



CONVENIO ENTRE LA SECRETARIA DE GOBIERNO DE SALUD Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA.

Entre La Secretaria de Gobierno de Salud, representada por el Señor Secretario de Gobierno de Salud Doctor ADOLFO RUBINSTEIN, con domicilio en Av. 9 de Julio 1925 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conforme las competencias previstas por el Decreto N° 802/2018 y artículo 35 inciso b) del Decreto N° 1344/2007, por una parte, en adelante denominada "LA SECRETARÍA" y el MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA, representado en este actor por el Sr. Ministro Dr. MARIO KOHAN, con domicilio en 9 DE JULIO Y GONZALEZ, SANTA ROSA, en adelante "LA PROVINCIA", convienen en celebrar el presente convenio para la ejecución del PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES en materia de políticas de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol.

OBJETO GENERAL

CLÁUSULA PRIMERA- Las partes acuerdan por medio del presente, la realización del PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES en materia de políticas de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol.

OBLIGACIONES DE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD

CLÁUSULA SEGUNDA- Son obligaciones de "LA SECRETARÍA":

- 1) Brindar asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades en materia de políticas para la promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol.
- 2) Transferir la suma total de PESOS UN MILLÓN (\$1.000.000) a "LA PROVINCIA", con destino específico y dentro de la disponibilidad de fondos, a fines de fortalecer la capacidad institucional provincial DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES en materia de políticas de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol, que podrán utilizarse según los objetivos y procedimientos dispuestos en el Protocolo del Proyecto que se acompaña como Anexo y forma parte del presente (IF-2019-64251904-DNSPYCECNT#MSYDS), en adelante "EL PROTOCOLO".
- 3) Remitir dicha suma en dos (2) pagos de PESOS QUINIENTOS MIL \$ 500.000.- el primero dentro de los 30 (treinta) días hábiles contados a partir de la firma del presente Convenio y el segundo con la presentación y aprobación del informe final.



- 4) Evaluar y aprobar los informes de avance y final dentro de los 20 días hábiles de presentados.

OBLIGACIONES DE "LA PROVINCIA"

CLÁUSULA TERCERA. Son obligaciones de "LA PROVINCIA":

- a) Construir capacidad en la temática de alcohol desde una perspectiva de promoción, regulación de entornos y productos, y prevención en la unidad de enfermedades no transmisibles de la provincia en articulación con los actores pertinentes.
- b) Realizar un Mapeo de políticas provinciales y municipales vigentes para la prevención y control del consumo nocivo de alcohol. Este mapeo deberá comprender la revisión de la normativa de alcohol en la provincia, proyectos de ley en tratamiento, actores, organizaciones sociales, académicas y estructuras gubernamentales provinciales vinculadas a la temática.
- c) Constituir una mesa de trabajo intersectorial a fin de generar la articulación entre Organismos Públicos, la Sociedad Civil, la Comunidad Científica y Académica para promover la participación de diversos actores a fin de diseñar e implementar acciones de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol, que incluyan la discusión de normativa a impulsarse a nivel legislativo provincial.
- d) Elaborar un informe epidemiológico provincial sobre la situación del consumo de alcohol en adolescentes y adultos en base a las encuestas nacionales que cuentan con representatividad provincial; Tercera Encuesta Nacional de Salud Escolar 2018 (EMSE) y Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)
- e) Instalar en la población general la temática, mediante estrategias de difusión masiva, tendientes a incrementar el compromiso social y reducir los altos niveles de tolerancia social frente al uso nocivo de alcohol.
- f) Realizar un informe de avance y un informe final junto con la documentación respaldatoria como medio de verificación, siguiendo los lineamientos especificados en "EL PROTOCOLO".
- g) Emplear los fondos asignados únicamente a los fines establecidos en el presente Convenio.

RENDICIÓN DE GASTOS

CLÁUSULA CUARTA- Presentar informes de rendición de gastos correspondientes al final de cada uno de los periodos estipulados en "EL PROTOCOLO", conforme a lo establecido en la Ley N° 24.156, su Decreto Reglamentario N°1344/2007, Resolución Ministerial N° 979/2011 y su modificatoria N° 1487/2011, cuyos términos LA PROVINCIA declara conocer y aceptar.

RESOLUCIÓN

CLÁUSULA QUINTA- La falta de cumplimiento de alguna de las obligaciones asumidas por "LA PROVINCIA" en el presente, faculta a "LA SECRETARÍA" a intimarla fehacientemente para que



proceda a dar acabado cumplimiento dentro de los treinta (30) días bajo apercibimiento de darlo por resuelto.

VIGENCIA. RESCISIÓN

CLÁUSULA SEXTA - El presente convenio entrará en vigencia desde su suscripción, durante el plazo de 1 (un) año pudiendo las partes rescindirlo en cualquier momento con una antelación no menor a 90 (noventa) días mediante notificación fehaciente a la otra parte, procurando no afectar los trabajos que se encuentren en plena ejecución.

CLÁUSULA SÉPTIMA- La rescisión del convenio de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA SEXTA, esto es, de manera unilateral por parte de LA SECRETARÍA no generará derecho indemnizatorio alguno a "LA PROVINCIA"

CLÁUSULA OCTAVA- Las PARTES convienen que en toda circunstancia o hecho que tenga relación con el presente CONVENIO mantendrán la individualidad y autonomía de sus respectivas estructuras técnicas y administrativas, y asumirán, respectivamente, las responsabilidades consiguientes. El personal aportado por cada una para la realización del presente, propio o tercerizado, se entenderá relacionado exclusivamente con aquella que lo empleó, aclarando que cada una de las partes que intervienen en este CONVENIO tiene medios propios y suficientes para afrontar la responsabilidad que derive de las relaciones laborales.

CLÁUSULA NOVENA- Las partes acuerdan que a los efectos de resolver las situaciones que se plantean en la interpretación y ejecución del presente convenio, se someterán a la jurisdicción de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con competencia originaria, en razón de lo establecido por el artículo 117 de la Constitución Nacional.

Las PARTES intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente convenido, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 22... días del mes de ~~Noviembre~~ de 2019.-

DR. MARIO R. KOHAN
MINISTRO DE SALUD

DR. ADOLFO RUBINSTEIN
Secretario de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social

DRS. VERÓNICA
Dirección N.º
la Salud y
MINIST...

SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
Registro de Actas, Convenios y Acuerdos
Nº



**PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL
DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO
TRANSMISIBLES RESPECTO AL USO NOCIVO DE ALCOHOL**

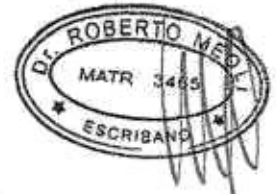
**POLITICAS DE PROMOCION Y RECTORIA ESTATAL BASADOS EN LOS
ESTANDARES INTERNACIONALES DE INTERVENCIONES MAS COSTO
EFECTIVAS**

SECRETARÍA DE SALUD

1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION

Derecho a la salud. Posicionamiento del Estado Argentino

Uno de los principales desafíos que tienen los estados para garantizar el desarrollo y el crecimiento de sus países es asegurar que los habitantes cuenten con una calidad de vida y condiciones sanitarias suficientes para impulsar ese desarrollo. El derecho a la salud resulta crucial como marco para la elaboración y planificación de las políticas públicas que afrontan ese desafío. Este derecho se encuentra aludido en una multiplicidad de declaraciones, pactos y convenciones internacionales suscriptas por la mayoría de los estados en distintos bloques regionales y organizaciones a nivel mundial, incluyendo la Argentina: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ambos de 1966), en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), y en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). A nivel nacional, el artículo 42 de la Constitución, alude a que, consumidores y usuarios tienen derecho en sus relaciones de consumo a la protección de la salud y establece la obligación para las autoridades públicas de hacer lo conducente para garantizar esa protección.



En tanto constituye un problema de salud pública, el uso nocivo de alcohol requiere del Estado Argentino políticas que desde la perspectiva sanitaria permitan ejercer su responsabilidad y la obligatoriedad de garantizar la salud de sus ciudadanos.

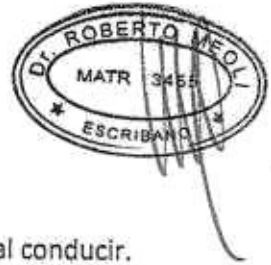
En los últimos años se ha acumulado un corpus sustancial de conocimientos sobre la viabilidad y la costo-eficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol dando lugar al planteo de una estrategia mundial (OMS, 2010).

A nivel internacional, y desde la perspectiva de las enfermedades no transmisibles, los estándares y lineamientos propuestos para la prevención y control del uso nocivo de alcohol se encuentran alineados a la *Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles* (OPS, 2011), la cual posee cuatro líneas estratégicas: 1) Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT); 2) factores de riesgo y factores protectores de las ENT; 3) respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo; y 4) vigilancia e investigación de las ENT. El *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles* (OPS, 2011), impulsa el abordaje de los factores de riesgo con intervenciones e instrumentos de base poblacional, basadas en la evidencia y costo-eficaces, prestando especial atención a los niños, niñas y adolescentes y las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

En vía de sistematizar estos lineamientos estratégicos, la Organización Mundial de la Salud lanzó SAFER (2018), una nueva iniciativa y paquete técnico que describe cinco estrategias de alto impacto que pueden ayudar a los gobiernos a reducir el uso nocivo del alcohol y las consecuencias sociales y de salud relacionadas.

SAFER es la hoja de ruta más reciente dirigida por la OMS para ayudar a los gobiernos a tomar medidas prácticas para acelerar el progreso en materia de salud, combatir las enfermedades no transmisibles (ENT) a través del tratamiento del uso nocivo del alcohol y lograr objetivos de desarrollo.

Siguiendo el ejemplo exitoso de MPOWER para control del tabaco y otros paquetes técnicos, SAFER proporciona una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número reducido de acciones estratégicas de alto impacto basadas en las intervenciones más costo eficaces ("Best buys" OMS, 2017) para el control del uso nocivo de alcohol:



- Fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol.
- Avanzar e imponer medidas de control y fiscalización de alcohol al conducir.
- Facilitar el acceso a exámenes de detección, intervenciones breves y tratamiento.
- Imponer prohibiciones o restricciones integrales a la publicidad, patrocinio y promoción del alcohol.
- Aumentar los precios del alcohol a través de impuestos al consumo y políticas de precios.

Uso nocivo de alcohol. Un problema de salud pública

El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo prevenibles de enfermedades crónicas no transmisibles junto al consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Los cuatro afectan significativamente el aumento de la prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que concentran la mayor carga de enfermedad en la región de las Américas, a saber: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Así, el uso nocivo de alcohol tiene graves repercusiones en la salud, a la vez que genera altos costos sanitarios y provoca efectos perjudiciales tanto para el consumidor como para quienes lo rodean y para la sociedad en general (OMS, 2015). Un reciente estudio (The Lancet, 2018) afirma la inexistencia de un nivel de consumo que sea beneficioso para la salud, concluyendo que cualquier nivel de consumo contribuye a la pérdida de salud.

El uso nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de entre 15 y 49 años, franja etaria que suele ser de las más productivas económicamente (OMS, 2015). En el 2012 el 5,9% de las muertes en el mundo y el 5,1% de la carga de enfermedades y lesiones fueron atribuibles al consumo nocivo de alcohol (OMS, 2014).

El consumo de alcohol ha sido identificado como un componente causal de más de 200 enfermedades y lesiones (OMS, 2014). En Argentina, el uso nocivo de alcohol está asociado a casi el 90 % de las causas de muerte por lesiones relacionadas al consumo de drogas. En relación a la franja etaria los accidentes de transporte se producen entre los 15 y 25 años por dicho uso nocivo de alcohol. A modo general los distintos tipos de cáncer relacionados al



consumo de drogas revelan una distribución según la sustancia consumida que ubica al tabaco como la primera en peso relativo (84%) seguida por el alcohol (15,9 %). Esta última porción de los casos presenta en su interior una mayor prevalencia de tumores malignos del esófago (46,7%), seguido por tumores malignos del estómago (22,6%), tumores malignos del labio, cavidad oral y faringe (20,6%), y finalmente tumores malignos del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (10,1%). El 8% de las enfermedades cardiovasculares son atribuibles al consumo de alcohol conformado en gran parte por enfermedades cerebrovasculares (72,2%) y en una menor proporción por hipertensión arterial (27,8%). A su vez el uso nocivo de alcohol está vinculado con otras enfermedades como por ejemplo la enfermedad alcohólica del hígado, pancreatitis aguda, diabetes mellitus, enfermedades del esófago, del estómago y duodeno, cardiomiopatía alcohólica, encefalopatía de Wernicke, y otras pancreatitis crónicas (SEDRONAR, 2015).

Adicionalmente, el uso nocivo de alcohol es un factor determinante de trastornos neuropsiquiátricos, como la dependencia del alcohol o alcoholismo, epilepsia, depresión y ansiedad (OMS, 2004); de problemas de salud, como la cirrosis hepática, pancreatitis, diversos cánceres y enfermedades cardiovasculares así como de lesiones (Baan et al., 2007; Shield, Parry y Rehm, 2013). Evidencia reciente considera que el uso nocivo contribuye a aumentar la carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como el VIH/sida, la tuberculosis y las de transmisión sexual, debido por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovirales (Lönnroth et al., 2008; Rehm et al., 2009; Baliunas et al., 2010; Azar et al., 2010).

Además, el consumo de bebidas alcohólicas causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, también ocasionar perjuicios a familiares, amigos, compañeros de trabajo e incluso extraños. En otras palabras, el uso nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (Anderson et al., 2006; Sacks et al., 2013). El grado de riesgo por el consumo de alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010)





Las muertes por accidentes de transporte relacionados al consumo de drogas para Argentina en el año 2014, se calculan en 1.273 casos, lo que representa cerca del 9% del total de las muertes atribuibles a esta práctica. Las sustancias implicadas en las muertes por accidentes de transporte relacionadas al consumo de drogas son: el alcohol, asociado a 737 casos (58%), los estupefacientes, asociados a 518 casos (41%) y las sustancias de uso indebido, presentes en 18 casos (1%) (SEDRONAR, 2017). El consumo de alcohol, aún en pequeñas cantidades, aumenta el riesgo de accidentología vial. La Organización Mundial de la Salud afirma que entre el 20% y 50% de las muertes por accidentes de tránsito en las Américas están relacionadas con el alcohol (OMS, 2004). Según un estudio realizado por el Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires (2010), en los accidentes de tránsito producidos en las autopistas de la Ciudad, el 23,8% de los conductores había consumido alcohol, en estos casos el 50% de los conductores es menor de 25 años y el 87% de los accidentes sucedieron durante los fines de semana.

El uso nocivo del alcohol también genera costos económicos que han sido clasificados en tres grandes categorías: costos directos referidos a las erogaciones en que incurren las distintas instituciones (sistema de salud, sistema policial, justicia penal, protección social, etc.) para cubrir hospitalizaciones, atención ambulatoria y domiciliaria, medicamentos, tratamiento psicológico, daños a la propiedad por accidentes y delincuencia, detenciones de vehículos, etc. La segunda categoría refiere a los costos indirectos atribuibles a la pérdida de productividad por el ausentismo, la reducción de ganancias potenciales y los años de trabajo perdidos por muerte prematura o incapacidad que genera la dependencia al alcohol. Finalmente, la tercera categoría contempla los costos intangibles; aquellos atribuidos al dolor, sufrimiento y deterioro en la calidad de vida como consecuencia del uso indebido de bebidas alcohólicas (Anderson et al, 2006). Si bien no hay datos de costos para la Argentina, existen estudios que señalan que los países de ingresos altos y medios gastan alrededor del 1% de su PBI, por las consecuencias del consumo problemático de alcohol (OMS/OPS, 2015).

La causa de muerte clasificada por el CIE-10 como "agresiones" incluye aquellas lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio. Estos casos son considerados sólo parcialmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas.

Las muertes por homicidios relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, suman un total de 596 casos, siendo el 88% varones. Esta causa de muerte representa el 4% entre las

Dr. ROBERTO MEDINA
MATR 3465
ESCUELA DE MEDICINA

muerres relacionadas al consumo de drogas (SEDRONAR, 2017). La mayor cantidad de casos de esta causa de muerte, en su proporción atribuida al consumo de drogas, se concentra en edades jóvenes dado que más de la mitad (53%) corresponde a la población de 15 a 29 años.

En el caso de los varones, los principales afectados son menores de 29 años, grupo que acumula el 54% de los casos; para las mujeres la distribución es más homogéneo, aunque con la misma tendencia. También en este caso, la mayoría de estas muertes está asociada al consumo de alcohol representando el 94%, luego al consumo de estupefacientes (6%) y, en menor medida, al consumo de sustancias de uso indebido (1%) (SEDRONAR, 2017).

Situación epidemiológica en la Argentina

Argentina posee el segundo consumo anual de alcohol puro por bebedor más alto de América del Sur, con 16 litros (superado por Perú con 18.4), según un artículo recientemente publicado por la asesora principal en Alcohol y Abuso de Sustancias de la OPS/OMS en 2017. De acuerdo con cifras oficiales, la edad de inicio de consumo de alcohol en Argentina es a los 13 años (SEDRONAR, 2017).

En los últimos años, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron cambios en la modalidad y patrón de consumo de bebidas alcohólicas que se manifiestan en una edad de inicio cada vez más temprana (SEDRONAR, 2017 "Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas) el aumento de la prevalencia de la ingesta en mujeres (achicándose la brecha con varones) y el registro, en ambos sexos, de un mayor consumo los fines de semana y durante períodos cortos de tiempo (SEDRONAR, 2017).

Según datos de la Segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012), el 75,9 % de los adolescentes consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (presenta un aumento de prevalencia respecto del valor relevado por la Primera Edición de la misma encuesta en el año 2007 del 72.8%). El patrón de consumo instalado entre los jóvenes argentinos es el denominado *Consumo Episódico Excesivo de Alcohol* (CEEA) o "binge drinking" que duplicó su prevalencia del 35.3% en 2007 a 62.9% según datos de la mencionada encuesta, sin diferencia significativa en este patrón de consumo entre adolescentes varones y mujeres. Las encuestas demuestran no solo la disminución de la edad de inicio del consumo sino además la tendencia al cierre de la brecha de género.



Un estudio nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas (SEDRONAR, 2017) evalúa la evolución del consumo de bebidas con alcohol entre 2010 y 2017 para población de 12 a 65 años y, consistentemente con lo que muestran otras encuestas, muestra un gran aumento del consumo de alcohol entre los adolescentes y entre las mujeres. Por ejemplo, en cuanto al consumo en adolescentes de 12 a 17 años en el último mes, se observó un aumento de la prevalencia de más de 13 puntos porcentuales entre el 2010 y el 2017 (pasando de 21,4% a 34,7%). Resulta alarmante el incremento de las tasas de incidencia (indica un aspecto importante del problema al identificar la celeridad que presenta el consumo en una población determinada): el porcentaje de nuevos bebedores pasó de 9,7% en el 2010 a 37,1 % en el 2017 y de estos nuevos usuarios, el 31% son menores de 25 años.

2. PROYECTOS A FINANCIAR: DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Objetivo General del proyecto:

Generar capacidad Institucional provincial para el control del uso nocivo de alcohol mediante el enfoque de promoción y rectoría estatal basado en los estándares internaciones de intervenciones y políticas más costo-efectivas.

La Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles propone implementar un plan estratégico para dar cumplimiento al objetivo general del proyecto, asistiendo financiera y técnicamente a las carteras sanitarias provinciales.

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de Alcohol (PNPCEA) brindará apoyo metodológico y asesoramiento técnico en todas las etapas del proyecto.

Dr. MARIO R. KOHAN
MINISTRO DE SALUD



Estructura y contenido del proyecto a presentar:

1° Trimestre

Objetivo:

Identificar políticas públicas y actores relevantes vinculados a la temática.

Acciones:

- Mapeo de políticas provinciales y municipales para la prevención y control del consumo nocivo de alcohol. Este mapeo deberá comprender la revisión de la normativa de alcohol en la provincia junto con los proyectos de ley en tratamiento.
- Análisis del mapeo en relación a estándares internacionales para control de alcohol.
- Mapeo de actores, organizaciones civiles, académicas, estructuras gubernamentales provinciales vinculadas a la temática.

Medio de verificación:

Un (1) Informe del mapeo actores y de las políticas provinciales y municipales con su correspondiente análisis. (Ver anexo II con pautas para su elaboración).

2° Trimestre

Objetivo:

Articular con Organismos Públicos, Sociedad Civil y la Comunidad Científica y Académica, de alcance nacional y provincial, a fin de acordar acciones sobre la temática.

Acciones:

- Constitución de una mesa de trabajo Intrasectorial e Intersectorial de frecuencia al menos mensual a fin de diseñar e implementar normativas en la materia y coordinar todos aquellos aspectos relativos a la gestión y agenda del Programa.
- Realizar un breve informe epidemiológico en base a los datos de las encuestas nacionales con representatividad provincial como la EMSE, ENFR y aquellas generadas por la provincia.



Medio de verificación:

Una (1) mesa de gestión provincial constituida/reunida con norma o resolución que avale la misma, detalle de participantes e instituciones y su frecuencia de reunión. Incluir agenda de trabajo. La mesa debe reunirse periódicamente, bimensual o trimestralmente, y seguir con esta periodicidad hasta el final del proyecto.

Un (1) informe epidemiológico actual (ver anexo con pautas para su elaboración)

Acta de constitución de la mesa intrasectorial- intersectorial con detalle de las instituciones integrantes y la firma de dichas Instituciones.

3° y 4° Trimestre

Objetivo:

Instalar en la población general la temática, mediante estrategias de difusión masiva, tendientes a incrementar el compromiso social y reducir los altos niveles de tolerancia social frente al uso nocivo de alcohol.

Acciones:

Elaboración de un plan de comunicación para:

- Concientizar sobre el consumo de alcohol en jóvenes.
- Colocar en agenda de los medios la problemática y la intervención del estado provincial.

Medio de verificación:

Un (1) Informe del plan de comunicación implementado (ver anexo con detalles sobre la elaboración, presentación del plan y de los medios de verificación solicitados).

DR. ROBERTO MEOLI
 MATR 3485
 ESCRIBANO

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mapeo de políticas provinciales y municipales	X	X	X									
Mapeo de actores	X	X	X									
Presentación de Informes de avance (Mapeo de políticas provinciales y municipales y de actores)					X							
Mesa de trabajo Intrasectoriales e Intersectoriales			X			X			X			X
Informe Epidemiológico						X						
Implementación del Plan de Comunicación						X	X	X	X	X	X	
Informe de la implementación del Plan de Comunicación												X
Informe final (que incluya e integre todos los informes técnicos de cada etapa con una conclusión respecto a las políticas a ser adoptadas en función al diagnóstico relevado)												X


Financiamiento y gastos elegibles.

Cada provincia, que tenga la voluntad política de FORTALECER LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES en materia de políticas de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol, firmará un convenio interministerial

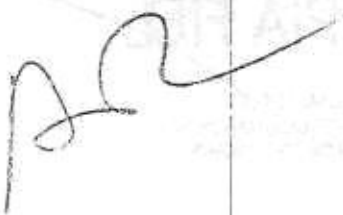





(entre la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud Provincial). El Ministerio de Salud Provincial recibirá \$1.000.000 (pesos un millón) de los cuales \$ 500.000 (pesos quinientos mil) se entregarán al momento firma del convenio y \$ 500.000 con la presentación y el informe final.

Los gastos elegibles son: honorarios profesionales, compra de materiales, elaboración de informes, material de librería, elaboración de campañas comunicacionales y gastos generales para la difusión de los resultados.



Dr. MARIO R. KOHAN
MINISTRO DE SALUD





Anexo II – Información para elaboración y presentación de informes.

Mapeo políticas públicas y principales actores vinculados al control del consumo nocivo de alcohol (Actividad 1er Trimestre)

El mapeo es una herramienta de gran utilidad para la gestión de proyectos. Mediante el uso de esquemas, cuadros, etc. facilita la visibilidad de actores y políticas involucradas activamente o no con la temática, funciones, intereses, tensiones, coaliciones, áreas de conflicto y toda serie de variables que dispongamos analizar a los fines de nuestro objetivo. En tanto que el mapeo es un medio para un fin, debemos tener en claro el objetivo general para el cual se lo realiza: Generar capacidad institucional provincial para el control del uso nocivo de alcohol mediante el enfoque de promoción y rectoría estatal basado en los estándares internacionales de intervenciones y políticas más costo-efectivas.

Modelo de informe a presentar para mapeo

Paso 1:

1. Relevar las acciones/políticas públicas vinculadas a la prevención y control del consumo de alcohol, efectuadas en los últimos 3 años.

Líneas de acción identificadas	Sectores/actores involucrados (Político, técnico, económico, social, medios de comunicación, público, privado)	Jurisdicción de implementación (provincial/municipal)	Descripción de la acción (desarrollar)	Vigente en la actualidad Si/No	Resultados identificados

2. Relevar el marco regulatorio existente y vigente para la prevención y control de alcohol.



Tipo de normativa, número y año de entrada en vigencia (incluir reglamentación de corresponder)	Jurisdicción de aplicación	Breve descripción de los principales aspectos que regula.

3. Identificar actores que podrían acompañar u obstaculizar el desarrollo del objetivo general.

Actor	Sector (Político, técnico, económico, social, medios de comunicación, público, privado)	Motivos para acompañar	Motivos para obstaculizar

Paso 2:

Análisis del mapeo

El análisis del mapeo nos debería permitir identificar las mejores estrategias de vinculación entre los actores clave, políticas vigentes, marco regulatorio, siempre en función de nuestro objetivo y a partir de las variables con las cuales se elaboraron los cuadros. Si bien el análisis puede contener toda la información y cruces que se deseen, debe estar presente como condición de presentación del informe el siguiente cruce:

- marco regulatorio vigente y su nivel de proximidad con los estándares internacionales para control de alcohol.
- Pertinencia de las políticas públicas implementadas/líneas de acción a la luz de los estándares internacionales.



A los fines de complementar el informe, algunos disparadores pueden ser: analizar dónde aparecen los principales conflictos o rupturas en el entramado de relaciones, identificar posibilidades de construcción de coaliciones/alianzas que ayuden a construir estrategias para la prevención y control de alcohol, analizar la pertinencia entre el marco regulatorio vigente y las políticas públicas implementadas.

Informe epidemiológico (actividad 2do trimestre)

La vigilancia epidemiológica en salud pública refiere a la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones. Disponer de información continua y actual, permite monitorear políticas y definir nuevas líneas de acción.

Estructura del informe:

- 1- Presentación general: ¿por qué el consumo nocivo de alcohol es un problema de salud pública?
- 2- Situación epidemiológica mundial y nacional. Breve desarrollo
- 3- Situación epidemiológica provincial. Desarrollo de la situación epidemiológica en la provincia y sus municipios (esto último en caso de contar con datos locales)
- 4- Identificar las principales fuentes priorizadas para la elaboración del informe. Pueden ser primarias o secundarias, nacionales, provinciales, locales. Ejemplo: En Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018, 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, etc.
- 5- Conclusiones

Informe del Plan de Comunicación

El plan de comunicación es una herramienta que permitirá acompañar todo el proceso de generación de capacidad institucional provincial para el control del uso nocivo de alcohol. El plan debe cumplir dos objetivos:



- Concientizar sobre el consumo de alcohol en jóvenes.
- Colocar en agenda de los medios la problemática y la intervención del estado provincial.

El plan debe contener la siguiente información para cada ítem:

Elaboración de una campaña de comunicación para concientizar sobre el consumo de alcohol en jóvenes:

1. Temática/s: Definir el tema de la campaña de comunicación que cumpla con el objetivo de concientizar sobre el consumo de alcohol en jóvenes.
2. Definir las fuentes de información (encuestas, datos epidemiológicos, informes, investigaciones, etc.) que proveerán de información para el contenido de la campaña.
3. Destinatarios: son el público objetivo de nuestros mensajes, a quienes dirigimos la campaña (Ej: niños y niñas en edad escolar, de la franja etaria x, etc.)
4. Definir los canales de comunicación: son los medios (gráfica: revistas, diarios, afiches, folletos; TV, radio, redes sociales, etc.) donde se difunden los mensajes de la campaña de comunicación. Deben estar en sintonía con el perfil de destinatario.
5. Definir el/los mensajes, esto, es, el contenido y el diseño.
6. Definir evento: la campaña consiste en una serie de mensajes que se difundan en un período de tiempo por diversos medios de comunicación. Además debe contar con algún evento en un lugar y día clave (por ej: plaza principal el Día Mundial de la Salud/el Día Mundial sin alcohol) que puede funcionar como lanzamiento de campaña. O también que la campaña se desarrolle en varios lugares, días e incluso varíe en su duración.
7. Actores estratégicos para articular con la campaña y para difusión (entidades públicas y privadas, educativas, sociales, culturales, medios de comunicación locales y regionales, etc.). Definir cuáles y rol a cumplir.

Diseño de una estrategia de prensa para colocar en agenda de los medios de comunicación la problemática y la intervención del estado provincial:

- 1- Elaborar gacetillas de prensa dirigidas al público general con información local sobre la problemática del consumo de alcohol, sobre las acciones del gobierno provincial al respecto y de la campaña de comunicación.



- 2- Seleccionar los medios de comunicación a los cuales se enviará la gacetilla (audiovisuales, radiales, gráficos, virtuales)

Los medios de verificación del plan de comunicación (campaña y prensa) son:

- Contenido de la campaña de comunicación con los ítems solicitados.
- Registro de las acciones de comunicación según el detalle del cuadro siguiente:

	Documentación respaldatoria
Prensa (medio gráfico, audiovisual, radial y/o web)	<p>El objetivo de la documentación respaldatoria en prensa es constatar su publicación/emisión</p> <p>Para gráfica presentar: Fotos o capturas de imagen de la nota, s. donde sea legible su temática y fecha de publicación</p> <p>Para audiovisual presentar: links (en caso de contar con archivo de noticias), cd, o cualquier otro formato donde se acredite la puesta audiovisual, la temática y la fecha de emisión.</p> <p>Para radio presentar: links, cd con audio entrevistas, spots, o cualquier otro formato que acredite la presencia en radio, la temática trabajada junto con la fecha de emisión.</p> <p>Para web presentar: captura de imagen legible donde se constate la temática de la publicación y fecha.</p>
Redes sociales	<p>- El objetivo de la documentación respaldatoria para redes sociales es constatar publicación en una red institucional</p> <p>Presentar: captura de imagen de la publicación que sea legible, pudiéndose constatar la temática y fecha</p>
Eventos	<p>- El objetivo de la documentación respaldatoria para los eventos es constatar su</p>



	Documentación respaldatoria
	realización Presentar fotografías aclarando la temática del evento, objetivos, fecha y lugar.

Dr. MARIO R. KOHAN
MINISTRO DE SALUD

Dr. VERONICA SCHOJ
Directora Nacional
Dirección Nacional de Promoción de
la Salud y Control de Enfermedades
Crónica No Transmisibles
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE ESTADO
SECRETARÍA DE ESTADO