

Mortalidad relacionada al consumo de alcohol y su impacto en la esperanza de vida en el Noroeste Argentino. 2011

**Bertone, Carola; CENIIT - UNLaR; CONICET; bertonecarol@hotmail.com
Andrada, Marcos; CENIIT - UNLaR; CONICET; marcosandrada80@gmail.com**

Resumen

En el mundo el 5,9% de las muertes que se produjeron en el 2012 se debieron al consumo nocivo del alcohol (World Health Organization, 2014). En Argentina, durante el año 2008 se produjeron 11.013 muertes atribuidas al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población) (Acosta, Bertone, & Peláez, 2012).

El consumo de alcohol¹ per cápita de personas de 15 años y más en Argentina se mantuvo alrededor de 9,5 litro de alcohol puro (que equivale a 25 gramos de alcohol por día), teniendo en cuenta el promedio de los años 2003-2005 y de los años 2008-2010 (World Health Organization, 2014).

Este trabajo, cuantitativo, transversal y descriptivo, se propone estudiar la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en el Noroeste Argentino², en el año 2011 y cómo afecta a la esperanza de vida de la región. Se aplica la metodología propuesta por la CDC (1990)-Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA) y Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) (Arriaga, 1996). Se utilizan datos de la DEIS (Estadísticas vitales) y del INDEC (EnPreCoSP-2011 y proyecciones de población).

Con este trabajo se espera aportar información actualizada sobre la situación de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol, insumo de información importante en términos de salud pública para valorar la implementación de estrategias adecuadas.

Introducción

En el mundo el 5,9% de las muertes que se produjeron en el 2012 se debieron al consumo nocivo del alcohol, es decir, 3,3 millones de personas. Este nivel de consumo de alcohol se considera el causal de más de 200 enfermedades, y de trastornos mentales y comportamentales; afecta a personas de edades tempranas, generando discapacidad, y representa incluso el 25% de las defunciones entre los 20 y 39 años de edad (World Health Organization, 2014). La mayor parte de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, seguidas de lesiones (especialmente de intención no determinada), enfermedades gastrointestinales (principalmente cirrosis hepática) y cáncer (World Health Organization, 2014, pág. 48)

El consumo de alcohol causa una considerable carga de morbilidad en las Américas, por encima de las estimaciones globales: 5,4% de todas las muertes que podían atribuirse al consumo de alcohol, donde la mayor parte de la carga recaía sobre Centro y Sudamérica (Rehm et al. 2006 citado por (Monteiro, 2007)). Se estima que en el año 2002, el alcohol produjo la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (Monteiro, 2007).

El consumo de alcohol³ per cápita de personas de 15 años y más en Argentina se mantuvo alrededor de 9,5 litro de alcohol puro (que equivale a 25 gramos de alcohol por día), teniendo en cuenta el promedio de los años 2003-2005 y de los años 2008-2010. En ese último periodo la relación entre el consumo de los hombres y de las mujeres fue de 13,6/5,2 litros de alcohol puro per cápita. La prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol⁴ en el año 2010 fue de 12,0% en la población general y de 20,4% en los consumidores de alcohol (World Health Organization, 2014).

El Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de sustancias psicoactivas realizado en Argentina en el año 2010, detectó una prevalencia de mes de consumo de 44,5% (IC95%: 42,8- 46,2%). Dicha prevalencia, ha variado levemente de acuerdo a lo relevado por las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (2005 y 2009) y las Encuestas sobre Consumo

de Sustancias Psicoactivas (2008 y 2011) en el país entre el año 2005 y el año 2011 (de un 50,59% al 51,06%). Estas últimas se enfocan en población de 18 años, y de 16 años a 65 años de edad, respectivamente.

Acosta, Bertone y Pelaez (2012) comentan, en un trabajo que aplicó la misma metodología que se propone en este trabajo, que en el año 2008, en Argentina se produjeron 11.013 muertes atribuidas al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población), de las cuales el 73% se produjeron en hombres. Estos autores agregan que las muertes atribuibles al consumo de alcohol restaron 0,8 años de esperanza de vida en hombres y 0,2 en mujeres, y que las causas de muerte que más afectaban negativamente la esperanza de vida fueron las causas externas, particularmente en jóvenes.

Este trabajo propone estudiar la mortalidad atribuible al consumo del alcohol en el Noroeste argentino dado que existen datos actualizados sobre la prevalencia el consumo de alcohol en Argentina (INDEC, 2011) y sobre las causas de muerte relacionadas con dicho consumo (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Por otra parte, y a diferencia de algunos trabajos antes mencionados, se aportará información a nivel provincial de manera tal que se podrá valorar la influencia de las políticas nacionales y provinciales puestas en marcha en los últimos años que intentan regular el consumo de alcohol.

Objetivo

Este trabajo se propone estudiar la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en el Noroeste Argentino en el año 2011. Se valorará cómo afecta a la esperanza de vida de la región. Así se permitirá evaluar el impacto de este factor de riesgo en la salud en dicha población y tomar medidas adecuadas para reducir la carga de enfermedad- mortalidad que éste genera.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, cuyo universo de estudio está conformado por las defunciones producidas en el año 2011 (se utiliza el promedio de defunciones producidas entre los años 2010 a 2012). Se estudian dichas defunciones según causas de muerte atribuibles, directa e indirectamente, al consumo de alcohol en la población

del Noroeste Argentino⁵. Se toma como base a la metodología propuesta por el Centro de control y prevención de enfermedades (CDC) (1990)- Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA). Posteriormente, para valorar el impacto sobre la esperanza de vida al nacer, se realiza el cálculo de los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) (Arriaga, 1996).

Los datos se extraen de las bases de datos de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2010-2012, y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos calculadas para el año 2011 (INDEC).

La prevalencia del consumo de alcohol se extrajo de la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2011 (EnPreCoSP-2011), elaborada por el INDEC, necesarias para el cálculo de la fracción atribuible de población⁶ de ciertas causas de mortalidad consideradas indirectamente relacionadas con el consumo de alcohol (ver Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Así se toman de la encuesta varias variables del bloque Bebidas Alcohólicas que permitieron el cálculo del consumo promedio diario de alcohol: $[(Q*AF)+(BF*BQ)]$

Donde Q es el número promedio de tragos por día

AF es la frecuencia ajustada de consumo de alcohol: número de días en los que se consume alcohol menos el número de borracheras.

BF es el número de borracheras

BQ es la cantidad de tragos consumidos en la borrachera.

Cabe destacar que para el cálculo de BQ la encuesta no consta de una variable que dé cuenta del número de tragos consumidos en un evento de borrachera. Sin embargo existe la variable categórica sobre si tuvo un consumo excesivo de cerveza, vino o bebidas fuertes. Ante la

El noroeste argentino comprende las provincias de Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán.

respuesta positiva de esa variable se asume que al menos ha consumido 8 tragos de cerveza, 5 de vino y 3 de bebidas fuertes tal como se define al consumo excesivo en la CDC.

Para determinar el tipo de consumo se utilizan los siguientes puntos de cortes:

Consumo \ Sexo	Hombres	Mujeres
Bajo	Hasta 3,0	Hasta 1,5
Medio	3,1	1,6
Alto	4,5	3,0

Fuente: English y col.,1995, y Ridolfo y Stevenson , 2001

Una vez obtenida este índice de prevalencia, se aplica al cálculo de la FAP:

$$FAP = \left(\frac{A1}{(A1)+1/P1} \right) \left(\frac{B1}{(B1)+1/P2} \right)$$

Una vez obtenidas las FAP de las causas indirectas se estiman las Muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA) a partir de las defunciones observadas en la región.

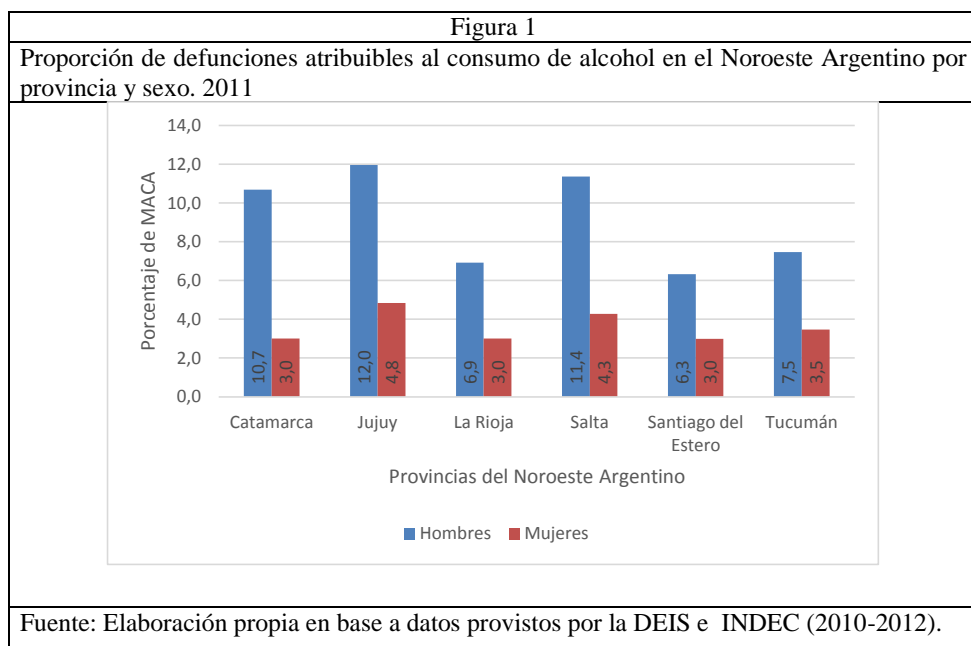
Además de las causas indirectamente relacionadas con el consumo de alcohol (CICA), existen ciertas causas directamente relacionadas al consumo de alcohol (CDCA) de acuerdo a lo estimado por el CDC, algunas de ellas crónicas y otras agudas. Éstas son por definición atribuibles al consumo del alcohol y se consideran como 100% atribuibles, por lo cual presentan una FAP de 1.00.

Posteriormente se estimaron los AEVP de cada una de las provincias del Noroeste argentino para valorar el impacto de las MACA en la esperanza de vida al nacer de esas poblaciones.

Se utilizaron tablas de vida de cada provincia realizadas por el INDEC para el período 2008-2010, insumo necesario para la estimación de los AEVP.

Resultados

La mortalidad atribuible al consumo de alcohol en el Noroeste Argentino durante el 2011 ronda el 9% en hombres y el 3,5% en mujeres sobre el total de defunciones respectivamente. Sin embargo, se observan diferencias entre las provincias que componen la región. Catamarca, Jujuy y Salta están por encima del 10% de defunciones masculinas debidas al consumo de alcohol. En los óbitos femeninos sobresalen Catamarca y Salta. Esta última provincia presenta en ambos sexos un porcentaje de muertes debido a este factor de riesgo superior al promedio de las provincias del NOA en conjunto (ver figura 1).



En la tabla 1 se exponen las defunciones del Noroeste Argentino durante el año 2011, las tasas de mortalidad, sus respectivos errores estándares relativos y la razón entre las causas atribuibles y las no atribuibles al consumo del alcohol. Las tasas de mortalidad por causas atribuibles al consumo de alcohol en el Noroeste argentino durante el año 2011 se encuentran entre 34 y 67 defunciones cada 100.000 habitantes masculinos, mientras que las tasas

femeninas se encuentran entre 13 y 21 óbitos por cada 100.000 mujeres residentes en las provincias del NOA.

Jujuy y Salta son las provincias del noroeste argentino donde la población, tanto masculina como femenina tiene mayor riesgo de morir de enfermedades atribuibles al consumo de alcohol. En dichas jurisdicciones, mueren alrededor de 14 hombres por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol de cada 100 fallecidos. Mientras tanto, en Santiago del Estero y La Rioja solo fallecen 4 hombres por causas relacionadas con el consumo de esta sustancia, y en La Rioja solo 3 de cada 100 decesos fueron por estas patologías.

Cómo se comentara anteriormente, las mujeres se ven menos afectadas por estados mórbidos relacionados con el consumo del alcohol. Fallecen por esas causas entre 3 y 5 mujeres por cada 100 decesos femeninos en la región. Cinco de cada 100 en Jujuy y 4 de cada 100 en Salta y Tucumán.

En el próximo apartado se presentan cómo afecta esta mortalidad a la esperanza de vida de las personas a partir del indicador Años de Esperanza de Vida perdidos.

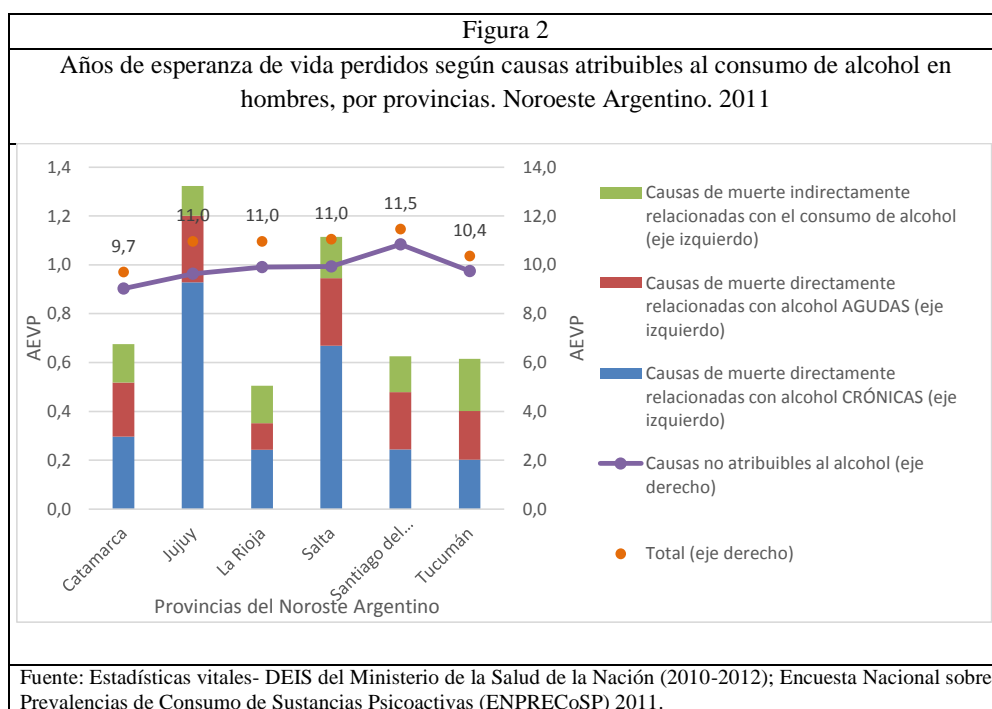
[CB1] Comentario: Maxaprov hoja6(2)

Tabla II								
Número de muertes y tasas de mortalidad por causas atribuibles al consumo de alcohol, y razón de tasas con otras causas no atribuibles al consumo de alcohol por provincia. Noroeste Argentino. 2011								
Hombres								
Provincia del NOA	Población	Defunciones por causas no atribuibles al alcohol	Tasas de mortalidad por causas no atribuibles al alcohol*	EER	Defunciones por causas atribuibles al alcohol	Tasas de mortalidad por causas atribuibles al alcohol*	EER	Razón de tasas
Catamarca	206.929	838	405,0	3,5	100	48,5	10,0	0,12
Jujuy	351.266	1728	492,0	2,4	235	66,9	6,5	0,14
La Rioja	182.266	845	463,8	3,4	63	34,5	12,6	0,07
Salta	641.628	2933	457,1	1,9	376	58,6	5,2	0,13
Santiago del Estero	451.272	2266	502,1	2,1	153	33,9	8,1	0,07
Tucumán	757.874	3871	510,8	1,6	312	41,2	5,7	0,08
Mujeres								
Catamarca	205.307	854	415,8	3,4	26	12,9	19,5	0,03
Jujuy	356.438	1.503	421,6	2,6	76	21,5	11,4	0,05
La Rioja	180.236	727	403,4	3,7	26	12,9	19,5	0,03
Salta	647.644	2.483	383,4	2,0	111	17,2	9,5	0,04
Santiago del Estero	441.466	1.866	422,6	2,3	58	13,1	13,2	0,03
Tucumán	771.651	3.667	475,2	1,7	132	17,1	8,7	0,04
*Tasas expresadas por cada 100.000 habitantes								
Fuente: Estadísticas viarales- DEIS del Ministerio de la Salud de la Nación (2010-2012); Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRECoSP) 2011.								

Años de esperanza de vida perdidos por causas atribuibles al consumo de alcohol

Hombres

En el noroeste argentino se perdieron aproximadamente 11 años de esperanza de vida por todas las causas en hombres, de los cuales un promedio de 0,8 años son debidos a causas atribuibles al consumo de alcohol. Catamarca y Tucumán perdieron algunos años menos (9,7 y 10,4 respectivamente). Los AEVP de causas no atribuibles al consumo de alcohol van de 9 (Catamarca) hasta 10,8 (Santiago del Estero). Por su parte, aquellos atribuibles al consumo de alcohol han generado en la región entre 0,5 y 1,3 AEVP en La Rioja y Jujuy respectivamente.



Es importante tener en cuenta la calidad de las fuentes de datos. Para valor la calidad de la declaración de la causas de muerte, pertinente en este caso, se utiliza como indicador el porcentaje de causas mal definidas (Bay & Orellana, 2007). Al respecto, en una investigación que valoró dicho porcentaje entre el año 2000 y 2010 en Argentina, se asegura que no se observa un comportamiento que refleje mejoras, sino por el contrario, dicho porcentaje alcanzó el 8,4% en el año 2010. A su vez, ese trabajo estudió el indicador por jurisdicciones en todo ese periodo, observándose que las provincia de Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán

presentaron un porcentaje de causas de muerte mal definidas superior al 10% (ver figura 8 en Bertone (2014). Cabe preguntarse cómo influye la calidad del registro de defunciones en relación a la mala declaración de la causa de muerte en las diferencias encontradas entre las provincias de la región. Sin embargo esta pregunta no será respondida en este trabajo pero debe ser tenido en cuenta a la hora de las conclusiones.

Cómo se explicara anteriormente, existen tres tipos de causas de muerte en relación con el consumo de alcohol: las causas directamente relacionadas al consumo de alcohol (CDCA) agudas, las CDCA crónicas, y las causas indirectamente relacionadas al consumo del alcohol (CICA). Al observar la mortalidad en relación a dichas categorías, las causas directamente relacionadas provocan más años de esperanza de vida perdidos respecto a las indirectas. A su vez, dentro de las CDCA, las crónicas generan mayores AEVP que las agudas.

Las CDCA crónicas triplican el número de AEVP que provocan las CICA agudas en Jujuy, y lo duplican en Salta.

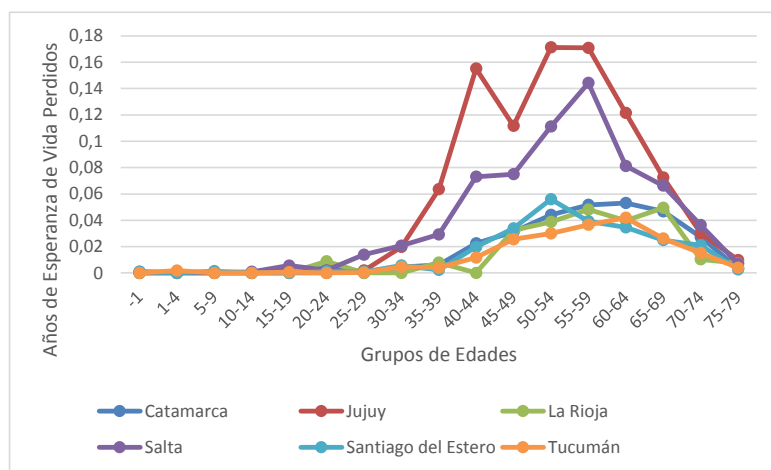
Si se pone el foco en las CDCA crónicas por grupo de edades, se destaca cómo los AEVP se disparan a temprana edad en Salta y Jujuy, describiendo dos picos, uno alrededor de los 40 años y otro pasado los 50 años. Recordando que los AEVP darán más peso a muertes prematuras y a gran número de casos en edades más tardías, he aquí parte de la explicación del por qué este grupo de causas genera la mayor pérdida en la esperanza de vida de estas poblaciones. En el resto de las provincias se aumentan progresivamente los AEVP a partir de los 35 años, describe una meseta y disminuye hacia los 70 años (ver figura 3).

Indagando sobre qué causas provocaban los comentados picos en Jujuy y Salta, se pudo detectar que, en su mayor parte se debe a la enfermedad alcohólica del hígado (K70) en las muertes más tempranas, y a cirrosis hepática (K74 y K76) y dependencia al alcohol (F10.2) en el segundo pico. Cabe destacar que la cirrosis hepática es la fase final de la enfermedad alcohólica del hígado y ambos cuadros mórbidos ocurren después de años el abuso prolongado del alcohol.

Se podría hipotetizar que en estas dos provincias, y bajo el supuesto de que biológicamente los hombres de estas poblaciones están en iguales condiciones de susceptibilidad de enfermar ante el consumo de alcohol, existe un mayor problema de salud pública por el uso nocivo del alcohol respecto al resto de la región.

Figura 3

Años de esperanza de vida perdidos según causas directamente relacionadas con el consumo de alcohol en hombres, por provincias. Noroeste Argentino. 2011



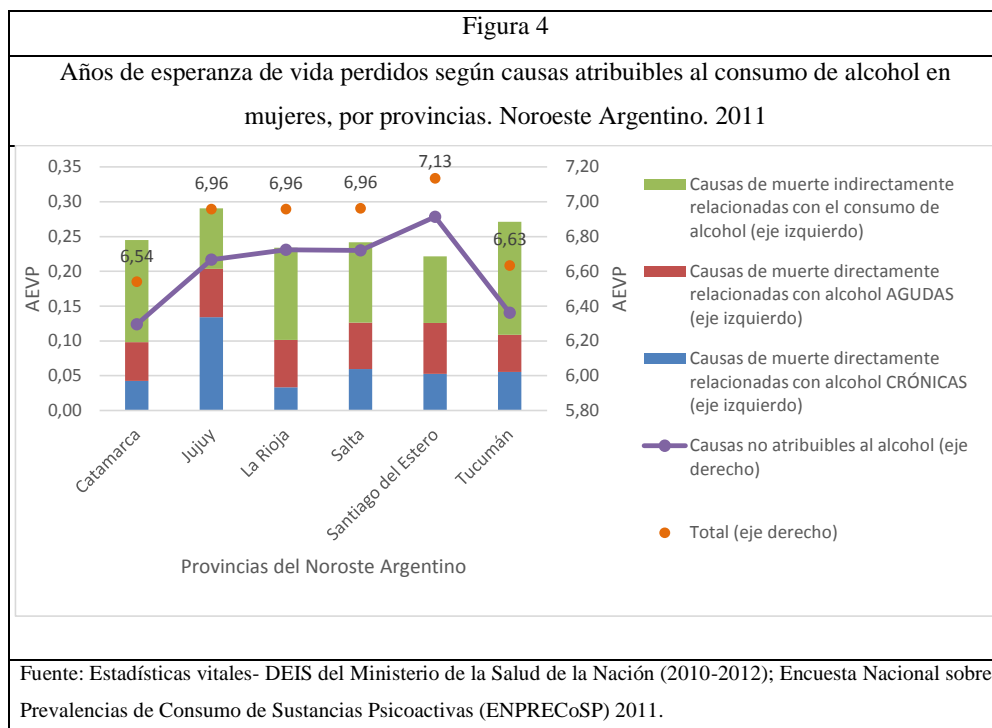
Fuente: Estadísticas vitales- DEIS del Ministerio de la Salud de la Nación (2010-2012); Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRECoSP) 2011.

Mujeres

La mortalidad femenina genera alrededor de 7 AEVP, presentando el valor más bajo Catamarca y el mayor, Santiago del Estero. Como era de esperar, la mortalidad en las mujeres es menor. Jujuy y Tucumán son las provincias en donde se estimaron los AEVP por causas atribuibles al consumo de alcohol más altos del NOA, donde el promedio de AEVP es de 0,2.

En términos generales y a diferencia de los hombres, las CICA generan casi tantos AEVP que las directas, e incluso en algunas provincias provocan más AEVP, como en el caso de

Tucumán, La Rioja y Catamarca. Por su parte, en Jujuy las CDCA crónicas generan la mayor parte de los AEVP en esa provincia.

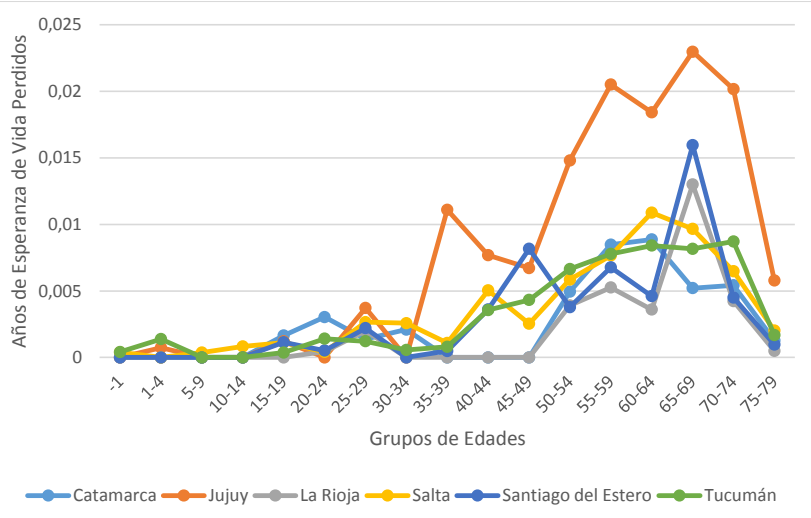


Con el fin de despejar las incógnitas que se presentaron a raíz de la figura 4, se presenta a continuación los AEVP por CDCA crónicas por grupo de edad en las mujeres. Se aprecia un comportamiento similar al de los hombres con la presencia de dos picos, uno alrededor de los 30 años de edad y otro a partir de los 50. De igual modo que en el caso masculino, las causas que más aportan casos a este grupo de causas son la enfermedad alcohólica del hígado y la cirrosis hepática.

Ahora bien, en Tucumán, La Rioja y Catamarca, las CICA que aumentan los AEVP en dichas provincias son: Accidente cerebrovascular agudo hemorrágico (I60-I62, I69.0-I69.2) en Catamarca; Enfermedad cardíaca isquémica (I20-I25) en Tucumán; e Hipertensión arterial (I10-I15) en La Rioja.

Figura 5

Años de esperanza de vida perdidos según causas directamente relacionadas con el consumo de alcohol crónicas en mujeres, por provincias. Noroeste Argentino. 2011



Fuente: Estadísticas vitales- DEIS del Ministerio de la Salud de la Nación (2010-2012); Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRECoSP) 2011.

Legislación vigente sobre consumo del alcohol en Argentina y el Noroeste Argentino

Argentina tiene una Ley Nacional de Lucha Contra El Alcoholismo (24.788) desde 1997, la cual estipula entre sus artículos lo siguiente: está prohibida la venta a menores de 18 años, prohibido beber en la vía pública, están prohibidas las publicidades que incentiven el consumo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años o que salgan menores en las mismas, que no aclaren que la edad para beber es mayores de 18 años y que se debe beber con moderación. También propone la creación de programas Nacionales de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol; la inclusión en todos los niveles educativos contenidos curriculares sobre el consumo excesivo y sus patologías. Asimismo prohíbe

conducir bajo los efectos del alcohol, estableciendo como límite 500 miligramos por litro de sangre para conductores particulares y cero para vehículos destinados al transporte de pasajeros de menores y de carga.

A esta ley nacional adhieren todas las provincias del Noroeste argentino que a su vez, han promulgado leyes propias sobre el consumo de alcohol.

La Rioja, Tucumán, Jujuy y Catamarca son las provincias en las que se visualizan programas que buscan atender de manera preventiva y asistencial al consumo de alcohol. Desde políticas bio - psico- sociales, se abordarán los “trastornos relacionados con el alcohol.”

En las provincias de Salta, Tucumán, La Rioja y Catamarca, establecen dentro del marco “alcoholemia cero” que los conductores no deben poseer ningún tipo de graduación alcohólica en sangre. Las sanciones son diversas y van desde la retención del vehículo, multas, hasta 30 días de arresto. Las últimas en adherir a este tipo de medidas fueron Salta y Tucumán.

Jujuy, en 2012 la ley estipula lugares y horarios de venta, también contemplados en las leyes de demás provincias del NOA.

Desde lo trabajado con los artículos de las respectivas leyes y teniendo en cuenta los aportes de cada una de las provincias según las necesidades sociales y particulares del momento, más allá de los artículos contemplados en la Ley Nacional 24.788 podemos decir que las provincias de Catamarca, La Rioja y Tucumán son las provincias con leyes más rigurosas en relación al consumo y venta de bebidas alcohólicas. Se agrega a ellas Salta en una segunda instancia con la ley “alcoholemia cero” o “tolerancia cero” a partir del 2014.

Por su parte, la provincia de Jujuy es una de las provincias que menos políticas provinciales en relación al tema tiene. Y por último Santiago del Estero, donde, además de la adhesión a la Ley Nacional, solo se ha constatado el decreto 56/2000, que regula la venta de bebidas alcohólicas.

La Ley Nacional de Lucha Contra El Alcoholismo (24.788/1997) se ve complementada por la Ley 26.363/ 2008, Ley de Transito Y Seguridad Vial en regula cuestiones atinentes a la conducción bajo los efectos del alcohol, venta y publicidad de bebidas.

Asimismo, en el año 2014 se promulga el Plan Integral Para El Abordaje De Los Consumos Problemáticos (Ley Nacional 26.934), cuyos objetivos contemplan aspectos preventivos, asistenciales e integración y amparo de sujetos con algún tipo de consumo problemático, que afecta negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones

sociales. Se obliga en esta norma a las provincias a prestar gratuitamente la asistencia a las personas afectadas por este tipo de problema.

Consideraciones Finales

En el año 2011, el Noroeste Argentina presenta una proporción de mortalidad atribuible al alcohol 2% superior a la mundial en hombres, y 0,5% menor en las defunciones de mujeres (World Health Organization, 2014) del año 2012, y son superiores a las halladas en otros estudios realizados en el país con datos del año 2008 (Acosta, Bertone, & Peláez, 2012)

En toda la región se pierden casi un año de esperanza de vida a causa del consumo de alcohol de hombres, afectando especialmente a jujeños y salteños, quienes sufren y mueren principalmente de patologías directamente relacionadas con el consumo de alcohol como enfermedad alcohólica del hígado y cirrosis hepática. Estas muertes ocurren a partir de los 30 años aproximadamente con un pico en los 40 y otro a los 60 años de edad.

Las mujeres se ven menos afectadas por estas causas de muerte, perdiendo el equivalente a unos 2 meses de esperanza de vida por consumo del alcohol y se ven afectadas principalmente por las causas indirectamente atribuibles al consumo del alcohol. Sin embargo, en Jujuy, no solo es la jurisdicción con más AEVP por consumo de alcohol, sino que también las causas que más afectan a las jujeñas con las crónicas; tal como ocurre en los hombres. Ocurre algo opuesto, en Tucumán y Catamarca, donde con las causas indirectas las que más AEVP generan. Estas 3 provincias son las que más años de esperanza pierden por el consumo de alcohol en mujeres.

Recopilando, las provincias de Jujuy y Salta son las jurisdicciones del NOA que se ven más afectadas por este problema de salud pública. Esto no es exclusivo de la población masculina, por lo cual se puede hipotetizar de alguna influencia cultural que coloca a estas poblaciones en situaciones particulares en relación con el resto de las provincias de la región, sin embargo esto no se refleja en los datos sobre prevalencia del alcohol de las diferentes encuestas realizadas en el país (INDEC, 2011; Ferrante, y otros, 2011; SEDRONAR, 2010). Con ello, y tratándose de mortalidad, se podría decir que se trataría de una deficiencia en la asistencia de las personas con consumos de riesgo en esas provincias.

Se espera que a partir de la promulgación del Plan Integral Para El Abordaje De Los Consumos Problemáticos (Ley Nacional 26.934/2014), cuyos objetivos contemplan aspectos preventivos, asistenciales e integración y amparo de sujetos con algún tipo de consumo problemático, se atienda este problema en dichas jurisdicciones.