

1) Sigue sin reglamentar la ley 2318

Comenzamos el año 2010 esperando aún por la reglamentación de la ley 2318 (de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas); una demora que ya alcanza los tres años.

En junio del año 2009 los Diputados Maffía y Smith -principalmente en razón de esta demora, entre otras cuestiones de importancia- elevaron un pedido de informes al Poder Ejecutivo quien demuestra su falta de compromiso con la urgencia que amerita la problemática en cuestión. Dicho pedido de informes recién fue respondido en febrero de 2010.

En su respuesta el Poder Ejecutivo afirma que:

- La demora en la reglamentación se debe a "*La complejidad de una solvente articulación entre los diferentes actores y sectores de gobierno*", ya que el expediente en curso tramitaría en varias reparticiones, demorando su resolución. Pero, según el mismo detalle que el Ejecutivo adjunta a su respuesta, puede verse que el expediente toma curso por las diferentes reparticiones recién a fines de septiembre de 2008; más de un año después de la emisión del decreto de promulgación.

A la pregunta de si se ha concluido –finalmente- el documento base para la reglamentación, el Ejecutivo responde que sí y que se ha incorporado al expediente; pero no lo adjunta.

- Al interrogante de si se ha procedido al fortalecimiento de la Red Metropolitana de Servicios, se responde que aún "*se analizarán*" las acciones a seguir para conseguir esto.

- Las acciones de prevención y atención para el año 2009, articuladas en un programa con metas prioritarias, han sido incumplidas o ejecutadas parcialmente. La Dra. Verónica Mora Duboc –responsable de la Coordinación de Atención de Conductas de Riesgo Adictivo, dependiente del Ministerio de Salud- quien debería efectuar el seguimiento de estas metas, explica que "*la demora en la efectiva instalación de esta coordinación y la emergencia de otras prioridades en la gestión del ministerio en su conjunto*", han sido la causa de la no concreción de las metas fijadas. Con respecto al retraso de la instalación de la Coordinación, habla de "*falta de recursos propios*". Nada informa sobre cuáles fueron las "*otras prioridades*" del ministerio.

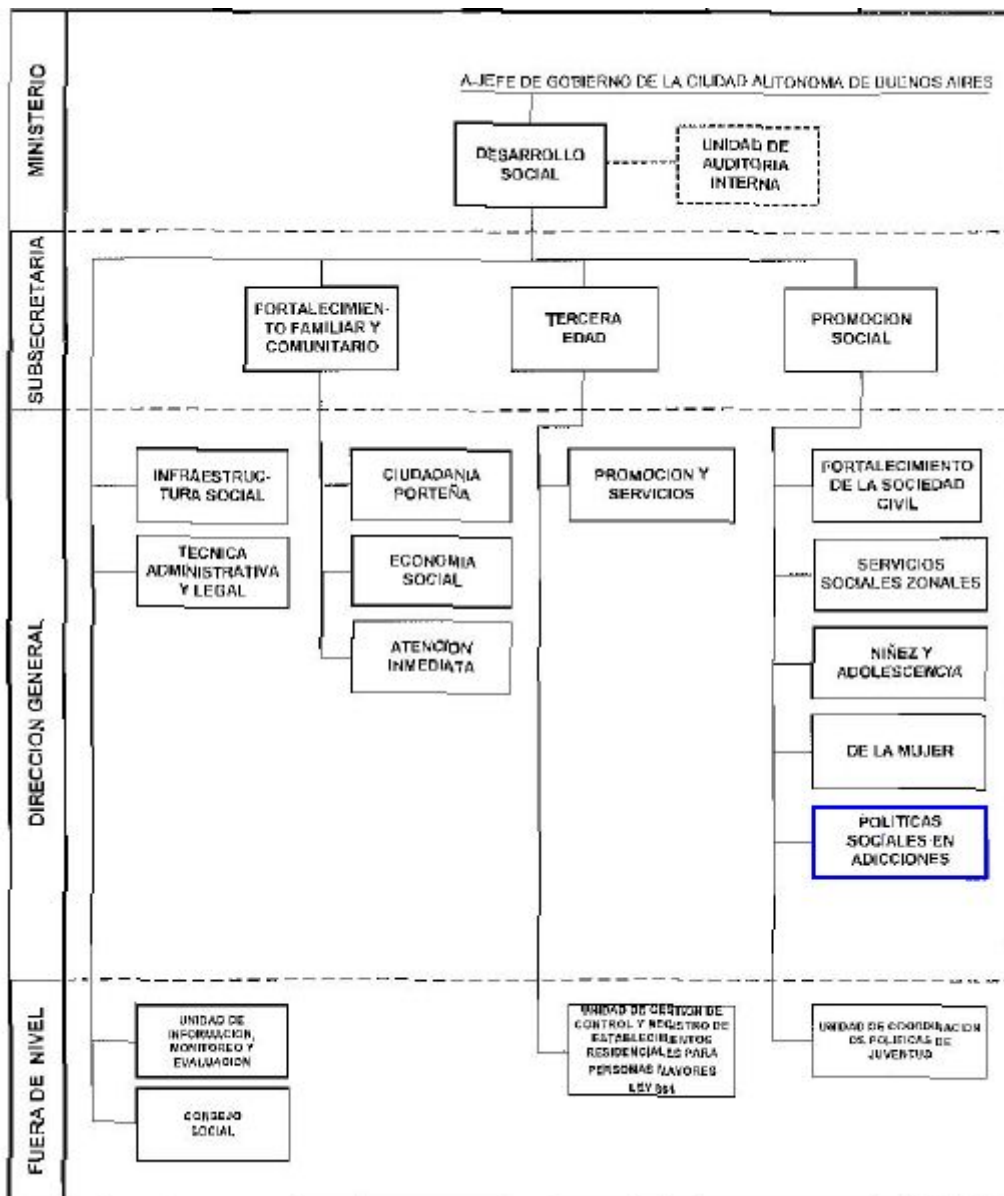
En cuanto a los incumplimientos, preocupa seriamente que "***No ha sido posible aún contar con una unidad especial para la desintoxicación***"

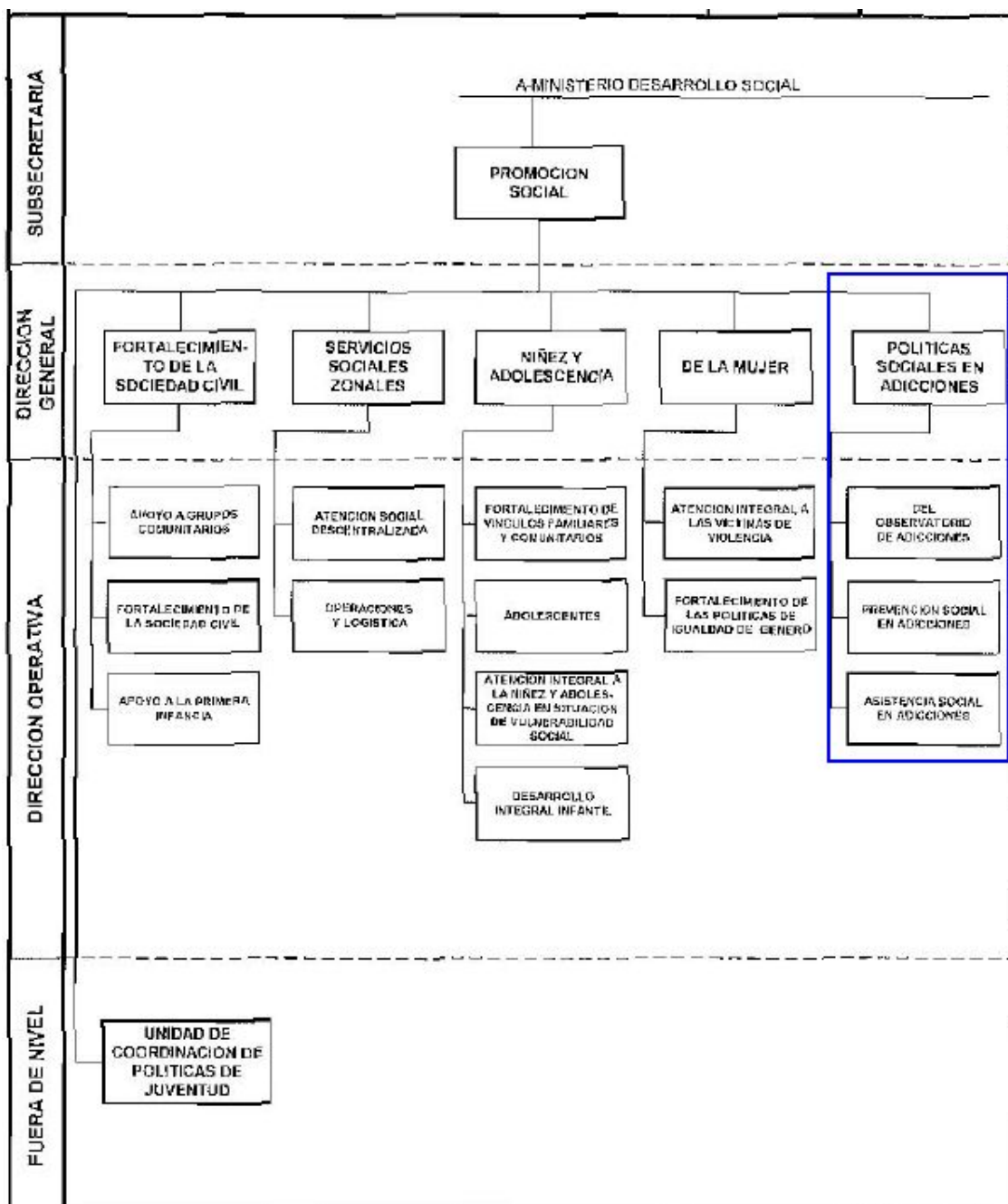
aguda de pacientes bajo efecto del consumo de psicoactivos en el Hospital Fernandez. En la respuesta no se explica por qué razones.

2)- Elevación de la Unidad de Políticas Sociales en Adicciones al nivel de Dirección General.

En el boletín oficial del 7 de Enero de 2010 se publicó el [decreto N° 1156/09](#), firmado por Macri, Vidal, Grindetti y Rodríguez Larreta, que eleva la Unidad de Políticas Sociales en Adicciones al nivel de Dirección General.

El nuevo organigrama quedó conformado de la siguiente manera:





([ver organigrama anterior](#))

En el anexo al decreto 1156 se detallan las responsabilidades y acciones de las áreas. Estas son:

Dirección General de Políticas en Adicciones:

Descripción de responsabilidades primarias.

Planificar, coordinar y desarrollar programas dirigidos a la asistencia con especial énfasis en la prevención y la reinserción social de las personas con

problemáticas de adicciones en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la [ley N° 2318](#).

Generar políticas tendientes a responder a la demanda por trastornos derivados de las adicciones en coordinación con el Estado Nacional, Provincial, Municipal y la sociedad civil.

Desarrollar un observatorio en materia de consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

Dirección operativa del observatorio de adicciones

Descripción de acciones.

Desarrollar y poner en funcionamiento un sistema de información epidemiológica sobre el consumo de sustancias psicoactivas, que procese, sistematice y elabore, información vinculada a la prevención y a la asistencia de la problemática, acorde a la complejidad y multidimensión de la misma.

Definir las líneas estratégicas de investigación, los estudios a realizar y coordinar la ejecución de los mismos. Esto incluye estrategias de monitoreo epidemiológico, epidemiología comunitaria y estudios de población.

Sistematizar la información proveniente de las instituciones públicas, sobre acciones y procedimientos vinculados con personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

Articular con organismos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otros organismos gubernamentales que lo requieran, acciones relacionadas a la sistematización y utilización de la información relacionada con el consumo de sustancias adictivas.

Sistematizar la información referida al movimiento interno y a los consultantes de la Dirección Operativa de Asistencia Social en Adicciones.

Difundir y comunicar la información elaborada a los organismos que la requieran.

Dirección operativa de prevención Social en Adicciones

Descripción de acciones.

Fortalecer las redes comunitarias y disminuir los umbrales de vulnerabilidad de los habitantes de la Ciudad en general, y en particular de los grupos de niños, niñas y adolescentes, frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.

Definir un plan estratégico de prevención integral que contemple especialmente la prevención primaria, la concientización con respecto de los riesgos del consumo abusivo de alcohol, y el estímulo de hábitos saludables desde la primera infancia.

Fortalecer especialmente a la familia y a las organizaciones comunitarias tanto públicas como privadas, dotando a la comunidad de las herramientas necesarias para disminuir la demanda de sustancias psicoactivas.

Impulsar el desarrollo de Centros de prevención Social en Adicciones a nivel local, que funcionen como centros de referencia, e integren a la comunidad educativa a los centros de salud, y a las diferentes organizaciones sociales.

Desarrollar estrategias de alcance específico a diferentes grupos de riesgo (ámbito laboral, niños y niñas en situación de calle, escolares, etc.)

Organizar cursos de capacitación y actualización en la materia, destinado a profesionales y técnicos que actúan en la prevención de las adicciones, tanto en organismos gubernamentales como no gubernamentales.

Dirección Operativa de Asistencia Social en Adicciones

Descripción de las acciones.

Generar las instancias necesarias para asistir a los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires, que demanden o requieran atención para el tratamiento de problemas de adicción a algún tipo de sustancia adictiva, garantizando la calidad y efectividad de cada intervención, con la reinserción social como eje transversal de toda intervención.

Establecer y conducir las políticas de la Ciudad de Buenos Aires en materia de asistencia social de las adicciones.

Definir un procedimiento de admisión ágil y preciso para la evaluación y posterior derivación al tratamiento adecuado según las características de cada caso.

Definir los efectores necesarios y garantizar su disponibilidad, para atender la problemática de las adicciones de acuerdo a sus dimensiones y características en la Ciudad de Buenos Aires.

Manejar y elaborar formas y sistemas de supervisión de cada una de las instancias de tratamiento previstas para cada persona atendida.

Crear y mantener actualizado el registro de Centros de Atención de la Ciudad.

Coordinar la atención y correcto funcionamiento del servicio de atención telefónica 147.

Definir y efectivizar protocolos de articulación ágil con los efectores de primer nivel de salud, y con otros organismos de gobierno relacionados con la problemática.

Con respecto al número telefónico 147, se realizaron llamadas para constatar el funcionamiento del servicio.

El horario de atención es de 14.30 a 20.30 hs (6 horas).

Es atendido por un (1) psicólogo, cuya función consiste únicamente en derivar al consultante a la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, Piedras 1281 P.B. e informarle que –de tener el consultante obra social-, éste debería dirigirse a ella en busca de atención; en caso de que el consultante tenga domicilio en la provincia de Buenos Aires, se le da el el número telefónico de Fonodroga.

3)- Conformación del Comité Científico Asesor del Observatorio de investigación sobre Adicciones de la Ciudad

El Observatorio de investigación sobre Adicciones de la Ciudad [publicó](#) la conformación de su Comité Científico Asesor.

El mismo está integrado por las siguientes Instituciones:

Observatorio de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. SEDRONAR
Instituto Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires)

Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina

Sociedad Argentina de Pediatría

Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas (FONGA)

Observatorio Social

Arzobispado de la Ciudad de Buenos Aires

Alianza Cristiana de Iglesias Evangélicas (ACIERA)

Instituto de Epidemiología Comunitaria Universidad del Salvador

Instituto CEDROS de la Universidad ISALUD

Organización Panamericana de la Salud

El Observatorio de investigación sobre Adicciones de la Ciudad no precisa -tratándose de un "comité científico"- cuáles son sus objetivos, la metodología a utilizar, las fechas de inicio de actividades o de cumplimiento de objetivos, así como tampoco se detalla la conformación e idoneidad de sus miembros o el lugar físico donde funcionará y donde se lo pueda consultar; solo explica que se trata de la unión de distintas organizaciones *"con el objeto de realizar todo tipo de sugerencias y emitir opiniones respecto a las líneas de acción del observatorio"*.

No se comprende la inclusión de instituciones religiosas como el Arzobispado y la ACIERA (Alianza Cristiana de Iglesias Evangélicas) en un "comité científico".

Asimismo, no es posible mediante los links publicados, ni la escueta información brindada por el observatorio, saber quiénes son los miembros de tales instituciones religiosas que estarían a cargo de la función.

Sorprende que haya sido excluida de la convocatoria la prestigiosa asociación civil Intercambios, que se ocupa de la temática desde el año 1995, cuenta con personería jurídica y está inscripta en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público.

4) Informe de AGCBA sobre centro Biedak

La AGCBA publicó su último informe de auditoría referente al Hospital Gral. De Agudos Dr. José Penna, donde funciona el Centro de Día de las Adicciones Dr. Enrique Biedak. Respecto a éste la auditoría reza:

*El Centro para la atención de adicciones "Dr. Enrique Biedak" donde se desarrolla el Programa de Adicciones, se encuentra dentro del Cesac N° 10, **El grupo de adicciones existe informalmente** (aún está en tramite el reconocimiento como Grupo de Trabajo), **lo que implica que el personal que trabaja en el mismo sea poco estable, ya que pertenecen a otras áreas asistenciales que los pueden reclamar.** (Debilidad 18)*

El Programa funciona con el siguiente Recurso Humano: una médica coordinadora especialista en toxicología, un médico psiquiatra (2 veces por semana), un médico clínico especialista en educación para la salud (1 vez por semana), un médico pediatra especialista en adolescencia (1 vez por semana), un médico pediatra especialista en adolescencia y toxicología (1 vez por

semana), un psicólogo (4 veces por semana), un psicólogo (1 vez por semana), dos psicólogos (3 veces por semana), dos psicólogos provenientes de la Ex Guardia Urbana –con vaga experiencia- (toda la semana), un psicólogo Contratado (toda la semana), dos psicólogos especialistas en Musicoterapia (1 vez por semana) -proviene del Hosp. Moyano-, una Asistente Social (3 veces por semana) y un administrativo (toda la semana).

Asimismo, dada la problemática es necesario contar con profesores de Educación Física, pero **en los hospitales, no existe la posibilidad de tener ese recurso humano.**

Disponen de 5 consultorios, 1 consultorio para admisión, sala de espera, 1 cocina chica, baño para profesionales y baño para pacientes. Además existe un ambiente muy grande, que habría que acondicionar, a efectos de ser utilizado para que chicos en situación de calle pasen el día, y realicen actividades recreativas, y de promoción y prevención de la salud.

Se realizan las siguientes actividades:

- Tratamiento individual: Médico, psicológico, asistencia social y musicoterapia,
- Tratamiento grupal para pacientes nuevos
- Tratamiento grupal para pacientes en tratamiento avanzado
- Actividades grupales: talleres de literatura, de cine, de musicoterapia para adolescentes y para adultos
- Actividades grupales para familiares del adicto en tratamiento,
- Actividades de orientación para familiares de adictos que no quieren concurrir al Centro
- Orientación vocacional y búsqueda laboral.

Existe además en el Centro de Salud N° 10, una Huerta, a la que se los invita a concurrir, como una actividad extra al tratamiento.

También se realizan actividades extramuro, fundamentalmente, en la Villa 21-24, con las organizaciones que trabajan dentro de la misma. Trabajan en conjunto con el Centro de Salud N° 8 y con la organización del "Padre Pepe". Dichas actividades consisten en la difusión del Programa (con ayuda de las Promotoras de Salud), aunque también realizan consultas de admisión en las organizaciones mencionadas.

La mayor problemática del adicto se origina por el sentimiento de abandono, ya sea de la familia como de la sociedad en sí; se plantean la idea de "falta de atención".

En el caso de los adultos, el mayor consumo tóxico, es el alcohol; en los adolescentes las drogas que pueden ir acompañadas por el alcohol. La persona adicta al Paco, en general, no llega al Centro, por sus condiciones de extrema exclusión que hace que las posibilidades de acercamiento a dichos pacientes sean bajas.

*Además, articulan con el Programa de Violencia y con el área de Obstetricia del Hospital Penna, **para los casos de adicción de embarazadas adolescentes; han hecho un acuerdo informal (dado que el equipo de adicciones no existe como tal)** con la División Tocoginecología, con Neonatología y con Servicio Social.*

*El Centro atiende de 9 a 17 hs. **Tienen 100 pacientes en tratamiento y otros 100 casos nuevos al mes. El 50% de los pacientes no finaliza el tratamiento.** En la problemática de las Adicciones es común que ello ocurra. Actualmente, tienen **2000 historias clínicas abiertas.***

*Para dar de baja a un paciente del Programa, luego de la primera cita ausente, se lo llama por teléfono y se espera 15 días más, donde se lo vuelve a llamar; en caso de que no haya respuesta, se da la baja. **Esta modalidad del llamado telefónico, permitió que el 10% de los pacientes que desertaron, retomen el tratamiento.***

Para la admisión de patologías se requiere que el paciente:

- **Sea consumidor de sustancias tóxicas; no se admiten por ejemplo adictos al juego**
- **Estar compensados al momento de la terapia grupal, es decir, que no requieran internación**
- **Concurrir en estado de conciencia, es decir, que no haya consumido ninguna sustancia tóxica al momento del tratamiento**

La admisión no es condicionada por el límite de edad.

***Los Hospitales Fernández, Elizalde y Gutiérrez son los únicos que tienen camas destinadas al tratamiento del paciente adicto.** Por lo tanto, el paciente que concurre al Hospital Penna con ingesta de sustancias tóxicas, ingresa al nosocomio por la Guardia, donde solamente tratan su desintoxicación y luego se lo deriva al Centro Biedak o a otro centro de atención al adicto. Estos casos no se atienden en el Hospital.*

*Descripción debilidad 18: **Falta de reconocimiento formal** de equipos de trabajo de Programas que asisten problemáticas sociales crecientes, tales como, Adicciones y Violencia, que dificulta el desarrollo de una actividad continua, dado que los profesionales que lo integran, pertenecen a otras áreas asistenciales que podrían solicitar su reincorporación al Servicio perteneciente.*

5) Relevamiento de informes publicados por el Observatorio en Adicciones durante Enero/Febrero de 2010

A) Consumo de sustancias psicoactivas en paradores de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires 2009.

Población: Usuarios Paradores Retiro y Bepo Ghezzi. GCBA

Cuestionario: Observatorio GCABA

No de casos: 93

Trabajo de Campo: Octubre 2009 (Dirección General de Asistencia Inmediata, MDS)

El objetivo del relevamiento es contar con datos válidos acerca la situación de las personas que utilizan los Paradores del GCBA, a fin de orientar la reflexión y las decisiones específicas en políticas sociosanitarias para este grupo de población.

Se focaliza la atención en las personas sin hogar debido a que, según el informe, constituyen "un grupo con mayor riesgo de enfermedades infectocontagiosas, traumas, enfermedades mentales, alcoholismo, abuso y dependencia de drogas, enfermedades de transmisión sexual, y una variedad de afecciones menores pero igualmente perjudiciales."

Características de la población

La población de los paradores está constituida en su mayoría por personas menores de 50 años de origen argentino, sin domicilio fijo, que no ha llegado a completar estudios secundarios. Mayormente no tienen trabajo, y quienes sí lo tienen aparentemente realizan primordialmente changas, ya que la carga horaria de su actividad laboral no alcanza las 20 horas semanales.

- Un 47,6 tiene entre 30 y 49 años
- El 64% ha completado sus estudios primarios o iniciado –sin culminar– los secundarios.
- Un 87% no cuenta con domicilio fijo
- Más del 90% es argentino/a
- La mayoría no trabaja (77%), pero existe un 20% que sí lo hace. Entre estos últimos, más el 60% trabaja menos de 20 horas semanales.

Permanencia en los paradores

Un tercio de las personas entrevistadas ha dormido en el parador por más de 6 meses consecutivos, en especial aquellos de mayor edad

- El 31,7% los/as entrevistados ha dormido en el parador por lo menos de 30 días y un 30,5% lo ha hecho por más de 6 meses consecutivos.
- Entre los más jóvenes (20 a 29 años), el 70% ha permanecido en el parador por menos de 90 días, y un 38,5% por menos de 30.
- En el grupo de 60 a 69 años un 72% ha dormido en el parador por más de 3 meses, y el 52,4% lo ha hecho por más de 6 meses.

Cuadro 1: Tiempo de permanencia en los paradores según tramos de edad

Tiempo de permanencia	Tramos de edad						Total
	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	
1 a 30 días	38,5%	30%	52,6%	14,3%	19%	0%	31,7%
31 a 90 días	30,8%	30%	10,5%	14,3%	9,5%	0%	18,3%
91 a 180 días	23,1%	5%	10,5%	57,1%	19%	100%	19,5%
181 o más días	7,7%	35%	26,3%	14,3%	52,4%	0%	30,5%

Consumo de sustancias legales

Entre los usuarios de los paradores nocturnos de la CABA es mayor el consumo de tabaco y de alcohol que entre la población de la Ciudad de entre 12 y 65 años. También es mayor la dependencia del alcohol, que alcanza al 47% de los/as entrevistados/as.

Cuadro 2: Consumo de alcohol y tabaco durante el último mes. Comparativo población Paradores y población general (encuesta SEDRONAR 2008)

	Paradores CABA	Población general CABA (12 a 65 años)
Alcohol	61,4%	50,9%
Tabaco	67,1%	29,9%

Cuadro 3: incidencia de la dependencia del alcohol. Comparativo población Paradores y población general (encuesta SEDRONAR 2008)

	Paradores CABA	Población general masculina
Dos o más indicadores de dependencia de alcohol	47,2%	10,2%

Tabaco

Se registra un amplio nivel de acuerdo con las afirmaciones que hacen énfasis en los efectos nocivos del consumo de tabaco. Sin embargo, la mitad de los/as entrevistados/as no considera perjudicial para la salud el consumo ocasional de Tabaco, a la vez que cree que se trata de un hábito de fácil abandono.

Cuadro 4: Escala de valoración. Afirmaciones sobre el consumo de tabaco

	Positivo (muy de acuerdo y de acuerdo)	Negativo (desacuerdo y muy en desacuerdo)
Las personas que fuman dañan su salud	95,2%	7,5%
Si fumo cigarrillos puedo dejar cuando quiera	50,6%	49,4%
Fumar impide ser un buen deportista	81,5%	18,5%
Me conviene fumar para no parecer menos	29,1%	70,9%
Fumar de vez en cuando no hace mal a la salud	47,5%	52,5%
Fumar hace que uno se sienta más importante	28,2%	71,8%

Alcohol

Existe un amplio nivel de acuerdo con las afirmaciones que enfatizan los efectos nocivos del alcohol (más de un 80% en todos los casos). Paralelamente, se registran grados similares de acuerdo y de desacuerdo con algunas afirmaciones referidas al bienestar que genera el consumo de alcohol en las personas entrevistadas, y es sostenida la creencia de que puede evitarse la dependencia.

Cuadro 5: Escala de valoración. Afirmaciones sobre el consumo de alcohol

	Positivo (muy de acuerdo y de acuerdo)	Negativo (desacuerdo y muy en desacuerdo)
Cuando las personas toman bebidas alcohólicas dañan su salud	85,2%	14,8%
Consumir alcohol me ayuda a tener amigos	32,5%	67,5%
Cuando la gente toma mucho alcohol siempre hay problemas	85,0%	15,0%

Tomar bebidas alcohólicas me ayuda a resolver problemas personales	22,8%	77,3%
El consumo de bebidas alcohólicas empeora la actividad deportiva	83,5%	16,5%
Las bebidas alcohólicas me hacen sentir bien	45,1%	55,1%
Es mejor que no tome bebidas alcohólicas ni siquiera en las comidas	46,2%	53,8%
Puedo tomar bebidas alcohólicas sin ser borracho	81,3%	18,8%

Psicofármacos

Se registra un amplio desacuerdo respecto de la automedicación, pero prácticamente el 40% de los/as entrevistados/as valoran la sensación de bienestar que les produce el consumo de psicofármacos aunque no hayan sido recetados.

Cuadro 6: Escala de valoración. Afirmaciones sobre el consumo de psicofármacos

	Positivo (muy de acuerdo y de acuerdo)	Negativo (desacuerdo y muy en desacuerdo)
Tomar medicamentos sin que lo indique el médico hace mal a la salud	78,80%	21,30%
Aunque no tenga indicación médica las pastillas/remedios me hacen sentir bien	39,80%	60,30%

Sustancias ilegales

La incidencia del consumo reciente de sustancias ilegales entre los/as usuarios/as de los paradores de de la CABA cuadruplica la registrada en la población de 12 a 65 años. Las mayores diferencias se registran para el consumo de cocaína y de paco (11% vs. 0,3%).

El 90,5% de los/as entrevistados/as que declararon haber consumido sustancias ilegales durante el último mes tienen menos de 40 años de edad.

Cuadro 7: consumo de sustancias ilegales durante el último mes.
Comparativo población Paradores y población general (encuesta SEDRONAR 2008)

	Paradores CABA	Población general CABA (12 a 65 años)
Drogas ilegales	25,6%	6,4%
Marihuana	23,2%	6,2%
Cocaína	11,0%	0,3%
Paco	11,0%	0,3%
Éxtasis	1,2%	0,4%
Solventes/inhalables	1,2%	0,1%

90,5% tiene entre 20 y 39 años

Si bien es extendido el acuerdo respecto de las afirmaciones que destacan los efectos nocivos del consumo de sustancias ilegales, no existe alarma en relación a los perjuicios asociados al consumo de drogas ilegales en un importante grupo de usuarios de paradores (“Tomar drogas no me haría daño a la salud”, “Estoy seguro que consumir drogas no me haría tanto mal como dicen”).

Cuadro 8: Escala de valoración.
Afirmaciones sobre el consumo de sustancias ilegales

	Positivo (muy de acuerdo y de acuerdo)	Negativo (desacuerdo y muy en desacuerdo)
No es necesarios probar porro/marihuana para saber que daña la salud	71,3%	28,8%
Es conveniente conocer y probar todas las drogas	30,8%	69,2%
Tomar drogas no me haría daño a la salud	44,9%	55,1%
Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas	82,1%	17,9%
Me conviene consumir drogas para que no me rechacen mis amigos	30,6%	69,4%
Consumir drogas lleva a tener problemas en el trabajo	87,0%	13,0%
Estoy seguro que consumir drogas no me haría tanto mal como dicen	38,5%	61,5%

Al respecto de esta encuesta, desde la USPPA quisiéramos invitar a la realización de algunas reflexiones.

Indudablemente, frente al enorme vacío de informes y estadísticas del que adolece esta temática – y, en general, toda el sistema socio-sanitario argentino – no puede afirmarse que este relevamiento “esté de más”; sin embargo, creemos que existe (y que es esperable que exista) un orden de prioridades, tanto en la investigación como en la actuación gubernamental.

Se impone como primera necesidad obtener información confiable y precisa sobre el total del conjunto de la sociedad, sobre la niñez, sobre los grupos de riesgo, etc., información que, por cierto, no tenemos; y frente a tales carencias primarias, creemos que sería pertinente que el Observatorio priorizara sus recursos en la adquisición de tales datos básicos e indispensables, antes que utilizarlos en relevamientos cuyos datos no solo no parecen prioritarios, si no que podían inferirse sin estudio alguno.

De hecho, el mismo Observatorio los infiere: dice que focaliza su atención en las personas sin hogar como *“un grupo con mayor riesgo de enfermedades infectocontagiosas, traumas, enfermedades mentales, alcoholismo, abuso y dependencia de drogas, enfermedades de transmisión sexual, y una variedad de afecciones menores pero igualmente perjudiciales”*.

Ante la explicación de que la necesidad del trabajo *“es contar con datos válidos acerca la situación de las personas que utilizan los Paradores del GCBA, a fin de orientar la reflexión y las decisiones específicas en políticas sociosanitarias para este grupo de población”*, no podemos más que sorprendernos; pues lo esperable era que las autoridades de los paradores conocieran ya la situación de las personas que los utilizan, así como las políticas sanitarias a seguir con ellos.

Otro punto sobre el cual deseamos llamar a reflexión (y que resulta paradigmático en este informe) es la ya habitual tendencia “sensacionalista” que manifiesta el Observatorio en la presentación de sus trabajos.

Una primera mirada a este informe, para un observador descuidado, parecería indicar que –según un estudio realizado científicamente- las personas que utilizan los paradores presentan niveles de consumo de drogas que cuadruplican al de la población (dato que también tendría validación científica); quizá esto sea así, pero dicho informe, de ningún modo ni manera, lo demuestra. Aunque la pretensión del Observatorio sea esa.

En primer lugar, el trabajo realizado es una encuesta, no un estudio científico, y los datos no se presentan siquiera contrastados con un estudio, si no con otra encuesta; no se entiende cómo se pretende como datos objetivos y validados los dichos de las personas. La afirmación –por ejemplo- de que el consumo de drogas "*cuadruplica la registrada en la población de 12 a 65 años*" no es más que una *opinión* del Observatorio.

Formalmente hablando, el observatorio está comparando gente que *dijo* drogarse -en una muestra absolutamente no representativa (de menos de mil personas en una población de tres millones)- con la información recabada en la casi totalidad de la población de los paradores; y esto, solo en el lapso abarcativo... de un mes.

Muy distinto sería si se tratara de un estudio realizado según el método científico a personas a las que un médico comprobara como habituales consumidores de sustancias psicoactivas y sujetos "limpios", la muestra fuera de proporciones equivalentes (aquí se toma casi el 100% poblacional de los paradores contrastado con solo el 0,03% de la población de CABA, que es el ínfimo porcentaje que releva la encuesta citada de la Sedronar) y contemplara -por lo menos- un período anual.

La misma encuesta citada de la Sedronar dice que el 20% de los consultados dijo drogarse *alguna vez*; quizás sea ésta la "alguna vez" de los que están en un parador, y no sean –como se infiere de esta contrastación de encuestas- drogadictos exacerbados y contumaces.

B).- Consumo de alcohol y accidentes de tránsito 2009

Segundo relevamiento realizado por el Observatorio en Adicciones (el primero es de 2008), destinado a conocer la incidencia del consumo de alcohol en los accidentes de tránsito en las autopistas 9 de Julio Sur, 25 de Mayo, Perito Moreno, Illia, Pte. H.J. Cámpora, Tte. Gral. Dellepiane, Av. Lugones y Av. Cantilo a partir de una encuesta y un test de alcoholemia realizados a los conductores involucrados.

La información vertida por estos relevamientos es complementaria de la surgida de los estudios realizados en guardias hospitalarias, en los que se verifica una importante relación entre consumo de alcohol y accidentología, especialmente durante los fines de semana (momento durante el cual un 20% de la población de 12 a 65 años realiza un consumo abusivo de alcohol, en especial en la franja de 19 a 34 años)

El cuestionario y el control de alcoholemia fueron aplicados al total de la población de conductores accidentados que transitaron las autopistas de AUSA durante el mes de Noviembre de 2009. Se utilizaron como unidades de

observación conductores accidentados (68), y como unidad de análisis el accidente (43).

Los datos que arroja este estudio verifican las tendencias del realizado en 2008: el consumo de alcohol se asocia a la producción de accidentes automovilísticos aún cuando los valores de la sustancia en sangre se encuentran muy por debajo de lo aceptado por la normativa vigente.

Cuadro 9: Resultados de las alcoholemias - Cuadro 10: nivel de alcohol en entre conductores accidentados - conductores accidentados con alcoholemia positiva

Resultado de la alcoholemia	Accidentes con consumo de alcohol registrados	Nivel de alcoholemia	Accidentes con consumo de alcohol registrados
Negativos	76,2%	0,01 a 0,49	83%
Positivos	23,8%	0,50 a 1,99	17%

- Las alcoholemias resultaron negativas en el 76,2% de los conductores y positivas en el 23,8%.
- Analizando el 100% de los accidentes con alcoholemia positiva surge que en el 83% de los casos, el valor de dicha alcoholemia está por debajo del límite de alcohol permitido por Ley.

Cuadro 11: Accidentes registrados y consumo de alcohol según días de la semana

	Total de accidentes	Accidentes con consumo de alcohol
Lunes	6,2%	0%
Martes	9,1%	0%
Miércoles	9,3%	6,5%
Jueves	16,3%	6,5%
Viernes	18,3%	22%
Sábado	23,4%	38%
Domingo	17,3%	27%

} **59%**
} **87%**

Prácticamente el 60% de los accidentes de tránsito y el 87% de los controles de alcoholemia positivos se concentran entre los días viernes y domingo.

El 80% de los accidentes con consumo de alcohol se verifica entre las 0hs y las 5.59hs.

Cuadro 12: Edad de los conductores accidentados y consumo de alcohol

	Total de accidentes (%)	Accidentes con consumo de alcohol (%)
18 a 30 años	41,6	75
31 a 35 años	19,8	3
36 a 50 años	19,8	27
51 a 65 años	11,9	9
66 y más	1	0
Sin registro	5,9	0

- El 60% de los accidentes y prácticamente el 80% de los controles de alcoholemia positivos fueron protagonizados por conductores de entre 18 y 35 años. Específicamente, el 50% es menor de 25 años. Dentro de esta misma franja etárea, el 66% de los conductores presentó alcoholemias positivas.
- Alrededor del 80% de los conductores accidentados es de sexo masculino. Las alcoholemias positivas se verificaron casi en su totalidad en conductores varones (95%).

Comparativo 2008-2009

Los resultados no difieren demasiado entre uno y otro estudio. El porcentaje de conductores involucrados en accidentes que han consumido alcohol presenta un leve aumento en relación a lo verificado en el estudio 2008 (21.05% en el 2008 y 23,8% en el 2009). En relación a los gramos de alcohol registrados en sangre, tanto en el 2008 como en el 2009, más del 80% de los casos positivos tienen registros de alcoholemia inferiores a 0,5 mgr.

5) Presupuesto

Cierre del ejercicio 2009: seguimiento de la asignación y ejecución presupuestaria de la Unidad de Coordinación de Políticas en Adicciones – Ministerio de Desarrollo Social

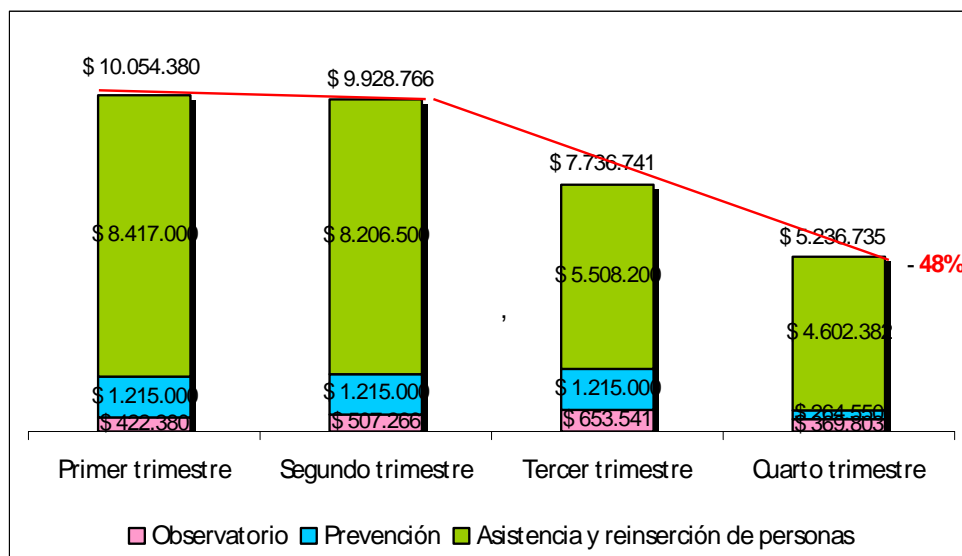
Consideraciones generales

- El crédito presupuestario vigente de la Coordinación representaba sólo el 1,1% del total asignado al Ministerio de Desarrollo Social durante el primer trimestre del año, y descendió al 0,6% al finalizar el período (0,5% si se toma como base el devengado)
- En base a los informes de Contaduría, la Unidad de Coordinación de políticas en Adicciones recibió un presupuesto de \$ 10.054.380 para el primer trimestre del año. Durante el segundo trimestre éste disminuyó en un 1,3%, pasando a \$ 9.928.766. En el tercer trimestre el recorte ascendió al 25,7% respecto del trimestre anterior, por lo que el crédito vigente fue de \$ 7.376.741.- Finalmente, el crédito disminuyó en un 31% para el cuarto trimestre por lo que a lo largo del año, el crédito vigente de la Coordinación disminuyó a la mitad.
- Los niveles de ejecución presupuestaria fueron llamativamente bajos a lo largo de los tres primeros trimestres del año, alcanzando a fin de dicho período al 49,9% cuando el óptimo teórico para el período del 75%. Durante el cuarto trimestre se ejecutó prácticamente la totalidad del crédito definitivo, sobre el cual había operado una restricción del 31% respecto del trimestre anterior.

Asignación presupuestaria

La mayor parte de los recursos fueron destinados al Programa de Asistencia y Reinserción de Personas, cuya finalidad es financiar actividades de los centros de rehabilitación propios del GCBA (Casa Puerto y Casa Flores) y transferir recursos a los 19 centros con los que el Gobierno ha realizado convenios.

Gráfico 1: Asignación presupuestaria según programa por trimestre.
Unidad de Coordinación de políticas en Adicciones. Año 2009



Ejecución presupuestaria (financiera)

La ejecución presupuestaria para el conjunto de la Coordinación, alcanzó al 90% del Crédito Vigente para el cuarto trimestre del año (\$ 5.236.735), según la siguiente apertura programática:

- 78,5% para el Observatorio en Adicciones (sobre un crédito vigente de \$ 369.803). Si bien a lo largo del año el Programa había incrementado su presupuesto debido a la asignación de una partida destinada a Gastos en Personal, en el cuarto trimestre registró un recorte del 43,4% respecto del tercer trimestre, focalizado en la partida de Servicios no personales.
- 65,6% para el Programa de Prevención (sobre un crédito vigente de \$ 264.550). La reducción presupuestaria para este programa alcanzó un 78% a lo largo del año por lo que fue ejecutado el 14% de un total de \$ 1.215.000 asignados originalmente.
- 92% para el Programa de Asistencia y Reinserción de personas (sobre un crédito vigente de \$ 4.229.309). A lo largo del año se le efectuaron sucesivos recortes que acumularon un 45% del asignado, especialmente en la partida destinada a servicios no personales (-95%)

El siguiente cuadro resume la ejecución presupuestaria por objeto del gasto para el cuarto trimestre de 2009, y la variación del crédito vigente respecto del primer trimestre del año.

Cuadro 1: Ejecución presupuestaria por objeto del gasto 4to. Trimestre y variación anual del crédito vigente. Unidad de Coordinación de Políticas en Adicciones. 2009

Descripción	Primer trimestre	Cuarto trimestre			Variación anual crédito vigente
	Crédito Vigente	Crédito vigente	Ejecutado acumulado		
Unidad de coordinación de políticas en adicciones	10.054.380,00	5.236.735,00	4.693.161,50	89,6%	-47,9%
Observatorio en Adicciones	422.380,00	369.803,00	290.231,72	78,5%	-12,4%
1.- Gastos en personal	0	273.390,00	205.461,63	75,2%	
2.- Bienes de consumo	110.000,00	62.601,00	60.958,72	97,4%	-43,1%
3.- Servicios no personales	312.380,00	33.812,00	23.811,37	70,4%	-89,2%
Prevención	1.215.000,00	264.550,00	173.620,81	65,6%	-78,2%
2 Bienes De Consumo	700.000,00	220.000,00	144.070,81	65,5%	-68,6%
3 Servicios No Personales	500.000,00	29.550,00	29.550,00	100,0%	-94,1%
4 Bienes De Uso	557.000,00	15.000,00	0,00	0,0%	-97,3%
Asistencia y reinserción de personas	8.417.000,00	4.602.382,00	4.229.308,97	91,9%	-45,3%
2 Bienes de consumo	557.000,00	516.500,00	516.500,00	100,0%	-7,3%
3 Servicios no personales	3.290.000,00	153.582,00	140.411,45	91,4%	-95,3%
4 Bienes de uso	20.000,00	20.000,00	0,00	0,0%	0,0%
5 Transferencias	4.550.000,00	3.912.300,00	3.572.397,52	91,3%	-14,0%

Fuente: Dirección General de Contaduría – Ministerio de Hacienda – GCBA

Año 2010: Anteproyecto de presupuesto y distribución de créditos presupuestarios aprobados. Políticas Sociales en Adicciones (Ministerio de Desarrollo Social) y Subprograma de Atención en Adicciones (Ministerio de Salud)

Ministerio de Desarrollo Social

El proyecto de presupuesto 2010 contemplaba un aumento del 18% respecto del sancionado para 2009. En el mismo, los tres programas que forman parte de la Unidad de Coordinación de Políticas en Adicciones -cada uno de ellos con objetivos, tareas y metas diferentes- se unificaron en un solo programa denominado Políticas Sociales en Adicciones.

En base al decreto de distribución de créditos presupuestarios (98/2010), le fueron asignados al Programa de Políticas Sociales en Adicciones \$ 12.767.941. El incremento respecto del anteproyecto se debe al aumento de \$ 900.900.- en la partida servicios no personales (+40,6%)

Cuadro 2: Comparativo entre el anteproyecto de presupuesto y el crédito sancionado por objeto del gasto. Año 2010

	Anteproyecto 2010	Sancionado 2010	Diferencia	
Total	\$ 11.867.941	\$ 12.767.941	\$ 900.000*	+7,6%
Bienes de consumo	\$ 907.500	\$ 907.500	\$ 0	0%
Servicios No Personales	\$ 2.218.441	\$ 3.119.341	\$ 900.900	+40,6%
Bienes de uso	\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 0	0%
Transferencias	\$ 8.722.000	\$ 8.722.000	\$ 0	0%

Fuente: anteproyecto de presupuesto 2010 / Decreto 98/2010

* La planilla de distribución de créditos registra una diferencia de \$ 900.- entre el total asignado al programa y la sumatoria de sus partidas

El presupuesto asignado a Políticas Sociales en Adicciones se distribuye en proporciones similares a las de 2009

- 18,4% para Centros de Prevención Comunitarios (ex Programa de Prevención). La mitad de los recursos (\$ 1.192.200) están destinados a la realización de Estudios, Investigaciones y proyectos de factibilidad
- 4,2% para el Observatorio de Adicciones. Un 67% (\$ 365.500) destinado a Estudios, Investigaciones y proyectos de factibilidad
- 77,4% para Centros de Atención en Adicciones (Ex Programa de Atención y Reinserción de personas) . El 88% (\$ 8.722.000) destinado a Transferencias a centros conveniados.

Cuadro 3: Distribución de los créditos presupuestarios según actividad y objeto del gasto. Políticas Sociales en Adicciones - MDS. Año 2010.

Políticas Sociales En Adicciones	\$ 12.767.941	100%
Centros De Prevención Comunitarios	\$ 2.350.000	18,4%
Bienes De Consumo	\$ 250.000	
Servicios No Personales	\$ 2.100.000	
Estudios, Investigaciones y Proyectos De Factibilidad	\$ 1.192.000	
Observatorio De Adicciones	\$ 530.601	4,2%
Bienes De Consumo	\$ 110.000	
Servicios No Personales	\$ 420.601	
studios, Investigaciones y Proyectos De Factibilidad	\$ 365.000	
Centros De Atención De Adicciones	\$ 9.887.340	77,4%
Bienes De Consumo	\$ 547.500	
Servicios No Personales	\$ 598.740	
Estudios, Investigaciones y Proyectos De Factibilidad	\$ 289.840	
Bienes De Uso	\$ 20.000	
Transferencias	\$ 8.722.000	

Fuente: Decreto 98/2010

Como se observa, el presupuesto asignado a Políticas Sociales en Adicciones prevé destinar \$ 1.846.840 (el 14% del total) a Estudios, Investigaciones y Proyectos de Factibilidad. La mitad de estos recursos no estaban contemplados en el anteproyecto de presupuesto y resulta relevante, a lo largo del año, monitorear el destino que se le otorgue a dichas partidas y a través de qué modalidades de contratación se efectúen los estudios.

Al respecto, al momento de debatirse la ley de presupuesto, desde el despacho de la Diputada Maffía se solicitó la asignación de \$ 553.000.- para la realización de un estudio representativo sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la CABA. La modalidad bajo la cual se preveía llevar a cabo dicho estudio no era la tercerización de los servicios sino la articulación entre el Observatorio en Adicciones, la DG de estadística y/o entidades educativas públicas.

Ministerio de Salud

Durante 2009 fue creada la Coordinación de Prevención y Asistencia del Consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo como

un Organismo fuera de nivel perteneciente al Ministerio de Salud. Dicho organismo no poseía partida presupuestaria propia asignada para el año 2009.

En el proyecto de presupuesto 2010 se asignó una partida específica destinada al Subprograma Atención Adicciones, en el marco del Programa de Promoción, prevención y protección en salud. La misma ascendía a \$ 409.000.- y no contemplaba recursos para la estructura de la Coordinación.

Los créditos aprobados para 2010 incluyeron partidas específicas para las acciones de Coordinación, por lo que el presupuesto total del Subprograma se incrementó en un 276% respecto del previsto en el anteproyecto de presupuesto

Cuadro 4: Comparativo entre el anteproyecto de presupuesto y el crédito sancionado por objeto del gasto. Año 2010

	Anteproyecto 2010	Sancionado 2010	Diferencia	
Total	\$ 409.000	\$ 1.539.000	\$ 1.130.000	276,3%
Gastos En Personal	\$ 0	\$ 480.000	\$ 480.000	
Bienes de consumo	\$ 386.000	\$ 486.000	\$ 100.000	25,9%
Servicios No Personales	\$ 23.000	\$ 273.000	\$ 250.000	1087,0%
Bienes de uso	\$ 0	\$ 300.000	\$ 300.000	

Fuente: anteproyecto de presupuesto 2010 / Decreto 98/2010

La distribución de créditos contempla que el 73% de los recursos (\$ 1.130.000) se destinen a la Coordinación y el 27% (\$ 409.000) a Control del tabaquismo.

Cuadro 3: Distribución de los créditos presupuestarios según actividad y objeto del gasto. Atención en Adicciones. Ministerio de Salud. Año 2010.

Atención en adicciones	1.539.000	100%
Coordinación Adicciones	1.130.000	73,4%
Gastos En Personal	480.000	
Bienes De Consumo	100.000	
Servicios No Personales	250.000	
Bienes De Uso	300.000	

Control De Tabaquismo	409.000	26,6%
Bienes De Consumo	386.000	
Servicios No Personales	23.000	

Fuente: anteproyecto de presupuesto 2010 / Decreto 98/2010