

Estado autopercebido de salud en población usuaria de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y sustancias inyectables.

Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina
(Sedronar)

Secretario de Estado

Mg. Roberto Moro

Subsecretario de Estrategias de Tratamiento y Prevención

Dr. Roberto Canay

Directora Nacional del Observatorio Argentino de Drogas

Dra. María Verónica Brasesco

Coordinadora Área de Epidemiología

Dra. Ernestina Rosendo

Coordinadora General del Estudio Nacional en Población de 12 A 65 años sobre
Consumo de Sustancias Psicoactivas

Lic. Nora Cadenas

Análisis y redacción de informe

Lic. Clara Kimsa

INDICE

Presentación.....	3
Capítulo I: Objetivos y metodología.....	6
1. Objetivos.....	6
2. Aspectos metodológicos	7
3. Definiciones conceptuales y operacionales.....	10
Capítulo II: Autopercepción de la salud.....	13
Capítulo III: Consumo de sustancias psicoactivas y valoración subjetiva de la salud	23
1. Consumo de sustancias psicoactivas y estado autopercebido de salud. ...	23
1.1 Consumo de tabaco.....	25
1.2 Consumo de alcohol	28
1.3 Consumo de marihuana.....	31
1.4 Consumo de cocaína	34
Capítulo IV: Consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable y valoración subjetiva de la salud.....	37
1. Magnitud del consumo de sustancias por vía inyectable	38
2. Perfil de la población usuaria.....	44
3. Prácticas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable.	49
4. Demanda de tratamiento en usuarios de sustancias psicoactivas por vía inyectable.	50
5. Autopercepción de la salud de los usuarios de sustancias por vía inyectable.	53
Conclusiones.....	56
Bibliografía	59

Presentación

En el ámbito de Reducción de la Demanda (prevención y asistencia de los problemas del consumo de sustancias psicoactivas), la población objetivo puede diferenciarse según el nivel que ocupe en una escala que va desde la población en general, grupos de riesgo, grupos usuarios experimentales, grupos de consumo abusivo, hasta la población que presenta síntomas de dependencia o adicción al consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Orientar las políticas preventivas y asistenciales requiere necesariamente poder diferenciar el peso relativo que cada uno de estos grupos tiene en el país, dónde se localizan según espacios territoriales, qué características sociales tienen (clases sociales o niveles socioeconómicos, edad, sexo, nivel de educación, etc.) y cuáles son los patrones de consumo que manifiestan (tipo de sustancia, frecuencia de uso, edad de inicio). Se podría afirmar que si se tiene un conocimiento cierto sobre estas tres dimensiones del problema del uso indebido de sustancias psicoactivas en el país, la definición de las políticas podría alcanzar un nivel de precisión acorde a la descripción de la problemática.

En este marco, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) de Presidencia de la Nación, realizó a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (de ahora en más, DNOAD), el sexto “Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”, cuyo principal objetivo es obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, los diferentes patrones de uso, el perfil sociodemográfico de los usuarios, como así también indagar sobre la percepción que la sociedad tiene del riesgo vinculado a diferentes sustancias y su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas.

Estos indicadores, como muchos otros más que contempla el estudio de referencia, conforman una información fundamental para la evaluación y el diseño de políticas públicas sobre drogas, tanto de prevención como de asistencia, ya que por sus características metodológicas este estudio permite

estimar de manera amplia y estadísticamente potente la situación del país en cuanto al consumo de sustancias¹.

Resulta oportuno mencionar además que este estudio forma parte del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas (al igual que los anteriores correspondientes a los años 2006, 2008 y 2010), y por lo tanto contempla precisiones metodológicas comunes que garantizan la comparabilidad de los datos producidos a nivel regional. De esta forma, Argentina puede comparar datos nacionales en población general sobre consumo de drogas y algunos factores de riesgo/protección asociados, además de importante información de contexto relacionada con las políticas públicas en esta materia y los avances en prevención, tratamiento y control de la oferta de drogas, con otros países de la región como Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Por otra parte, las particularidades culturales, económicas y sociales de cada país permiten comprender las diferencias de consumo y patrones de uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en nuestras sociedades.

Por último, debido a que en Argentina los estudios epidemiológicos sobre la problemática del uso de sustancias psicoactivas no han tenido la continuidad y cobertura necesarias entre los años 1999-2004 y 2010-2017, la construcción de una línea de mediciones que permita el análisis de tendencias, de alguna manera se obstaculiza. Sin embargo, realizar el sexto “Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”, le permite al país avanzar en dicho análisis de modo de poder identificar variaciones en los patrones de consumo.

En el marco de dicho estudio nacional, el presente informe se propone reflexionar sobre interrogantes específicos relativos al estado de salud global de la población, y, en particular, a cómo éste se asocia con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. De manera más precisa, estas páginas se proponen conocer el estado de salud tal cual es informado por la población al momento del relevamiento de los datos, e indagar cómo se manifiesta la práctica del uso de sustancias psicoactivas entre quienes perciben su salud de forma positiva y entre quienes lo hacen de manera negativa. Lejos de establecer asociaciones rígidas y de pretendida causalidad, la pregunta por el consumo de sustancias en relación con distintas representaciones sobre el estado de salud

¹ El estudio tiene como limitación no detectar suficientemente consumos de sustancias en grupos de población específicos.

busca más bien devolver a la reflexión sobre el uso de drogas la centralidad de la problemática de salud, en su aspecto multidimensional y por ello cultural, y la importancia en dicha materia del factor subjetivo. La información aportada aquí se propone, finalmente, ser insumo válido y útil para el diseño de políticas: se trata de conocer la valoración subjetiva de la salud de los sujetos destinatarios de las acciones de salud pública.

A su vez, este reporte incluye la problemática del consumo de sustancias psicoactivas por vía de inyección. Este modo de administración de la sustancia, caracterizado por la literatura en la materia como uno de los más riesgosos en términos de comorbilidad, precisa un análisis específico que permita estimar la magnitud del fenómeno así como describir el perfil de los usuarios. Dicho conocimiento, una vez más, es insumo necesario para la adecuación de las políticas públicas en salud a las particularidades específicas de la problemática.

Capítulo I: Objetivos y metodología

1. Objetivos

El “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas” realizado en 2017 persigue como objetivo general obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, los diferentes patrones de uso, el perfil sociodemográfico de los usuarios, como así también poder indagar sobre la percepción que la sociedad tiene del riesgo vinculado a diferentes sustancias y su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas².

Inscrito en dicho objetivo general, este estudio aporta información específica para la caracterización del perfil y percepciones de los usuarios de sustancias psicoactivas. Sus objetivos son:

Objetivo general

Conocer el estado global de salud de la población de 12 a 65 años a partir de la valoración de los sujetos, y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos

- Describir el estado autopercebido de salud de la población según sus características demográficas, socioeconómicas y de acceso a la salud.
- Indagar cómo se manifiesta el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, marihuana y cocaína) en poblaciones con distintas valoraciones subjetivas de la salud.
- Estimar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable.

² Para mayor información sobre los propósitos, objetivos, metodología y principales resultados del sexto “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”, ver el “Informe de resultados N°1: Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional” (DNOAD, 2017).

- Determinar el perfil de los usuarios de sustancias psicoactivas por vía inyectable y su valoración subjetiva de la salud.

2. Aspectos metodológicos

De alcance descriptivo y diseño transversal, este estudio adopta una estrategia cuantitativa para dar respuesta a sus objetivos de investigación. El trabajo, con fuente secundaria, se centra en los datos obtenidos por el “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017” realizado por la DNOAD. La cobertura poblacional de dicho relevamiento alcanza a la población comprendida entre los 12 y los 65 años de edad que habita en viviendas particulares de localidades de 80.000 habitantes o más de todo el territorio nacional. El diseño de la muestra, con representatividad provincial y nacional, fue elaborado en base a la información del Censo de Población 2010, cuyo listado de radios censales fue utilizado para armar el marco muestral. Las tres etapas de selección de las unidades estuvieron conformadas de la siguiente manera:

- Primera etapa: radios censales (en base al Censo de Población 2010)
- Segunda etapa: viviendas particulares
- Tercera etapa: una persona del hogar con edad entre 12 y 65 años.

El trabajo de campo estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Rosario, bajo las indicaciones metodológicas y la supervisión de la DNOAD. El relevamiento fue llevado a cabo en dos etapas. La primera, desde los primeros días de noviembre hasta la primera quincena de diciembre del 2016. La segunda comenzó el 1º de febrero de 2017, concluyendo el día 25 de abril del mismo año.

En dicho relevamiento, siguiendo los lineamientos del método de encuesta, se aplicó un cuestionario cerrado y estandarizado de 193 preguntas, con aplicación cara a cara exhaustivamente anónima, y con una duración aproximada de 25 minutos. El instrumento, definido por la DNOAD tomando como referencia el “Cuestionario estandarizado del sistema subregional de información e investigación sobre drogas”, organiza sus preguntas por las siguientes dimensiones:

- Identificación de la vivienda, del hogar y del entrevistado
- Ingresos del hogar
- Situación laboral
- Salud
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Factores de riesgo vinculados al consumo de alcohol y drogas
- Consumo de psicofármacos
- Consumo de solventes y sustancias inhalables
- Consumo de drogas ilícitas: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y alucinógenos
- Impacto del consumo de drogas
- Ámbito laboral
- Demanda de tratamiento
- Mercado de drogas y precios

El presente estudio tiene como población objetivo a la población de todos los géneros de edades entre los 12 y 65 años, residentes en aglomerados de 80.000 o más habitantes de todas las jurisdicciones provinciales del país (Tabla 1).

La muestra, relevada en el estudio nacional de referencia, representa un total de 18.960.593 personas, cuya distribución por género presenta un 52,7% de mujeres, 47,3% de varones, y un 0,01% del género "otro". Las edades, a su vez, fueron agrupadas en los siguientes tramos: 12 a 17 años (8,4%), 18 a 24 años (17,7%), 25 a 34 años (22,7%), 35 a 49 años (27,8%), y 50 a 65 años (23,4%).

Tabla 1. Población representada, por jurisdicción. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017

Jurisdicción	Población representada	%
Buenos Aires	9181936	48,4
CABA	2094348	11,0
Catamarca	123352	,7
Chaco	302611	1,6
Chubut	175870	,9
Córdoba	1369069	7,2
Corrientes	226968	1,2
Entre Ríos	315721	1,7
Formosa	140370	,7
Jujuy	198496	1,0
La Pampa	73776	,4
La Rioja	116676	,6
Mendoza	834995	4,4
Misiones	203364	1,1
Neuquén	176113	,9
Río Negro	175373	,9
Salta	346199	1,8
San Juan	286030	1,5
San Luis	185067	1,0
Santa Cruz	62230	,3
Santa Fe	1560495	8,2
Santiago del Estero	227762	1,2
Tierra del Fuego	79539	,4
Tucumán	504233	2,7
Total	18960593	100,0

Tabla 2. Población representada, por género. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017

Género	Población representada	%
Varones	8962960	47,3
Mujeres	9995777	52,7
Otro	1856	,0
Total	18960593	100,0

Tabla 3. Población representada, por tramos de edad. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017

Tramo de edad	Población representada	%
12 - 17	1591937	8,4
18 - 24	3355236	17,7
25 - 34	4303584	22,7
35 - 49	5265584	27,8
50 - 65	4444252	23,4
Total	18960593	100,0

3. Definiciones conceptuales y operacionales

Para dar cuenta de los objetivos planteados, este estudio recoge un conjunto de variables relevadas en el “Estudio nacional...” sobre dimensiones relativas al consumo de sustancias psicoactivas y a la demanda de tratamiento registrada, la autopercepción de la salud, y aspectos de caracterización demográfica, socioeconómica y de acceso a la salud.

Para caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas de la población, se seleccionaron los siguientes indicadores:

- **Prevalencia de vida o global:** proporción de personas que consumieron la sustancia alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas.
- **Prevalencia de los últimos 12 meses o anual:** proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.
- **Prevalencia de los últimos 30 días o del mes:** proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.
- **Consumo de alcohol regular de riesgo:** consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días.
- **Número de cigarrillos consumidos al día:** medida para estimar la intensidad de consumo, clasifica a los fumadores como: fumador leve a quien consume menos de 5 cigarrillos diarios, fumador moderado a la persona que fuma en promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios y fumador severo a aquel que fuma más de 16 cigarrillos al día en promedio.
Consumo abusivo de marihuana: presencia de una o más respuestas positivas entre los criterios del DSM IV para identificar abuso de marihuana, en la población con consumo de esta sustancia en los últimos 12 meses³.
- **Consumo dependiente de cocaína:** presencia de criterios diagnósticos del CIE 10 sobre uso dependiente de cocaína⁴.

Otra de las dimensiones bajo estudio, la demanda de tratamiento por consumo de sustancias, se observa a la luz de los indicadores:

- **Proporción de personas que ha buscado alguna vez en los últimos 12 meses ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco u otras drogas.**
- **Proporción de personas que habiendo consumido alguna droga en el último año buscaron, estuvieron o están en tratamiento.**

La dimensión relativa a la valoración subjetiva de la salud se estudió a través del siguiente indicador resumen:

³ Para mayor conocimiento de este indicador, léase DNOAD (2017b).

⁴ Para mayor conocimiento de este indicador, léase DNOAD (2017c).

- **Estado autopercebido de salud:** percepción subjetiva que tiene el individuo sobre su estado de salud general en los últimos doce meses. Categorías: muy malo o malo, regular, bueno o muy bueno.

El análisis de estas dimensiones se hará en relación a las siguientes variables:

- **Género:** auto-identificación del entrevistado como varón o mujer.
- **Tramos de edad:** 12 a 17 años, 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 65 años.
- **Máximo nivel de instrucción alcanzado:** Sin instrucción, primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, superior o universitario incompleto, superior o universitario completo y más.
- **Ingreso mensual del hogar (por tramos):** Menos de 4.000 pesos, de 4.001 a 6.000 pesos, de 6.001 a 8.000 pesos, de 8.001 a 10.000 pesos, de 10.001 a 12.000 pesos, de 12.001 a 14.000 pesos, de 14.001 a 16.000 pesos, de 16.001 a 19.000 pesos, de 19.001 a 22.000 pesos, de 22.001 a 25.000 pesos, más de 25.000 pesos.
- **Principal actividad en el último mes:** actividad identificada por el entrevistado como la principal en el último mes. Categorías: trabajó jornada completa; trabajó jornada parcial pero quisiera trabajar más horas; trabajó jornada parcial y no quiere trabajar más horas; trabajó más de 45 horas semanales; tuvo un trabajo temporario; estuvo sin trabajo pero buscó o está buscando trabajo; teniendo trabajo no asistió por vacaciones, enfermedad, paro o huelga u otro problema; estuvo dedicado/a a tareas del hogar, estuvo dedicado/a al cuidado de familiares o parientes, estuvo dedicado/a al estudio; es jubilado pensionado o rentista; es incapacitado para trabajar; no hizo o hace nada.
- **Tipo de cobertura de salud:** tipo de atención médica de la que dispone el entrevistado. Categorías: privada/prepaga, obra social, atención pública exclusiva.

Capítulo II: Autopercepción de la salud

Desde una mirada multidimensional de la salud, ésta emerge como algo más que la distinción binaria entre estados plenos de salud y enfermedad o padecimiento. Se la entiende más bien como un continuo de grados diversos de bienestar físico, mental, social y funcional, construidos cultural y socialmente, ligados necesariamente a un contexto determinado (Girón Daviña, 2010).

Esta dimensión de la vida individual y colectiva es pasible de ser observada desde diferentes ángulos, no sólo dado su carácter multidimensional, sino también por los distintos niveles de construcción de los estados de salud. Así, a la definición institucional de salud puede agregarse otra, subjetiva, autopercebida, relativa a la posición del sujeto que la enuncia. En este sentido, un estudio detallado de la salud de una población debe tener en cuenta, además de las medidas clínicas o de sistema sanitario, la forma como los individuos valoran su estado de salud (González et al, 2005). Ésta percepción subjetiva del estado de salud es, aunque individualmente manifestada, una construcción cultural e históricamente situada, y, por ello, útil a la comprensión del estado global de salud de la población. La política pública en salud queda habilitada, a partir de conocer y caracterizar la percepción que su población construye de la salud, a desarrollar estrategias específicas, locales, y comprehensivas, respetuosas de las representaciones asociadas a lo sanitario.

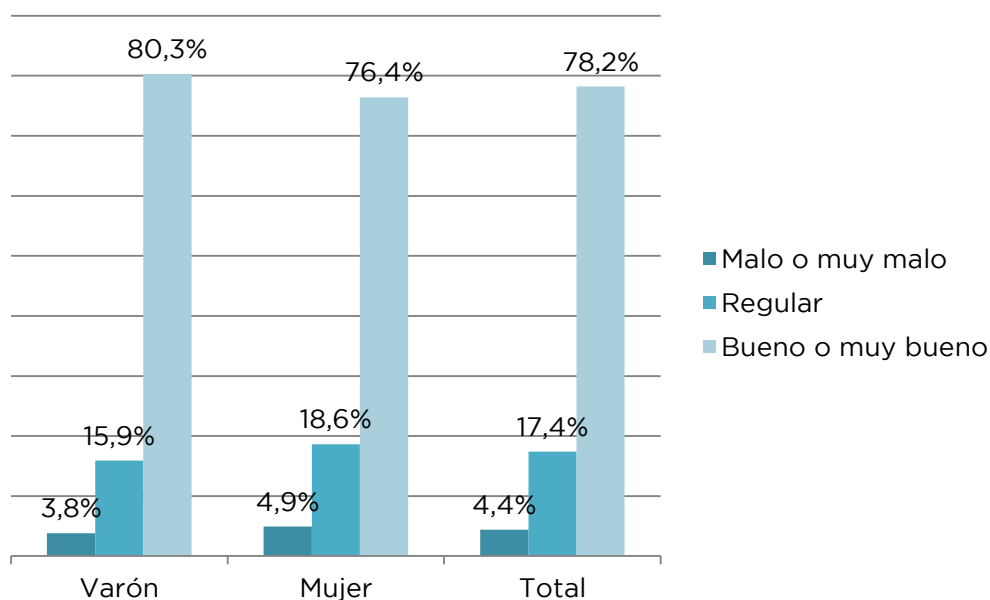
Entre otros tantos indicadores para estudiar el estado general de salud de un grupo social, tales como la esperanza de vida, indicadores de riesgo de mala salud mental, años de vida perdidos, u otros, la información aportada por el análisis de la salud percibida tiene la particularidad de poner en primer plano, como se estableciera en el párrafo anterior, la representación subjetiva. Una vía, validada por reconocidos antecedentes en la materia (Robine et al, 2000; Girón Daviña, 2010; entre otros), de indagar operativamente en dicha percepción subjetiva del estado de salud remite al indicador *estado autopercebido de salud* (de ahora en más, EAS), también denominado *valoración subjetiva de la salud*, o *salud autopercebida*. El EAS, reconocido como uno de los mejores indicadores globales de salud, es una medida global, sintética, que incluye diferentes dimensiones de la salud tanto física, emocional, social, mental, así como síntomas biomédicos. A la vez, algunos antecedes le suman la capacidad de

reflejar la insatisfacción de la población con los servicios y cuidados sanitarios (ODSA-UCA, 2015). El EAS se operacionaliza, generalmente y en este caso en particular, en una única pregunta: “Hablando de su salud, ¿cómo calificaría usted su estado de salud en general, durante los últimos doce meses?”, cuyas posibles respuestas constituyen una escala ordinal categórica de 5 puntos: “Muy malo”, “Malo”, “Regular”, “Bueno” y “Muy bueno”⁵. A los fines de un análisis de simple lectura, este estudio recupera la información de dicho indicador, y agrupa sus respuestas en tres grandes categorías que remiten a tres posibles estados globales de salud: EAS muy malo o malo (negativo), EAS regular, y EAS bueno o muy bueno (positivo).

En este apartado se presentan los resultados del indicador EAS incluido en el cuestionario del “Estudio nacional...”. Los datos se analizan a la luz de algunas características demográficas, socioeconómicas, y de cobertura y uso de servicios de salud. Dichos factores asociados a la valoración subjetiva de la salud por la literatura en la materia, son solo algunos de una lista mayor que incluye otras dimensiones tales como morbilidad, nivel de instrucción, rol social, nivel de dependencia, estilos y hábitos de vida, entre otras, y que permiten comprender el fenómeno en los diferentes contextos que las diversas situaciones sociales conforman. Por otra parte, y sin desconocer los numerosos estudios que han profundizado en el grado de asociación entre variables (González et al, 2005; Peláez et al, 2015; Azpiazu et al, 2002; Girón Daviña, 2010), el análisis que aquí se presenta del EAS en los distintos grupos sociales discriminados por estos factores no pretende establecer relaciones causales sino tan solo describir el desempeño del indicador en diferentes contextos sociales.

⁵ Objeto de otro estudio, quizás más de orden metodológico, puede ser evaluar los sesgos que la información aportada por el EAS porta en función tanto del lugar de la pregunta en el cuestionario como del denominado efecto del modo de administración del formulario que encuentra que las preguntas de auto-administración revelan más morbilidad o un efecto contextual de aprendizaje por el cual las respuestas están influenciadas por las cuestiones de morbilidad incluidas (Hernández-Quevedo et al, 2008).

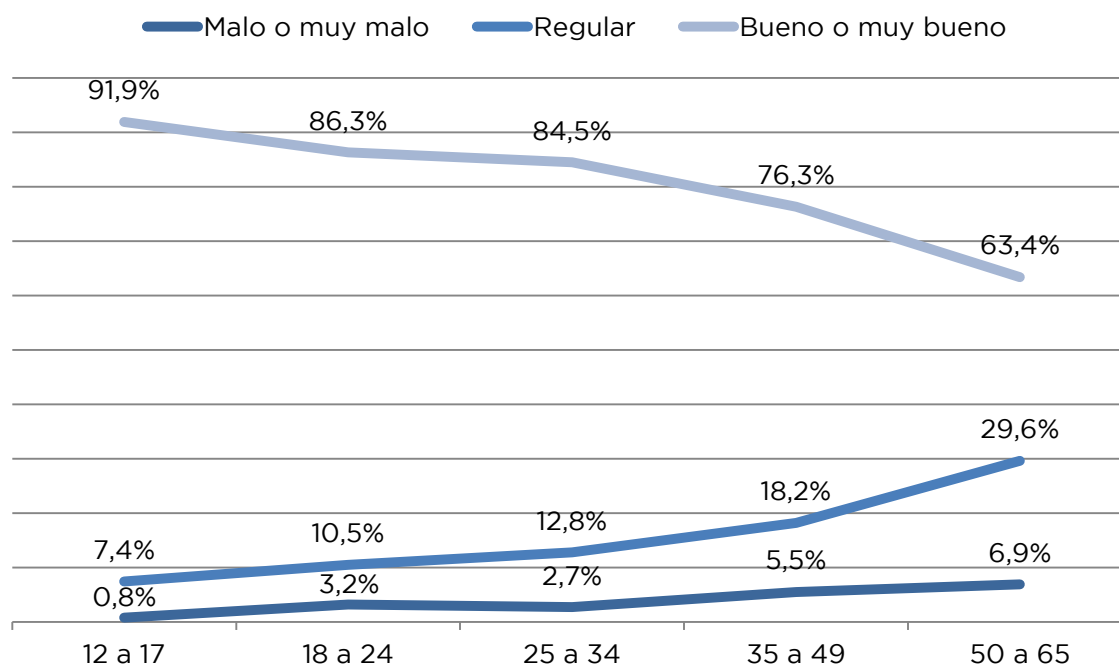
Gráfico 1. Estado autopercebido de la salud en el último año, según género. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017



En el total de la población objeto del estudio, la percepción subjetiva de la salud propia es mayoritariamente positiva. El 78,2% de los encuestados caracteriza su estado de salud en el último año como bueno o muy bueno, mientras que sólo el 4,4% lo describe como malo o muy malo.

Dicha percepción mayoritariamente positiva de la salud se mantiene si se observa la distribución por género. Esto es, en ambos grupos, para más del 75% de la población su salud es buena o muy buena. Sin embargo, la tendencia es visiblemente más marcada entre los varones, quienes presentan una autopercepción positiva en más del 80% de la población. La población de mujeres, por su parte, es la que más frecuentemente caracteriza su salud como mala o muy mala, o regular, dado que esta apreciación se manifiesta en el 5% y el 18,6% de ellas, respectivamente.

Gráfico 2. Estado autopercibido de la salud en el último año, según tramos de edad. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017



Respecto a cómo se manifiesta esta representación en función de grupos de edad, surge como primera observación que a medida que aumenta la edad la percepción positiva de la salud decrece, conforme, simultáneamente, aumenta la percepción negativa y regular. De esta manera, mientras hasta los 34 años más del 85% de la población valora su salud como buena o muy buena, a partir de los 35 años ésta percepción se encuentra en el 76% de la población, y llega al 63% entre los 50 y los 65 años. A su vez, la valoración negativa de la propia salud se menciona en menos del 1% de la población más joven, éste valor asciende marcadamente a partir de los 35 años y se ubica en el 7% para el tramo de edad más avanzado.

Tabla 4. Estado autopercebido de la salud en el último año, según ingreso mensual del hogar. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017

EAS	Ingreso mensual del hogar					Total
	Menos de 4000 pesos	De 4000 a 10000 pesos	De 10001 a 16000 pesos	De 16001 a 25000 pesos	Más de 25000 pesos	
Malo o muy malo	8,3%	5,2%	5,0%	2,8%	2,3%	4,4%
Regular	19,9%	21,5%	15,8%	13,7%	9,1%	17,4%
Bueno o muy bueno	71,8%	73,3%	79,2%	83,5%	88,6%	78,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como se indicara líneas arriba respecto de los factores que se asocian a la valoración subjetiva de la salud, las características socioeconómicas de la población se presentan como un aspecto a considerar a la hora del análisis sobre la representación que ésta tiene sobre el estado de su salud. En este estudio específico se seleccionó al ingreso mensual del hogar como indicador clave, entre otros posibles, para dar cuenta de un aspecto del nivel socioeconómico de la población encuestada. La selección se orientó principalmente bajo el criterio de ser un indicador, incluido en el cuestionario del estudio marco, que de modo muy sintético aporta información valiosa sobre el volumen monetario con el que mensualmente cuenta el hogar del que la persona es miembro, bajo el supuesto a su vez de que de éste ingreso dependen consumos ligados a las condiciones de vida y el bienestar tales como la alimentación, el ocio, consumos relativos a la educación y la cultura, y otros relacionados con la salud y hábitos asociados.

En todos los niveles de ingreso, la tendencia global identificada en el conjunto de la población se mantiene. Es decir, en todos los grupos una proporción mayoritaria de los encuestados manifestó tener una salud buena o muy buena. Sin embargo, las diferencias porcentuales entre las representaciones positiva y negativa de la salud son marcadamente disímiles entre grupos con diferentes ingresos. Por un lado, la percepción positiva de la salud crece conforme aumenta el ingreso mensual, de modo que entre la población que percibe el ingreso menor (menos de 4000 pesos al mes) la representación del estado de

salud como bueno o muy bueno ha sido indicada por el 71% de las personas, mientras este mismo valor asciende a más del 88% entre quienes integran hogares con un ingreso mensual mayor a 25000 pesos. Esto implica, a su vez, que en la población que se ubica en las categorías perceptoras de un ingreso mayor a 16000 pesos al mes, la percepción positiva de la salud es más frecuente que a nivel de la población global. Esta dirección se revierte al observar la distribución de la valoración negativa de la salud: ésta decrece a medida que aumenta el ingreso, y, de manera más marcada, en la frontera del ingreso mensual de los 4001 pesos.

Otro emergente surgido de la observación de los datos, es que al interior de los grupos con distintos niveles de ingreso, la distribución de las respuestas suele presentarse más heterogéneamente conforme aumenta el ingreso. Esto se observa en la distribución de la percepción de un estado de salud caracterizado como regular. En el grupo que percibe menores ingresos, la distribución de la población tiende a ubicarse más repartidamente entre las tres categorías de estado subjetivo de salud (8,3%, 19,9% y 71,8%); por el contrario, a medida que aumenta el ingreso, las frecuencias tienden a agruparse en la categoría de percepción positiva de salud.

Tabla 5. Estado autopercebido de la salud en el último año en población de 12 a 65 años, según principal actividad. Argentina, 2017

EAS	Principal actividad						
	Trabajó jornada completa, es decir, entre 35 a 45 horas a la semana	Trabajó jornada parcial, (menos 35 horas a la semana), pero quisiera trabajar más horas	Trabajó jornada parcial, (menos de 35 horas a la semana), y no quiere trabajar más horas	Trabajó más de 45 horas semanales	Tuvo un trabajo temporario	Estuvo sin trabajo, pero buscó o está buscando trabajo	Teniendo trabajo, no asistió por vacaciones, enfermedad, paro o huelga, u otro problema
Malo o Muy malo	3,5%	4,0%	1,8%	2,0%	5,6%	4,5%	4,1%
Regular	13,3%	22,4%	18,2%	25,6%	23,1%	15,7%	19,5%
Bueno o Muy bueno	83,2%	73,6%	80,0%	72,4%	71,4%	79,8%	76,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

EAS	Principal actividad							Total
	Estuvo dedicado/a a tareas del hogar	Estuvo dedicado al cuidado de familiares/parientes	Estuvo dedicado al estudio	Es jubilado, pensionado o rentista	Incapacitado para trabajar	No hizo / hace nada	No contesta	
Malo o Muy malo	7,0%	3,8%	2,2%	11,1%	30,1%	5,9%	,6%	4,4%
Regular	18,3%	26,8%	7,4%	38,3%	42,3%	14,0%	16,9%	17,4%
Bueno o Muy bueno	74,7%	69,4%	90,3%	50,6%	27,6%	80,1%	82,5%	78,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Parte de la literatura sobre la materia (Peláez et al, 2015; Azpiazu et al, 2002; González et al, 2005) refiere a las actividades y a la situación laboral como factores que, junto a otros, también se asocian a la representación que la población construye sobre el estado de su salud. Los datos arrojados por el “Estudio nacional...” permiten analizar, en este sentido, cómo manifiestan esta percepción distintos grupos poblacionales discriminados según su principal actividad.

Es marcada la diferencia en la valoración subjetiva de la salud entre la población que manifestó como principal actividad trabajar o estudiar, y aquella que es jubilada, pensionista o rentista, incapacitada para trabajar, o estuvo dedicada a tareas del hogar. De esta manera, en el primer grupo de los mencionados se observa un mejor desempeño de la valoración positiva de salud, siendo que más del 80% de las personas que trabajan jornada completa o parcial (y no manifiestan deseo de trabajar más horas) indicó tener una salud buena o muy buena, respuesta que señaló también el 90% de las personas cuya principal actividad es estudiar. Es en este mismo grupo poblacional que se observan los menores registros de valoración negativa de la salud.

Por otro lado, entre las personas que indicaron estar incapacitadas para trabajar tuvo lugar la menor cantidad de respuestas positivas respecto del estado de salud. Solo el 27,6% de ellos valoró su salud como buena o muy buena, mientras que el 30% la caracterizó como mala o muy mala, ubicándose como el grupo poblacional que más valoraciones negativas manifestó. En esta misma línea, el 11% de la población jubilada, pensionista o rentista, y el 7% de quienes están dedicados a tareas del hogar, señalaron tener una salud mala o muy mala.

Tabla 6. Estado autopercebido de la salud en el último año en población de 12 a 65 años, según tipo de atención médica. Argentina, 2017

EAS	Tipo de atención médica			Total
	Privada / Prepaga	Obra Social	Atención pública exclusiva	
Malo o muy malo	3,3%	4,2%	5,0%	4,4%
Regular	11,2%	16,8%	19,5%	17,4%
Bueno o muy bueno	85,5%	79,0%	75,5%	78,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. Estado autopercebido de la salud en el último año en población de 12 a 65 años, visita a profesionales de la salud en los últimos 12 meses. Argentina, 2017

EAS	Visita a profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión... últimos 12 meses			Total
	Sí	No	No contesta	
Malo o Muy malo	8,5%	3,5%	,9%	4,4%
Regular	27,1%	15,3%	15,3%	17,4%
Bueno o Muy bueno	64,4%	81,2%	83,9%	78,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Finalmente, respecto a la cobertura de salud y el uso reciente de alguno de sus servicios, se observa que la autopercepción de la salud fluctúa de acuerdo al tipo de cobertura y a la atención médica. En ese sentido, la valoración positiva de la salud de la población se manifiesta más marcadamente en el subgrupo que posee cobertura de salud privada o prepaga (85,5%), 10 puntos porcentuales por arriba de este mismo dato entre quienes tienen exclusivamente atención pública. Simultáneamente, la caracterización negativa y regular de la propia

salud asciende entre quienes cuya cobertura de salud es por obra social o exclusiva atención pública.

La visita reciente a un profesional de la salud, por problemas de angustia, relaciones personales o depresión, coincide con valores más altos de un estado autopercebido de la salud como malo, muy malo o regular (35,6%). Por el contrario, entre aquellos que indicaron no haber ido a una visita de ese tipo, la valoración subjetiva de la salud mejora, siendo que la percepción negativa baja al 18,8%.

Capítulo III: Consumo de sustancias psicoactivas y valoración subjetiva de la salud

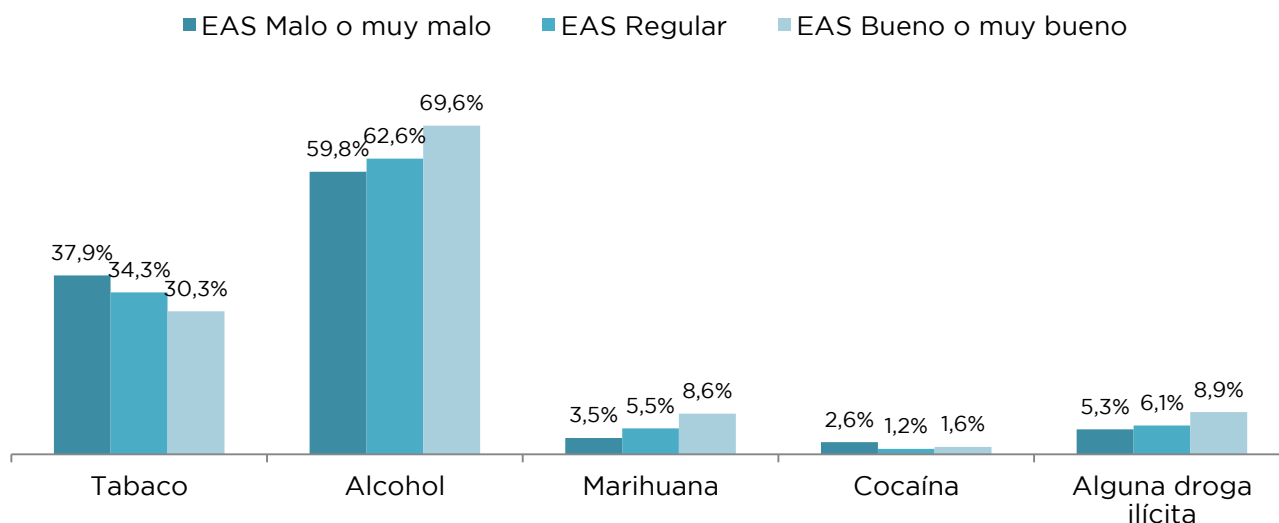
La DNOAD tiene como misión principal producir conocimiento válido y confiable sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el país, y fenómenos a éste asociados. En ese sentido, el sexto “Estudio nacional...” permitió obtener información actualizada sobre la magnitud y características del fenómeno en la población argentina. En este capítulo, y en concordancia con los objetivos de este estudio, se expone información específica sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la autopercepción de la salud de la población, para la Argentina en el año 2017. En otras palabras, se pretende en estas líneas indagar cómo se manifiesta la práctica del consumo en poblaciones con distintas valoraciones subjetivas de la salud, sean estas negativas, regulares o positivas.

En este capítulo se presenta el análisis del consumo de sustancias psicoactivas a la luz de la autopercepción de la salud de la población, de manera discriminada según las principales sustancias consumidas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína).

1. Consumo de sustancias psicoactivas y estado autopercebido de salud.

La prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas entre la población discriminada según su valoración positiva, regular o negativa de la salud, se observa primeramente que en la mayoría de las sustancias bajo análisis, exceptuando el caso del tabaco y la cocaína, la población que percibe su salud en términos positivos es la que mayor consumo reciente de sustancias presenta. En este sentido, cerca del 70% de quienes caracterizan su salud como buena o muy buena consumieron alcohol en el último año, el 8,6% marihuana, y el 8,9% alguna droga ilícita. La prevalencia de consumo de estas sustancias disminuye conforme la valoración de la salud empeora. Así, entre quienes manifiestan tener una salud mala o muy mala, el 60% manifiesta consumo reciente de alcohol, y el 3,5% marihuana.

Gráfico 3. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas, según estado autopercebido de la salud en el último año. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017



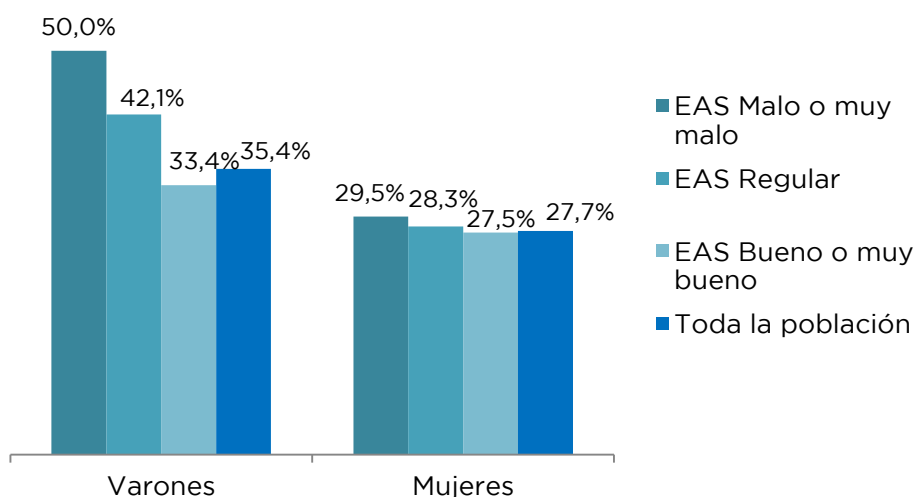
El consumo de tabaco, por su parte, se encuentra presente en las tres poblaciones según su estado autopercebido de salud, aunque con mayor fuerza entre quienes informan una salud mala o muy mala (38%). En este sentido se observa que el desempeño de las variables se invierte en relación a las mencionadas en el párrafo anterior, dado que la prevalencia de consumo de tabaco asciende a medida que la valoración de la salud se vuelve regular y negativa.

En el caso del consumo de cocaína, finalmente, la mayor prevalencia se observa en la población con autopercepción negativa de la salud (2,6%).

A continuación, se presenta un análisis específico por sustancia psicoactiva.

1.1 Consumo de tabaco

Gráfico 4. Consumo de tabaco según estado autopercebido de la salud en el último año, por género. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de tabaco. Argentina, 2017



El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva en prevalencia de año de consumo en el país, dado que el 31,3% de la población de 12 a 65 años indicó haber fumado durante los últimos 12 meses. Esta práctica, a su vez, se presenta con más fuerza en la población de varones (35,4%) que en la de mujeres (27,7%).

Al observar el consumo de tabaco a la luz de la valoración subjetiva de la salud de la población bajo estudio, emerge que dicho consumo varía según la representación de la propia salud sea positiva o negativa, y con mayor fuerza entre los varones. La mitad de la población masculina cuya salud es autopercebida como mala o muy mala presenta consumo de tabaco en el mismo período para el que evaluó su salud. Dicha proporción, por un lado, es marcadamente superior a la prevalencia de consumo en el total de los varones (35,4%), y, por otro, disminuye visiblemente a medida que la valoración de la salud mejora: sólo un tercio de la población que evalúa su salud como buena o muy buena indicó consumo reciente de tabaco. En este sentido, los datos informan sobre una posible asociación en los varones entre el fumar tabaco y una impresión negativa sobre la propia salud.

Esta misma asociación no se aprecia con la misma fuerza en la población femenina. En el grupo de mujeres, la prevalencia de consumo reciente de tabaco se mantiene más o menos estable en la población discriminada según estado autopercebido de salud. La prevalencia asciende apenas 2 puntos porcentuales (29,5%) entre quienes perciben negativamente su salud, respecto del total de las mujeres que consumen esta sustancia.

Tabla 8. Consumo de tabaco según estado autopercebido de la salud en el último año, por tramos de edad. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de tabaco. Argentina, 2017

Tramos de edad	EAS			Total
	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	
12 - 17	8,8%	33,3%	11,8%	13,4%
18 - 24	41,6%	37,9%	32,6%	33,5%
25 - 34	39,2%	42,1%	34,9%	36,0%
35 - 49	43,3%	33,2%	33,5%	34,0%
50 - 65	32,1%	30,8%	27,1%	28,5%

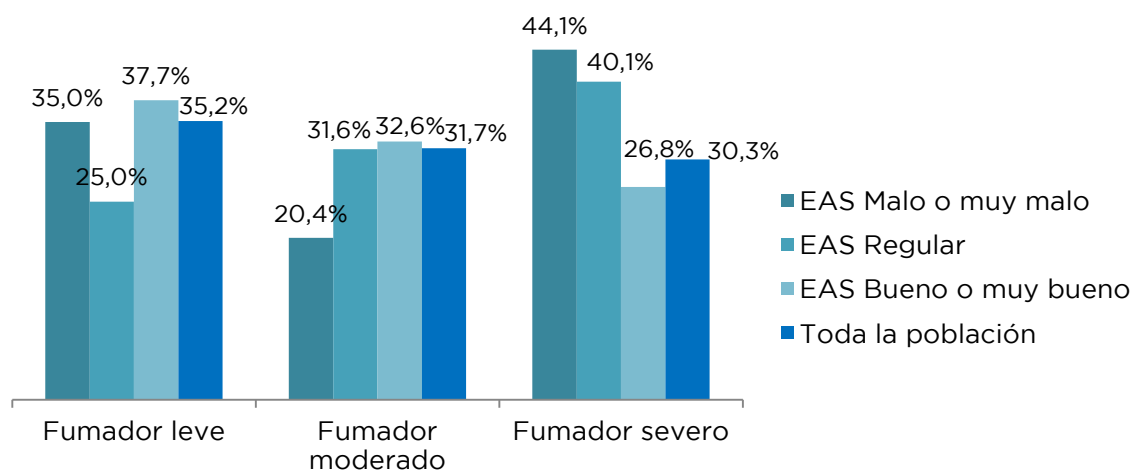
El análisis del consumo de tabaco en distintos grupos etarios en función de las diferentes valoraciones subjetivas de salud arroja inicialmente dos observaciones. Por un lado, la proporción de usuarios de tabaco para cada grupo etario entre quienes aprecian positivamente su salud es similar a la hallada para el conjunto de la población, aunque levemente inferior en todos los casos. Sin embargo, la población que califica negativamente su salud es la que, a su vez, presenta mayores prevalencias en el consumo reciente a partir de los 18 años. Luego de dicha edad, la proporción de fumadores se ubica entre los 3 y los 10 puntos porcentuales por encima del valor para el total de la población de esa edad.

Entre los jóvenes de 12 a 17, por otro lado, son quienes califican su salud como regular, es decir, eligiendo la categoría más neutral, los que presentan consumo de tabaco con mayor frecuencia. El 33,3% de éstos indicó consumo reciente de

tabaco, frente al 13,4% de consumidores entre el total de los jóvenes de esa edad.

En el grupo de edad más avanzada, finalmente, las tasas de consumo tienden a equipararse entre las distintas valoraciones de la propia salud.

Gráfico 5. Distribución de tipo de fumadores actuales según estado autopercebido de la salud. Población de 12 a 65 años que ha consumido tabaco en el último mes. Argentina, 2017



Nota: a los fines de una lectura sencilla de este gráfico, se ha suprimido la categoría "Ns/nc", por lo que los valores presentados en cada categoría no suman el 100%.

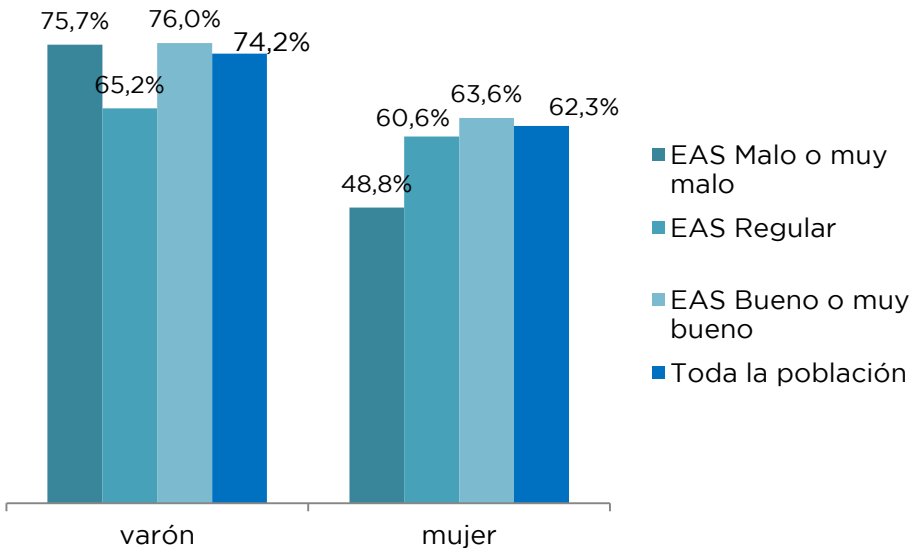
En la caracterización de los consumidores de tabaco, a su vez, la DNOAD se vale de una clasificación según la cantidad de cigarrillos consumidos en el día, en línea con las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud. De esta manera, la población usuaria puede discriminarse en fumadores leves, quienes consumen menos de 5 cigarrillos al día, fumadores moderados, que presentan un consumo diario de entre 6 y 15 cigarrillos, y fumadores severos, con un consumo de más de 16 cigarrillos al día.

Como se analiza en el informe sobre intensidad de consumo de tabaco y alcohol (DNOAD, 2017), la población con consumo actual de tabaco se distribuye más o menos homogéneamente entre los tres tipos de intensidad de consumo diario, siendo apenas más prevalente el consumo leve.

Los perfiles de consumo de tabaco así caracterizados se desempeñan de formas particulares al observarlos según la valoración de la salud de los consumidores. En primer lugar, los datos indican que la intensidad de consumo disminuye conforme aumenta la valoración positiva de la salud. Entre quienes manifestaron tener una salud buena o muy buena, el 37,7% es pasible de ser caracterizado como fumador leve, el 32,6% como moderado y el 26,8% como severo. Por otro lado, en la población con consumo de tabaco cuya salud es autopercebida como mala o muy mala el 44,1% presenta un uso severo de la sustancia, disminuyendo al 20,4% quienes consumen moderadamente.

1.2 Consumo de alcohol

Gráfico 6. Consumo de alcohol según estado autopercebido de la salud en el último año, por género. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de alcohol. Argentina, 2017



En Argentina, el 81% de la población de 12 a 65 años tomó alguna bebida alcohólica en su vida, y cerca de 7 de cada 10 personas indicó consumo de esta sustancia durante el último año. El consumo actual, por su parte, es una práctica declarada por la mitad de la población, y tanto la prevalencia de año como de mes se encuentra en mayor medida en la población de varones.

Las tasas de consumo reciente de alcohol se manifiestan de modo distinto entre los varones y mujeres que han caracterizado el estado de su salud. Mientras la prevalencia de consumo de alcohol asciende entre las mujeres que señalan tener

mejor salud, la ingesta de bebidas alcohólicas entre los varones se mantiene medianamente estable sin importar la valoración de su salud. Es solo en el grupo que percibe su salud como ni buena ni mala que el consumo de alcohol disminuye.

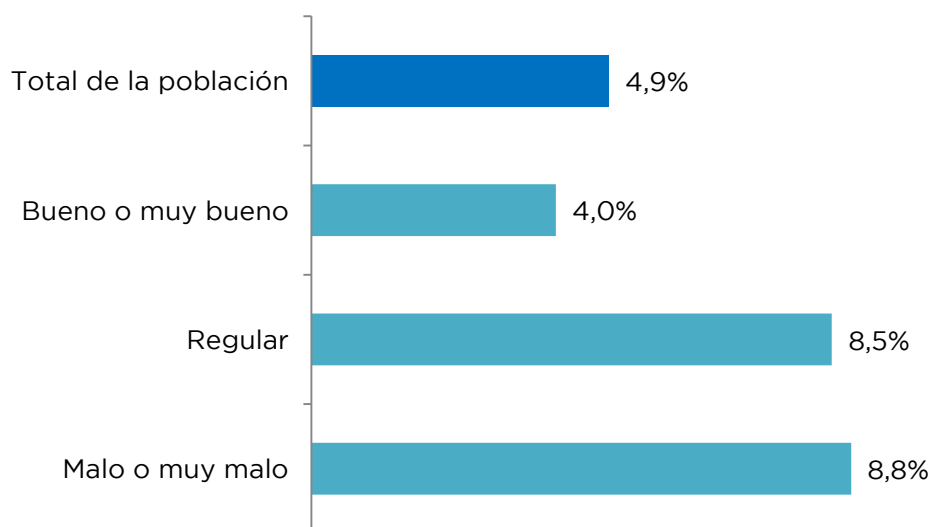
Tabla 9. Consumo de alcohol según estado autopercebido de la salud en el último año, por edad. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de alcohol. Argentina, 2017

Tramos de edad	EAS			Toda la población
	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	
12 - 17	47,4%	68,5%	52,7%	53,8%
18 - 24	91,6%	82,0%	78,0%	78,9%
25 - 34	67,2%	67,4%	75,0%	73,8%
35 - 49	58,9%	63,2%	67,7%	66,4%
50 - 65	47,4%	54,4%	65,4%	60,9%

El consumo de alcohol en el último año fue observado en todos los grupos etarios de la población encuestada, aunque con mayor fuerza en los jóvenes de 18 a 34 años (más del 73%). Cabe mencionar, asimismo, que en el rango etario más joven de 12 a 17 años, el consumo reciente de alcohol se presenta en más de la mitad de la población.

El patrón de presencia de consumo reciente de alcohol, en subgrupos poblacionales de acuerdo a cómo valoran su salud, difiere entre los menores y mayores de 25 años. Mientras, por un lado, los jóvenes de 12 a 24 años presentan mayores prevalencias conforme hayan calificado su salud de forma negativa o regular, los mayores de 25 años muestran mayor consumo si tienen una salud buena o muy buena según su apreciación. Este último patrón, además, refleja una disminución progresiva del consumo a medida que aumenta la edad entre quienes perciben su salud negativamente.

Gráfico 7. Consumo de alcohol regular de riesgo según estado autopercebido de la salud. Población de 12 a 65 años con consumo actual de alcohol. Argentina, 2017



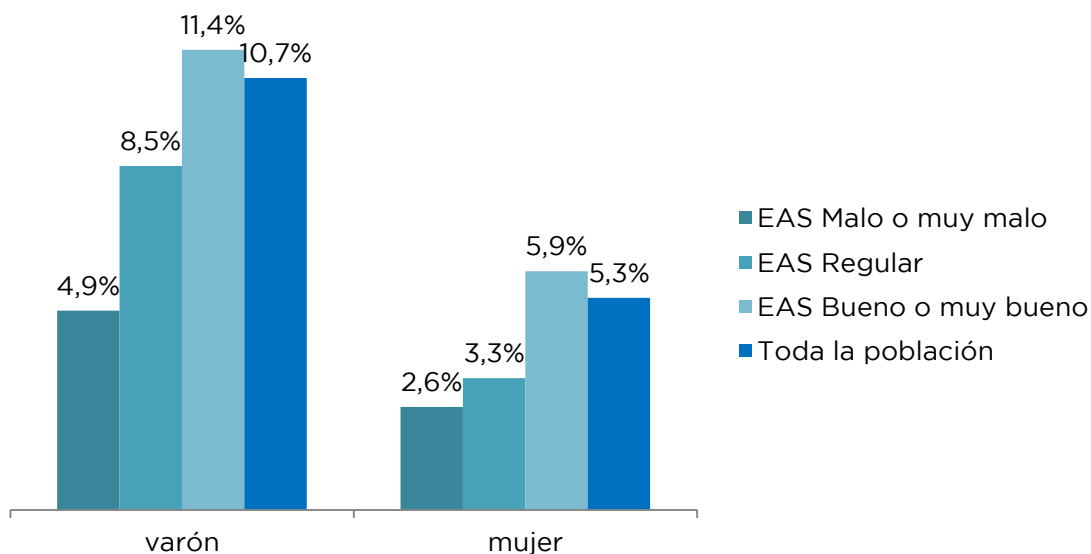
Siguiendo el informe sobre intensidad de consumo de tabaco y alcohol (DNOAD, 2017a), existen diversas formas de consumo de alcohol que suponen un riesgo o daño importante para la persona usuaria. Algunas de ellas implican un consumo diario elevado, episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos que causan daño físico o mental, y otros cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. Para el análisis de esta dimensión del consumo de una sustancia puede hacerse uso de una serie de indicadores estandarizados que arrojan información válida y fiable, permitiendo comprender en alguno de sus aspectos esta problemática⁶. El *consumo de alcohol regular de riesgo* es uno de ellos, definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres, en los últimos 30 días.

Cerca del 5% de los bebedores actuales de alcohol presenta consumo regular de riesgo. La lectura de la información aportada por este indicador a la luz de cómo la población percibe el estado de su salud permite, no obstante, observar que dicho valor asciende marcadamente entre quienes valoran negativamente su salud. Mientras en la población con uso de alcohol que indicó gozar de buena salud el consumo regular de riesgo se identifica en el 4%, entre quienes valoran su salud como mala o muy mala el consumo de riesgo se manifiesta en el 8,8% de la población.

⁶ Para un conocimiento más detallado de éste y otros indicadores de consumo problemático o perjudicial de alcohol, léase DNOAD (2017a).

1.3 Consumo de marihuana

Gráfico 8. Consumo de marihuana según estado autopercebido de la salud, por género. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de marihuana. Argentina, 2017



La marihuana, luego del alcohol y el tabaco, es la sustancia con mayor tasa de consumo de alguna vez en la vida (17,4%). A su vez, el 7,8% de la población presenta consumo reciente o en el último año, valor que asciende a 10,7% entre los varones y 5,2% en la población de mujeres.

Desde una mirada atenta a la valoración subjetiva de la salud, se observa que en ambos géneros la prevalencia de consumo reciente de marihuana asciende en los grupos con autopercepción positiva de la salud. En este sentido, la población con mejor evaluación de su salud presenta consumo reciente de marihuana en el 11,4% entre los varones y en el 5,9% de las mujeres.

Tabla 10. Consumo de marihuana según estado autopercebido de la salud, por edad. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de marihuana. Argentina, 2017

Tramo de edad	EAS			Toda la población
	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	
12 - 17	23,8%	5,2%	4,7%	4,9%
18 - 24	8,2%	29,1%	14,6%	15,9%
25 - 34	10,5%	6,8%	14,4%	13,3%
35 - 49	1,8%	2,4%	5,7%	4,9%
50 - 65	,1%	1,0%	,9%	,9%

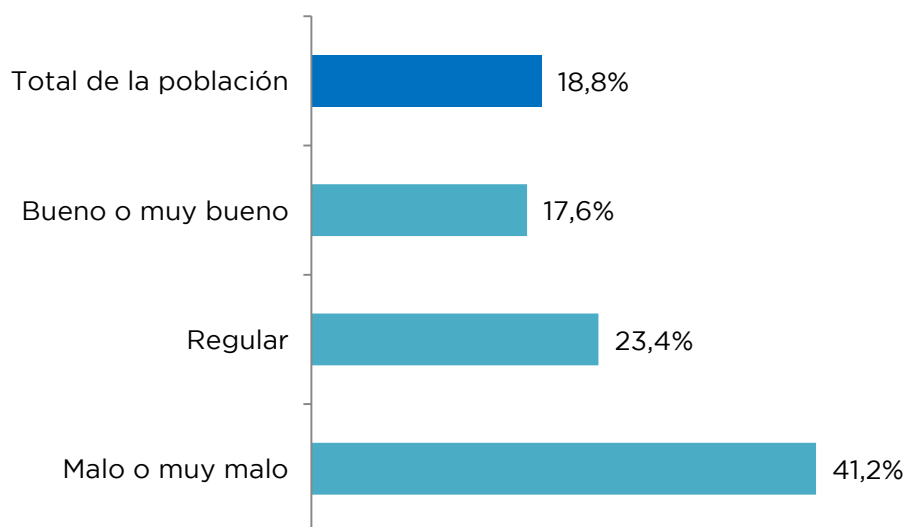
La prevalencia de uso de marihuana se distribuye en todos los tramos de edad, concentrándose en la población de 18 a 34 años. La edad de inicio en el consumo de marihuana promedia los 18 y 19 años, levemente más temprano en el caso de los varones, y se observa que los más jóvenes (12 a 17 años) son los más precoces en el consumo de marihuana por primera vez dado que en promedio lo hacen a los 15 años (DNOAD, 2017).

El 23,8% de los jóvenes de 12 a 17 años que según su valoración tienen una salud mala o muy mala indicaron haber consumido marihuana en el último año. En la población con percepción negativa de la salud esta proporción baja marcadamente en los grupos de mayor edad, siendo de menos del 2% para los mayores de 35 años.

Por otro lado, entre quienes manifiestan tener una buena salud, la prevalencia de consumo reciente de marihuana es más alta que en la población con salud autopercebida negativamente. Esto se da en todas las edades a partir de los 18 años. En el grupo etario anterior, por el contrario, la tasa de consumo de marihuana disminuye.

Dentro de la población cuya autopercepción del estado de la salud es regular, es decir, que al momento de responder optó por no identificar su salud como buena o mala, un 30% de personas entre 18 y 24 años presenta consumo reciente de marihuana.

Gráfico 9. Abuso de marihuana según estado autopercebido de la salud. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de marihuana. Argentina, 2017

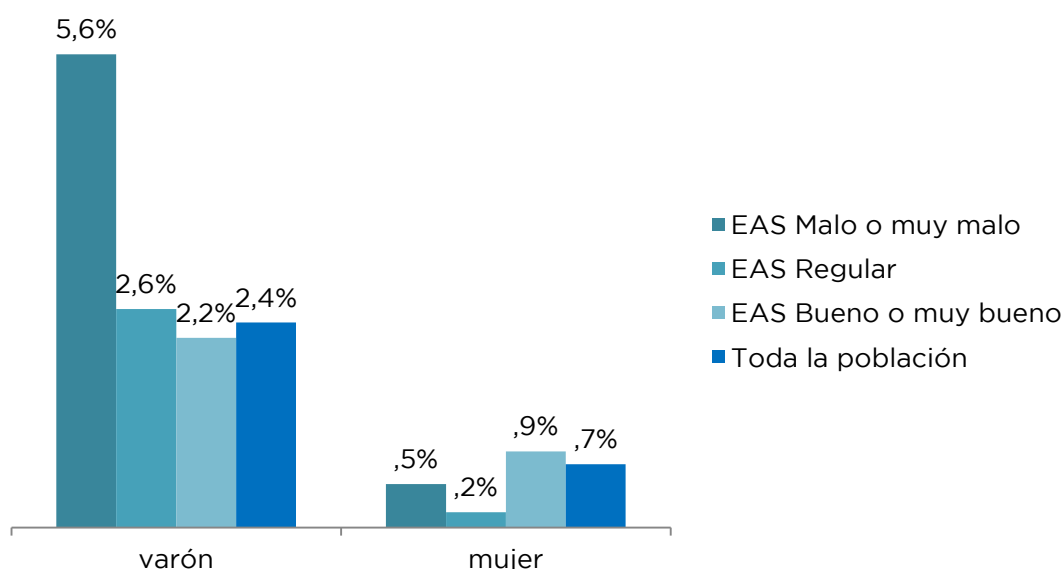


El informe “Marihuana. Intensidad del consumo...” del DNOAD (2017b), analiza la evidencia sobre el consumo de marihuana en el país, aportada por el estudio nacional en población general llevado a cabo por dicho organismo. Un aspecto de relevancia que el informe examina es el uso problemático y/o de abuso de esta sustancia psicoactiva, dimensión que trabaja a partir de dos indicadores contruidos a tal fin. Uno de ellos, sensible al fenómeno del abuso, sigue los criterios del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM IV), y el otro, referido a los casos de dependencia, creado a partir de los criterios “Clasificación internacional de enfermedades” (CIE 10). A los fines del presente estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la autopercepción de la salud, se selecciona el indicador sobre abuso de marihuana y su relación con la valoración positiva o negativa de la salud de la población usuaria.

Como resultado de la aplicación de la escala de abuso de marihuana, el 18,8% de los consumidores del último año presenta un uso abusivo. Este porcentaje asciende fuertemente entre aquellos consumidores recientes que califican el estado de su salud como malo o muy malo: el 41,2% de ellos presenta abuso de la sustancia. En los grupos de prevalentes de año de marihuana con evaluaciones subjetivas de la salud regulares o positivas, el porcentaje de consumidores abusivos decrece progresivamente, al 23,4% y al 17,6%.

1.4 Consumo de cocaína

Gráfico 10. Consumo de cocaína según estado autopercebido de la salud, por género. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de cocaína. Argentina, 2017



El 5,3% de la población de 12 a 65 años ha consumido cocaína alguna vez en la vida, lo que representa a más de un millón de personas. La población masculina presenta una prevalencia mayor que la femenina (8,2% y 2,7% respectivamente), y esta tasa global, a su vez, se incrementa con la edad hasta llegar a los 34 años, donde comienza a decrecer (DNOAD, 2017c).

El consumo reciente de cocaína, esto es, el uso de la sustancia hecho en los últimos 12 meses del relevamiento, se encuentra en el 1,5% de la población general. Este valor aumenta al interior de la población masculina (2,4%) y decrece entre las mujeres (0,7%).

Si se observa el desempeño de este indicador en los subgrupos discriminados según valoren positiva o negativamente su salud, emerge primeramente el hallazgo de un patrón diferente en ambos géneros. Mientras en la población de varones la proporción de consumo reciente de cocaína asciende entre quienes declaran tener mala salud y desciende fuertemente conforme dicha percepción es más positiva, en la población de mujeres la mayor proporción de consumidores se haya entre quienes perciben su salud como buena o muy buena, aunque con un desempeño más homogéneo entre los tres estados autopercebidos de la salud.

Tabla 11. Consumo de cocaína según estado autopercebido de la salud, por edad. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de cocaína. Argentina, 2017

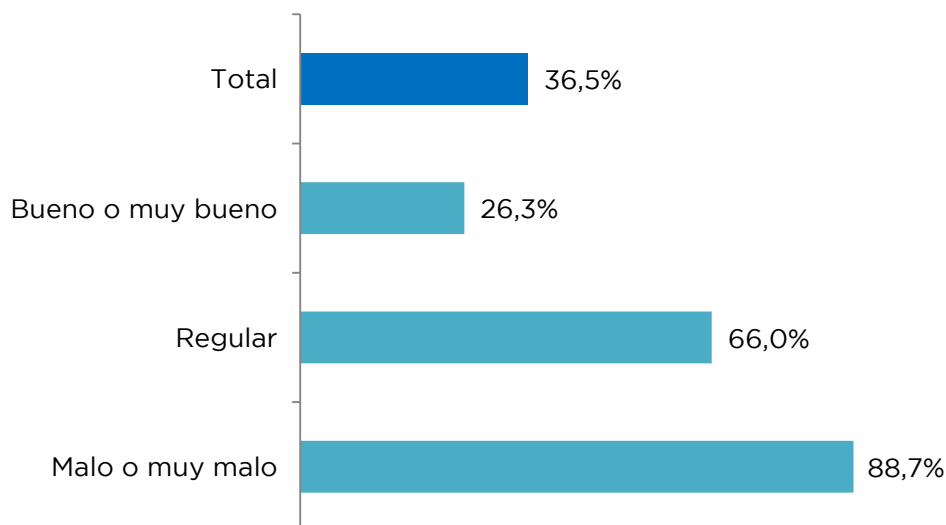
Tramo de edad	EAS			Toda la población
	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	
12 - 17	1,6%	1,1%	,3%	,4%
18 - 24	1,7%	3,9%	2,9%	3,0%
25 - 34	,6%	1,1%	2,1%	1,9%
35 - 49	6,5%	1,5%	1,4%	1,7%
50 - 65		,3%	,3%	,3%

Considerando la edad de la población, la mayor proporción de consumidores recientes de cocaína se halla entre los 18 y los 24 años (3%), disminuyendo fuertemente en los grupos etarios extremos.

Entre las personas de 12 a 17 años que caracterizan su salud como mala o regular, sin embargo, se observa una prevalencia mayor que en el global de la población de esta edad. Lo mismo ocurre, y con mayor intensidad, en el grupo de 35 a 49 años que valoran negativamente su salud: entre éstos, la prevalencia de consumo de cocaína es de 6,5%, la más alta entre todos los grupos poblacionales.

Entre un 2% y un 3% de la población de 18 a 34 años que valora su salud como buena o muy buena presenta consumo reciente de cocaína.

Gráfico 11. Distribución porcentual de presencia de criterios de dependencia en usuarios de cocaína según estado autopercebido de la salud. Población de 12 a 65 años con consumo reciente de cocaína. Argentina, 2017



En su informe específico sobre uso de cocaína, el DNOAD (2017c) utilizó los criterios diagnósticos de la CIE 10 para dar cuenta de los consumidores con dependencia de la cocaína. De esta manera, se informa que el 36,5% de consumidores de último año de cocaína presenta criterios de dependencia de esta sustancia.

Dicha proporción de usuarios con presencia de criterios de dependencia aumenta a medida que la valoración subjetiva de la salud tiende a ser negativa. Entre los consumidores de cocaína que tienen una autopercepción de la salud positiva, el 26,3% presenta criterios de dependencia en el uso. Este valor crece al 66% para los que valoran su estado de salud como regular, y a 88,7% entre quienes la evalúan como mala o muy mala.

Capítulo IV: Consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable y valoración subjetiva de la salud

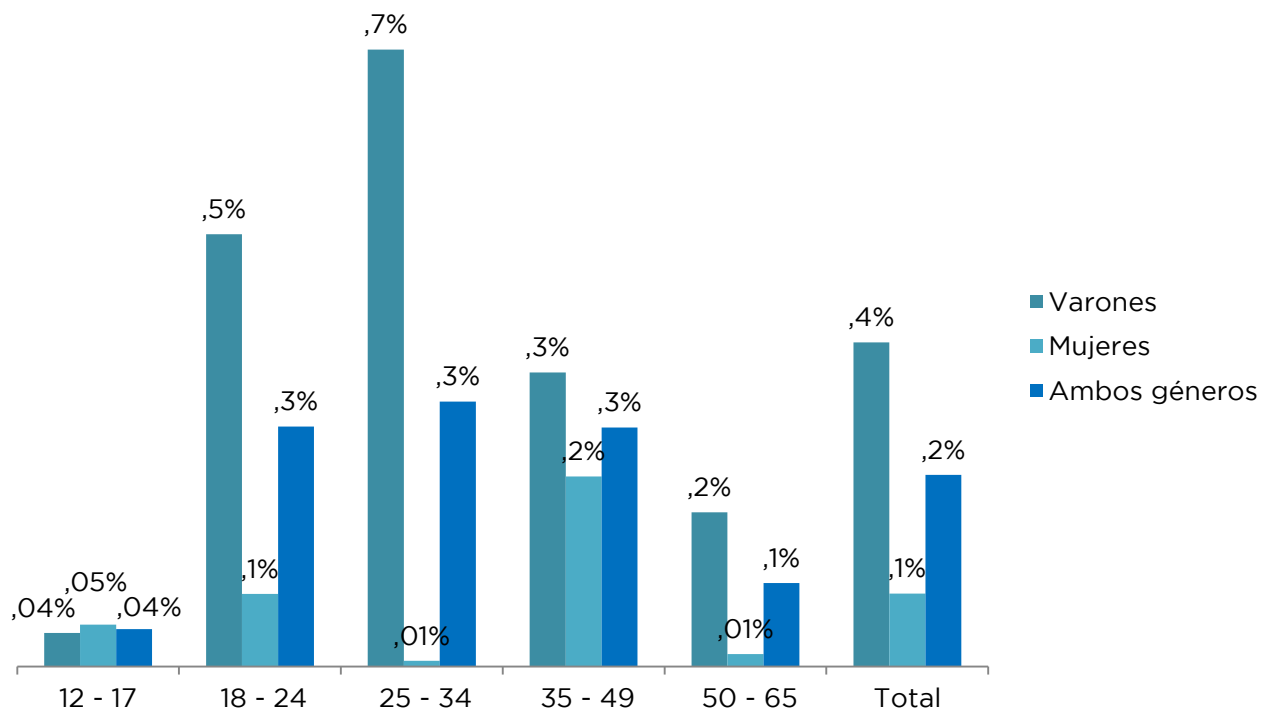
El consumo de sustancias psicoactivas es posible de ser caracterizado, además de por la frecuencia, intensidad, o los patrones de consumo, por el modo en el que el usuario consume la sustancia. De esta manera, el modo o la vía de administración (oral o ingerida, pulmonar o inhalada, nasal o esnifada, rectal o genital, y parental o inyectada) surge como una variable a analizar, no sólo en función de la comprensión del fenómeno del consumo sino, además, como un aspecto que en buena medida aporta información específica sobre prácticas asociadas, posible comorbilidad, aumento o disminución de riesgos asociados, así como a la mayor o menor rapidez con la que se instaura una posible dependencia a la sustancia (Lorenzo Fernández et al, 2003).

La vía de administración de una sustancia a través de su inyección intravenosa, intramuscular o subcutánea, es caracterizada como una de las que cuentan con mayores niveles de riesgos asociados, en términos de sobredosis, infecciones por uso de equipos no estériles y complicaciones médicas (González, s/f).

En este apartado se presentan, primeramente, datos actualizados, aportados por el último estudio en población general de la DNOAD, sobre prevalencia de consumo de sustancias a través de dicho modo de administración, junto con un breve perfil de sus usuarios. En una segunda sección se estudian posibles patrones de consumo y hábitos asociados dados por el tipo de sustancia consumida, la última vez de uso, y la proporción de usuarios que ha compartido el equipo utilizado para la inyección. Se presenta, en tercer lugar, un análisis de la población usuaria de sustancias por esta vía según su demanda de tratamiento. Finalmente, se analiza el estado autopercebido de salud entre la población mencionada.

1. Magnitud del consumo de sustancias por vía inyectable

Gráfico 12. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable, según género y edad. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017

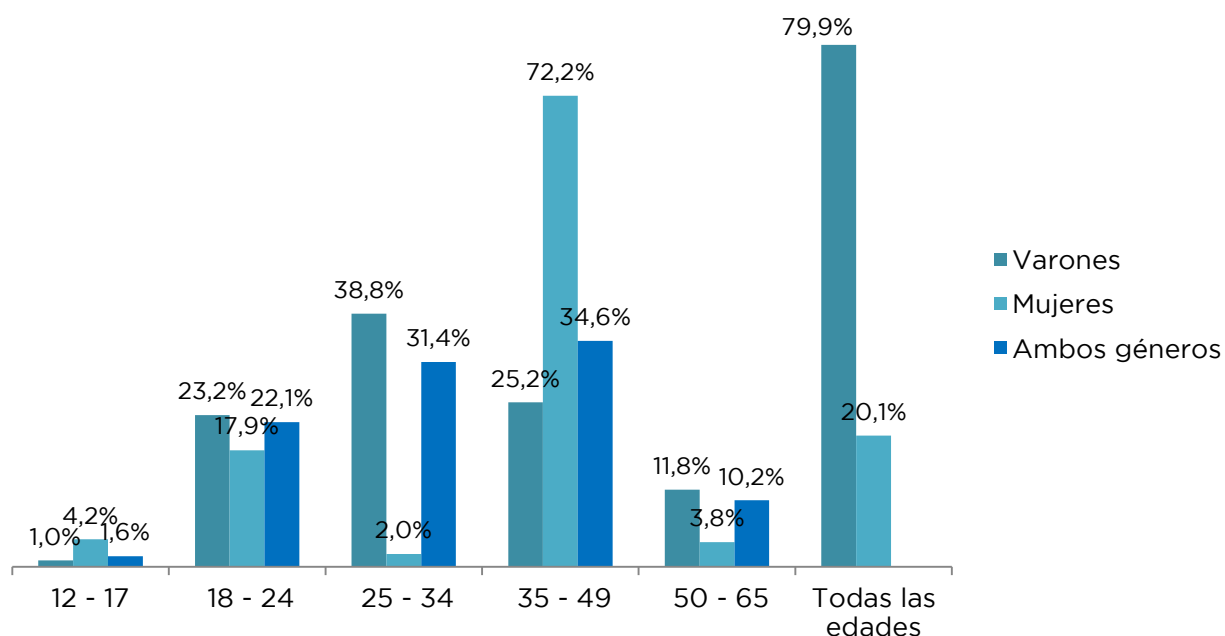


En la Argentina, 43.147 personas (0,2%) entre 12 y 65 años han consumido alguna vez en su vida alguna sustancia psicoactiva por vía inyectable. De estos, 34.481 (80%) son varones y 8.666 (20%) son mujeres; estos representan el 0,4% y el 0,1% de la población general, respectivamente.

Entre los jóvenes de 12 a 17 años, 709 (0,04%) se han inyectado alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida. En los grupos etarios a partir de los 18 años, por otra parte, la prevalencia de vida de inyección de sustancias se incrementa respecto de los más jóvenes: el 0,3% (9.556 personas) del grupo etario de 18 a 24 años fue usuaria alguna vez en la vida, una proporción similar se presenta en el tramo de 25 a 34 años (13.537 personas) y en el de 35 a 49 años (14.941 personas), y el 0,2% (19.345 personas) del tramo de los 35 a los 65 años. Entre ellos, entonces, el grupo etario con la mayor prevalencia de vida de consumo es el que se encuentra entre los 25 y 49 años, aunque con una diferencia muy leve respecto de los otros.

El uso inyectable de sustancias psicoactivas se presenta en todos los grupos etarios con mayor fuerza entre los varones, con excepción del tramo de edad más joven.

Gráfico 13. Distribución porcentual de usuarios, según grupo de edad y género. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017

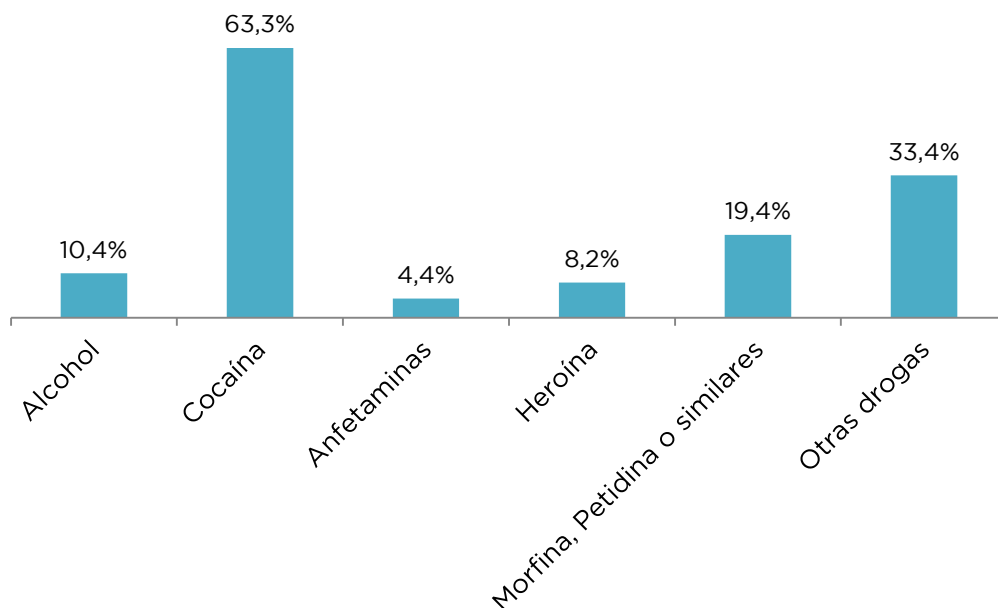


Al analizar el perfil de quienes han consumido una droga por vía inyectable alguna vez en la vida, se observa que la mayor proporción corresponde a varones (80%) y a personas de 25 a 49 años de edad (66%). No obstante ello, cabe mencionar que el 1,6% de los prevalentes de vida de este modo de administración tiene entre 12 y 17 años, al tiempo que en el grupo etario más avanzado, de 50 a 65 años, se halla el 10,2% de los usuarios de sustancias por vía inyectable. Se observa, entonces, que, aunque la mayor proporción de usuarios tiene una mediana edad, este tipo de consumo se encuentra en todos los tramos etarios bajo estudio.

La mayor proporción de mujeres usuarias tiene entre 35 y 49 años. Aún así, más del 22% de las mujeres que alguna vez en la vida se han inyectado tiene menos de 25 años. Entre los varones, asimismo, la población de usuarios se observa

más homogénea que en el caso de las mujeres. La menor proporción se encuentra entre las edades de los extremos, mientras que más de la mitad de los que se inyectaron alguna vez en la vida tiene entre 25 y 49 años de edad.

Gráfico 14. Sustancia consumida alguna vez en la vida. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



La sustancia más consumida por vía inyectable es la cocaína, dado que el 63,3% de quienes han hecho esta práctica alguna vez en su vida han mencionado dicha sustancia. La morfina, petidina o similares, es la segunda sustancia más consumida por vía inyectable, observada en el 19,4% de los prevalentes de vida.

El alcohol y la heroína fueron indicados por el 10,4% y 8,2% de la población usuaria, respectivamente, seguidos por las anfetaminas (4,4%).

El 33,4% de la población prevalente de vida de inyectables, finalmente, manifestó haber consumido otra droga que las arriba mencionadas.

Gráfico 15. Última vez de consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable, según género. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017

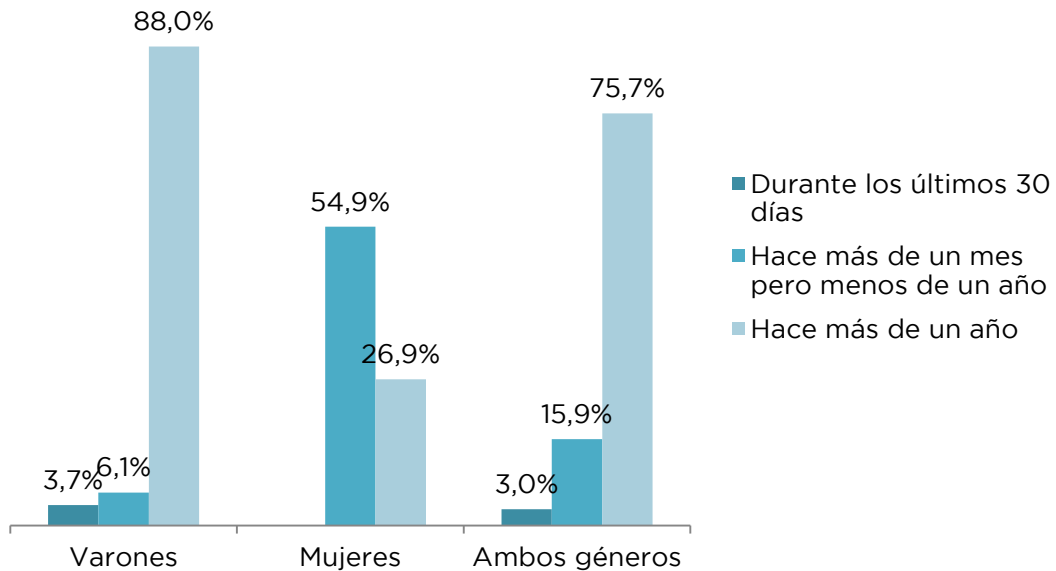
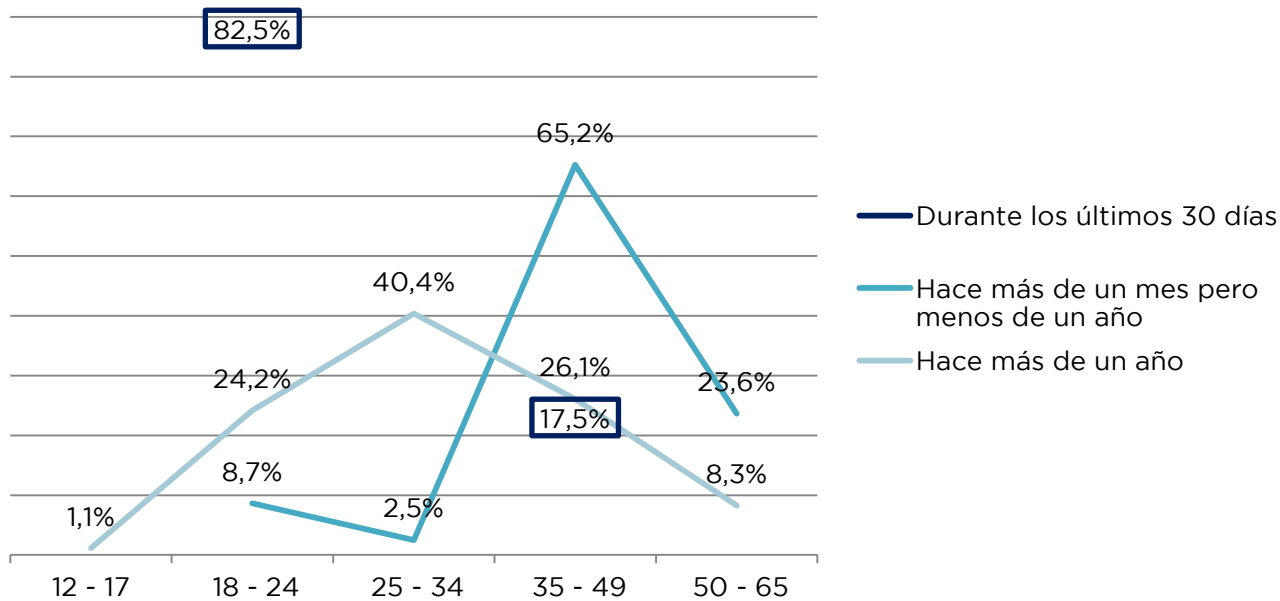


Gráfico 16. Última vez de consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable, según tramos de edad. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



El indicador *última vez que se inyectó* permite conocer de forma sintética la distribución de la población según su último consumo, mas no habilita, sin embargo, a estimar prevalencias de año y mes ni a inferir a partir de éstos datos de cesación en el consumo. Observar los últimos consumos de la población usuaria de inyectables, sin embargo, aporta información valiosa para comprender los patrones de consumo y poder conocer con mayor especificidad a la población cuyo último consumo es más reciente y, presumiblemente, actual.

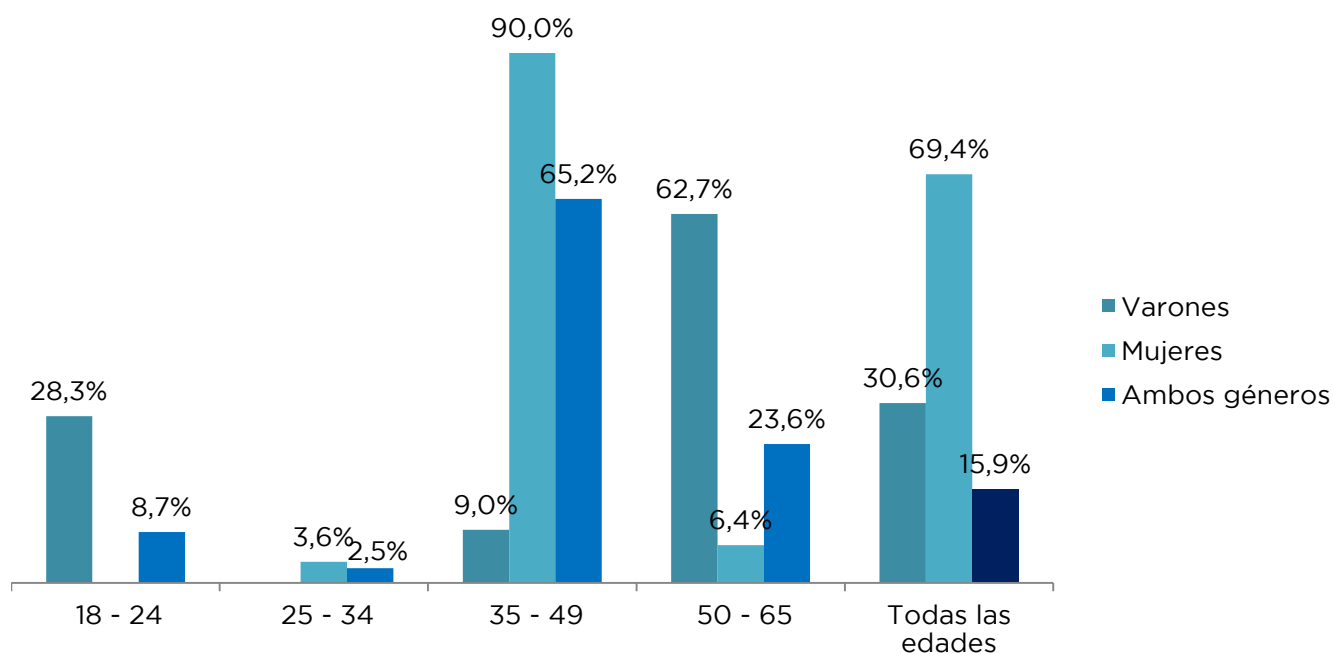
La población usuaria de sustancias psicoactivas por vía inyectable manifestó, en su mayoría (75,7%), haber consumido por última vez hace más de un año. Un 15,9% de esa población ubica su último consumo hace más de un mes pero menos de un año, y, finalmente, solo el 3% realizó su último consumo durante los últimos 30 días anteriores a la fecha del relevamiento.

Mientras la población de varones usuarios presenta un patrón similar al mencionado para toda la población, entre las mujeres la mayor proporción de casos (54,9%) ha consumido por última vez hace más de un mes pero menos de un año, al tiempo que no se registran usuarias mujeres que hayan consumido en el último mes.

Por otro lado, la población que ha consumido por última vez hace más tiempo (más de un año) tiene mayoritariamente entre 25 y 34 años (40,4%), y decrece superada esa edad aunque se encuentra presente en todos los tramos etarios. De modo similar aunque con mayor heterogeneidad, más de la mitad (65,2%) de quienes han consumido por última vez durante los 12 meses previos al relevamiento tiene entre 35 y 49 años, y solamente cerca del 10% tiene menos de esa edad (entre 18 y 34 años).

Finalmente, los usuarios de inyectables cuyo consumo es más reciente, todos ellos varones, son marcadamente más jóvenes: el 82,5% de ellos tiene entre 18 y 24 años. El 17,5% restante de esa población se ubica en el grupo de edad de 35 a 49 años.

Gráfico 17. Distribución por edad y género. Usuarios de sustancias inyectables que se han inyectado por última vez hace más de un mes pero menos de un año. Argentina, 2017

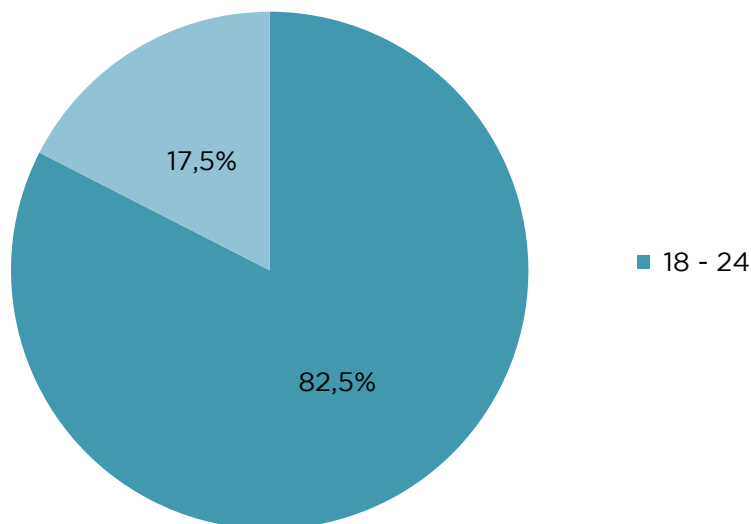


Aquellos que han consumido por última vez hace más de un mes pero menos de un año, son 6.851 personas, el 15,9% entre los prevalentes de vida, y el 0,04% de la población total. El 30,6% de ellos son varones (2.095 personas), y el 69,4% mujeres (4.756 personas).

La mayor parte de quienes han usado sustancias psicoactivas por vía inyectable por última vez en el último año tiene entre 35 y 49 años (65,2%), aunque también se halla gran parte de la población entre los 50 y 65 años (23,6%). En otras palabras, más de 8 de cada 10 personas que se han inyectado en el último año como última vez tienen entre 35 y 65 años. Por otra parte, ningún usuario que se inyectó por última vez en el último año tiene menos de 18 años.

Al analizar según géneros, se observa que los varones se ubican, en mayor proporción, en el tramo de edad más avanzada, de 50 a 65 años (62,7%), al tiempo que son los que se hallan en las edades más tempranas (28,3%). Las mujeres que presentan último consumo en el último año, por su parte, tienen mayoritariamente entre 35 y 49 años (90%), y no se observan casos menores a 25 años.

Gráfico 18. Distribución por edad. Usuarios de sustancias inyectables que se han inyectado por última vez durante los últimos 30 días. Argentina, 2017



Entre los usuarios que se han inyectado por última vez en los 30 días anteriores al relevamiento, esto es, 1.293 personas, no se encuentran casos de mujeres. De aquella población, cuya totalidad es masculina, 1.067 personas tienen entre 18 y 24 años (82,5%) y 226 personas entre 35 y 49 años (17,5%).

2. Perfil de la población usuaria

Para describir a la población usuaria en términos de la caracterización de un perfil, se analiza a continuación su distribución respecto a una serie de indicadores básicos que informan sobre la situación socioeconómica y tipo de cobertura de salud de los prevalentes de vida de sustancias por vía inyectable.

Tabla 12. Máximo nivel de instrucción alcanzado, por edad. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017

		Tramos de edad					Total
		12 - 17	18 - 24	25 - 34	35 - 49	50 - 65	
Máximo nivel instrucción	Ninguno o sin instrucción					15,5%	1,6%
	Primaria completa			78,4%	16,6%	51,0%	35,6%
	Secundaria incompleta	100,0%	95,4%	,8%	66,9%		46,2%
	Secundaria completa		4,6%	16,3%	10,4%	,5%	9,8%
	Intermedia o terciaria completa				,9%		,3%
	Superior o universitario incompleto			1,3%	1,8%		1,0%
	Superior o universitario completo			3,3%	2,6%	28,6%	4,9%
	Post grado				,7%	4,4%	,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Considerando al total de la población que alguna vez en la vida se ha inyectado alguna sustancia psicoactiva, los datos arrojados por la consulta respecto al máximo nivel de instrucción alcanzado informan que una marcada mayoría (98,4%) concluyó el primario, y el 46,2% inició el secundario. El 9,8% finalizó los estudios secundarios y el 4,9% los superiores o universitarios.

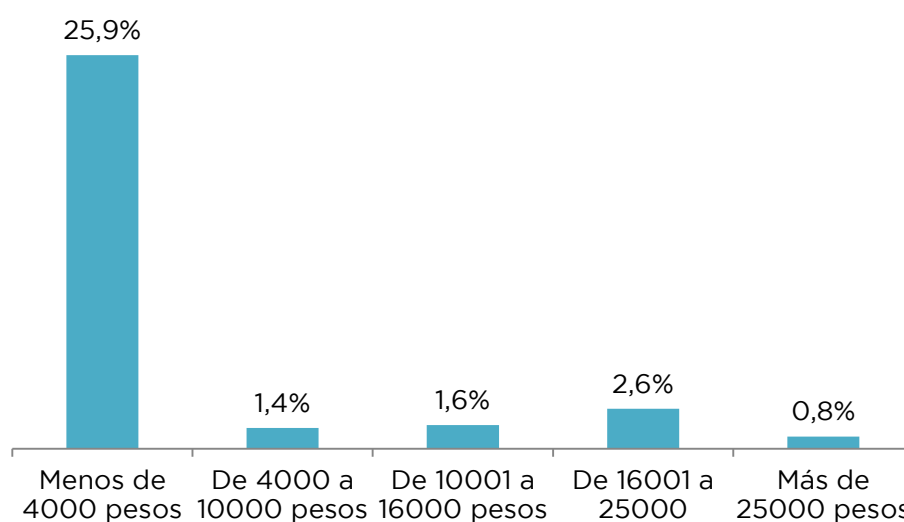
En una lectura por tramos etarios, se observa que el total de los jóvenes de 12 a 17 años (709 personas) presenta secundario incompleto, lo que en términos del sistema educativo vigente sería acorde a la edad. De modo más amplio, en la población menor a los 25 años no se registran casos con el primario incompleto o sin el secundario iniciado.

Entre quienes tienen entre 25 y 34 años, por su parte, la mayor proporción (78,4%) cuenta con el nivel primario completo, y el 16,3% tiene el secundario completo. Una porción de la población (4,6%) ha continuado sus estudios en el nivel superior o universitario.

La población entre 35 y 49 años cuenta, en todos los casos, con el primario completo. La proporción de población con el nivel secundario completo, sin embargo, decrece al 10,4%, y los niveles más altos (superior o universitario) también presentan un desempeño desmejorado (el 2,6% finalizó este nivel).

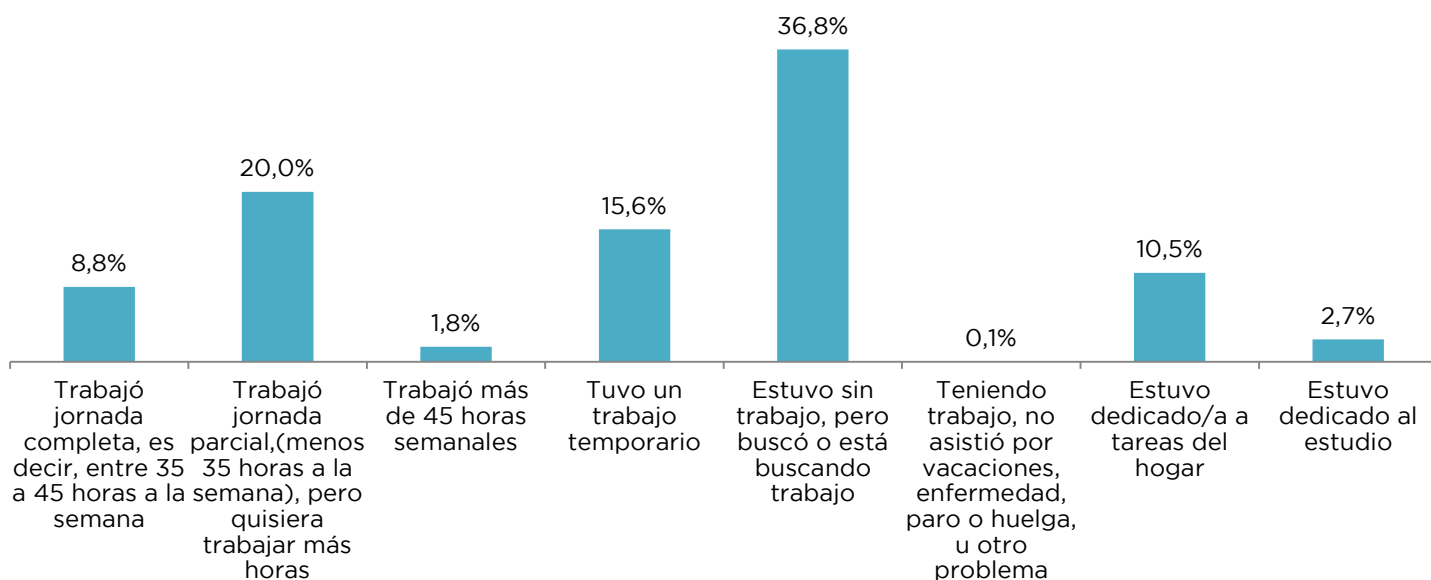
Entre los que tienen las edades más avanzadas, de 50 a 65 años (4.404 personas), se observa una mayor heterogeneidad. En este grupo, mientras el 15,5% carece de alguna instrucción del sistema educativo formal y la mitad (51%) ha iniciado pero no finalizado el primario, el 28,6% manifiesta haber concluido el nivel superior o universitario.

Gráfico 19. Ingreso del hogar por mes. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



* Se ha omitido del gráfico la proporción de la población que ha optado por no contestar la pregunta por el ingreso mensual del hogar (67,8%).

Gráfico 20. Principal actividad en el último mes. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



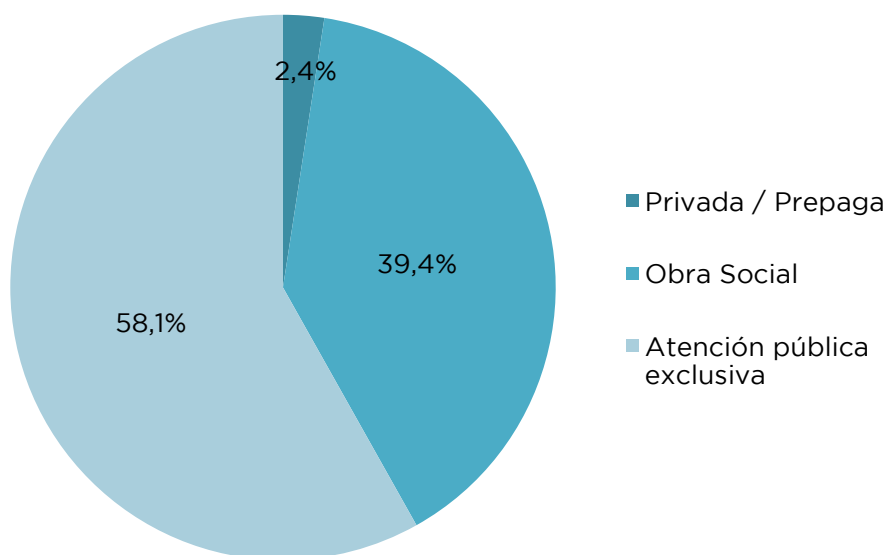
La caracterización socioeconómica de la población usuaria de sustancias por vía inyectable precisa, a su vez, de información respecto del ingreso mensual de los hogares de los que forman parte, ingreso que a su vez está ligado a consumos, entre otros, ligados a calidad de vida y bienestar, al tiempo de considerar la principal actividad en la que la persona usuaria estuvo involucrada en el último mes (trabajo de jornada completa o parcial, búsqueda de trabajo, dedicación a las tareas del hogar, estudio, u otras).

Un cuarto de los hogares de la población usuaria percibe el menor ingreso mensual de los consultados: el 25,9% de esta población indicó un ingreso mensual, y por hogar, de menos de \$4.000. El 3% percibe entre \$4.000 y \$16.000, y el 2,6% cuenta con un ingreso de hasta \$25.000.

Por otro lado, gran parte de quienes se han inyectado sustancias psicoactivas alguna vez en la vida estuvo, en el último mes, sin trabajo pero en búsqueda de uno (36,8%). A su vez, entre el 15,6% y el 20% de esta población se dedicó como principal actividad a trabajos temporarios o de jornada parcial, respectivamente. El 10,5%, finalmente, estuvo dedicado a tareas del hogar.

En términos generales, gran parte de la población con prevalencia de vida de consumo de sustancias inyectables se caracteriza por no contar con el nivel secundario completo, ingresos de hogar bajos y una situación de desempleo u ocupaciones temporales o parciales.

Gráfico 21. Tipo de cobertura médica. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



Finalmente, considerando el tipo de cobertura médica se observa que más de la mitad (58,1%) de esta población que ha usado sustancias por vía inyectable cuenta exclusivamente con atención pública de salud. Casi el 40%, por su parte, accede al sistema de salud a través de obras sociales, y solo el 2,4% cuenta con cobertura privada o prepaga de salud.

Al interior de esta población, la proporción que cuenta con atención pública exclusivamente es mayor que a nivel de la población general (39,4%), presumiblemente ligado a una más baja inserción laboral formal.

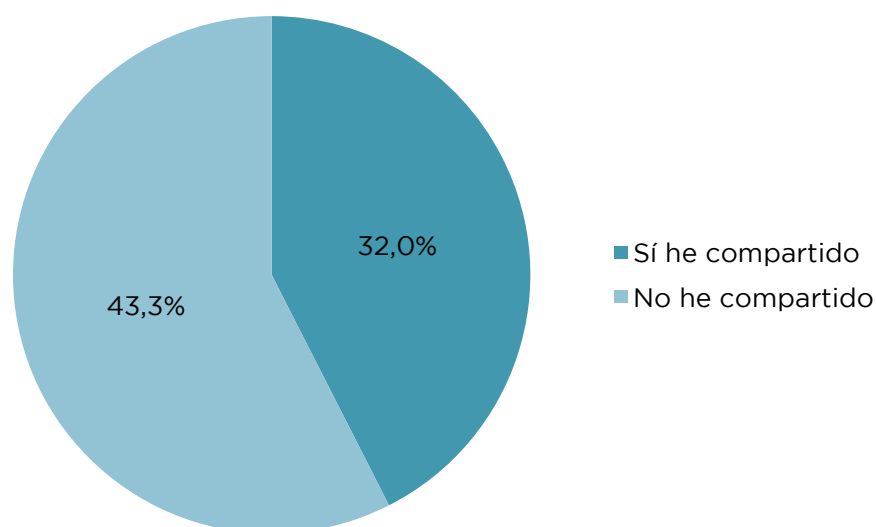
3. Prácticas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable.

Como se mencionara al inicio de este capítulo, cada vía de administración de sustancias psicoactivas implica una serie de riesgos específicos asociados para la población que es usuaria. En este sentido, el consumo por vía inyectable de drogas presenta ciertos riesgos para la salud, tales como la posibilidad de ingreso, a través de la penetración de la jeringa, de patógenos externos al organismo que pueden provocar infecciones, abscesos, coágulos y otras complicaciones fisiológicas (González, s/f), al tiempo que la utilización no debidamente cuidada, con apropiada esterilización y limpieza, de los elementos necesarios para el consumo (jeringa, algodón, gomas, entre otros) puede ser vía de ingreso de enfermedades infecciosas tales como el VIH.

A los propósitos de conocer o estimar el riesgo de este tipo al que la población usuaria de inyectables está expuesta, se utilizará un indicador relativo al porcentaje de usuarios que han compartido los elementos utilizados para la inyección de sustancias, cuya pregunta correspondiente se encuentra incluida en el formulario del “Estudio nacional en población de 12 a 65 años...”.

En este sentido, se observa que el 32% de los usuarios alguna vez en la vida de inyectables ha compartido alguna vez jeringas o cualquier otro material de inyección. Sin concluir por esto, de manera certera, que dicho grupo posee alguna comorbilidad asociada a una inyección descuidada, es posible identificarlo sin embargo como población en riesgo de presentar complicaciones como las enunciadas.

Gráfico 22. Ha compartido alguna vez jeringa o cualquier otro material de inyección (toallas de algodón y gasas, cucharas, gomas...). Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017

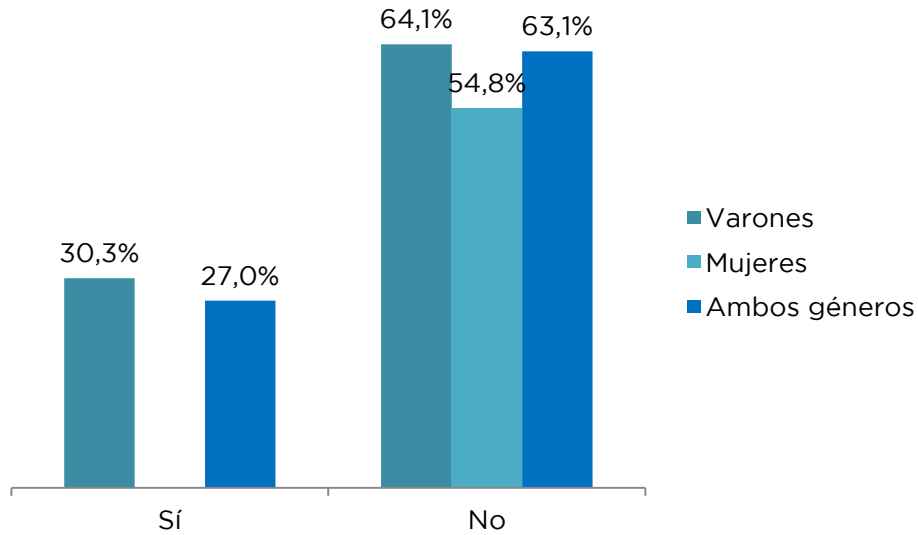


4. Demanda de tratamiento en usuarios de sustancias psicoactivas por vía inyectable.

En el informe que presenta información sobre demanda de tratamiento (DNOAD, 2018), se describe que 118.195 personas buscaron ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en ese período. Esto representa al 0,8% de la población que presentó consumo de alcohol, tabaco o drogas ilícitas durante el último año. De ellos, a su vez, el 52,9% efectivamente realizó algún tipo de tratamiento, el 44,2% no se insertó en programas o espacios de atención, y el 2,9% no registró respuesta.

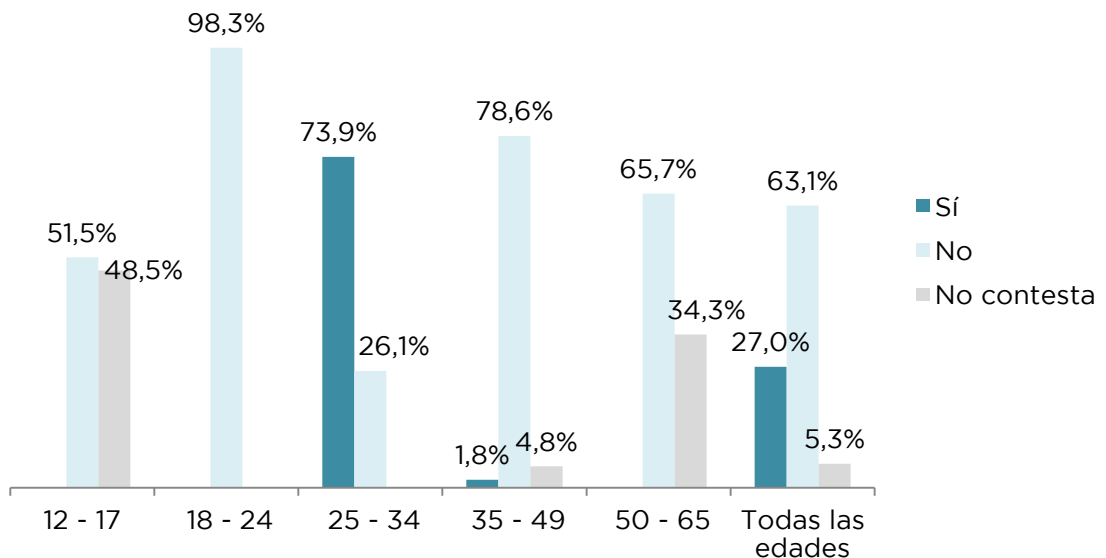
A continuación, se presenta el análisis de la población que alguna vez en su vida se ha inyectado sustancias psicoactivas, en función de indicadores relativos a la demanda de tratamiento por consumo.

Gráfico 23. Búsqueda de ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco u otras drogas, en los últimos 12 meses, por género. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



* Se ha omitido del gráfico la proporción de la población que ha optado por no contestar la pregunta por demanda de tratamiento (5,3%).

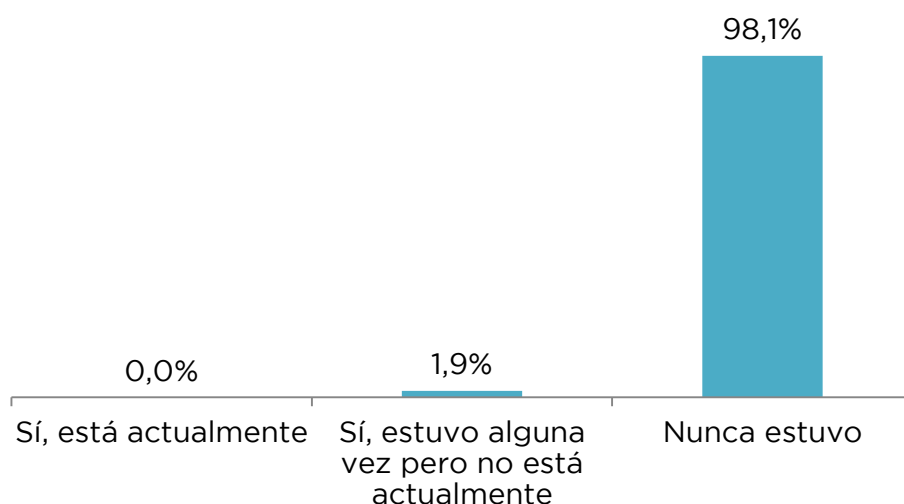
Gráfico 24. Búsqueda de ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco u otras drogas, en los últimos 12 meses, por tramos de edad. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable. Argentina, 2017



En la población con prevalencia de vida de consumo por vía inyectable, 10.195 personas (27%) han buscado ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en el último año. Dentro de ese total, no se registran casos de mujeres.

Al observar la población de usuarios que ha buscado ayuda profesional en los últimos 12 meses en función de su edad, emerge que quienes han demandado tratamiento tienen entre 25 y 49 años de edad. El 73,9% de los usuarios de 25 a 34 años de edad buscó ayuda profesional, mientras que entre 35 y 49 años de edad lo hizo el 1,8%.

Gráfico 25. Usuarios que están o estuvieron en tratamiento por consumo de sustancias en los últimos 12 meses. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable que han buscado ayuda profesional. Argentina, 2017

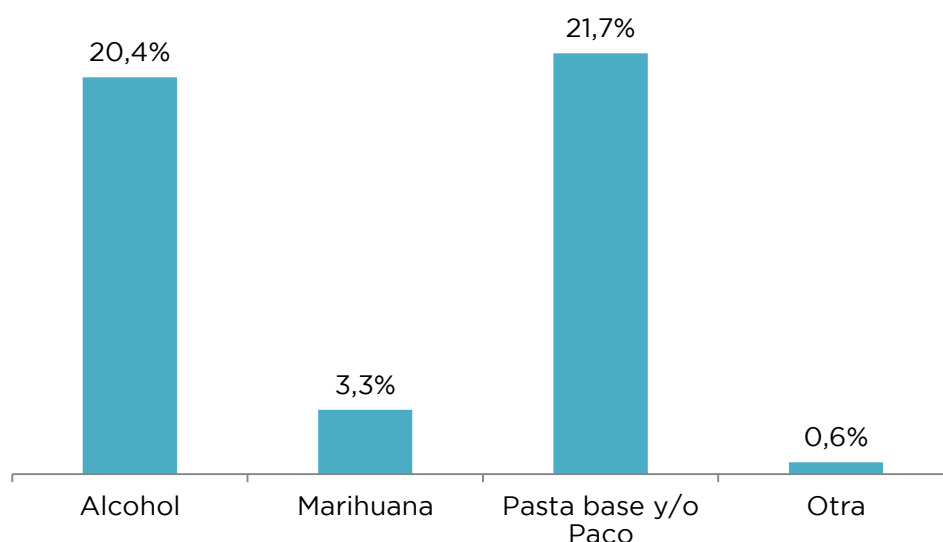


Entre quienes han buscado ayuda profesional, la proporción de usuarios que ha efectivamente estado en tratamiento no llega al 2% (189 personas), y ninguno está actualmente en tratamiento.

La evidencia de una proporción tan baja de usuarios que luego de buscar ayuda profesional efectivamente accede a un tratamiento se manifiesta con más fuerza entre consumidores de sustancias por vía inyectable, que en toda la población de usuarios de drogas. De hecho, como se desarrolla en el citado informe (DNOAD, 2018), en el total de la población usuaria sin distinción de vía de administración el 52,9% de quienes buscaron ayuda profesional está o estuvo

alguna vez en tratamiento. El gran hiato observado entre la búsqueda y el acceso al tratamiento entre quienes consumen sustancias inyectables, población con alto riesgo tanto de sobredosis como de perjuicios a la salud asociados, constituye una alarma ineludible en la definición de políticas públicas en salud.

Gráfico 26. Sustancia por cuyo consumo estuvo en tratamiento. Prevalentes de vida de consumo por vía inyectable que están actualmente o han estado en tratamiento por consumo de sustancias. Argentina, 2017



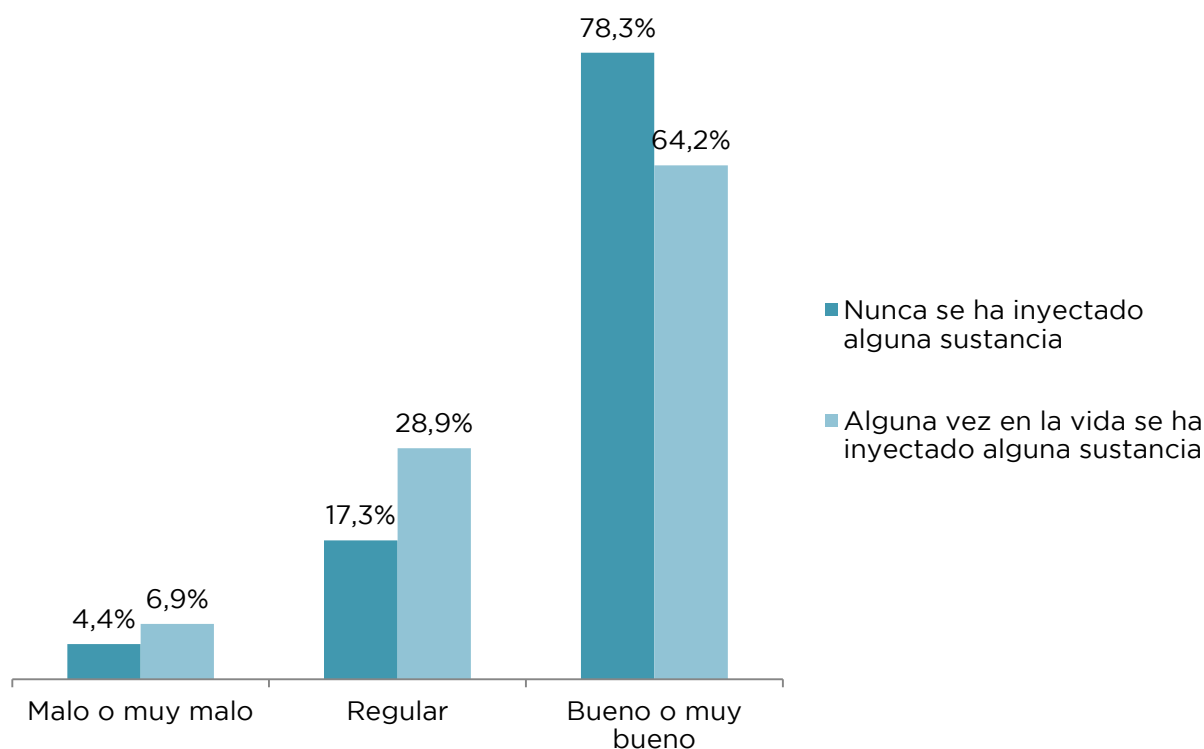
Resta, finalmente, tener en consideración por el consumo de cuál sustancia, independientemente de la modalidad de administración, aquellos 189 usuarios de inyectables iniciaron alguna vez tratamiento para disminuir el consumo. Se observa, en este sentido, que el 21,7% y el 20,4% de ellos lo han hecho por el consumo de pasta base y/o paco y por el de alcohol, respectivamente. El tercer lugar se ubica el consumo de marihuana: el 3,3% de los usuarios que alguna vez estuvieron en tratamiento lo iniciaron por dicha sustancia.

5. Autopercepción de la salud de los usuarios de sustancias por vía inyectable.

Acorde a los objetivos de este estudio, el último apartado del análisis está dedicado nuevamente a conocer la relación entre el consumo de sustancias

psicoactivas y los distintos estados autopercebidos de la salud, aunque esta vez con el foco puesto en un consumo específico: el que se efectúa a través del modo de administración por inyección.

Gráfico 27. Autopercepción del estado de salud, según presencia o no de consumo alguna vez en la vida por vía inyectable. Población de 12 a 65 años. Argentina, 2017



La autopercepción del estado de salud, o valoración subjetiva de la salud, presenta un patrón constante entre la población prevalente de inyectables y aquella que no presenta este consumo. En ambos grupos, la valoración positiva de la salud es mayor que la negativa.

Se observa, no obstante, que entre quienes se han inyectado alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida la percepción de su salud como regular, mala o muy mala se presenta con más fuerza (28,9% y 6,9% respectivamente) que en la población sin esta práctica (17,3% y 4,4% respectivamente). En el otro posible estado de salud, categorizado como bueno o muy bueno, hay mayor presencia de los no prevalentes. De hecho, mientras un 78,3% de entre quienes nunca se

han inyectado manifiesta tener una salud buena o muy buena, esta proporción cae al 64,2% en la población prevalente.

Puede concluirse por lo tanto que la población con prevalencia de inyectables tiene una peor percepción subjetiva de su salud.

Conclusiones

Un abordaje comprensivo del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas requiere, en todos los casos, cierta actitud de apertura a los interrogantes que plantea su carácter multidimensional. A los análisis centrados en la caracterización de la práctica en su frecuencia, intensidad y patrones de uso, es posible entonces, sumar otros atentos a, por ejemplo, representaciones del sujeto que la protagoniza o bien los modos de administración que éste elige. El indicador *estado autopercebido de la salud* es una aproximación en ese sentido, que se propone aportar una mirada desde lo subjetivo a la comprensión del consumo de sustancias. A su vez, este estudio recupera la información respecto de un modo específico de administración en el consumo, la vía inyectable de consumo de sustancias, cuya relevancia está dada por los riesgos asociados y el bajo volumen de estudios específicos previos.

El análisis brindado en estas páginas remite, primeramente, a una descripción global del estado de salud de la población según la perspectiva de los sujetos. Se observa, a modo de síntesis, que en un sentido general la población percibe su salud de manera positiva, especialmente entre los varones. De modo inverso, las mujeres informan mayor percepción negativa del estado de su salud, y ésta se registra con más frecuencia conforme aumenta la edad, disminuye el ingreso monetario en el hogar, o entre aquellos que por estar jubilados, incapacitados o dedicados a tareas del hogar no realizan trabajos formales y remunerados. Podría reflexionarse en concordancia con ello que son los grupos presumiblemente más vulnerables (con menores ingresos, con actividades distintas al trabajo o estudio formales, y de género femenino) quienes valoran su salud en términos más negativos.

Por otro lado, este estudio pone a disposición datos específicos respecto a cómo se registra la práctica del consumo de sustancias psicoactivas en grupos delimitados según su EAS fuese positivo, regular o negativo. En este sentido, se observan dos patrones distintos, diferenciados por el tipo de sustancia psicoactiva: mientras el consumo reciente de alcohol y de marihuana se presenta con más fuerza entre quienes valoran positivamente su salud, la relación se invierte para el caso del tabaco y la cocaína, donde se registra mayor consumo reciente en la población con percepción negativa de su salud. El análisis entre prevalentes de cada sustancia en particular permitió observar,

asimismo, que, a pesar de las tendencias globales, el consumo más intenso de tabaco y los consumos más riesgosos de alcohol son menos frecuentes entre usuarios con un EAS positivo.

Sin poder de ello inferir una relación causal entre determinado EAS y el consumo o no consumo de una sustancia, o viceversa, la sola descripción del fenómeno en poblaciones con representaciones diversas sobre su salud abre nuevos interrogantes sobre cómo éstas se representan a su vez el consumo de sustancias, si es percibido como un hábito de salud o con perjuicios hacia ella, o bien si establecen relación entre un EAS negativo o positivo y el consumir determinada sustancia.

La apremiante oportunidad de incluir en un relevamiento sobre consumo de sustancias psicoactivas un conjunto de preguntas relativas al modo de administración, y, aún más, específicamente enfocadas en el uso de sustancias por vía inyectable, amerita finalmente un análisis de la información obtenida. Este estudio busca ser un aporte en ese sentido, y presenta, en su Capítulo IV, tanto una estimación de la prevalencia de vida de este consumo como de la proporción de aquellos usuarios más recientes. En el país, 43.147 personas se han inyectado alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida, en su mayoría varones y de mediana edad (25 a 49 años), aunque se registran prevalencias en ambos géneros y en todas las edades. De ese total, el 3%, esto es, 1.293 personas, ha realizado la última inyección en los 30 días anteriores a la fecha del relevamiento, todos ellos varones y casi todos jóvenes (18 a 24 años). Cocaína, morfina o petidina, y alcohol, son, en ese orden, las sustancias inyectadas más indicadas por los prevalentes de vida de este modo de administración de sustancias psicoactivas.

Respecto a la descripción del perfil de las personas que han usado esta modalidad de consumo, se observa, a modo de síntesis, que presentan características de cierta vulnerabilidad: en su mayoría no cuentan con el secundario completo, perciben los ingresos más bajos y presentan alta proporción de desempleo o trabajos parciales o temporarios. Asimismo, en relación a la población sin presencia de consumo por inyección alguna vez en la vida, esta población presenta mayores registros de EAS negativo, al tiempo que una mayor proporción de búsqueda de ayuda profesional pero un menor acceso efectivo al tratamiento.

El consumo de sustancias psicoactivas, en sus diferentes modalidades y vías de administración, es un fenómeno que urge a la producción de conocimiento novedoso e integral y a una mayor comprensión de la población que es al mismo tiempo protagonista de las prácticas y población objetivo de políticas de salud pública. El aporte de este estudio espera, finalmente, ser insumo útil para el constante mejoramiento de las políticas sobre drogas del país.

Bibliografía

Azpiazu Garrido, M.; Jentoft, A.C.; Villagrasa Ferrer, J.R.; Abanedes Herranz, J.C.; García Marín, N.; Valero de Bernabé, F. (2002) *Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años*. Revista Española Salud Pública 2002, Vol°76 N°6 (noviembre-diciembre) 76:683-699.

DNOAD (2017) *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017. Informe de resultados N° 1: Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional*. Disponible en:
<http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>.

DNOAD (2017a) *Tabaco-alcohol. Intensidad del consumo. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017*. Disponible en:
http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZconsumoZdeZTabaco_1.pdf

DNOAD (2017b) *Marihuana. Intensidad del consumo. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017*. Disponible en:
<http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MarihuanaZZ2017.pdf>

DNOAD (2017c) *Consumo de cocaína. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017*. Disponible en:
<http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CocanaZ2017Zdic29.pdf>

DNOAD (2018) *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2012. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento*. Disponible en:
<http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CAPZDEMANDAZDEZTRATAMIENTOZ2ZdeZenero.pdf>

Hernández-Quevedo, C.; Jones, A.M.; Rice, N. (2008) *Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercebida. Evidencia del Panel de Hogares Británico*. Cuadernos económicos del ICE N° 75 Dedicado a: Desigualdad,

equidad y eficiencia en salud y en servicios sanitarios. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/200167>

Giron Daviña, P. (2010) *Los determinantes de la salud percibida en España. Tesis Doctoral*. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>

González, B. (s/f) *Vías de administración en el consumo de sustancias psicoactivas*. Espolea. Disponible en: <http://www.espolea.org/uplDNOADs/8/7/2/7/8727772/ddt-viasdeadministracion.pdf>

González, J. I.; Sarmiento, A.; Alonso, C. E.; Angulo, R. C.; Espinosa, F. A. (2005) *Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: Análisis para el caso de Bogotá*. Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea] 2005, 4 (diciembre): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540906>

Lorenzo Fernández et al (2003) *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Editorial Médica Panamericana.

ODSA-UCA (2015) *Salud percibida. Cobertura, utilización y acceso al sistema de atención de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Salud_Percibida_3_Sept.pdf

Peláez E.; Acosta, L.D; Carrizo, E.D (2015) *Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores*. Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2015, 41 (octubre-diciembre): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21443545007>

Robine, J-M.; Jagger, C.; Egidi, V. (Editores) (2000) *Selection of a coherent set of health indicators. A first step towards a user's guide to health expectancies for the European Union*. Euro-REVES. Montpellier.