol durante el último año. A su vez, en Argentina, Colombia y San Vicente y Las Granadinas, casi la mitad de los estudiantes de dicho nivel han consumido esta sustancia durante el último mes. En toda la región, el consumo de alcohol entre estudiantes secundarios aumenta rápidamente en todos los grupos etarios; en América del Sur, se presenta la prevalencia de consumo de alcohol más alta en el último mes de todo el continente (supera el 35%).

En cuanto al consumo de alcohol “con modalidad de atracón” (binge drinking) Argentina se ubica como el segundo país de la región con mayor proporción de consumo de esta modalidad (cerca del 65% de los estudiantes con consumo actual de alcohol), luego de Uruguay (cerca del 70%). A este nivel, también se observa que a medida que aumenta la prevalencia del consumo de alcohol, aumenta la proporción de estudiantes que indican consumir alcohol de forma compulsiva. La tendencia regional respecto al consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios ubica a la Argentina entre los países en los que dicha tendencia parece ser estable con el paso del tiempo, junto a Chile y Costa Rica.

La prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre esta población de América del Sur es de 13,8%, la más alta entre las subregiones del continente. El consumo de tabaco entre los estudiantes de escuela media en las Américas presenta una gran variación en la prevalencia, oscilando entre un 24,5% en Chile y un 1,8% en Antigua y Barbuda. Además de Chile, los países con tasas de consumo superiores al 10% son Argentina (18,7%), Paraguay (14,7%), Bolivia (13,3%), Canadá (12,9%) y Colombia (12,5%). Más del 12% de los estudiantes de 8vo grado en Chile y Argentina son consumidores actuales de tabaco, y ambos países tienen los dos niveles generales más altos de prevalencia entre los países de la región.

Respecto de la prevalencia de último año de uso de marihuana en jóvenes escolarizados a nivel regional, se observa que en cuatro países el uso de marihuana en el último año supera el 20%, es decir, que al menos uno de cada cinco escolares de Antigua y Barbuda, Canadá, Chile, Estados Unidos declaran haber consumido alguna vez dicha sustancia en el año. América del Sur presenta una prevalencia de vida del 9,96%, la prevalencia de año es del 7,21%, y la de mes del 5,09%; en los tres casos, valores significativamente menores respecto al resto del continente. El consumo de marihuana creció en todos los países, con excepción de Perú. Chile es el país con mayor consumo en América del Sur, y su tendencia ha sido al alza desde el año 2001 hasta el 2013. Por otra parte, en Argentina el crecimiento es sostenido desde el 2001, más intenso entre los hombres que entre las mujeres. En Uruguay, en el período 2003-2014 el consumo de marihuana se duplicó, pasando del 8,4% al 17%.

El consumo de inhalables en la región presenta una gran variabilidad entre las subregiones. En América del Sur se observa una prevalencia de vida de 5,55%, y de año de 3,62%, ambas por debajo de los valores de América del Norte y El Caribe. Al interior de la subregión, Brasil presenta los mayores valores de prevalencia de último año (apenas superior al 5%) seguido por Chile, Guyana, Suriname y Argentina (entre otros). Los resultados indican una gran variabilidad también en el consumo de cocaína. América del Sur presenta una prevalencia de vida de 3,78%, de año de 2,16% y de mes de 1,2%, que en los tres casos son los valores más altos de todo el continente americano. Se observan tres países, todos de América del Sur, con prevalencia superior a 2,5% entre los estudiantes secundarios: Chile, Argentina y Colombia; seguidos por Canadá, Granadas, Uruguay y Brasil, que presentan un consumo superior al 2%. En todos los casos, es mayor el consumo de cocaína por parte de los estudiantes varones.

Situación a nivel país

El Observatorio Argentino de Drogas, llevó adelante durante el año 2014 la Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre el consumo de sustancias psicoactivas que permite analizar la tendencia durante el último quinquenio utilizando los datos de los estudios realizados en 2009 y 2011.

Encuesta de Consumo de Sustancia Psicoactivas a Estudiantes Secundarios (Argentina 2014)

Los resultados principales indican que en términos generales, los consumos de sustancias psicoactivas se centran principalmente en el alcohol y bebidas energizantes y, en menor medida en el tabaco y la marihuana, tanto en la prevalencia de consumo 'alguna vez en la vida' como 'durante el último año' y el 'último mes'. Si se consideran los últimos cinco años (2009-2014), se observa por un lado un descenso sostenido del consumo de tabaco y por otro lado un incremento en el consumo de marihuana, tanto en el consumo de vida, año y mes. Si bien, en términos generales, los varones presentan prevalencias más elevadas de consumo de marihuana, cocaína, solventes e inhalables, éxtasis y pasta base/paco, se han observado ciertos rasgos específicos en la tendencia y patrones de consumo entre las mujeres. En cuanto al último punto señalado, al analizar las tendencias de consumo durante el último quinquenio,

se observa que las diferencias **según sexo** tienden a disminuir, incluso en el consumo reciente de alcohol para el año 2014, se presenta un valor levemente superior para las mujeres, ya que al considerar los nuevos consumos de alcohol durante el último año, se observa que más de la mitad son entre mujeres. Si consideramos el consumo de bebidas energizantes, resulta que entre los varones se presentan proporciones más altas de consumo y al considerar el uso combinado de energizantes con alcohol durante el último mes, se observa una proporción más elevada entre las mujeres. Y, a su vez, si consideramos el consumo de psicofármacos sin prescripción médica a lo largo del último quinquenio, resulta que el uso entre las mujeres mantuvo un incremento sostenido, a diferencia del consumo entre los varones que se mantuvo estable tanto para la prevalencia de vida, año y mes.

En relación al consumo de marihuana entre los varones presenta valores superiores al de las mujeres, tanto en el consumo de alguna vez en la vida como en el último año y el último mes. También predominan los varones en los nuevos consumos en el último año. Sin embargo, durante los últimos cinco años la tendencia de la prevalencia de vida, año y mes en las mujeres ha tenido un marcado ascenso con respecto a las observadas en el 2011. Si bien es importante señalar estas tendencias en los consumos en las mujeres, igualmente cabe destacar, que los consumos entre los varones se mantuvieron en líneas generales estables, o en algunos casos con un leve descenso en las prevalencias, por ejemplo en el consumo de cocaína. Para el caso del tabaco, descendieron las prevalencias de consumo de vida, año y mes tanto entre las mujeres como entre los hombres, pero estos últimos lo hicieron en mayor medida.

Al desagregar los consumos por **tramos de edad**, también se observan algunos escenarios específicos para los distintos grupos etarios. El grupo de 17 años y más es el que presenta magnitudes de consumo superiores al resto. Las diferencias más pronunciadas se observan entre el grupo de 14 años o menos y el de 15 y 16 años para el consumo de alcohol, tabaco y marihuana. En cuanto a la edad del primer consumo, promedia entre los 13 y 15 años, mientras si consideramos las mayores proporciones de nuevos consumos de sustancias durante el último año, las mismas se encuentran en el grupo de 15 y 16 años. Para el caso del alcohol, tanto el consumo alguna vez en la vida como durante el último año y el último mes, se incrementan a partir de los 15 años. En el grupo de 14 años o menos se observa una tendencia ascendente para el consumo reciente y actual durante el último quinquenio. A su vez, la mayoría de los estudiantes consumieron alcohol por primera vez entre los 13 y 14 años e incluso un porcentaje significativo lo hizo a los 12 años o antes. En cuanto al consumo de marihuana, los porcentajes superiores de prevalencias de vida, año y mes se concentran a partir de los 15 años. Al observar la tendencia ascendente en estos últimos cinco años, el tramo de 15 y 16 años y 17 años y más, muestran un mayor incremento en los consumos; la proporción de estudiantes que consumieron por primera vez durante el último año se incrementa a partir de los 15 años. Finalmente, en cuanto al grupo de estudiantes de 17 años y más, además de la tendencia ascendente en el consumo de marihuana, muestra un incremento en los consumos de psicofármacos y éxtasis durante el último quinquenio tanto para el consumo alguna vez en la vida como para el último año y el último mes.

Al realizar un estudio más pormenorizado sobre el comportamiento de consumo de los estudiantes por sustancia surgen datos que alertan acerca de la necesidad de realizar acciones preventivas específicas, como por ejemplo profundizar la tarea preventiva en relación al consumo alcohol, dada su naturalización, disminución de la alerta y magnitud en general. Se detalla a continuación la información referida por sustancia.

Alcohol: El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes en todo el país, tanto entre los varones como entre las mujeres y en los grupos de edad de 15 y 16 años y el de 17 años y más.

- ◆ 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida.
- ◆ 6 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en el último año.

- ◆ La mitad de los adolescentes declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante el último mes.
- ◆ El consumo de alcohol se incrementa con la edad de los estudiantes.
- ◆ Sin embargo, debe señalarse que la mitad de los adolescentes de 14 años o menos ya habían tomado alguna bebida alcohólica alguna vez.
- ◆ Varones y mujeres consumen bebidas alcohólicas en proporciones similares.

El análisis de tendencia durante el último quinquenio (2009-2014) pone en evidencia que, en términos generales, el valor de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes secundarios se mantuvo estable.

Bebidas energizantes: Su consumo ha aumentado significativamente a los largo de los últimos diez años:

- ◆ 7 de cada 10 las ha probado, y la mitad las bebió el último año.
- ◆ El consumo crece con la edad de los estudiantes y es un poco superior entre los varones.
- ◆ Son la sustancia más consumida alguna vez en la vida en adolescentes de 14 años o menos.
- ◆ Si bien solo el 25% las ha bebido durante el último mes, ocho de cada diez de estos estudiantes lo hizo en forma combinada con alcohol. Entre éstos, el 78,4% de los varones declaró haber consumido energizantes en forma combinada con alcohol durante el último mes, mientras que entre las mujeres esa proporción se incrementa a un 84,6%.

Tabaco: Como fuera expuesto en párrafos anteriores, su consumo ha descendido entre la población de estudiantes secundarios:

- ◆ El porcentaje de estudiantes que había fumado tabaco al menos una vez en la vida disminuyó entre el 2009 y el 2014 de 44% al 36%.
- ◆ En cuanto al consumo actual, en el año 2009 un 20% de los estudiantes secundarios fumaba, mientras que en el 2014 la proporción descendió a un 15%.
- ◆ No se observan diferencias significativas en cuanto al consumo de tabaco por sexo, aunque entre las mujeres se presentan prevalencias levemente superiores.
- ◆ 2 de cada 10 estudiantes de 14 años o menos han probado alguna vez, esta proporción es de 4 de cada 10 entre los de 15 y 16 años y de 5 de cada 10 para los estudiantes de 17 años y más.
- ◆ El 25% de los de 17 años o más declaró haber fumado durante el último mes, mientras un 7% de los estudiantes de hasta 14 años manifestó consumo actual de tabaco.

Marihuana: Es la sustancia ilícita de mayor consumo entre los estudiantes:

- ◆ Más del 15% de los estudiantes secundarios declaró haber probado alguna vez marihuana y cerca del 12% ha consumido esta sustancia durante el último año.
- ◆ Entre los varones cerca del 20% ha probado y un 13,5% consumió durante el último año.

- ◆ El 13% de las mujeres probó alguna vez en su vida y el 10% consumió el último año.
- ◆ El 55,5% de los estudiantes que declararon haber consumido marihuana, lo hizo por primera vez antes de los 15 años.
- ◆ Los tres grupos de edad (14 años o menos, 15 y 16 años, y 17 años y más) registran aumento en el consumo, pero dichos aumentos son más pronunciados entre los estudiantes secundarios de mayor edad.
- ◆ - El consumo de marihuana aumenta con la edad de los estudiantes.
- ◆ 3 de cada 10 estudiantes de 17 años y más han probado alguna vez marihuana.

Durante el último quinquenio (2009-2014) el consumo de marihuana sostuvo una tendencia ascendente. Entre el 2011 y el 2014 el marcado incremento se produjo entre las mujeres, mientras que entre los varones no mostró variaciones significativas.

Psicofármacos: El consumo de esta sustancia ha aumentado prevalentemente entre las mujeres y entre los estudiantes de 17 años o más:

- ◆ El 5,9% de los estudiantes secundarios declaró haber consumido alguna vez psicofármacos sin prescripción médica (4,5% tranquilizantes y 2,5% estimulantes).
- ◆ En general las mujeres consumen esta sustancia en mayor proporción que los varones.
- ◆ El porcentaje de estudiantes que ha probado psicofármacos sin prescripción médica aumenta con la edad de los estudiantes.
- ◆ Durante el último año consumieron tranquilizantes sin prescripción médica el 2,5% de los estudiantes y estimulantes sin prescripción médica el 1,3%.
- ◆ El 67,3% de los estudiantes que declararon haber consumido psicofármacos sin prescripción médica, lo hizo por primera vez antes de los 15 años.
- ◆ Entre los varones se observa un comportamiento estable a lo largo del tiempo, mientras que para las mujeres se observa una tendencia creciente en el último quinquenio (2009 -2014).
- ◆ El consumo de psicofármacos alguna vez en la vida en los estudiantes de 17 años o más se ha incrementado de 6,1% a 8,1% en cinco años.

Cocaína:

- ◆ Menos del 4% de los estudiantes secundarios declaró haber consumido alguna vez cocaína. El 2% la consumió durante el último año.
- ◆ [El consumo de los varones duplica al de las mujeres.
- ◆ [El porcentaje de estudiantes que ha consumido alguna vez cocaína o lo ha hecho recientemente aumenta con la edad de los estudiantes.
- ◆ La edad promedio a la que declaran haber probado por primera vez cocaína es 14,6 años.

Tanto el consumo de alguna vez en la vida como el consumo reciente de cocaína muestran

oscilaciones durante el último quinquenio (2009–2014). Se observa un aumento entre el 2009 y el 2011 y una disminución entre el 2011 y el 2014, próximos estudios permitirán conocer si se mantiene un comportamiento descendente.

Éxtasis: En términos generales, el consumo de esta sustancia, alguna vez en la vida, durante el último año y durante el último mes, no presenta variaciones significativas a lo largo del quinquenio.

- ◆ En cuanto a las diferencias según sexo, también se observan proporciones estables.
- ◆ Cabe señalar que a nivel nacional las prevalencias de año y mes se mantienen estables.
- ◆ El tramo de 17 años y más, muestra un leve incremento en las proporciones de consumo a lo largo del quinquenio, especialmente para el consumo reciente, pero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha existido un aumento sostenido alcanzando en 2015 una prevalencia de 7% en los alumnos del último año del secundario.
- ◆ En el grupo de 15 y 16 años, se puede señalar un leve descenso, si se compara el año 2009 con respecto al año 2014 en la prevalencia de vida: descendió de un 3.4% a 2.4%.
- ◆ Mientras que el grupo de 14 años se observa una tendencia estable tanto para el consumo de alguna vez en la vida como para el consumo en el último año y el último mes.

Solventes e inhalables: Este consumo presenta un incremento en el período que va desde 2009 hasta 2011 y una posterior disminución hacia el 2014 sin distinción por sexo y grupos de edad. Si bien esta sustancia muestra bajas prevalencias entre la población escolarizada como para realizar un análisis de tendencia, deberá atenderse a los resultados que surjan en los próximos estudios.

Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de 12 a 65 años (Argentina 2010)

Magnitud del consumo por sustancia

Tabaco: El 27,2 %, es decir, casi 27 personas de cada cien fuman actualmente (aprox. 4.999.478 personas) y un cuarto de los fumadores actuales presenta un consumo diario y de un atado (20 cigarrillos o más por día), no presentando diferencias en la intensidad del consumo entre sexos. Por su parte, entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (30,6% y 24,2% respectivamente). Los jóvenes de 25 a 34 años son quienes tienen niveles de consumo más elevados y el 50% de los jóvenes de 12 a 17 años declara fumar los 30 días del mes (10 cigarrillos promedio por día).

Alcohol: El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 44,5% de la población, y en mayor medida en los varones. La cerveza es la bebida de mayor consumo, seguida por el

vino y luego las bebidas fuertes o tragos combinados, siendo el consumo de vino característico de la población adulta. Entre los 18 a los 24 años se observa la tasa más elevada de consumo de alcohol (57,2%) Los adolescentes y jóvenes consumen cerveza y bebidas fuertes, preferentemente durante los fines de semana y sin diferencias por sexo.

El consumo perjudicial estimado a partir de la escala AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), indica que el 13% de los consumidores actuales de alcohol, presentan un patrón de consumo riesgoso para la salud y para terceros. Esta relación es mayor entre los varones (casi 19 de cada 100) que entre las mujeres (6,1%). Entre los jóvenes de 18 a 24 años no sólo encontramos la tasa de consumo mayor, sino también una proporción mayor de patrones de consumo perjudiciales, alcanzando al 20,3% de ellos.

Psicofármacos sin prescripción médica: 18 de cada cien personas (más de tres millones trescientas mil personas) han consumido tranquilizantes, alcanzando en las mujeres a más de 31 personas de cien a partir de los 50 años. El consumo sin prescripción médica reciente es del 1,3%, algo superior entre las mujeres y entre los jóvenes de 25 a 34 años (1,6% y 1,8%, respectivamente). Hubo consumo de psicofármacos prescritos en más del 49% de los usuarios de 18 a 24 años y en casi el 74% de los usuarios adultos mayores. Por su parte, el consumo reciente o del último año de estimulantes sin prescripción médica alcanza al 0.1% de la población.

Marihuana: Es la droga ilícita de mayor consumo en el país. El 3,1% de la población entre 12 a 65 años declaró consumo en el último año, el 5,1% de los varones y el 1,7% de las mujeres encontrándose entre las edades de 18 a 34 años las tasas más altas de consumo.

El consumo de marihuana se caracteriza por ser ocasional (54,7%) y frecuente (37,7%), siendo más frecuente entre los jóvenes de 25 a 34 años, en tanto que un 13,3% de los adolescentes lo hace de manera experimental. Cabe destacar que los indicadores de signos y síntomas de dependencia entre los usuarios del último año estimaron un uso problemático, dependiente en el 17,8%, más significativo entre los varones y entre los 25 y 34 años.

Cocaína: El 0,8% de la población declaró consumo de cocaína en el último año: 1,5% varones y 0.2% mujeres y con las prevalencias más altas de consumo entre los 18 y 24 años de edad. Cabe destacar que la modalidad de uso de cocaína es ocasional en más de la mitad de los usuarios (54,3%) y frecuente en el 35,1% de ellos. Este patrón de uso corresponde al 37,9% de los varones de 25 a 34 años, en tanto que entre las mujeres casi el 80% del consumo es ocasional. Un dato relevante resulta que el 48% de los usuarios presenta indicadores de dependencia y en mayor proporción entre los varones y entre la población joven de 18 a 34 años.

Percepción de riesgo

La percepción de Gran riesgo asociado al consumo de una determinada sustancia es considerada un factor de protección, dado que cuando esta percepción está presente el consumo es menor. Por el contrario, cualquiera sea la frecuencia de consumo por la cual se pregunte, el grupo de población que considera que ese consumo (experimental o frecuente) no trae aparejado ningún riesgo, presenta mayor riesgo de consumo. Este es el caso de la Marihuana que, cuando es percibida como una sustancia poco riesgosa por parte de la población, aumenta su prevalencia de consumo en 29 puntos porcentuales respecto del grupo que considera que el consumo es de gran riesgo. El mismo fenómeno se observa respecto del consumo de cocaína: mientras que la prevalencia de quienes consideran de gran riesgo el consumo experimental es de 0,4%, asciende al 2,3% entre quienes lo evalúan de ningún riesgo.

ma sustancia, y por consiguiente, es más baja la percepción de gran riesgo frente al consumo experimental (de una o dos veces). La percepción de gran riesgo frente al consumo experimental y de alguna vez de marihuana es la más baja, del 50,6% y 53,6% respectivamente. Es decir que hay mayor percepción de riesgo frente al consumo frecuente de alcohol, tabaco y psicofármacos que del uso experimental u ocasional de marihuana. Por el contrario a la marihuana, el consumo frecuente de cocaína y el de paco, ya sea para uso experimental como ocasional, tiene una percepción de riesgo más alta.

Percepción de facilidad de acceso

El 38,7% de la población declara que es fácil acceder o conseguir marihuana y el 29,4% que es fácil conseguir cocaína. En cuanto al paco, cerca del 23% de la población manifestó facilidad para acceder a dicha sustancia; y mayor es la dificultad percibida en cuanto al acceso al éxtasis (18,5%). Esta percepción de facilidad de acceso se encuentra asociada con las drogas de mayor consumo, el sexo (varones) y la edad (jóvenes).

Propensión a consumir

Si bien casi un 14% de la población manifestó curiosidad por probar alguna droga ilícita, y en mayor medida varones y jóvenes, la probabilidad del consumo, es decir, la decisión positiva de consumir frente a una ocasión real, decae a casi la mitad alcanzando el 6,1%. La población que siempre tiene mayores indicadores de riesgo está compuesta por varones y jóvenes de 18 a 24 años. Cabe destacar que un alto porcentaje de personas declararon haber recibido oferta de drogas, marihuana y cocaína durante el último año o anteriormente.

Tendencia en el consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004 - 2010. Población de 16 a 65 años.

En cuanto a las drogas legales, la mitad de la población del país, que habita en localidades de 80 mil habitantes y más y que tiene entre 16 a 65 años fumó cigarrillos alguna vez en su vida y un 30% fuma actualmente. Es alentador que la tendencia sea decreciente, sobre todo en los jóvenes y adultos jóvenes (35 a 49 años) y en ambos sexos, pero las mujeres están fumando mucho menos que los varones. En consonancia con esta tendencia, la percepción de un gran daño asociado al hábito de fumar creció en Argentina. En segundo lugar y en relación al consumo de alcohol, y de acuerdo a los patrones culturales de alimentación, en el país casi el 80% de las personas tomaron alguna bebida alcohólica en su vida y el 50% presenta consumo actual. La tendencia se muestra decreciente y el uso frecuente es considerado como de gran riesgo por la mayoría de la población. El uso problemático alcanza una magnitud del 13%, es decir que más de un millón de personas entre 16 a 65 años están en esta categoría, potencial demanda de tratamiento por alcohol. En tercer lugar, el consumo de psicofármacos sin prescripción médica se manifiesta fundamentalmente por el uso de automedicación de tranquilizantes que sostiene a lo largo del periodo estudiado 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. Así como la existencia de distintas razones para la automedicación con tranquilizantes y antidepresivos, tal como se desprende de otros estudios realizados.

En cuanto a las drogas ilegales, la droga de mayor consumo en el país, al igual que ocurre en todos los países de la región, es la marihuana, que considerando el periodo 2004-2010, presenta una tendencia creciente en todos los grupos de edad, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, son los varones y los jóvenes comprendidos entre los 16 y 34 años los que presentan las mayores tasas de consumo. Frente al consumo ocasional de marihuana, la opinión de la población analizada se modifica en sentido de una mayor tolerancia. En

relación al consumo de las cocaínas, el consumo de clorhidrato de cocaína, que en el 2006 se ubicó en el orden del 2.6%, encuentra tasas de consumo más bajas y similares en las mediciones del 2008 y 2010, que de todas maneras son mayores a la inicial (2004). El 70% de la población opina que existe un gran daño asociado al consumo ocasional. Los niveles de consumo estimados para el paco presentan menos oscilaciones en relación a otras drogas y siempre en tasas inferiores al 0.6% aunque sin lugar a dudas existen sectores poblacionales de alta vulnerabilidad social en los cuales este consumo domina el escenario territorial. Cabe destacar que el paco es la sustancia con mayor percepción de gran riesgo en su uso ocasional y también es la droga que mayor impacto mediático ha tenido en los últimos años.

En líneas generales, en relación al nivel, frecuencia y grupos sociales de consumo, no todos los usuarios de drogas, especialmente marihuana y cocaína, son usuarios experimentales u ocasionales, sino que aproximadamente un 18% de los usuarios de marihuana y un 47% de los usuarios de cocaína pueden presentar signos y síntomas que indican uso compulsivo, desarrollo de tolerancia y síntomas de privación o abstinencia, existiendo por ende, un grupo de ellos que demanda -o es un posible demandante- de tratamiento de rehabilitación del consumo de marihuana y cocaína. 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 -en parte- de la 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.

El consumo problemático de drogas y la consulta de emergencias

De acuerdo al Quinto Estudio Nacional sobre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia realizado en el año 2012 por el OAD, acudieron a la guardia de alguno de los hospitales públicos principales de las 24 jurisdicciones provinciales (incluida Ciudad Autónoma de Buenos Aires) del país, durante una semana típica, 13.328 personas, de las cuales alrededor del 30% tuvo como motivo algún tipo de accidente, y cerca del 15% un accidente vial. Si bien la gran mayoría de los pacientes no había consumido ninguna sustancia en las horas previas al ingreso a la guardia, el 17,8% había bebido alcohol, el 3,4% consumido marihuana, el 2,9% ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y el 1,5%, cocaína.

Las prevalencias de consumo de todas las sustancias fueron superiores entre los varones que ingresaron a la guardia a excepción de la de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, que fue superior entre las mujeres; en cuanto a la edad, el consumo de alcohol se concentró indistintamente entre personas jóvenes y de mediana edad, mientras que en el consumo de marihuana y cocaína fue preferencial entre los jóvenes. Las personas de mediana edad y los mayores consumieron ansiolíticos, sedantes o tranquilizantes en una proporción levemente mayor a la de los más jóvenes que han ingresado a la guardia. La mayoría de las personas con consumo previo al ingreso a la sala (sin contar el de tabaco) habían consumido una sola sustancia, en general alcohol, aunque el 14,3% declaró haber usado dos sustancias y el 6,2% consumió tres o más.

Del total de las consultas registradas (13.328) en los distintos hospitales, el 12,3% estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias según la impresión clínica del médico, con mayor asociación entre los varones y los jóvenes. Los datos indican también que cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancias, el estado en el cual llega el paciente es de mayor gravedad. El 22,5% de los accidentes de tránsito estuvo asociado con el consumo de sustancias, mientras que del total de pacientes que ingresaron con consumo de alcohol, cerca del 30% ingresó por accidente de tránsito y alrededor del 25% por situaciones de violencia.

Cerca de 1.800 pacientes acudieron a la guardia por accidentes de tránsito (el 13,8% del total de ingresos). El 70% conducía el vehículo colisionado y un 20% era pasajero. La mayoría de los accidentados viajaban en moto o ciclomotor.

Nueve de cada diez casos ingresados por accidentes de tránsito vinculados al consumo de sustancias eran varones y cerca de la mitad tenían hasta 25 años, es decir que se trata de una población preponderantemente masculina y joven. Alrededor del 20% entraron en estado de inconsciencia, obnubilados o con conmoción cerebral. La gran mayoría de los ingresados por accidentes no había consumido sustancias psicoactivas; entre los que sí lo hicieron, el 85% había consumido una sola sustancia. Los accidentes de tránsito vinculados al consumo de sustancias psicoactivas son más frecuentes los fines de semana.

Consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos

Desde el año 2004 se ha desarrollado en el OAD el Programa Droga - Delito con el objetivo de estimar la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos, y también el sentido de esa vinculación. Se presentan aquí datos del 2012 referidos a Población Privada de libertad en Unidades del Servicio Penitenciario Federal, mayores de 18 años, y del estudio del 2011 sobre adolescentes judicializados, no obstante también se encuentran disponibles datos sobre la Población Privada de libertad en Unidades del Servicio Penitenciario Provincial del año 2009.

La comisión de delitos y la situación de encierro añaden una complejidad a la que ya de por sí tiene el consumo de sustancias psicoactivas y debe de haber precaución en el sentido de no interpretar rápidamente causalidades, aunque debe señalarse que los niveles de consumo de alguna vez en la vida son muy superiores entre la población privada de la libertad en comparación con la población general.

Datos del 2012 indican que el 83,2% de la población privada de la libertad en Unidades del Servicio Penitenciario Federal consumió tabaco y el 90,4%, alcohol. El 68,5% declaró que alguna vez en la vida consumió alguna droga ilícita mientras que en la población general estos valores son del 10,7%. El 51,9% consumió cocaína (en población general: 3,1%) y el 64% marihuana (en población general: 9,2%). Asimismo, la edad de inicio en el consumo de sustancias es sustancialmente inferior que en el promedio nacional. En relación a la intensidad de consumo y dependencia de drogas, se observa que el 59,4% de los varones presenta un consumo de alcohol perjudicial, el 38,2% muestra indicadores de dependencia hacia el consumo de marihuana y el 70,1% al consumo de cocaína, valores muy superiores a los detectados en la población general. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados presenta una percepción de gran daño frente al consumo frecuente de todas las sustancias y, de modo similar al resto de la población, cerca de la mitad considera que consumir marihuana ocasionalmente no produce ningún daño.

El 23,5% de los usuarios de drogas ilícitas recibió algún tratamiento (representando el 41,6% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo) y el 8,4% de los consumidores de alcohol estuvo en tratamiento antes de ingresar a las unidades penitenciarias (que representan el 28,1% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo). Cerca del 25% de los entrevistados con prevalencia de vida de drogas o alcohol recibieron algún tratamiento en los establecimientos penitenciarios, ya sea terapia, grupos de autoayuda o comunidad terapéutica, lo que indica la existencia de oferta de dispositivos de atención específicos sobre adicciones en algunas unidades penitenciarias. La mayoría de los internos los evalúan positivamente.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes judicializados, los mismos presentan tasas de consumo mucho más elevadas para todas las sustancias que los

jóvenes que asisten a la educación media, a excepción del alcohol. El 90,4% había consumido alcohol alguna vez, el 86,7% tabaco, cerca del 82% marihuana y la mitad declaró haber consumido cocaína. El consumo de tabaco en adolescentes judicializados casi triplica el consumo en estudiantes, mientras que el consumo de marihuana y de alguna droga ilícita casi lo septuplican. Para el alcohol, sin embargo, las tasas muestran un consumo levemente más alto en la población de estudiantes. La mayoría de los entrevistados presenta una percepción de gran riesgo frente al consumo frecuente de todas las sustancias con excepción del consumo de marihuana, sustancia para la cual también es bajo el porcentaje de gran riesgo para el consumo ocasional. Del total de adolescentes con consumo de cualquier sustancia, el 16,1% estaba recibiendo tratamiento.

Ejes estratégicos

1.- Prevención

En el compromiso de generar conciencia social sobre la importancia de problemas, daños y costos personales y sociales relacionados con el consumo de drogas, y considerando que es de carácter imprescindible que la ciudadanía sea parte activa en su solución, las políticas públicas orientadas a la prevención deben buscar reducir la demanda del consumo de drogas a partir de estrategias universales, selectivas e indicadas en articulación con organismos nacionales, provinciales, municipales, regionales e internacionales, para contribuir a la salud integral y la inclusión de la población.

Objetivo General

Diseñar, implementar y monitorear estrategias preventivas en el ámbito laboral, educativo, contextos de encierro, nocturnidad, cultura y deporte, y para personas en situación de calle, abarcando las problemáticas del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes y el uso indebido de psicofármacos en todo el territorio nacional, mediante articulación interministerial, intersectorial y a partir de redes intra e interinstitucionales. Dichas estrategias buscan generar acciones integrales de prevención universal, selectiva e indicada tendientes a concientizar sobre los riesgos y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos comunes para los Ámbitos Laboral, Educativo, Contextos de encierro, Nocturnidad, Cultura y Deporte, Personas en situación de calle y las problemáticas del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes y el uso indebido de psicofármacos:

Fortalecer y promover la articulación con organismos nacionales, provinciales, municipales, de la sociedad civil, sindicatos y empresas privadas para trabajar en el diseño y desarrollo de estrategias preventivas.

Diseñar e implementar estrategias preventivas universales, selectivas e indicadas, de consumo de sustancias psicoactivas ajustadas a las particularidades de cada ámbito.

Diseñar e implementar estrategias preventivas de disminución de riesgos en relación al consumo de sustancias psicoactivas, ajustadas a las particularidades de cada ámbito, y en articulación con diferentes actores.

Desarrollar e incluir el análisis sobre perspectiva de género, a fin de diseñar e implementar políticas preventivas que se adecuen a la población de mujeres.

Acciones comunes para los ámbitos Laboral, Educativo, Contextos de encierro, Nocturnidad, Cultura y Deporte, Personas en situación de calle y las problemáticas del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes y el uso indebido de psicofármacos:

Relevamiento y monitoreo del desarrollo de iniciativas preventivas en los diferentes ámbitos y temáticas abordadas en el territorio nacional para diagnosticar su estado de situación, a través de reuniones e intercambios variados con los referentes de cada ámbito a nivel nacional, provincial y municipal.

Elaboración de materiales teórico-metodológico de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para los distintos actores de cada ámbito.

Elaboración de materiales metodológicos para padres, docentes y de participación juvenil.

Elaboración de lineamientos para la prevención de consumos problemáticos en adultos mayores.

Desarrollo y asesoramiento en el uso de guías de lineamientos de intervención frente a situaciones de consumo problemático de sustancias.

Desarrollo de seminarios intensivos de formación en prevención de consumos problemáticos, incorporando la perspectiva de género y derechos humanos presenciales y e-learning.

Diseño, elaboración y difusión de piezas comunicacionales de prevención.

Objetivos específicos de prevención universal sobre consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes (CEEA):

Informar, sensibilizar y capacitar a la población sobre esta problemática específica.

Diseñar y fortalecer estrategias de prevención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.

Diseñar y fortalecer estrategias de reducción de riesgos y daños frente a la problemática del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.

Acciones específicas de prevención de consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes (CEEA):

Realización de campañas de sensibilización sobre reducción de riesgos y daños en CEEA en diferentes ámbitos de la comunidad (escuelas, vía pública, eventos, etc.)

Articulación con asociaciones de padres para la implementación de estrategias de prevención en CEEA.

Implementación de capacitaciones en los hospitales y centros de salud sobre estrategias para la atención del CEEA.

Objetivo específico de prevención universal sobre prescripción y uso indebido de psicofármacos:

Controlar, adaptar y supervisar los marcos legales propios de la oferta de medicamentos a fin de contribuir a una oferta responsable de los mismos, especialmente psicofármacos.

Acciones específicas del uso indebido de psicofármacos:

Monitoreo de los modos de prescripción de psicofármacos.

Regulación legal de la publicidad de medicamentos tendiente a minimizar la llamada cultura de “medicalización de la vida cotidiana”.

Elaboración e implementación, en articulación con PAMI, de una campaña masiva de prevención universal a través de folletería y capacitaciones a talleristas y médicos de cabecera.

Objetivo específico de prevención en ámbito de nocturnidad:

Visibilizar los riesgos asociados al consumo de drogas en los distintos ámbitos de entretenimiento nocturno y recreativo en general.

Acciones específicas en ámbito de nocturnidad:

Desarrollo de acciones específicas para generar conciencia de riesgo y cuidado en ámbitos de entretenimiento nocturno y recreativo en general (diseño de material audiovisual específico para contextos de nocturnidad, diseño de folletería, provisión de insumos para mitigación de riesgos).

Capacitación a todos los involucrados en la organización de eventos masivos en prevención y detección de consumos de riesgo.

Acuerdo de lineamientos y regulaciones normativas con el sector empresarial.

Creación de condiciones básicas de atención de emergencia en contextos de nocturnidad establecidas en articulación con el Ministerio de Salud.

Objetivo específico de prevención en personas en situación de calle:

Articular y fortalecer programas de prevención y tratamiento junto al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Acciones específicas de personas en situación de calle:

Implementación de acciones de tratamiento comunitario en contextos vulnerables y en situaciones de calle.

Objetivos específicos de prevención en ámbito de deporte y cultura:

Diseñar e implementar propuestas de prevención en pos de instalar el arte y el deporte como herramientas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.

Impulsar y coordinar redes nacionales, provinciales, municipales y de la sociedad civil para conceptualizar y articular estrategias preventivas a través de actividades deportivas y culturales.

Acciones específicas en ámbito de deporte y cultura:

Implementación de propuestas deportivas y artísticas en programas de abordaje territorial en barrios vulnerables.

Participación en la Comisión Nacional Antidopaje.

Objetivos específicos de ámbito educativo:

Desarrollar propuestas de intervención teórico-pedagógica, destinadas a referentes de cada ámbito, para la prevención del uso problemático de sustancias en las personas.

Desarrollar propuestas de intervención teórico-pedagógica, destinadas a referentes de cada ámbito, para la disminución de riesgos en relación al consumo de sustancias psicoactivas en las personas.

Acciones específicas de ámbito educativo:

Elaboración de propuestas teórico-pedagógica para trabajar en conjunto con la Subsecretaría de Políticas Educativas del Ministerio de Educación y Deportes los lineamientos curriculares del nivel primario y secundario.

Elaboración de propuestas curriculares y de seminarios para Nivel Terciario y Universidades.

Diseño y elaboración de propuestas de prevención selectiva a través del desarrollo de dispositivos de bajo umbral para realizar acciones en escuelas en contexto de vulneración social.

Objetivos específicos de ámbito laboral:

Implementar acciones de asesoría técnica y formación en espacios laborales, que procuren desarrollar habilidades preventivas y sensibilizar sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas para la vida personal, familiar y laboral.

Acciones específicas de ámbito laboral:

Asesoramiento y acompañamiento a sindicatos/gremios y espacios de trabajo no formal en contextos de extrema vulnerabilidad, para la implementación de acciones tendientes a reducir el impacto del consumo de sustancias psicoactivas desde el tratamiento comunitario.

Asesoramiento técnico para el desarrollo de una política preventiva y un plan de acción desde la mirada del tratamiento comunitario teniendo en cuenta la población a la cual va dirigido y articulando la red existente en territorio.

Realización de foros regionales a través del COFEDRO para intercambio y desarrollo de acciones y buenas prácticas para la implementación de una cultura preventiva en los ámbitos laborales.

Objetivos específicos en ámbito de contexto de encierro:

Implementar y monitorear en contextos de encierro de dispositivos en base al tratamiento comunitario como estrategia selectiva de abordaje.

Acciones específicas en ámbito de contexto de encierro:

Propuesta de contenidos teóricos-metodológicos en el programa curricular de las Escuelas de oficiales y suboficiales, en articulación con Servicio Penitenciario Federal y Servicios Penitenciarios Provinciales.

2.- Abordaje Territorial

Se buscará reducir las situaciones de vulnerabilidad psico-social relacionadas al consumo problemático de drogas en la comunidad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los individuos de la comunidad, así como también de los vínculos establecidos entre ellos aumentando su entramado relacional (red subjetiva y comunitaria) favoreciendo el acceso a derechos.

La estrategia de abordaje integral a la persona debe ser específica, acorde la singularidad de sus ideas, proyectos y derechos, que permitan la continuidad e involucren los lazos sociales de la misma (familiares, laborales, educativos, afectivos, etc.). Uno de los instrumentos esenciales que determinarán el éxito del proceso de atención es ejercer una escucha activa y comprometida, despojada de todo prejuicio y preconceito.

Para la implementación de un programa con éstas características es que se plantea la necesidad de dispositivos preventivos asistenciales que sean dúctiles para así facilitar la interacción con la población en general y sobre todo con aquellas personas en situación de vulnerabilidad social frente al consumo de sustancias, incluyendo a sus familias, referentes y allegados.

DIAT, Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial

Los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) son centros preventivos asistenciales gratuitos de abordaje integral ambulatorio (comunitario, psicosocial, educativo, cultural, recreativo y laboral), orientados a la atención primaria de la salud de las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social frente a las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

A tal fin se implementarán programas de prevención tanto a nivel personal como en el ámbito familiar y comunitario (acorde con las realidades regionales) que impliquen una circulación por redes institucionales e intersubjetivas, involucrando actores locales, referentes territoriales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

CAAC, Casa de Atención y acompañamiento comunitario

Las CAACs pueden ser definidas como espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias.

Se trata de lugares de encuentro concretos, tangibles y accesibles que funcionan como “puerta de entrada” para el inicio de procesos de recuperación e inclusión social y que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad.

Estas Casas no sólo se encuentran disponibles para recibir la demanda de la población local sino que, al entender que el consumo problemático de sustancias requiere de un abordaje integral, organizado y sistemático de la vulnerabilidad social y la fragilidad de los proyectos vitales, sus prestaciones incluyen acciones promocionales y preventivas con la permanente participación de la comunidad.

A la vez que, por la complejidad de la tarea a realizar y su trayectoria institucional, las CAACs poseen la capacidad operativa suficiente para trabajar coordinadamente con otras organi-

zaciones del Estado y de la sociedad civil con el objetivo de dar respuesta a las necesidades comunitarias.

De esta manera, las CAACs se constituyen en un eslabón entre las personas con consumo problemático y su comunidad; y entre la comunidad y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que proveen los servicios necesarios para garantizar el acceso a derechos por parte de las poblaciones locales; posibilitado así una atención personalizada e integral sostenida que parte de las necesidades y las posibilidades reales de la población destinataria para promover su ciudadanía.

Objetivo general:

Implementar abordajes desde el modelo de tratamiento comunitario y restitución de derechos en todos los dispositivos territoriales dependientes de esta Secretaría.

Promover el acceso a los derechos de los usuarios de los dispositivos de abordaje territorial a fin de incrementar los procesos de desarrollo de autonomía en el ámbito comunitario en el cual se desarrollan.

Ofrecer espacios de promoción y tratamiento insertos en las redes territoriales.

Objetivos específicos:

Promover la identificación y la ampliación de la red de recursos locales en los territorios donde se encuentran los dispositivos.

Incrementar los vínculos estables de la red subjetiva y comunitaria de los usuarios que participan en los dispositivos.

Brindar información, orientación y acompañamiento a toda persona que concurra a los dispositivos territoriales de Sedronar.

Generar espacios de acompañamiento y escucha, brindando asesoría profesional a nivel individual, grupal, referentes afectivos, y encuentros vinculares.

Promover la participación de personas vulnerables al consumo problemático en talleres, eventos y actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas o formativas, como estrategias preventivas para un proyecto de vida saludable.

Promover la restitución de derechos vulnerados en los usuarios de los dispositivos de abordaje territorial.

Aumentar la accesibilidad a servicios de salud, ya sea en los dispositivos propios o de la comunidad, de los sujetos según sus necesidades particulares.

Aumentar la accesibilidad de los sujetos implicados en los dispositivos a procesos educativos en cualquiera de sus niveles.

Acciones:

Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría como órgano consultor e interlocutor con las instituciones nacionales y provinciales especializadas en la temática en los territorios donde se encuentran los dispositivos.

Fortalecimiento de redes con actores gubernamentales y no gubernamentales a nivel municipal y provincial.

situacionales que permitan reconocer aquellos aspectos (financieros, edilicios, estructurales, técnicos, de capacitación, etc) a fortalecer para operar sobre ellos.

Creación y promoción de instancias de formación y seguimiento articuladas entre Sedronar y referentes de las organizaciones que forman parte de los CAACs (centros barriales y Organizaciones Sociales) para personal de CAACs y otros dispositivos territoriales de asistencia y prevención.

Supervisión técnica, seguimiento y acompañamiento de equipos, prácticas y casos.

Realización de capacitación específica con especialistas en materia de Tratamiento Comunitario, y seguimiento de su implementación.

Diseño de estrategias de promoción de la salud, prevención y asistencia del consumo problemático de sustancias, procurando crear espacios de reflexión y aprendizaje para y con la comunidad.

3.- Tratamiento

Se buscará coordinar la tarea con centros comunitarios y/o barriales, centros de atención primaria en salud, unidades de desintoxicación y deshabituación, dispositivos especializados en atención en cuadros agudos y estabilización clínica, abordajes ambulatorios, centros de día -jornada completa o media jornada-, alternativas de medio camino y tratamientos residenciales.

A través de mesas de trabajo regulares y sostenidas, en las cuales se conforme un equipo de trabajo interdisciplinario y perteneciente a diferentes y variados efectores de salud de alcance local, provincial y nacional, se articulará con los diferentes ministerios y secretarías de Salud, Desarrollo Social y Trabajo en pos de acordar criterios de estandarización de protocolos de admisión, tratamientos y prestaciones, con el objetivo principal de lograr una redistribución equitativa (financiera y estratégica) de los servicios prestados con calidad. Particularmente con los Ministerios de Desarrollo Social y de Trabajo se promoverá el trabajo conjunto en el eje de reinserción socio laboral de aquellas personas que estén bajo tratamiento o lo hayan finalizado.

Asimismo, con el trabajo entre diversos actores sociales, se buscará ampliar la accesibilidad de la oferta de tratamientos, para asegurar la cobertura total de la demanda.

Objetivos:

Promover un tratamiento de calidad y adaptado a las necesidades de cada persona, directa o indirectamente afectada por consumo de drogas y de alcohol, utilizando siempre la interacción como último recurso terapéutico y cuando esté debidamente justificado.

Asegurar el acceso y la calidad de las prestaciones en salud, a partir de identificar aquellas áreas que requieran de un mayor fortalecimiento a través de los recursos y capacidades institucionales necesarias.

Fomentar que las acciones se lleven a cabo desde un modelo integral de abordaje terapéutico que incluya diferentes niveles de prestación y dispositivos adecuados, basándose en un diagnóstico exhaustivo e interdisciplinario.

Promover la inserción comunitaria, laboral y educativa: brindar oportunidades a los y las jóvenes en situación de consumo problemático o en riesgo de padecerlo, a través del acceso al trabajo, la educación y la recreación, acercando herramientas y experiencias que les permitan desarrollar, con el debido acompañamiento terapéutico, un proyecto de vida saludable.

Fomentar que los Sistemas Judiciales Provinciales incorporen la modalidad de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) como una manera alternativa de resolución a las causas penales vinculadas a personas con consumo problemático de drogas.

3.1.- Rectoría en políticas públicas en materia de tratamiento

Objetivo:

Asumir, sostener y potenciar el rol del organismo en la definición, implementación y acompañamiento de la puesta en práctica de estrategias de tratamiento, a partir de los diagnósticos, relevamientos y sistematizaciones necesarias para asegurar que se cumpla cabalmente con los estándares obligatorios de calidad y accesibilidad.

Acciones:

Formulación, implementación y seguimiento participativo del Plan Nacional de Reducción de la Demanda.

Definición de los objetivos nacionales de salud pública y planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en niveles regionales y/o locales.

Convocatoria y coordinación de referentes provinciales en adicciones para acordar diagnósticos y líneas de intervención.

Acuerdos con jurisdicciones para el desarrollo de políticas integrales con base territoriales.

Caracterización de los servicios necesarios en cada región según mapa epidemiológico.

3.2.- Regulación y normatización

Objetivo:

Diseñar e implementar la regulación y la normatización de los servicios existentes en el marco de los estándares internacionales que regulan los procedimientos, los protocolos de acción, los planes y las estrategias de intervención.

Acciones:

Normatización (a través de protocolos) de procedimientos, directrices y guías de práctica clínica orientados a la habilitación, supervisión o evaluación de establecimientos.

Evaluación del cumplimiento de planes y del desempeño del sistema y de los servicios de salud en base a la normatización.

Desarrollo de protocolos, diagnósticos estandarizados y guías de intervención de tratamiento sanitario para sujetos con consumo problemático de drogas y de estrategias de detección temprana de consumo de drogas y de intervención precoz en ámbito comunitario.

Capacitación sobre la regulación y la normatización a los efectores públicos y privados.

3.3.- Articulación con instituciones/efectores, etc.

Objetivo:

Fortalecer redes diversas y extensas, que permitan asegurar una cobertura total y heterogénea de la demanda, buscando potenciar estrategias conjuntas entre efectores de salud de los sectores público, privado y de la sociedad civil, comprometiendo así una oferta de tratamiento de calidad y accesible para todo público.

Acciones:

Ampliación y fortalecimiento de la red efectiva de prestadores integrada por hospitales generales, efectores públicos e instituciones del sector privado y de la sociedad civil que aborden la problemática, acordando roles y obligaciones de los mismos.

Generación de unidades de reinserción socio/educativa/laboral locales y provinciales ges-

tionadas por OGs y ONGs.

Generación de estrategias conjuntas con la Justicia para instrumentar programas de rehabilitación idóneos en cárceles.

Participación en mesas de trabajo, foros y otras instancias intersectoriales.

Fortalecimiento del compromiso de empresas estatales y privadas en la generación de pasantías para personas en rehabilitación.

Establecimiento de circuitos de intercambio de información entre instituciones judiciales, de salud y de desarrollo social que trabajan con jóvenes, y estrategias conjuntas con la Justicia para instrumentar programas de rehabilitación idóneos en cárceles.

Articulación e integración de los dispositivos y los recursos disponibles a nivel preventivo y de tratamiento en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

3.4.- Accesibilidad y calidad de los servicios

Objetivos:

Asegurar la calidad de los servicios mediante la formulación de estrategias de intervención basadas exclusivamente en evidencia científica, y diseñadas en total coherencia con los estándares y criterios internacionales.

Fortalecer la accesibilidad de los servicios mediante un trabajo articulado de relevamiento de la red asistencial y elaboración de estrategias conjuntas que contemplen tanto el intercambio de diagnósticos como la capacitación de los equipos, con los dispositivos que ofrecen tratamiento en todo el país.

Acciones:

Estandarización del tratamiento sanitario a las personas con consumo problemático de drogas en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos y guías de intervención.

Fortalecimiento del rol de los centros de Atención Primaria de la Salud y las salas de Emergencias como espacios de acciones tempranas y de intervenciones breves.

Facilitación de la accesibilidad a los tratamientos contemplando los cambios actuales en los perfiles de consumo, con especial atención en los jóvenes internados en centros de menores o que hayan tenido problemas con la Justicia.

Desarrollo de programas especiales para la atención de las familias de personas con problemas de consumo de drogas.

Desarrollo de programas especiales de tratamiento que contemplen la especificidad de género.

Generación de estrategias de rehabilitación idóneas para mujeres embarazadas y con niños/as pequeños.

Realización de campañas de difusión de la línea gratuita 141 de SEDRONAR.

Generación de estrategias de rehabilitación específicas para niños y niñas en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Garantía de la evaluación de los tratamientos y trabajo con la reinserción socio/educativa/

laboral.

Desarrollo de programas especiales para la atención de la patología dual.

Promoción de alianzas con Universidades y/o programas de perfeccionamiento en la formación de posgrado con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud, enfrentar los problemas prioritarios y evaluar acciones en materia de adicciones.

Generación de estrategias y formación de operadores para la rehabilitación de conductas adictivas en personas con capacidades diferentes.

Capacitaciones a operadores socio terapéuticos.

Capacitaciones a los efectores públicos y privados sobre admisión, evaluación y derivación de adicciones en el sistema de salud.

Capacitaciones a agentes de diferentes jurisdicciones/organismos sobre adicciones y su abordaje según los contextos y situaciones específicas (abordaje en contextos de encierro, a policías locales, diversidad sexual y adicciones, consumos problemáticos desde una perspectiva de género, de derechos humanos, etc.).

3.5.- Tribunales de tratamiento de drogas

Numerosos estudios a nivel mundial demuestran la relación existente entre el consumo problemático de drogas y la delincuencia. Los delitos asociados a las drogas se pueden dividir en dos: los delitos definidos por la ley de drogas y aquellos delitos relacionados con las drogas. En el caso de las personas con dependencia de drogas, para quienes ésta es una de las principales causas de su conducta delictiva, ninguna medida destinada a que se hagan responsables de sus actos es eficaz si no atiende la causa subyacente de la conducta delictiva, es decir, la dependencia de sustancias, y si -además- no contempla otras intervenciones de tratamiento integral.

Los tribunales de tratamiento de drogas (TTD) como alternativa al encarcelamiento para las causas de infractores dependientes de drogas -que han aceptado someterse a un tratamiento contra el abuso de sustancias- se ha implementado hasta el momento únicamente en Salta siendo ésta la primera y única provincia del país en implementar la modalidad de TTD a través de los Juzgados de Garantías N° 4 y 5. Sin embargo, a nivel mundial, se cuenta con probadas y exitosas iniciativas principalmente en Estados Unidos, Canadá y Chile.

El objetivo principal de los TTD es disminuir la incidencia de los consumos problemáticos de drogas y alcohol en la actividad delictiva relacionada con este problema.

Asimismo, la labor de los TTD se basa en la idea de que la dependencia de drogas entre los infractores no es meramente un problema de las fuerzas de seguridad ni de la justicia penal, sino una preocupación social y prioritaria de la salud pública.

Es importante destacar, que la finalización exitosa permite que el tribunal pueda desestimar el cargo, reducir la pena o interrumpir la sentencia; o bien combinar esas compensaciones.

En este tipo de tribunales, el juez representa una figura clave de un trabajo en equipo articulando con el Sistema de salud, Ministerio de Seguridad, Sistema judicial y Ministerio Público Fiscal.

Asimismo, se pone en práctica la llamada Justicia Terapéutica o Restaurativa, la cual necesita de la articulación en territorio con actores, organizaciones, instituciones y redes del sector público y privado que puedan enmarcar sus acciones en la lógica de Tratamiento Comuni-

tario, a fin de posibilitar la reinserción social y laboral de la persona que finaliza el proceso de TTD.

Objetivo:

Fomentar, promover e implementar que los Sistemas Judiciales Provinciales incorporen la modalidad de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) y su consiguiente enfoque de “Justicia Terapéutica” como una manera alternativa de resolución a las causas penales vinculadas a personas con consumo problemático de drogas.

Acciones:

Articulación con el Poder Judicial, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Seguridad y el Ministerio Público Fiscal de las Provincias para el fomento y acompañamiento de la implementación de TTD.

Relevamiento y diagnóstico conjunto con las entidades correspondientes de las condiciones de factibilidad de implementación de TTD en las Provincias, teniendo en cuenta: caracterización de los delitos, tasas, índices de delitos relacionados con drogas, legislaciones provinciales, disponibilidad de recursos humanos, factibilidad de contar con equipos interdisciplinarios, y otros factores que se consideren relevantes y pertinentes en la temática.

Diseño e implementación de jornadas y cursos de capacitación sobre consumo problemático de drogas, tratamiento comunitario y enfoque de justicia terapéutica para funcionarios de los organismos intervinientes en el TTD.

4.- Programa Municipios en Acción

La complejidad de la temática del uso de drogas como la diversidad de realidades de nuestro territorio, precisan un abordaje interjurisdiccional y multidisciplinar que procure dar respuestas adaptadas a los gobiernos locales.

Resulta fundamental que el abordaje de la problemática del consumo de drogas se entienda como un proceso en el cual las personas de la comunidad y del equipo técnico, recojan y compartan información que permita conocer la situación de la población en general o particular de modo de diagnosticar la realidad sobre la cual se desea intervenir.

Para ello, el rol de los municipios es fundamental ya que son el referente político-administrativo más cercano a los ciudadanos. Esa cercanía facilita la detección precoz de los problemas y permite una más rápida localización de las respuestas. Ello también permite a la vez un abordaje comunitario y la participación de la sociedad civil, y puede ofrecer los cauces de coordinación que permitan dar respuestas idóneas.

Asimismo, con este programa, se pretende instalar la temática del consumo problemático en la agenda municipal para que cobre relevancia de forma tal que se incluyan planes estratégicos para su abordaje.

Objetivo:

Promover que los gobiernos locales desarrollen su plan local sobre drogas y designen un área operativa responsable de su ejecución.

Acciones:

Acompañamiento en la conformación y fortalecimiento de redes para la prevención y tratamientos comunitarios.

Capacitaciones sobre diagnóstico participativo.

Capacitaciones en modos de abordaje: preventivo, de tratamiento y reducción de daños y riesgos.

Capacitaciones en elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas.

Acompañamiento a los Municipios en el desarrollo de Planes Municipales de Drogas.

Articulación con las provincias para desarrollar este programa de manera conjunta y coordinada.

Evaluación en la implementación del Programa Municipios en Acción y su impacto en la formación de capital humano.

5.- Desarrollo del conocimiento científico

Se buscará incentivar la investigación y el conocimiento científico en virtud de disponer de evidencia para la toma de decisiones, mediante el fortalecimiento del Observatorio Argentino de Drogas en sus áreas de Epidemiología, Estadística y Geo-referenciamiento, y del Consejo Asesor Científico Ético Honorario.

5.1.- Investigación epidemiológica

Objetivos:

Impulsar proyectos de investigación en los ámbitos epidemiológico, clínico y social.

Desarrollar estudios locales dentro del marco metodológico de la Investigación-Acción Participativa, metodologías cuantitativas y cualitativas.

Articular, unificar y difundir indicadores epidemiológicos a nivel provincial y nacional.

Desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica.

Desarrollar estudios de accesibilidad de eficacia terapéutica a los fines de adecuar los establecimientos y los procesos de rehabilitación a las manifestaciones actuales de la problemática de las adicciones.

Acciones:

Elaboración y realización de encuestas nacionales en Población General y Estudiantes de Nivel Medio.

Elaboración y realización de estudios en grupos específicos de población.

Elaboración y difusión de un manual para la elaboración de diagnósticos municipales.

Capacitaciones de actores comunitarios en Investigación-Acción participativa, producción y utilización de datos comunitarios.

Capacitaciones sobre epidemiología y estadísticas.

Realización de censos de Centros de Tratamiento.

Trazar perfiles de consumo en usuarios de sustancias.

Implementar ventanas epidemiológicas en Centros de Atención Primaria con evaluaciones programadas y sistemáticas en el tiempo.

5.2.- Estadísticas y Geo-referenciamiento

Objetivos:

Procesar, normalizar e integrar información y estadísticas de la Secretaría, representarla territorialmente a través de un sistema de información geográfica para la toma de decisiones estratégicas a partir del análisis de diferentes variables relacionadas con las adicciones y la vulnerabilidad social a lo largo del país.

Acciones:

Construcción de una base de información estadística consolidada a partir de las diferentes áreas que componen la Secretaría y a partir de datos de otros Organismos Públicos con la finalidad de apoyar a las distintas áreas.

Desarrollo e implementación de un Sistema de Información Geográfica (SIG) y de estadísticas que genere valor agregado favoreciendo la visualización y análisis de zonas críticas del territorio nacional para la toma de decisiones estratégicas.

Creación de una plataforma web única de visualización de la información que integre el SIG y las estadísticas generadas de manera gráfica y dinámica.

Generación de indicadores/índices de diferentes dimensiones (socio-demográficos), de consumo e informes estadísticos, con el objetivo de conocer la realidad territorial de la Argentina respecto a la vulnerabilidad social y el consumo de sustancias.

Ofrecimiento de servicios y asesoramiento a las diferentes áreas de la Secretaría en la conformación de sus estadísticas, estructuración de base de datos Geo-Referencial, creación de herramientas para el relevamiento y carga de la información.

Ofrecimiento de servicios de mapas digitales específicos para cada área y creación de cartografía temática para trabajos en territorio con la ciudadanía a diferentes escalas territoriales.

Implementación del programa Carta Compromiso con el ciudadano.

5.3.- Evaluación de programas

Objetivo:

Realizar una evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas y modificar el desarrollo de las acciones en marcha, a fin de adaptarlas a los objetivos inicialmente planteados.

Acciones:

Desarrollo y difusión de indicadores de monitoreo de programas.

Elaboración y difusión de manuales de buenas prácticas en prevención y rehabilitación de adicciones.

Implementación de auditorías de calidad de instituciones y programas de prevención, detección precoz y rehabilitación.

Capacitaciones sobre los indicadores de monitoreo de programas y buenas prácticas.

5.4.- Sistema de Alerta Temprana (SAT)

Objetivos:

Aportar a la reducción de riesgos y daños a la salud derivados de las drogas emergentes, en el marco del eje de mitigación de la política de reducción del consumo de drogas.

Generar información oportuna basada en evidencia dirigida a los tomadores de decisiones.

Generar un espacio de intercambio de información virtual entre las instituciones y actores del sistema.

Contribuir al fortalecimiento de las acciones de control e interdicción de las autoridades responsables.

Favorecer la rápida acción por parte de las autoridades encargadas de controlar la oferta de drogas.

Acciones:

Detección de nuevas sustancias o nuevos patrones de consumo.

Caracterización de las sustancias emergentes o nuevas modalidades de uso de sustancias conocidas.

Implementación de estudios sobre los riesgos que implica el consumo de las nuevas sustancias o de los nuevos patrones de consumo.

Generación de alertas con información dirigida al público interesado, al sector salud y a las autoridades encargadas del control e interdicción de drogas.

5.5.- Red de investigación y difusión de la investigación

Objetivo:

Desarrollar una red de investigación e información sobre la problemática del consumo de drogas para potenciar y difundir el conocimiento.

Acciones:

Conformación de la red de Universidades y la Red de Investigadores que desarrollen investigaciones sobre el consumo problemático de drogas.

Integración de la Red de Investigadores con la Red Latinoamericana de Investigadores en Drogas (REDLA) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CI-CAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

Realización de alianzas estratégicas con institutos de investigación y otras instancias del ámbito científico (Ministerio de Ciencia y Tecnología, CONICET, etc.).

Elaboración del Sistema en Red de Observatorios Provinciales.

Realización de congresos, seminarios y otro tipo de encuentros presenciales para difundir los datos e información.

Capacitaciones a profesionales/agentes de Observatorios Provinciales en la constitución de Observatorios y en investigación.

5.6.- Consejo Asesor Científico Ético Honorario

Objetivo:

Analizar y evaluar distintas líneas de investigación para sustentar el diseño de políticas públicas basadas en la evidencia científica y el saber empírico.

Acciones:

Análisis y asesoramiento sobre diversos temas referentes a las drogas.

Difusión de datos y estadísticas elaboradas o recolectadas por el OAD.

Difusión de programas e intervenciones implementadas o a implementar por la Secretaría.

Articulación con otras instancias o instituciones académicas.

6.- Articulación institucional

La complejidad de la problemática de las drogas requiere para su correcto tratamiento, abordarla desde una mirada multidimensional y mediante una política pública integral y coordinada entre Nación, provincia, municipios y sociedad civil.

A raíz de ello es que SEDRONAR, en su rol de agencia de definición y coordinación interministerial, elaborará políticas públicas en torno al problema de drogas de forma articulada y consensuada con los ministerios nacionales, poderes legislativo y judicial provincias, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales.

6.1.- Poder Legislativo de la Nación

Objetivo:

Trabajar en conjunto con las Comisiones pertinentes de las Cámaras de Senadores y Diputados para impulsar iniciativas legislativas relacionadas con la temática.

Acciones:

Presentación del proyecto para la reglamentación de la Ley de Salud Mental.

Presentación del proyecto para el Registro Nacional de Bebidas Alcohólicas.

Presentación del proyecto para regular la publicidad de alcohol

Presentación del proyecto para Alcoholemia Cero para conductores.

Presentación del proyecto para Tribunales de Tratamiento de Drogas.

Mantenimiento de una comunicación institucional dando respuesta a las solicitudes de ambas cámaras del Congreso.

6.2.- Poder Judicial de la Nación y el Ministerio Público

Objetivo:

Trabajar en conjunto con los diferentes juzgados del Sistema Judicial en lo que respecta a causas y disposiciones relacionadas con el consumo y uso de sustancias psicoactivas.

Acciones:

Respuesta a consultas de los juzgados de distintos fueros: federales, penales, civiles, de familia, entre otros.

Implementación de las disposiciones/sentencias de los juzgados en lo que respecta a temas de consumo de sustancias psicoactivas.

Articulación con los juzgados para la implementación y acompañamiento de los Tribunales de Tratamiento de Drogas.

6.3.- Ministerios Nacionales

Objetivo:

Coordinar y trabajar en conjunto con los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Educación, Trabajo, Seguridad, Justicia y Derechos Humanos, Modernización, Ciencia y Tecnología, Consejo Nacional de las Mujeres, ANSES, Interior, de Relaciones Exteriores y Jefatura de Gabinete de Ministros para lograr un abordaje integral y articulado en las distintas áreas.

Acciones:

Desarrollo de mesas de trabajo interministerial.

Desarrollo de mesas de trabajo con cada Ministerio.

Impulso de la firma de convenios de cooperación con los Ministerios.

Desarrollo de una plataforma digital para facilitar la comunicación interministerial.

6.4.- COFEDRO

El Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (COFEDRO) se creó a instancia del artículo 5º del decreto 623/96 del Poder Ejecutivo nacional de fecha 7 de junio de 1996, previo acuerdo con los gobiernos provinciales. El 11 de diciembre de 1998 se aprueban su Estatuto y el Reglamento del COFEDRO.

Objetivo:

Consensuar las políticas públicas en la temática del consumo de drogas entre las diferentes jurisdicciones y la SEDRONAR a fin de contribuir al abordaje integral de esta problemática mediante la formulación, ejecución y evaluación de un plan federal.

Objetivos específicos:

Contribuir al desarrollo de un sistema federal para la concertación de políticas, planes y programas destinados a la prevención y tratamiento, respetando las características culturales de cada lugar.

Fortalecer la gestión de las áreas específicas en cada jurisdicción, procurando la jerarquización de las mismas, permitiendo abordar integralmente el problema del uso indebido de sustancias y sus adicciones.

Promover la participación de la Sociedad Civil a través de organizaciones no gubernamentales, capaces de coordinar con el Estado la implementación de los lineamientos políticos y las acciones necesarios para el cumplimiento de sus fines.

Acciones:

Realización de encuentros nacionales del COFEDRO.

Realización de encuentros regionales en las provincias.

Convocatoria a encuentros con otros Consejos Federales relacionados con la temática (Salud, Educación, Desarrollo Social, Trabajo).

Desarrollo de una plataforma digital de carácter federal con información sobre los programas, proyectos, criterios de acreditación y mejores prácticas consensuadas.

6.5.- Sociedad Civil

Objetivo:

Articular las políticas públicas y sus acciones con diferentes organizaciones de la sociedad civil.

Acciones:

Discusión de modelos de validación de programas.

Realización de reuniones periódicas con ONGs que trabajan la temática de las drogas.

6.6.- Organismos internacionales

Objetivo:

Fortalecer la cooperación bilateral, regional y multilateral en la temática del consumo de drogas promoviendo una activa participación en los organismos internacionales y mecanismos de cooperación especializados en la materia.

Acciones:

Participación en los períodos ordinarios y extraordinarios de sesiones de la Comisión de Estupefacientes de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Participación en las sesiones ordinarias de la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

Participación en reuniones especializadas en el marco de la OPS/OMS

Participación en las reuniones especializadas organizadas por la CICAD de la OEA.

Participación en las reuniones especializadas organizadas por Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) de la ONU.

Participación en las reuniones organizadas en el marco del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

Participación en las Reuniones Especializadas de Autoridades de Aplicación en materia de drogas, su uso indebido y rehabilitación de drogodependientes del Mercosur (RED).

Participación en las reuniones del Mecanismo de Coordinación y Cooperación en materia de drogas entre América Latina y el Caribe y la Unión Europea (CELAC-UE).

Participación en las reuniones de las diferentes comisiones mixtas binacionales especializadas en materia de sustancias psicoactivas.

Participación en otros mecanismos de cooperación internacional especializados en materia de sustancias psicoactivas.

Intercambio de información sobre las políticas y la normativa nacional en materia de sustancias psicoactivas con la comunidad internacional.

Intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas con la comunidad internacional, para enfrentar el problema mundial del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Promoción de la adhesión, suscripción y ratificación de los acuerdos y convenciones bilaterales e internacionales que resulten convenientes para el fortalecimiento de la cooperación internacional en materia de sustancias psicoactivas.

Coordinación del cumplimiento de las responsabilidades emergentes de la participación del país en los organismos internacionales y mecanismos de cooperación especializados en la problemática de las sustancias psicoactivas.

Desarrollo de programas y proyectos orientados a fortalecer las políticas nacionales en coordinación con otros Estados y con organismos internacionales especializados en la materia.

Anexo

Provincias participantes de la fase de consulta

Provincia	Dependencias representantes	
BUENOS AIRES	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental y Adicciones
CABA	Subsecretaria de Promoción Social	Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones
SANTA FE	Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado	Dirección Provincial de Monitoreo y Planificación Estratégica
CORDOBA	Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones	Subsecretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones
ENTRE RIOS	Secretaria de Lucha Contra las Adicciones	Subsecretaria de Relaciones Institucionales
LA PAMPA	Ministerio de Seguridad	Ministerio de Salud
RIO NEGRO	Ministerio de Gobierno	Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia
NEUQUEN	Subsecretaria de Seguridad	Dirección General de Prevención de Adicciones
CHUBUT	Directora Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones	Dirección General de Prevención y Atención Sanitaria de Problemáticas Psicosociales y Discapacidad.
TIERRA DEL FUEGO	Secretaria de Coordinación del Plan Provincial de Adicciones	Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones
TUCUMAN	Ministerio de Desarrollo Social	Secretaria de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones
SANTIAGO DEL ESTERO	Dirección del Programa Provincial de Alcoholismo	Antecedentes de la organización

SALTA	Secretaría de Adicciones	
JUJUY	Ministerio de Salud	Secretaría de Salud Mental y Adicciones
CATAMARCA	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones
LA RIOJA	Secretaría de Prevención de Adicciones	
MENDOZA	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes	Dirección de Salud Mental y Adicciones
SAN JUAN	Ministerio de Gobierno	Dirección Provincial de la Lucha contra la Droga y Narcotráfico
SAN LUIS	Ministerio de Salud	Subprograma Provincial de Adicciones
MISIONES	Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas	Dirección de Prevención y Asistencia de las Adicciones
FORMOSA	Ministerio de Desarrollo Humano	Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones
CHACO	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	Dirección de Salud Mental y Adicciones
CORRIENTES	Dirección de Educación para la Salud	Dirección de Salud Mental

Organizaciones de la Sociedad Civil consultadas

Organización
Madres del Paco
Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina (FONGA)

Organizaciones que conforman FONGA

Organización	Sede
CADES	Copia certificada del acta constitutiva
BUENOS AIRES	Copia certificada del estatuto
A. Nazareth	SANTA FE
A.C. Cuarta Opción	BUENOS AIRES
A.C. Maranata	SANTA FE
AC El Palomar	BUENOS AIRES
AC Rumen	LA PAMPA
AC Segunda Oportunidad	BUENOS AIRES
Aliwen-Aiarsa	BUENOS AIRES
Ananké	BUENOS AIRES
Araucaria	BUENOS AIRES
Asociación Abitus	LA RIOJA
Asociación Centro de Vida	CABA
Asociación Civil Valorarte	CABA
Asociación Yo Soy	CABA
AVCD	SANTA FE
Ave Fénix	ENTRE RIOS
CaDes-Camino de Esperanza	CHUBUT
Carpe Diem	BUENOS AIRES
Casa de la Alegría	CABA

Casa del Sur	CABA
Centro Duo	CABA
Centro Juvenil Esperanza	CABA
Centro Naim	LA PAMPA
Cetrak (centro de tratamiento quilmes)	BUENOS AIRES
Comunidad Terapéutica SHOC	BUENOS AIRES
CT El Reparó	CABA
Dehum- Fundación para el Desarrollo Humano	CABA
Dicere	BUENOS AIRES
El Reparó	BUENOS AIRES
Funcación Manantiales	CABA
Fundación Atreverse	BUENOS AIRES
Fundación Aylén	BUENOS AIRES
Fundación Belén de Escobar	CABA
Fundación Candil	BUENOS AIRES
Fundación Chance	BUENOS AIRES
Fundación Clínica de la Familia	CÓRDOBA
Fundación Convivir	CABA
Fundación Crea	SANTA FE
Fundación Creando la Libertad	BUENOS AIRES
Fundación Creer es Crear	BUENOS AIRES
Fundación el Edén	ENTRE RIOS
Fundación Gradiva	CABA
Fundación Nocka Munayki (yo te quiero)	SANTIAGO DEL ESTERO

Fundación Para la Promoción de la Salud Humana- ProSalud	CÓRDOBA
Fundación plural	BUENOS AIRES
Fundación Proyecto Cambio	CABA
Fundación Viviré	BUENOS AIRES
Grupo del Oeste	CABA
Guara Bi	BUENOS AIRES
La Urdimbre	BUENOS AIRES
Las Vertientes	CÓRDOBA
Luz de Día	ENTRE RIOS
Modelo Minnesota	BUENOS AIRES
Posada del Inti	BUENOS AIRES
Programa Andrés	BUENOS AIRES
Programa Andrés Córdoba	CÓRDOBA
Programa Cambio	CÓRDOBA
Programa Cumelen	BUENOS AIRES
Programa Delta	BUENOS AIRES
Programa Lihue	SAN JUAN
Programa Sur	BUENOS AIRES
Proyecto U.N.O	BUENOS AIRES
Reencontrarnos	TIERRA DEL FUEGO
Santa Clara de Asis	BUENOS AIRES
SEDRO	BUENOS AIRES

Instituciones consultadas

Institución	Representante
Academia Nacional de Medicina	Dra. Edith Serfaty
ACIERA	Guillermo Fernández
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)	Dr. César Lucchetti
Cátedra UNESCO	Dr. Guillermo Pérez Sosto
Congreso Judío Latinoamericano (CJL)	Claudio Epelman
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)	Dr. Juan Carlos Molina
Hospital Fernández	Dr. Carlos Damin
Hospital Francisco Santojanni	Dra. Mónica Nápoli
Intercambios. Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas	Graciela Touzé
Mental Health Counseling Master's Program, Palo Alto University, Estados Unidos-Fundación AIGLÉ	Dr. Héctor Fernández Álvarez
OPS/OMS	Sebastian Laspiur
Pastoral Nacional de Drogas	Padre Gonzalo Benitez
Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires	Lic. Juan Cruz Hermida
Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica	Dra. Alejandra Niño Amieva
Universidad Nacional de Córdoba	Dr. Juan Carlos Godoy
Universidad Isalud	Dr. Calos Vizzotti
Universidad de Morón	Dr. Pablo Navarro
Universidad Nacional de Rosario	Lic. Cecilia Moyano
Universidad Nacional de Tres de Febrero	Claudio Cabrera
Universidad Nacional del Comahue	Dr. Esteban Bonorino

Universidad del Museo Social Argentino	Lic. Gustavo Mausel
Universidad del Salvador	Lic. Jorgelina Devoto

