

## IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

Facultad de Ciencias Económicas, UBA - 10, 11 y 12 de agosto de 2011.

### Título:

Género, desigualdades socioeconómicas y uso de drogas. Procesos de cambio en las prácticas y patrones de consumo en la Provincia de Buenos Aires en el período 1997-2007.

### Autores:

Jimena Parga; [jiparga@hotmail.com](mailto:jiparga@hotmail.com). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP. Doctoranda en Cs. Nat. orientación Antropología Sociocultural, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

Pablo Rodrigo Altamirano; [cutanca@gmail.com](mailto:cutanca@gmail.com). Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales. UNLP.

### Resumen:

Se exponen los resultados de un estudio histórico sobre los registros notificados durante 10 años (1997-2007), analizando los cambios en las prácticas y características de consumo de sustancias por parte de las personas que concurren a tratamiento por uso problemático de drogas en los centros asistenciales de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

Consideramos que las condiciones, experiencias y maneras de vivir, sufrir y padecer de lxs usuarias/os, se relacionan con la trayectoria del consumo, y estos modos de transitar el proceso de salud/enfermedad se ven condicionados entre otras variables por el género y los procesos estructurales económico-políticos que acontecieron en la Argentina en la década estudiada.

Los resultados obtenidos advierten que dentro del universo de usuarias/os en tratamiento, hay constantes modificaciones en las prácticas de consumo, drogas usadas, padecimientos, etc.; identificándose características diferenciales que de algún modo se vinculan con las variables seleccionadas (etapa del ciclo económico, edad y género).

Hasta el momento, escasamente se han diseñado los dispositivos preventivo-asistenciales partiendo de una lectura que considere factores socioeconómicos, políticos y desigualdades de género e indague sobre los modos en que estos impactan en los cuerpos, subjetividades y prácticas de consumo de las/os usuarias/os, al mismo tiempo que en la extensión del consumo problemático, por lo que una lectura de ésta índole urge para brindar programas acordes con las necesidades y particularidades de las/os usuarias/os.

Consecuentemente, consideramos que la identificación y reconocimiento (por parte de tomadores de decisiones y trabajadoras/res de la salud de tratamientos por uso de drogas)

de la existencia de particularidades, necesidades diferenciales y desigualdades presentes en mujeres y varones usuarias/os de drogas, permitirá diseñar dispositivos acordes con dichas características, que tiendan a alcanzar mayores grados de equidad en el acceso y adherencia al tratamiento.

## **Introducción**

Nos proponemos analizar las particularidades del uso problemático de drogas relacionadas a prácticas y modalidades de consumo de las/os concurrentes a los dispositivos de atención pública de la Provincia de Buenos Aires.

Primeramente definiremos los conceptos que son utilizados en esta investigación (condiciones socioeconómicas, edad y género). En segundo lugar caracterizamos la situación sociopolítico-económica de las últimas décadas que, como veremos más adelante, inciden en las drogas principales utilizadas, la ocupación, y la estructura familiar.

El tercer apartado corresponde a la descripción de los resultados. Por un lado, realizamos una caracterización sociodemográfica de la población total atendida y por otro, caracterizamos diversos grupos que fueron identificados a partir de la asociación que presentan entre el tipo de consumo y los rangos etáreos, el género y período socioeconómico.

## **Metodología**

Desde 1997 en los Centros de Atención de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires se registran datos de las personas que ingresan a tratamiento por consumo de sustancias psicotrópicas. La información es relevada a través de una Historia Clínica Social que se completa en las primeras entrevistas de admisión. Aunque desde esa fecha, el relevamiento y remisión a la sede central de la Subsecretaría es de tipo obligatorio, en la práctica existe un subregistro o subremisión de la información requerida. Esto indica que la información aquí analizada, si bien es representativa del total de usuarios/as atendidos en cada centro, no se corresponde con el 100% de las personas asistidas en los diez años analizados. En este sentido, en distintos momentos de la década estudiada, la tasa de información remitida se ha comportado de forma variable según diversas circunstancias de índole institucional.

El instrumento de registro clínico social se divide en cinco bloques o dimensiones. La primer dimensión se trata de los "Datos de Identificación" que incluye código y clasificación del centro asistencial, región sanitaria a la que pertenece, código del/la usuario/a y fecha de ingreso; la segunda dimensión corresponde a los "Datos personales y sociales", comprende las variables de edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, tipo de convivencia, estructura familiar y causas judiciales pendientes. La tercera dimensión de "Datos toxicológicos", incluye variables de edad de inicio de consumo, droga inicio, droga

principal, tipo de consumo, lugar de consumo y existencia de tratamiento previo. La cuarta dimensión de “Datos psicológicos”, abarca las variables conciencia de enfermedad, vínculos con la realidad y tipo de diagnóstico. Por último, la quinta dimensión es la de “Datos Médicos”, que agrupa información sobre la existencia o no de cuadros de sobredosis, tipo de seguimiento médico recibido, realización o no del test de VIH con su respectivo resultado y utilización de preservativo.

En esta oportunidad presentamos los resultados de un estudio descriptivo de carácter histórico, que comprende 78.269 registros remitidos entre 1997 y 2007. Para el análisis tomamos las variables incluidas en las tres primeras dimensiones descritas anteriormente.

Debido a los cambios que presentaron los instrumentos de relevamiento durante la década examinada, se debió unificar y homogeneizar las variables, construyendo una base de datos consistente, a fin de obtener la serie histórica sobre la cual operar.

Primeramente, mediante técnicas de estadística descriptiva, se caracterizan aspectos sociodemográficos y toxicológicos de la población y las fluctuaciones que presentaron en el período.

En un segundo momento, aplicamos técnicas de ordenación multivariada para detectar configuraciones en las variables que permitan identificar patrones de consumo en función del género, la edad y los cambios sociopolítico-económicos acaecidos en el país.

Se utilizó la técnica de análisis factorial de correspondencia (AFC) que analiza las relaciones de interdependencia entre variables. El AFC permite descubrir afinidades entre dos conjuntos de variables, presentados en forma de tabla de contingencia, tanto de frecuencias como de valores medios. Para facilitar la interpretación, además de los resultados numéricos del análisis, se realiza una representación gráfica de los factores. Así, si el punto correspondiente a la primera categoría de una de las variables está mucho más próximo en el gráfico al punto correspondiente a la primera categoría de una segunda variable que a los puntos de las demás categorías de esta segunda variable, diremos que entre esas dos primeras categorías existe una correspondencia mayor que en los otros casos.

En relación a los soportes informáticos, se utilizó el paquete estadístico Statistica 7 para el procesamiento de la información.

### **La oferta bonaerense pública de tratamiento por consumo problemático de drogas.**

En la Provincia de Buenos Aires, el 8 de Julio de 1993, durante la gobernación del Dr. Eduardo Duhalde, se crea la **Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones**, con rango ministerial, a cargo del Dr. Juan Alberto Yaría.

La misma surge, según palabras del Dr. J. A. Yaría (1999), “en respuesta a la necesidad de reforzar el capital social de la comunidad, permitiendo inmunizarla contra el avance de la

enfermedad. Encarando el proceso con una propuesta integradora de todos los actores sociales, potenciando un sistema de redes solidarias”.

En Septiembre de 2000, el Dr. J. A. Yaría y su gabinete presentan la renuncia, reemplazándolo en el cargo el Dr. Eduardo Pablo Amadeo.

El 2 de febrero de 2002, con la reforma del Estado bonaerense, se produce un nuevo cambio, perdiendo la categoría de Ministerio, la Secretaría se convierte en **Subsecretaría de Atención de las Adicciones** dentro del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As., integrando así la oferta pública de atención de las adicciones con la estrategia sectorial de la Salud Pública, siendo en esta oportunidad el Lic. Claudio Mate quien asume el cargo de Subsecretario, al asumir este como Ministro de Salud de la Provincia en diciembre de 2005 es reemplazado por la Lic. Patricia Segovia. En diciembre de 2007 al cambiar la gestión gubernamental de la provincia, asume como nueva subsecretaria la Lic. María Graciela García.

Desde sus inicios se crearon dispositivos terapéuticos abarcando distintos niveles de complejidad en la atención por uso problemático de sustancias, constituyendo una red preventivo-asistencial pública y gratuita distribuida en las 18 Regiones Judiciales de la Provincia.

Para el año 1999 funcionaba una Red constituida por 219 centros en su mayoría atendidos por equipos interdisciplinarios (SPAA, 1999). Los servicios se dividían en:

- Centros Preventivos-Asistenciales (CPA); Centro de Admisión; Comunidad Terapéutica; Hospital de Día; Internación; Desintoxicación; Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA).

- Se unían a esta red 35 organizaciones no gubernamentales especializadas en convenio con la Secretaría.

- Durante los años 1999-2000 se incluyeron dos temas a ser atendidos por estos servicios: Minoridad en riesgo y Violencia Familiar.

Con el pase al Ministerio de Salud, en el año 2002, la red asistencial contaba con:

- 129 Consultorios Externos
- 34 Hospitales de Día y Medio Día.
- 7 Comunidades Terapéuticas.
- 2 Centros de Atención en Crisis.

Según los directivos de la Subsecretaría, en estos años, constituía la red preventivo-asistencial en adicciones la mas grande de Latinoamérica.

### **Coordenadas de análisis. Categorías de género, edad y condiciones socioeconómicas**

En este apartado explicamos, el modo en que el presente trabajo son utilizadas las categorías de género, edad y distintas clasificaciones asociadas a las condiciones socioeconómicas, las cuales consideramos son marcadoras de diferencias en las prácticas y

modalidades de consumo de las personas atendidas por uso problemático de sustancias en los CPA de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

Originalmente, el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), aludiendo la segunda a los aspectos psico-socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomofisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana. (Bonder, 1998: 2)

Esta concepción no tardó en ser cuestionada por su sesgo funcionalista y mecanicista. Si se tratara sólo de roles (a la manera de Parsons), podría pensarse que son complementarios, lo cual despolitiza la problemática de la desigualdad y, consecuentemente, oculta las cuestiones de poder y conflicto que atraviesan las relaciones entre mujeres y varones (ibídem: 2).

Posteriormente derivó en un progresivo giro hacia utilizar *el género como una categoría de análisis de todos los procesos y fenómenos sociales en lugar de reducirlo a una cuestión de identidades y roles*, reconociendo la heterogeneidad interna a la categoría y la necesidad por lo tanto de comprender las diversas formas en que se articula en cada contexto con otras posiciones sociales como etnia, clase, edad, orientación sexual, etc.

Al respecto son especialmente interesantes las contribuciones de la llamada corriente del feminismo "postcolonial", que plantea cómo la subjetividad emerge de una compleja interrelación de identificaciones heterogéneas situadas en una red de diferencias desiguales. En este sentido, habría que pensar el proceso de subjetivación en términos de una trama de posiciones de sujeto, inscriptas en relaciones de fuerza, en permanente juego de complicidades y resistencias. Esto es diferente a suponer que existe una identidad de género definida, unitaria, que en forma sucesiva o simultánea se articula con una identidad de clase o de raza, con las mismas características (ibídem: 6).

Nos vemos impulsados a detectar y explicar cómo los sujetos se en-generan en y a través de una red compleja de discursos, prácticas e institucionalidades, históricamente situadas, que le otorgan sentido y valor a la definición de sí mismos y de su realidad. Ello implica abrir el interrogante acerca de qué, cómo y por qué invisten y negocian, en y a través de estos dispositivos, posiciones y sentidos singulares (Bonder, op. cit.).

Pasando a otra de las coordenadas utilizadas, retomamos el planteo de Margulis (1996) refiriéndose a la categoría de edad. El autor plantea que la misma aparece en todas las sociedades como uno de los ejes ordenadores de la actividad social. Edad y sexo son base de clasificaciones sociales y estructuraciones de sentido. Sin embargo, es evidente que en nuestra sociedad los conceptos generalmente utilizados como clasificatorios de la edad son crecientemente ambiguos y difíciles de definir. Infancia, juventud o vejez son categorías imprecisas, con límites borrosos, lo que remite, en parte, al debilitamiento de viejos rituales

de pasaje relacionados con lugares prescritos en las instituciones tradicionales y, sobre todo, a la fuerte y progresiva heterogeneidad en el plano económico, social y cultural. En un trabajo posterior, Mario Margulis (2003) utiliza el concepto de generación, el cual alude a la época en que cada individuo se socializa. Cada época tiene su *episteme*, y las variaciones epistémicas son percibidas y apropiadas, durante su proceso de socialización, por los nuevos miembros que va incorporando la sociedad. Ser integrante de una generación más joven supone diferencias con las generaciones precedentes en el plano de la historia y la memoria; no se comparte la memoria de la generación anterior ni se han vivido sus experiencias. También implica participar en un juego de roles y de identidades, vinculadas con el pasado y el futuro y con la manera de estar en el mundo.

Por último, en relación a la cuestión de la distribución de la riqueza y la manera que impacta en los sujetos y grupos, precisamos algunos conceptos que se emplean indistintamente sin percibir que son conceptos que se refieren a procesos diferentes; estos son los términos pobreza, marginalidad, desigualdad, vulnerabilidad, exclusión y desafiliación.

El concepto de *marginalidad* fue empleado para referirse a la población de los sectores rurales y de ciudades menores que habían migrado a las ciudades. Se trataba de incorporarlos a la sociedad urbana a través del acceso a los empleos industriales y a los servicios de salud, a la educación y a la vivienda.

La *desigualdad social* hace referencia a la desigualdad en la dotación de recursos (económicos, sociales, culturales y políticos) de los distintos estratos sociales. Nos permite apreciar la relación pobreza/riqueza en tanto el proceso de incremento de la población que vive en la pobreza se da conjuntamente con una mayor concentración de la riqueza. La reducción de la pobreza no significa necesariamente disminución de la desigualdad. El análisis de la estructura social y sus transformaciones permite captar distintos ejes de desigualdad y la nueva configuración de las desigualdades en el contexto de los cambios actuales.

Por otro lado la noción de *vulnerabilidad* alude a la inseguridad y a los riesgos a que están expuestas las personas frente a situaciones de crisis y a la incapacidad o dificultad para responder. Carine Clert (1998) sitúa a fines de los ochenta el auge del concepto de vulnerabilidad, el cual se insertó en los círculos oficiales a partir de la publicación del libro *Ajuste con rostro humano* publicado por UNICEF. En él se critican las políticas neoliberales, sobre todo los efectos asociados al ajuste, resaltando que el impacto fue particularmente grave en los niños y en las mujeres, los cuales fueron denominados grupos vulnerables.

Como lo señala Chambert (citado por Clert), este concepto no es sinónimo de pobreza sino que pone de manifiesto procesos que llevan a caer en la pobreza aumentando la fragilidad de las personas. Comprende -según Clert- tanto un aspecto externo y objetivo que se refiere a los riesgos a los cuales los individuos están expuestos, como otro interno y

subjetivo que alude a la situación de indefensión, de humillación, de daño psicológico o físico.

Por su parte, el concepto de *exclusión* tiene su origen en Francia. Este concepto es utilizado para designar el proceso que “acontece al término de trayectorias individuales a lo largo de las cuales se acumulan y se refuerzan cierto número de privaciones y de rupturas específicas, que se acompañan de mecanismos de estigmatización, relegación y rechazo. Se trata de procesos multidimensionales, que actúan no sólo en el nivel de las personas concernidas, sino también en el de las representaciones de las que son objeto” (Salama y Destremau, 2002).

Una propuesta alternativa al concepto de exclusión, es la desarrollada por Robert Castel (1995), quien cuestiona el uso predominante de este concepto en tanto da idea de ausencia de relaciones sociales, y muestra su preferencia por el término *desafiliación*.

Según el autor, “la exclusión no es una ausencia de relaciones sociales, sino un conjunto de relaciones sociales particulares a la sociedad tomada como un todo. No hay nadie fuera de la sociedad, sino un conjunto de posiciones cuyas relaciones con un centro son más o menos distendidas” (op.cit.).

Robert Castel (1991) explica que las situaciones marginales se ubican al final de un doble proceso de desenganche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional. El autor distingue en cada uno de los ejes tres valores que acopla de dos en dos y a partir de los cuales obtiene tres zonas: zona de integración (trabajo estable y fuerte inscripción relacional); zona de vulnerabilidad (trabajo precario y fragilidad de los soportes relacionales) y zona de desafiliación (doble desenganche: ausencia de trabajo y aislamiento relacional). Estas zonas no están dadas de una vez para siempre, sino que sus fronteras son cambiantes, y de una a otra operan pasajes incesantes.

“Se trata menos de colocar a los individuos en ciertas “zonas” que aclarar los procesos que les hacen transitar de una a otra, por ejemplo, pasar de la integración a la vulnerabilidad o bascular de la vulnerabilidad a la inexistencia social: ¿cómo son alimentados estos espacios sociales, cómo se mantienen y sobre todo cómo se deshacen los status?. Es por eso que al tema abundantemente orquestado hoy de la exclusión yo prefiero el de desafiliación. No es una coquetería de vocabulario. La exclusión es inmóvil. Ella designa un estado o más bien un estado de privación. Pero la constatación de carencias no permite captar los procesos que generan estas situaciones” (Castel, 1995: 19).

El principal aporte de esta noción es poner de manifiesto el efecto que tiene la ruptura de los vínculos sociales para la dinámica y la posibilidad de reversibilidad de esta situación. No se la trata como un fenómeno individual sino como un fenómeno social, derivado de los principios mismos del modelo de desarrollo.

### ***Capitalismos, malestares, características de la crisis***

En Argentina han pasado varias décadas desde que el consumo de drogas se instala en nuestro país, y en el Gran Buenos Aires la expansión y generalización se corresponde con el acelerado deterioro de las condiciones de vida generado por la profundización de las reformas económicas y políticas de corte neoliberal (privatización, des-industrialización, desempleo, pobreza, deterioro del sistema de salud, etc.) (Epele, 2010).

Una de las características más sobresalientes de América Latina ha sido históricamente la acentuada inequidad de la distribución del ingreso, así como su falta de flexibilidad ante el cambio. Esta desigualdad no solamente excede a la de otras regiones del mundo, sino que además se mantuvo invariable durante la década de 1990 e incluso empeoró a comienzos de la presente década (CEPAL, 2006: 15).

Este proceso puede ser claramente observado en los cambios de la distribución de la riqueza durante los últimos 30 años en Argentina. En 1974 la distribución de la riqueza era semejante a la de los países centrales. Los ingresos del 10% más rico eran 12,7 veces mayor que el 10 % más pobre. Las transformaciones económicas y políticas instaladas y profundizadas por la dictadura militar involucraron un incremento de la desigualdad y de la pobreza que solo se hizo evidente cuando el gobierno democrático comenzó a registrar a través de estadísticas las consecuencias de las reformas. Estas consecuencias, específicamente la deuda externa, condicionaron tanto el desarrollo de la economía argentina en la década de los ochenta y el proceso hiper-inflacionario de 1989-1990, en el que la pobreza llegó al 47,3%. (Svampa, 2005 citado por Epele, 2010:41).

El uso de un indicador sintético que resume la información sobre distribución de los ingresos de toda la población, tal como el índice de Gini, corrobora la incipiente tendencia en nuestro país, al mejoramiento distributivo que se da con posterioridad al 2002.

Sin embargo, haciendo un balance a más largo plazo, correspondiente al período 1990-2005, tomando como parámetro el índice de Gini, el comportamiento de la distribución del ingreso per cápita es más heterogéneo. En los últimos 15 años, dos países han logrado un mejoramiento distributivo importante; se trata de Uruguay y Panamá, que presentan una reducción de 8% de este coeficiente, seguidos por Honduras, con una disminución del 4%. En contraste, en Ecuador y Paraguay el indicador aumentó alrededor de un 10%, lo que representa un incremento notable de la concentración del ingreso. Argentina (Gran Buenos Aires), Costa Rica y República Bolivariana de Venezuela también presentaron un deterioro significativo, del 4% al 7% (CEPAL, 2006: 16).

A diferencia de otros países, los procesos de mercantilización del bienestar (Epele, 2010) que tuvieron lugar en Argentina, se desarrollaron vertiginosamente, dejando por fuera del mundo del trabajo, seguridad social y otros derechos económicos, sociales y culturales, a

grandes sectores de la población. Procesos que consecuentemente influyeron en las particularidades que asumieron las prácticas y características del consumo de sustancias.

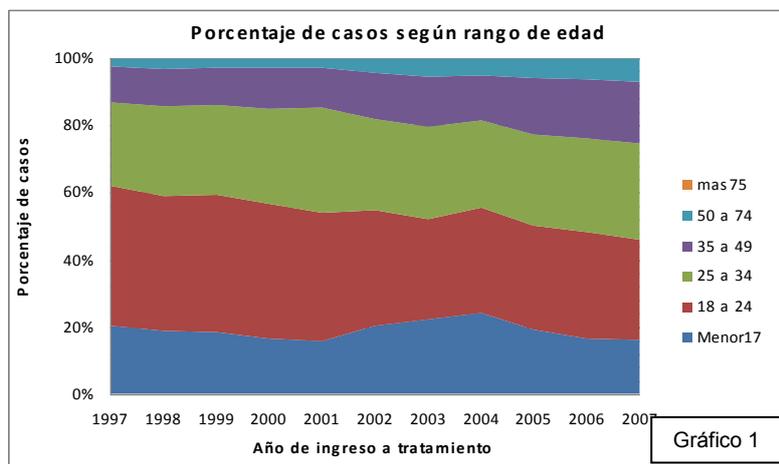
Como veremos a continuación, se presentan diferencias en las/os usuarias/os que concurren a tratamiento en la Provincia de Buenos Aires, los cuales pueden ser asociados con dos etapas sociopolítico-económicas, una primera de implantación de la política neoliberal en la década del '90 desencadenando en la crisis de 2001-2002 y una etapa posterior a la crisis con una paulatina mejoría en la distribución del ingreso, aunque como dijimos anteriormente no alcance a establecer una distribución equitativa.

## Resultados

### Características sociodemográficas de la población estudiada

#### *a. Composición por edad*

En cuanto a la edad de las/os usuarias/os en tratamiento, el 18,4 % es menor de 18 años, el 35,3 % tiene entre 18 y 24 años, el 27,8 % tiene entre 25 y 34 años y el 18,5 % tiene 35 años y más. En cuanto a la distribución de edad por sexo, el 23,3 % de las mujeres en tratamiento es menor de 18 años, 27 % tiene entre 18 y 24 años, el 22,2 % tiene entre 25 y 34 años y el 27,5 % tiene 35 años y más. Por su parte el 17,8 % de los varones son menores de 18 años, el 36,6 % tiene entre 18 y 24 años, el 28,5% tienen entre 25 y 34 años y el 17,3 % son mayores de 35 años.



En el Gráfico 1 mostramos la fluctuación y tendencia en la distribución porcentual de la población según rangos de edad (menores de 17, de 18 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 49 años, de 50 a 74 años, y más de 75 años). El comportamiento de la distribución etárea en la

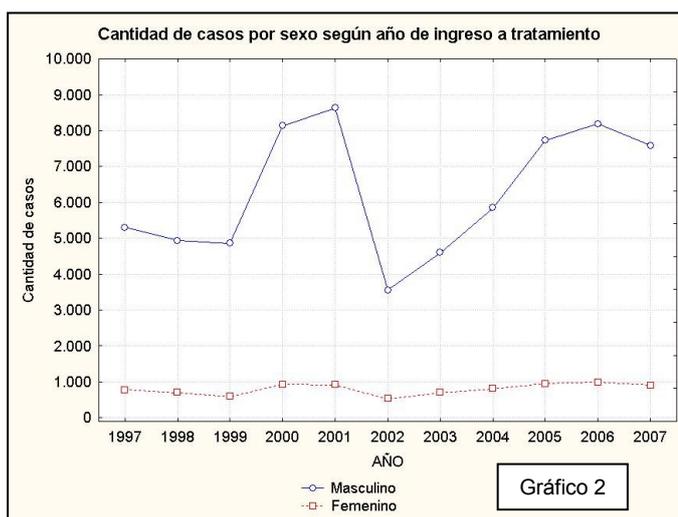
década analizada, muestra que al inicio de la misma (1997) la proporción de usuarias/os de 25 a 34 años que concurría a tratamiento era de 41,8%, y al final de la serie (2007) 29,9 %, esto muestra que proporcionalmente la gente que se incluye en este rango etéreo disminuyó en casi un 12 %. Inversamente en el rango de edad de 35 a 49 años la proporción de usuarias/os aumenta aproximadamente un 9 %, siendo al comienzo de la serie 10,6% y al final 18,3 %.

Otro grupo de edad que aumenta, aunque en menor proporción (4,4%), es el de 50 a 74 años.

En relación al rango de menores de 17 años se observa un comportamiento cíclico en la concurrencia a tratamiento; en 1997 el porcentaje de este grupo era de 20,3%, luego disminuye hasta alcanzar, en el 2001, un 15,5%, esta reducción es seguida por un pico de aumento hasta el 2004, siendo el 24,3 % de las personas en tratamiento en ese año, para luego volver a disminuir a 16,1 % hacia el final de la década analizada.

### b. Composición por sexo

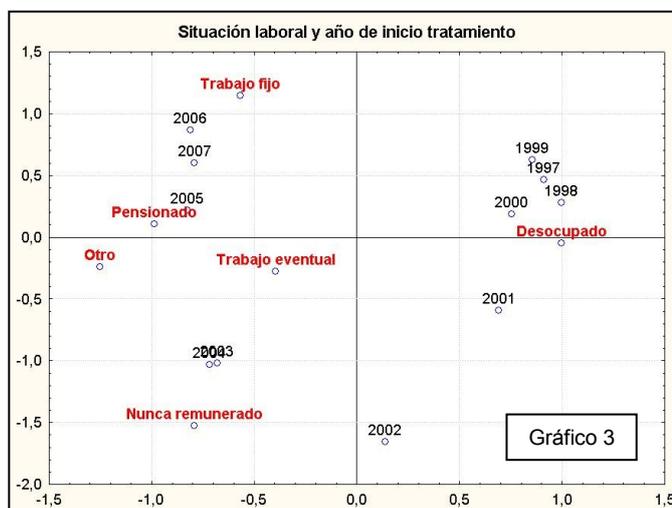
Tomando el total de consumidoras/res atendidas/os en los CPA<sup>1</sup> durante el período, el porcentaje de mujeres asciende a 11,3 % y de varones a 88,7 %. En el gráfico siguiente se muestra la distribución por sexo a lo largo de la serie histórica analizada.



A fin de realizar una lectura que incorpore la perspectiva de género, tomaremos la variable de sexo como marcadora en los distintos análisis descriptivos y multivariados a fin de identificar diferencias relativas al género en los/as concurrentes a tratamiento de la red asistencial provincial.

### c. Composición por ocupación

Del gráfico 3 se desprende que durante los años previos a la crisis la condición laboral predominante en la población atendida era desocupada. En los años posteriores a la crisis la situación ocupacional se presenta de manera similar entre trabajo fijo, eventual, nunca remunerado, pensionado y otros.



<sup>1</sup> CPA: Centros Preventivo Asistenciales, denominados de esta manera durante la gestión del Dr. Juan Alberto Yaría, o con el cambio de denominación a Centros Provinciales de Atención a las Adicciones una vez que fue absorbida por el Ministerio de Salud.

#### d. Composición por nivel educativo

El nivel educativo de la población en tratamiento es similar entre mujeres y varones. La mayoría tiene secundario incompleto (40%), le sigue primaria completa (30%), luego primario incompleto con 15 % y Secundario completo con 10 %, el resto de los niveles educativos agrupa en cada caso alrededor del 1%.

| Nivel educativo       | Masculino | Femenino | Total |
|-----------------------|-----------|----------|-------|
| Analfabeto            | 1,0       | 0,7      | 0,9   |
| Lee y escribe         | 0,9       | 0,9      | 0,9   |
| Primario incompleto   | 15,1      | 13,0     | 14,9  |
| Primaria completa     | 29,3      | 22,2     | 28,5  |
| Secundario incompleto | 39,9      | 39,5     | 39,8  |
| Secundario completo   | 9,3       | 14,1     | 9,8   |
| Terciario completo    | 1,3       | 3,8      | 1,6   |
| Terciario incompleto  | 2,2       | 4,3      | 2,4   |
| Otro                  | 1,0       | 1,5      | 1,1   |
| Total                 | 100       | 100      | 100   |

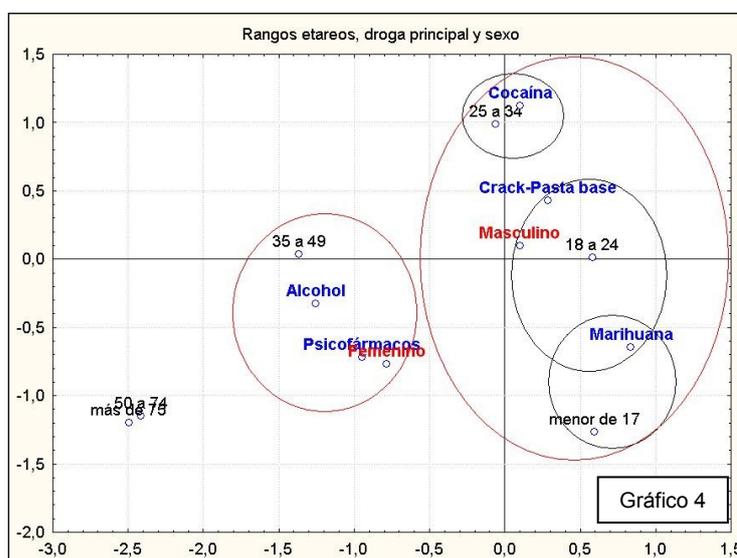
Cuadro 1

#### Identificación de grupos asociados a rangos etáreos, género y período socioeconómico

Antes de pasar a la identificación de los grupos, queremos aclarar que, si bien en la Historia clínico social, las categorías de droga consumida incluye tabaco, alcohol, psicofármacos, marihuana, cocaína, crack-pasta base, volátiles, opiáceos, heroína, éxtasis, alucinógenos y anfetaminas, para un mejor análisis se seleccionaron las siguientes sustancias por ser las más prevalentes y representativas de la población en estudio: alcohol, cocaína, marihuana, psicofármacos y crack-pasta base.

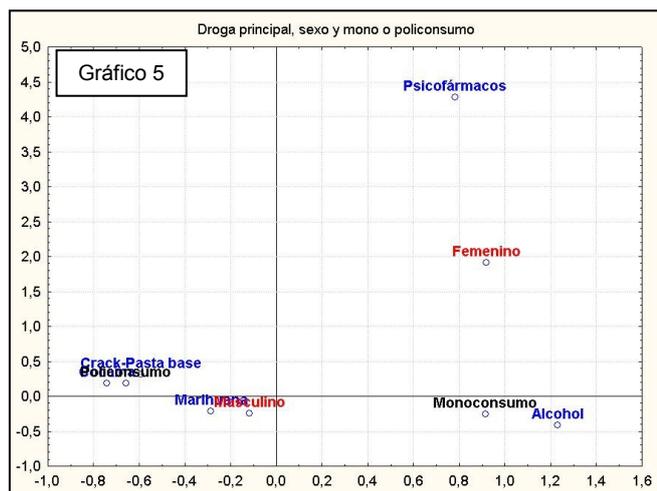
#### Caracterización de la población en relación al grupo etáreo y el género

El análisis de correspondencia entre sexo, grupo etáreo y droga principal (gráfico 4), muestra por un lado, un ordenamiento horizontal de los grupos de edad, ubicando a los mayores hacia la izquierda y a los más jóvenes hacia la derecha. A su vez se separan horizontal y verticalmente las diferentes drogas principales con los rangos etáreos y el sexo al que aparecen

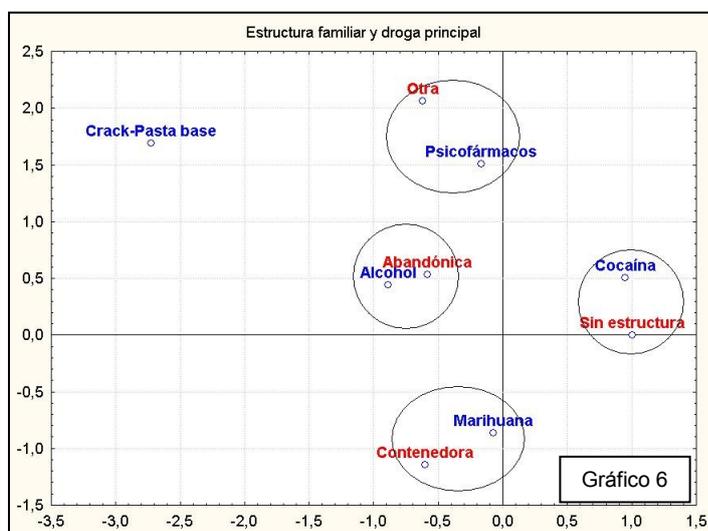


asociadas. Se destacan dos grandes grupos, uno de varones, compuesto por el subgrupo de menores de 17 años que consumen como droga principal marihuana, el segundo subgrupo de jóvenes de 18 a 24 años que consumen en igual medida marihuana y crack-pasta base y un tercer subgrupo de sexo masculino donde la cocaína se presenta fuertemente asociada al grupo adulto de 25 a 34 años; el otro grupo se caracteriza por relacionar a las mujeres adultas (35 a 49 años y más) con el consumo de psicofármacos y alcohol. En resumen, las variables de género y edad marcan diferencias en relación a las sustancias preferidas por los distintos grupos identificados, correspondiendo a las mujeres los grupos de edad adulta asociados al consumo de psicofármacos y alcohol, mientras que los varones representan los grupos más jóvenes consumiendo principalmente las drogas llamadas ilícitas.

El gráfico 5 muestra las relaciones entre droga principal, sexo y mono o policonsumo; en el mismo puede identificarse un eje vertical que divide por un lado el perfil monoconsumidor (a la derecha) asociado al consumo principal de alcohol y psicofármacos por parte de las mujeres; y por otro lado, varones con un perfil policonsumidor (a la izquierda) cuya droga principal de consumo son marihuana, cocaína y crack-pasta base.



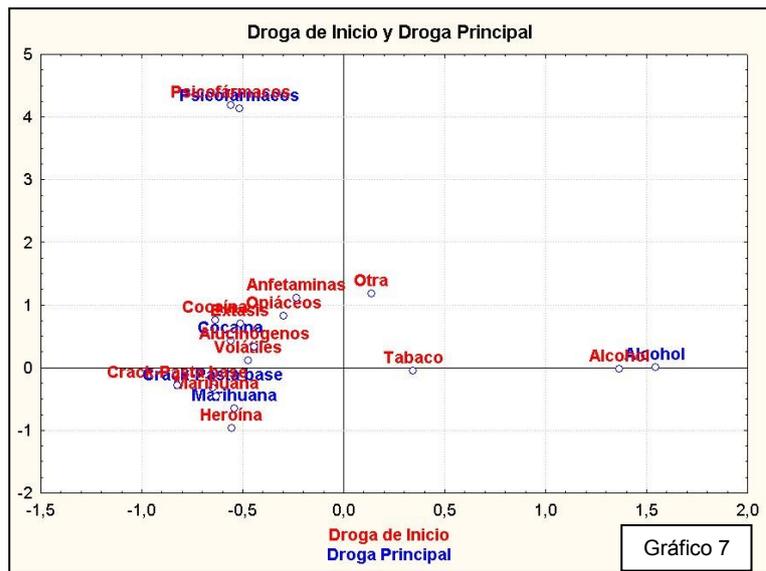
Otro análisis se desprende de la relación entre estructura familiar del/la usuario/a y el tipo de



droga principal de consumo. En la Historia clínica social se clasifican cuatro categorías de estructura familiar: contenedora, abandonada, sin estructura y otra forma de restructuración familiar. El gráfico 6 revela una fuerte relación entre el consumo de cocaína y las familias sin estructura; el consumo de marihuana se asocia a una estructura familiar contenedora, el consumo de alcohol corresponde con familias abandonadas y los psicofármacos tienen otros tipos de configuraciones familiares.

El consumo de alcohol corresponde con familias abandonadas y los psicofármacos tienen otros tipos de configuraciones familiares.

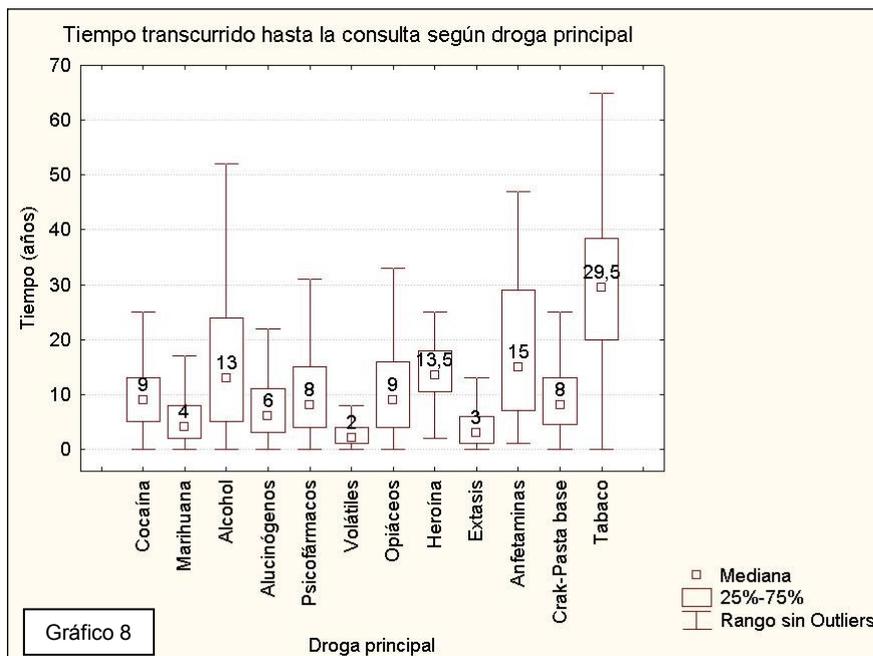
Este gráfico nos muestra como la droga de inicio de algún modo determinará cual será la droga principal por la cual consultan para iniciar tratamiento. De las cinco drogas principales que venimos analizando, en todos los casos coincide con la droga de inicio utilizada. Esta asociación es más evidente en el alcohol y psicofármacos, que como vimos anteriormente se asocian con una práctica de monoconsumo. En el caso de las otras



sustancias pueden haberse iniciado con otras drogas aunque siempre está asociada la droga principal de consulta.

Un elemento que podemos destacar es que la hipótesis del “alcohol como puerta de entrada para el consumo de otras drogas” no se ve representada en la población que concurre a tratamiento en la Provincia de Buenos Aires.

A continuación analizamos el tiempo que transcurre desde que se inicia el consumo hasta que se comienza el tratamiento. El siguiente gráfico n° 8 identifica para cada tipo de droga el



tiempo transcurrido hasta el inicio de la atención (utilizando mediana, rango intercuartílico y el tiempo en años mínimo y máximo sin casos raros).

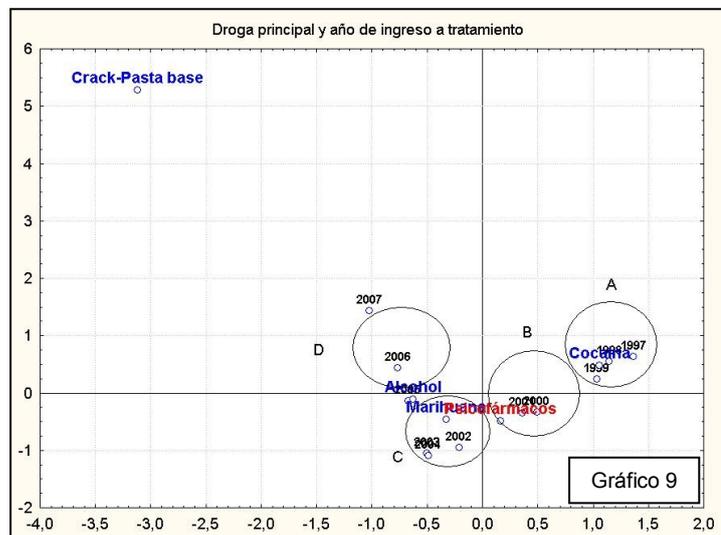
De las sustancias que venimos analizando hasta el momento, observamos que en las/os usuarias/os de

marihuana el valor mediano del tiempo transcurrido para iniciar tratamiento es de 4 años, siendo que el 50 % central de estos consumidores tarda entre 2 y 8 años en hacer la

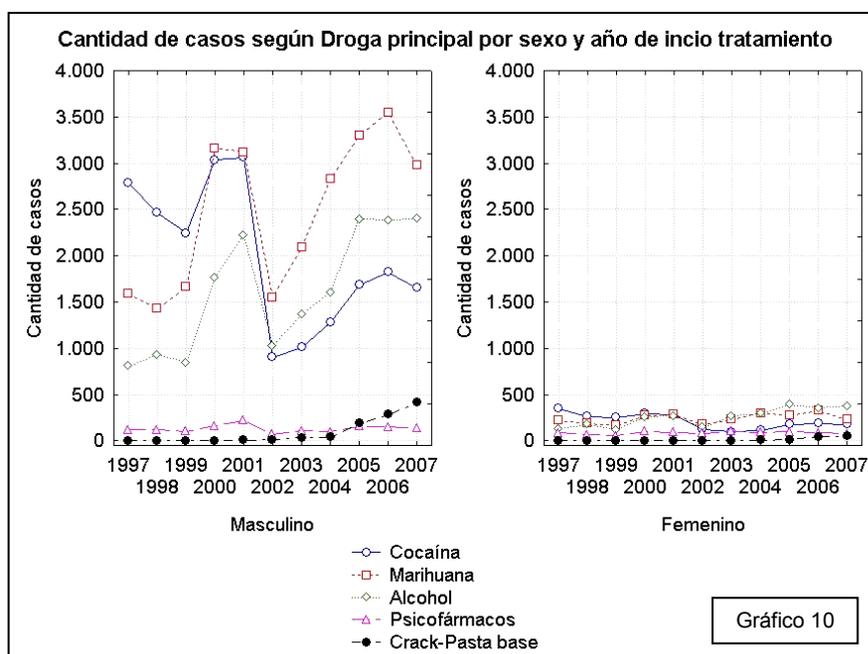
consulta. Le siguen los grupos de consumidoras/es de psicofármacos y crack-pasta base con 8 años representados en la mediana. Para los/as que consumen cocaína el valor mediano de demora es de 9 años, siendo los/as consumidoras de alcohol quienes mas tiempo esperan hasta iniciar tratamiento (mediana de 13 años).

Caracterización de la población en relación al período socio-económico

En el gráfico 9 puede verse como los años analizados se relacionan a distintas categorías de Droga Principal conformando una serie de grupos temático-temporales. El grupo A vincula el consumo de cocaína como droga principal con los años 1997 a 1999; el grupo B vincula a los años 2000-2001 con el consumo de psicofármacos; el grupo C que se extiende entre los años 2002 a 2004 se corresponde con el consumo de marihuana; el grupo D se asocia al año 2005 con el consumo de alcohol; mientras que los años finales de la década en estudio, 2006-2007, se despegan para buscar la presencia del crack-pasta base.



En el gráfico 10 observamos por un lado la elevada proporción de varones que concurren a tratamiento en relación a las mujeres, y por otro que las drogas principales consumidas antes del 2002



cambian en la etapa siguiente.

Con respecto a los varones, la sustancia más consumida como droga principal en el período de precrisis era la cocaína, en segundo lugar la marihuana y en tercer lugar el alcohol. Luego de la crisis se invierte la

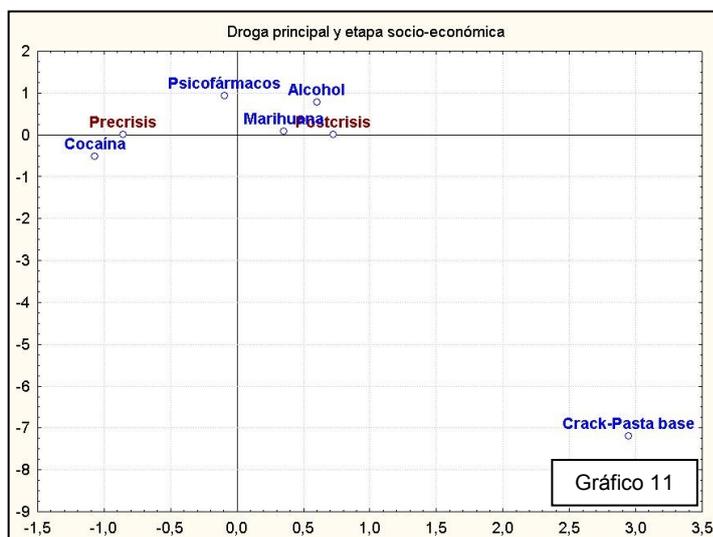
preponderancia de la droga principal utilizada, siendo la marihuana la primera sustancia, el

alcohol la segunda y en tercer lugar queda la cocaína. En los últimos años de la serie emerge lentamente la consulta para tratamiento asociada al consumo de crack-pasta base. La elección de psicofármacos como droga principal permanece prácticamente constante a lo largo de la serie analizada, ubicándose en cuarto lugar hasta el 2005 que es superada por el crack-pasta base.

Las mujeres en tratamiento durante la precrisis utilizaban como droga principal las mismas sustancias y en la misma distribución que los varones, sin embargo luego de la crisis la droga más consumida es el alcohol, seguida de la marihuana y en tercer lugar la cocaína.

Cabe destacar que como vimos anteriormente en los análisis de correspondencia, el consumo de psicofármacos es una de las sustancias que se asocia a las mujeres, ya que aunque ocupa el cuarto lugar, el consumo de estas sustancias es cinco veces mayor que en los varones.

El gráfico 11 analiza la relación presente entre droga principal y dos etapas socio económicas diferenciadas, cuyo punto de inflexión se da en la crisis acaecida en la



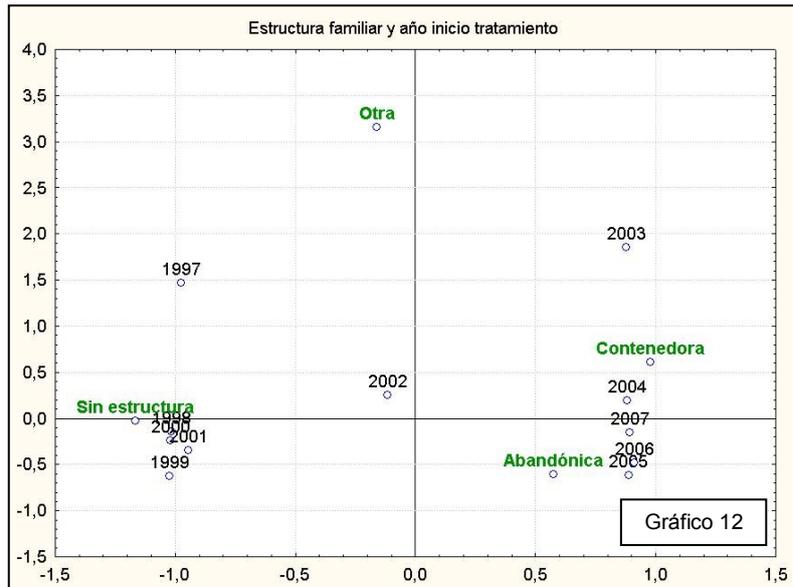
Argentina en 2001-2002, es decir, que se puede observar un cambio en la droga elegida antes y después de la crisis.

El eje horizontal representa el tiempo, ubicando a la izquierda observamos el período precrisis en el cual resalta la estrecha relación con el consumo de cocaína como droga principal. El período postcrisis (a la derecha) cobra mas

preponderancia por un lado el consumo de marihuana, pero fundamentalmente de alcohol, al mismo tiempo emerge la consulta para tratamiento de usuarios/os de crack-pasta base. La posición externa/ortogonal que tiene el consumo de psicofármacos con respecto al eje horizontal lo ubica como un tipo de consumo independiente a los periodos socioeconómicos analizados, o sea que, la ingesta de este tipo de sustancias no se ve afectada por la crisis.

Así como vimos anteriormente el tipo de estructura familiar de las/os usuarias/os en tratamiento en relación a la droga principal por la cual consulta, corrimos el análisis asociando año de ingreso a tratamiento con estructura familiar. Esta indagación evidencia que la población que concurría a tratamiento antes de la crisis carecía de estructura familiar y luego de la crisis el tipo de familia que se identifica oscila entre contenedora y abandonada.

Nos llama la atención la identificación tan marcada en los primeros años de la muestra con un tipo de familia carente de estructura. Una posible explicación que nos surge es que la clasificación se deba a la representación que los profesionales de la Subsecretaría tenían en esa época de los tipos de familia que poseían sus “pacientes” y no a un análisis sistémico familiar de las mismas. De todas maneras el despejo de éste interrogante amerita otro tipo de indagación que excede los objetivos del presente trabajo.



## Conclusiones

De los resultados presentados podemos sintetizar características diferenciales presentes según género, edad y etapa sociopolítico económica por la que atravesó la Argentina.

Las características predominantes asociadas al género femenino son:

- La proporción de mujeres que concurren a tratamiento ha sido hasta la actualidad significativamente menor que la de hombres. Esto no sabemos si responde a una existencia menor de usuarias o que en ellas operan en mayor medida barreras de accesibilidad al tratamiento
- Prevalencia de consumo de sustancias legales (alcohol y psicofármacos). La mujer es vista como más débil a enfrentar dificultades, por lo cual se le suele indicar psicofármacos paliativos, que luego son utilizados, sin prescripción médica.
- Monoconsumo.
- Grupo etáreo predominante de 35 a 49 años.

En el caso de los varones las características observadas mayoritariamente son:

- Prevalencia de consumo de sustancias ilegales (marihuana, cocaína, crack-pasta base).
- Policonsumo
- Las edades predominantes van desde menores de 17 años a 34 años.

En cuanto a las características de la población presente antes de la crisis (2001-2002) se destaca que:

- la sustancia más consumida como droga principal en el período era la cocaína, en segundo lugar la marihuana y en tercer lugar el alcohol, este comportamiento era igual en mujeres y varones.
- la condición laboral predominante en la población atendida era desocupada.
- la familia de los individuos en tratamiento era caracterizada como sin estructura.

Luego del 2002 las características de la población asistida cambian:

- en relación a la preponderancia de la droga principal utilizada existe diferencia por género. En los varones la marihuana es la primer sustancia, el alcohol la segunda y en tercer lugar queda la cocaína; mientras que en las mujeres la droga más consumida es el alcohol, seguida de la marihuana y en tercer lugar la cocaína.
- la situación ocupacional se presenta de manera similar entre trabajo fijo, eventual, nunca remunerado, pensionado y otros.
- el tipo de familia que se identifica oscila entre contenedora y abandonica

### Bibliografía

- 📖 Castel, R.; (1991); "*La dinámica de los procesos de marginalización*"; En: *Revista Topia*. Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Año I N° II. Agosto. Buenos Aires.
- 📖 Castel, Robert; (1995). *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*. Fayard, Paris,
- 📖 CEPAL; (2006). *Panorama social de América Latina 2006*, División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL. Naciones Unidas, Santiago de Chile. (Documentos PRIGEPP 2010).
- 📖 CEPAL; (2009). *Panorama social de América Latina 2009*, División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL. Naciones Unidas, Santiago de Chile. (Documentos PRIGEPP 2010).
- 📖 Clert, Carine; (1998). *De la vulnerabilidad a la exclusión; género y conceptos de desventaja social*. En: Arriagada, Irma y Torres, Carmen (editoras). *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres N° 26. Santiago, Chile.
- 📖 Epele, María E.; (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós, Buenos Aires.
- 📖 Margulis, M. (ed) (1996). *La juventud es más que una palabra. Ensayo sobre cultura y juventud*. Buenos Aires: Biblos.
- 📖 Margulis, M.; (2003). *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.

📖 Secretaria de prevención y Asistencia de las Adicciones (1999). Julio 1993-Julio 1999, seis años de trabajo: Prevención y Asistencia de las Adicciones. Buenos Aires: Oficina de Prensa y Difusión de la Secretaría de Prevención y Asistencia de la Provincia de Buenos Aires.

### Fuente

Registros de personas en tratamiento por uso de drogas, remitidos a la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

### Paquete estadístico:

Statsoft, Inc. (2004); Statistica (data analysis software system) versión 7. [www.statsoft.com](http://www.statsoft.com).