

Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona

R. Manzanera^{1,2} / L. Torralba¹ / M. T. Brugal¹ / R. Armengol¹ / P. Solanes¹ / J. R. Villalbí^{1,3}

¹Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona

²Actualmente en Consorci Sanitari de Barcelona

³Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya

Correspondencia: Joan R. Villalbí. Institut Municipal de Salut Pública. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. jrvillal@imsb.bcn.es

Recibido: 21 de abril de 1999

Aceptado: 15 de octubre de 1999

(Coping with the toll of heroin: ten years of the Barcelona Action Plan on Drugs, Spain)

Resumen

Introducción: La epidemia de consumo de heroína se inició en Barcelona, como en el conjunto de España, a finales de los años 70, para alcanzar probablemente su máxima expresión a finales de los 80. En una primera etapa los responsables del problema apreciaron dificultades para llegar a una definición clara de objetivos, aunque posteriormente se alcanzó un consenso amplio que permitió la formulación de planes de acción con objetivos explícitos. Este trabajo revisa los efectos de la adopción de una política explícita y consensuada hacia las drogodependencias por el Ayuntamiento de Barcelona.

Sujetos y métodos: Se analiza la oferta y utilización de servicios asistenciales y de limitación de daños, y la evolución de las complicaciones asociadas al consumo, como son la mortalidad por reacción adversa aguda, la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del sida, y la incidencia de enfermedad tuberculosa a lo largo de 12 años, entre 1986 y 1997. Se compara la situación en cuatro momentos a lo largo del período. El estudio se restringe a los residentes en la ciudad.

Resultados: Pese a las lagunas de información existentes en los períodos iniciales, se aprecian cambios relevantes. La oferta de tratamiento se modifica de forma clara, con incrementos significativos de los inicios de tratamiento, la tasa de usuarios cubiertos por programas de mantenimiento con metadona, y en la media de jeringas estériles distribuidas. Mejoran tanto el cumplimiento terapéutico de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) con tuberculosis como su riesgo de infección por el VIH. Respecto a los servicios de urgencia, disminuye su uso asociado a la heroína, por sobredosis, o por síndrome de abstinencia. La tasa de mortalidad por sobredosis disminuye desde el tercer trienio, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

Discusión: Los datos de oferta asistencial, reflejados en los inicios de tratamiento y los diversos servicios de reducción de riesgos, muestran un claro incremento de la oferta, con un cambio de perfil. Por otra parte, con el desarrollo de esta respuesta asistencial se modifican tanto los indicadores que muestran los estragos de la epidemia de opiáceos en complicaciones infecciosas (casos de tuberculosis y sida en UDVP e infección por VIH), como los que reflejan un abordaje asistencial más integral (mejor cumplimiento terapéutico de los

Summary

Introduction: The epidemic of heroin use began in Barcelona, as in the rest of Spain, in the late 70's, to reach its peak by the end of the 80's. In a first period, responsible officers experimented difficulties to define the specific objectives of opiate control policies. This paper reviews the effects of the adoption of an explicit policy on drug dependence grounded on a wide consensus in the City of Barcelona (Catalonia, Spain).

Subjects and methods: Over a period of twelve years, from 1986 to 1997, both demand and offer of care and harm reduction services were analyzed, as well as the evolution of the adverse effects of drug use, such as mortality from acute adverse drug reaction, human immunodeficiency virus (HIV) infection, aids incidence, and incidence of tuberculosis. Data for city residents was compared through four different stages in this period.

Results: Despite the lack of data in initial years, relevant changes are apparent. Treatment offer changes clearly, with significant increases in initial treatment, coverage of methadone maintenance programmes, and sterile syringes distribution. Therapeutic compliance of tuberculous intravenous drug users IVDU and risk of HIV infection improve. Emergency service use linked to heroin, overdose, or withdrawal syndrome decreases. Mortality rates decline, although this decline does not reach statistical significance.

Discussion: Service offer shows a clear increase, reflected in treatment initiation, while harm reduction services expand. With the development of this process, outcome indicators change, both reflecting changes in the toll of the heroin epidemic (cases of tuberculosis and aids among IVDUs, HIV infection) and changes in a more comprehensive care (better treatment compliance of IVDUs with tuberculosis). There is a lower distortion of emergency services. These changes occur although the predominance of white heroin in Barcelona favors parenteral use.

Key words: Heroin. Evaluation. Program. Health policy.

UDVPs con tuberculosis). Se aprecia también una menor sobrecarga disfuncional de los dispositivos asistenciales de urgencias. Estos cambios se producen pese a que Barcelona se ve marcada por el predominio de heroína blanca, que favorece la vía parenteral.

Palabras clave: Heroína. Evaluación. Programa. Política sanitaria.

Introducción

La epidemia de consumo de heroína se inició en España a finales de los años 70, para alcanzar probablemente su máxima expresión a finales de los 80. En la sociedad, su aparición se asoció a una percepción colectiva de inseguridad ciudadana. El consumo de drogas se vinculó así con la delincuencia, y esto favoreció un abanico de respuestas que marginaron social y asistencialmente a los adictos a opiáceos¹. En consecuencia, la respuesta política, sanitaria y social a este nuevo problema se vio considerablemente condicionada². Más adelante, las dimensiones del fenómeno y su asociación al sida han llevado a revisar las políticas en curso³.

En ausencia de consenso no se definen claramente los objetivos, y entonces las opciones de abordaje del problema de las drogas pueden entrar en una complicada dinámica que impide alcanzar resultados valorables. La historia reciente ofrece ejemplos de esta dinámica. Cuando predominan opciones políticas que favorecen un abordaje punitivo de los usuarios de drogas, estos no son considerados como enfermos; los servicios asistenciales se inhiben, y no ofrecen respuestas adecuadas a sus necesidades, lo que les lleva a dejar de buscar atención. Cuando predominan escuelas profesionales que concentran todo el esfuerzo terapéutico en la curación de la adicción equiparada a la abstinencia absoluta, que no ofrecen opciones asistenciales para la mayoría de usuarios que no pueden o no quieren plantearse el abandono del consumo, los servicios pueden quedar al margen de la atención al grueso del problema. Finalmente, cuando no se ofrece respuesta a los problemas sociales asociados al consumo, en los barrios donde el problema es mayor pueden darse respuestas ciudadanas de exasperación expresadas de formas diversas, que pueden llegar a poner en jaque el ordenamiento del Estado de Derecho. En determinados momentos y ciudades se observan situaciones de una falta de consenso, con fenómenos como los descritos anteriormente. Esto obstaculiza la formulación de objetivos de gestión: en ausencia de objetivos explícitos, la dinámica asistencial viene marcada por la visión exclusiva de los profesionales, por sus orientaciones y preferencias. En la ciudad de Barcelona se planteó una política municipal en relación a las drogas con diversas peculiaridades, que se ha concretado en un modelo propio de respuesta al proble-

ma de la heroína, desarrollado en tres planes consecutivos, y aprobado cada vez por unanimidad en el Consejo Plenario del Ayuntamiento⁴ (el Plan de Acción sobre Drogas o PAD, antes Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias o PMAD). En su formulación destaca el abordaje global de sustancias adictivas (alcohol, opiáceos, otras sustancias), un enfoque pragmático, que evita encallarse en discusiones ideológicas, la consideración de los usuarios de drogas como víctimas de la adicción, el desarrollo de espacios de participación, la definición de una política de drogas para la ciudad (y no sólo para los servicios municipales), con objetivos explícitos en cuatro grandes campos (prevención y disuasión del consumo, disminuir sus efectos adversos, abordar terapéuticamente adicción y reinserción, y reducir los efectos negativos en los usuarios activos), la gestión de los centros asistenciales mediante contrato (con objetivos e incentivos), y la construcción de un sistema de información estructurado, con difusión de indicadores (trimestral y anual). Este abordaje representa un cambio cualitativo respecto al existente anteriormente, y permite superar la confrontación política, profesional y social sobre el tema, haciendo posible un abordaje integrador consensuado.

En este documento nos proponemos una aproximación a la evaluación de la adopción del PAD en 1989 por el Ayuntamiento de Barcelona, como política explícita y consensuada hacia las drogodependencias, a partir de la evaluación de los indicadores a lo largo de un período de 12 años, de 1986 a 1997. El estudio se centra en los opiáceos, sin pretender analizar aspectos referidos a otras sustancias. Creemos que aporta elementos de interés que superan el ámbito local y serán de utilidad para los profesionales implicados en la planificación, gestión y evaluación de servicios de esta naturaleza.

Sujetos y métodos

Dada la falta de indicadores directos de prevalencia del consumo de opiáceos se recurre a otros indicadores⁵. Se analiza la oferta y utilización de servicios asistenciales para la adicción y de limitación de daños (inicios de tratamiento por adicción a opiáceos y plazas de tratamiento de mantenimiento con metadona en

centros gestionados o no por el PAD, programas de intercambio de jeringas y jeringas dispensadas en los mismos).

Las plazas en programas de mantenimiento con metadona (PMM), se estiman a partir de los pacientes en tratamiento al final de cada año, entre 1991 (primer año tras la entrada en vigor de la normativa que posibilitó estos programas) y 1997.

Se estudia también la evolución de las complicaciones asociadas al consumo, como la incidencia de la infección por VIH, la incidencia de casos de sida y de tuberculosis, y la proporción de UDVP con tuberculosis que no completan el tratamiento, así como la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (distinguiendo si la droga primaria es la heroína u otros opiáceos, y el motivo de consulta). Se estudia también la reacción adversa aguda (episodios atendidos por ambulancias medicalizadas, por los servicios de urgencias hospitalarios, o los episodios de reacción adversa aguda con resultado de muerte).

El estudio se restringe a los residentes en Barcelona. Los datos proceden de los registros confidenciales gestionados por el Servicio de Epidemiología del Institut Municipal de Salut Pública. Los datos de mortalidad, inicios de tratamiento y asistencia en servicios de urgencias hospitalarios y ambulancias proceden del Sistema de Información de Drogas de Barcelona (SIDB), desarrollado en dicho servicio de acuerdo con los criterios del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Los datos de urgencias hospitalarias proceden de los cuatro hospitales universitarios de la ciudad, que cubren el 95% de las urgencias relacionadas con opiáceos⁶. Los datos de VIH/sida y tuberculosis se han obtenido de los registros de casos del mismo servicio, y del estudio dinámico de cohorte en pacientes seronegativos que han iniciado algún tratamiento en Centros de Atención y Seguimiento (CAS) municipales^{7,8}. Las características de estos sistemas de información han sido ya descritas en otras publicaciones⁹. Dado que la construcción del SIDB como sistema de información se inició con la puesta en marcha del PAD, no hay datos de todos los indicadores para los 12 años: por ello, se presentan los indicadores anuales para el período en que están disponibles.

Del conjunto de indicadores presentados se extraen unos, considerados como trazadores, cuyos valores se comparan mediante técnicas estadísticas en cuatro momentos a lo largo del período. Los indicadores trazadores se eligen por ser los más apropiados para la evaluación de los efectos de la política definida, por expresar la oferta y uso de servicios asistenciales de los usuarios de opiáceos que el PAD promueve, y las peores consecuencias sanitarias del consumo que el PAD quiere evitar. Los momentos analizados corresponden a cuatro trienios, que definen cuatro etapas en el desarrollo del PAD.

Indicadores trazadores. Como indicadores de la oferta asistencial y del uso de servicios se han seleccionado los que expresan específicamente los servicios más centrados en las necesidades de los usuarios adictos a opiáceos que el PAD promueve (inicios de tratamiento por adicción a opiáceos, plazas de tratamiento ocupadas en PMM, y jeringas distribuidas en programas de reducción de riesgo). Para reflejar las peores consecuencias del consumo se seleccionan indicadores relacionados con complicaciones infecciosas en adictos que el PAD intenta prevenir (incidencia de la infección por VIH y falta de cumplimiento del programa de tratamiento de la tuberculosis), sobrecarga disfuncional del sistema asistencial (expresada mediante el uso de servicios de urgencias por causas evitables mediante una asistencia apropiada a la adicción como la que promueve el PAD (urgencias por heroína, sobredosis de heroína y síndrome de abstinencia a la heroína), y la mortalidad por reacción aguda adversa a drogas (defunciones registradas).

Períodos analizados. Para poner en contexto el período analizado se debe enumerar la cronología de los cambios introducidos por el PAD, que se presenta en la tabla 1. El primer cambio relevante en los centros de atención y seguimiento (CAS) municipales fue consecuencia del desarrollo del sistema de información sanitaria en el campo de las toxicomanías, que llevó en 1987 a la introducción de un programa informático común para la gestión de las visitas y una historia clínica informatizada. El PAD formuló objetivos asistenciales explícitos para los CAS municipales en 1992, y esto se tradujo en una nueva forma de contratación de servicios en 1993. Otros cambios relevantes son la integración de actividades del programa de prevención y control de la tuberculosis, así como la creación del servicio de emergencias con ambulancias medicalizadas (SAMU) y su integración con los servicios de financiación pública (061). A lo largo de este período se planteó también la creación y extensión de programas de reducción de riesgos para usuarios de drogas sin contacto con los servicios asistenciales, como los programas de intercambio de jeringas (PIJ) y un centro nocturno para usuarios activos (SAPS). Como parte de este proceso se suscitaron también diversas iniciativas de prevención primaria dirigidas a la población adolescente¹⁰, que no serán analizadas en este trabajo, centrado en la atención a los usuarios de opiáceos. El conjunto del período se divide en cuatro trienios, que corresponden a cuatro fases detalladas en la tabla 1: antes de la puesta en marcha del PAD y durante su creación (1986-88), en su fase inicial, antes del traspaso de la responsabilidad de la gestión de los servicios asistenciales al Área de Salud Pública (1989-91), tras los primeros cambios en la gestión de los servicios asistenciales (1992-94) y al final del período de estudio (1995-97).

Tabla 1. Secuencia y cronología de los cambios que afectan a la oferta asistencial para adictos a opiáceos. Barcelona, 1987-98

1986-88. FASE PREVIA Y DE PUESTA EN MARCHA DEL PAD.

Inicio formulación del Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias (PMAD) desde el Área de Salud Pública en 1987. Oferta asistencial basada en Programas Libres de Drogas en 3 Centros de Atención y Seguimiento (CAS) municipales y 6 de otras titularidades. Responsabilidad de la gestión en Área Servicios Sociales, provisión de servicios en los centros municipales mediante el programa DROSS, a cargo de una entidad concertada.

1989-91. FASE INICIAL DEL PAD, QUE CULMINA CON EL TRASPASO DE LA GESTIÓN AL ÁREA DE SALUD PÚBLICA.

Aprobación del PMAD por consenso en el Consejo Plenario del Ayuntamiento. Diseño de un primer sistema de registro común y informatizado en los CAS municipales. Encargo de diversos estudios técnicos de apoyo a la planificación y visitas de estudio a diversas ciudades europeas.

Puesta en marcha del 061 en 1990, integrando las ambulancias medicalizadas municipales (SAMU) en la red de ambulancias y servicios de urgencias de financiación pública.

Actividades de formación con Guardia Urbana, cubriendo la respuesta a la sobredosis y técnicas de resucitación cardiopulmonar.

En 1991 se traspasa la gestión de los servicios municipales de atención y seguimiento a las drogodependencias al Área Salud Pública. Reformulación de objetivos y contratos de los CAS municipales. Diversificación de proveedores de servicios asistenciales. Refuerzo del rol de los profesionales de la medicina en los CAS, con asunción de la responsabilidad de atender patologías orgánicas, acceso a exploraciones analíticas, disponibilidad de vacunas, PPD... Diseño de nuevos programas de intervención, con la puesta en marcha del primer Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ) en Ciutat Vella.

1992-94. CAMBIOS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

Ampliación de la oferta asistencial municipal (ampliación CAS Sants, puesta en marcha CAS Nou Barris. Ampliación de la oferta de plazas de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) hasta 1.200 plazas en CAS municipales. Inicios de la dispensación de metadona mediante equipos móviles. Puesta en marcha del PMM en la prisión Modelo por los Servicios de Sanidad del Departamento de Justicia (Generalitat de Catalunya), que pasará a cubrir casi 300 usuarios en tres años.

Integración de la atención a la tuberculosis y otra patología orgánica en los CAS municipales.

Puesta en marcha del SAPS en 1993, servicio nocturno de contacto con usuarios activos de drogas no institucionales, en colaboración con Creu Roja.

1995-97. FASE AVANZADA DEL PAD Y FINAL DEL PERÍODO DE ESTUDIO.

Nuevo modelo de contrato a CAS municipales, con objetivos asistenciales cuantificados a partir de datos empíricos. Extensión de los PIJ a otros barrios de la ciudad (Can Tunis, Zona Franca, Nou Barris, Bon Pastor, Besós). Introducción de PIJ en oficinas de farmacia (105 oficinas participantes a mediados de 1995).

Incorporación del CAS Creu Roja, CITRAN, CAS Caritas, SPOT, y CAS IMAS al sistema de registro del PAD. Puesta a punto de la nueva historia clínica informatizada.

Puesta en marcha de PMM en farmacias para pacientes estabilizados. Ampliación de la oferta de PMM hasta 2.400 plazas en CAS municipales y en puntos de dispensación asociados (farmacias, equipos móviles, CAS Creu Roja...).

Análisis estadístico. Aunque la información analizada es de carácter poblacional, creemos que es apropiado considerar los sucesos acaecidos con una perspectiva probabilista, asumiendo que los datos son incompletos y se corresponden con muestras de la población¹¹. La evolución de los inicios de tratamiento por opiáceos en comparación con el conjunto de inicios de tratamiento por drogas se realiza mediante la extensión de Mantel-Haenzel a la prueba del χ^2 para la comparación de tendencias¹², que se utiliza también para comparar la proporción de usuarios de opiáceos en PMM, la proporción de UDVP con tuberculosis que cumplen el tratamiento y las proporciones de consultas de usuarios de heroína, y de consultas por sobredosis y por síndrome de abstinencia a la heroína entre las consultas de los servicios de urgencias por opiáceos. Las tasas de mortalidad se comparan mediante la estimación de intervalos de confianza al 95%¹¹; se utiliza el análisis de la varianza para comparar la media de jeringas distribuidas por usuario de drogas por vía parenteral^{13,14}; la incidencia de seroconversión en la cohorte estudiada se compara mediante la regresión de Poisson¹⁵, estimando para cada año las conversiones por personas-año en seguimiento⁹. Cuando los cálculos se han hecho en referencia a la población de usuarios de opiáceos, se han utilizado como de-

nominadores las estimaciones de prevalencia realizadas en la ciudad¹⁶. Cuando se han calculado tasas referidas a la población se ha hecho para los residentes de 15 a 49 años de edad, con estimaciones intercensales de población basadas en la extrapolación lineal a partir de los registros de población de 1986, 1991 y 1996.

Resultados

En la tabla 2 se presentan los datos relativos a inicios de tratamiento y a plazas en PMM. Se observa como a lo largo del período, el número de inicios de tratamiento en CAS de la ciudad se ha incrementado notablemente, de 439 en 1987 a 2.047 en 1997. El peso de los CAS gestionados mediante contrato por el propio PAD en el conjunto del dispositivo asistencial también refleja importantes cambios, al pasar de cubrir un 56,4% de la asistencia al inicio del período a un 76,1% al final del período. Por lo que respecta a los PMM, se ha pasado en este período de 469 a 2.116 pacientes en programa; los CAS municipales han pasado de cubrir un 48,8% en 1991 de los pacientes en PMM, a un 76,4% en 1997.

Tabla 2. Inicios de tratamiento por dependencia a opiáceos y plazas en programas de mantenimiento con metadona en los Centros de Atención y Seguimiento de la ciudad, según la titularidad del centro. Barcelona, 1986-97.

Año	Inicios de tratamiento			Plazas en programas de mantenimiento con metadona (PMM)		
	CAS municipales	Otros CAS	Total	CAS municipales	Otros CAS	Total
1986	nd	nd	nd	nd	nd	nd
1987	248	191	439	nd	nd	nd
1988	658	609	1.267	nd	nd	nd
1989	505	558	1.063	nd	nd	nd
1990	684	1.021	1.705	nd	nd	nd
1991	682	643	1.325	229	240	469
1992	1.398	809	2.207	972	310	1.282
1993	1.424	670	2.094	1.129	306	1.435
1994	1.357	691	2.048	1.120	274	1.394
1995	1.245	737	1.982	1.110	300	1.410
1996	1.666	430	2.096	1.236	438	1.674
1997	1.558	489	2.047	1.616	500	2.116

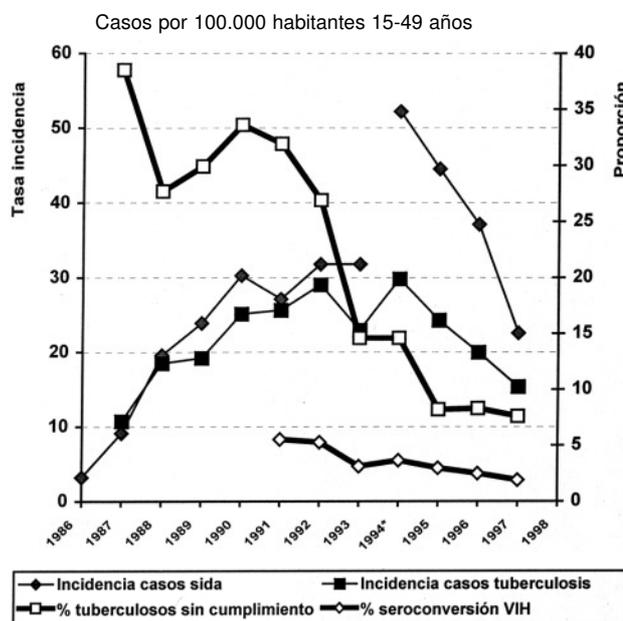
Tabla 3. Programas de intercambio de jeringas operativos y número de jeringas distribuidas. Barcelona, 1987-97.

Año	Programas de intercambio de jeringas (PIJ)	Jeringas distribuidas
1986	0	0
1987	0	0
1988	0	0
1989	0	0
1990	0	0
1991	2	5.632
1992	4	11.285
1993	4	48.839
1994	6	75.819
1995	7	161.097
1996	7	218.539
1997	7	273.939

La oferta de programas de reducción de riesgo basados en el intercambio de jeringas (PIJ) se refleja en la tabla 3. Como puede observarse, se ha pasado de dos a siete programas, aunque el último se basa en la colaboración de oficinas de farmacia, lo que incrementa notablemente el número de puntos de distribución. El volumen de kits con jeringas estériles distribuidas por estos canales ha pasado de 5.632 en 1991 a 273.939 en 1997.

En la figura 1 se presentan los datos de VIH/sida y tuberculosis en UDVPs durante el período. Los casos de sida muestran el máximo incremento entre 1986 y 1987, si hacemos abstracción de los años en que se introducen cambios en la definición. A partir de 1990, la incidencia de sida en UDVPs muestra en Barcelona

Figura 1. Incidencia de sida y tuberculosis en usuarios de drogas, y proporción de adictos a opiáceos que seroconvierten y de pacientes UDVP tuberculosos con mal cumplimiento terapéutico. Barcelona, 1986-97.



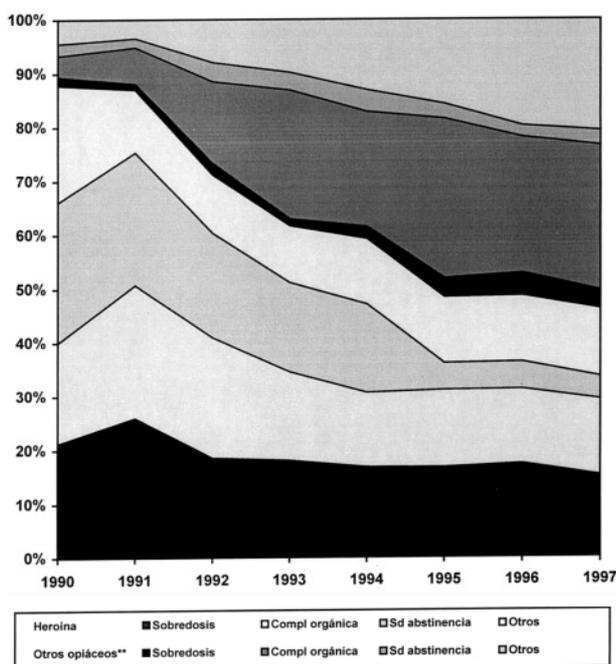
*Este año entra en vigor una nueva definición de caso de sida.

un estancamiento, y tras el incremento de 1994 asociado al cambio de definición se registra un importante declive en la aparición de nuevos casos. La incidencia de la infección en una cohorte de usuarios de opiáceos que contactaron con los centros de tratamiento entre 1991 y 1996 ha mostrado un declive claro, del 5,53% de infección anual en 1991 al 2,49% en 1996.

La incidencia de tuberculosis en UDVPs se conoce desde que en 1987 se inicia el registro nominal de casos en la ciudad. Durante estos años se registra un importante incremento hasta alcanzar el máximo número de casos en 1992; el declive es particularmente evidente desde 1995. En 1997 la incidencia de tuberculosis en UDVPs se aproxima a la registrada antes de la epidemia de VIH/sida. La proporción de pacientes UDVP con tuberculosis que no cumplen el tratamiento prescrito muestra un cambio, que se inicia en 1993 y se consolida en 1995. Se pasa de cifras de incumplimiento del 30-40% a un 15% en 1993-94 y menos del 10% desde 1996.

La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (fig. 2) muestra cambios evidentes, aunque la cifra total de pacientes con antecedentes de consumo de opiáceos atendidos es similar en 1997 a la de 1990. Las consultas de usuarios activos de heroína han disminuido notablemente (del 89% al 46%), al tiempo que han aumentado las de consumidores de otros opiáceos,

Figura 2. Consultas en los servicios de urgencias hospitalarios* en usuarios de heroína u otros opiáceos. Barcelona, 1990-97.

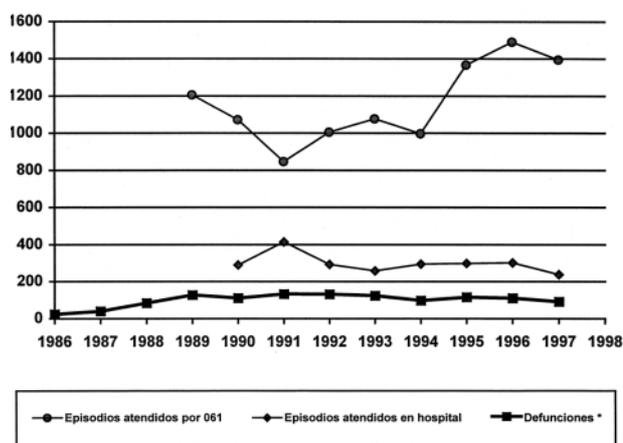


*El indicador se obtiene de los cuatro servicios de urgencias en hospitales universitarios de la ciudad.
**Incluye pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona.

que predominantemente son antiguos usuarios de heroína en tratamiento con metadona. En ambos grupos se han producido cambios en los motivos de consulta: gran aumento de las complicaciones orgánicas en los consumidores de otros opiáceos, y gran disminución de los síndromes de abstinencia en los usuarios activos de heroína.

La figura 3 presenta la evolución de las reacciones agudas adversas a drogas entre 1986 y 1997. Se recogen tres formas de expresión de estas reacciones: urgencias atendidas por las ambulancias medicalizadas, urgencias atendidas en los hospitales universitarios, y defunciones por esta causa en residentes en la ciudad. Las urgencias atendidas por las ambulancias del 061 muestran un patrón estable de unas 1.000 asistencias anuales entre 1990 y 1994, y un incremento posterior con cifras de nuevo estable alrededor de 1.400 asistencias anuales entre 1995 y 1997. En contraste, los episodios de sobredosis atendidos en los hospitales muestran una mayor estabilidad. Por lo que respecta a las defunciones, muestran un claro incremento entre 1986 y 1989, para estabilizarse después e iniciar un declive en el período final. Desde 1996 se dispone de datos del Instituto de Toxicología para las defunciones por reacción adversa aguda a drogas, y ahora sabemos que

Figura 3. Reacciones adversas agudas por drogas de uso no institucional en la ciudad de Barcelona, 1986-97.



*Las defunciones son por cualquier droga de uso no institucional, de las que la inmensa mayoría estaba ligada al uso de heroína hasta finales de los años ochenta. El probable mayor peso de la cocaína en los últimos años ha llevado a mejorar la información toxicológica desde 1996. Las defunciones en las que la investigación forense confirmó indicios de opiáceos fueron 87 en 1996 (79,1%), y 73 en 1997 (80,2%).

las debidas a opiáceos son 87 en 1996 y 73 en 1997.

La tabla 4 ofrece una visión sintética de la evolución de los indicadores básicos a lo largo de los trienios definidos. Pese a las lagunas de información existentes en los períodos iniciales, se aprecia la magnitud de los cambios. La oferta de tratamiento se modifica de forma clara, no tanto por el peso de los inicios de tratamiento por opiáceos ($p > 0,05$), pero sí por el incremento de la oferta asistencial, en la tasa anual de usuarios de opiáceos cubiertos por PMM, que se incrementa de forma significativa ($p < 0,0001$), y en la media de jeringas estériles distribuidas, que muestra un fuerte incremento ($p = 0,001$). Disminuyen tanto los usuarios de opiáceos con tuberculosis que no cumplen el tratamiento antituberculoso ($p < 0,0001$) como el riesgo de infección por el VIH ($p < 0,0001$). Respecto a los servicios de urgencia, disminuye su uso asociado a la heroína ($p < 0,0001$), por sobredosis ($p < 0,0001$), o por síndrome de abstinencia ($p < 0,001$). La tasa de mortalidad por sobredosis disminuye desde el tercer trienio, aunque los intervalos de confianza de los trienios 1989-91, 1992-94 y 1995-97 se solapan.

Discusión

La validez de toda evaluación basada en una comparación pre-post adolece de una serie de limitaciones,

Tabla 4. Algunos indicadores asistenciales y de resultado del Plan de Acción sobre Drogodependencias por trienio (valores medios anuales). Barcelona, 1986-97.

	1986-88	1989-91	1992-94	1995-97	p
Actividades asistenciales y de reducción de riesgo					
% inicios tratamiento por opiáceos	853	1.365	2.116	2.042	NS
% cobertura de los PMM	nd	5,1%	14,9%	18,6%	<0,0001
Jeringas distribuidas por usuario-año (media)	nd	0,6	4,9	23,7	0,001
Complicaciones infecciosas					
Incidencia VIH por 100 usuarios seronegativos	nd	5,53%	4,02%	2,73%	<0,0001
Cumplimiento tratamiento tuberculosis	66,9%	68,2%	81,3%	92,0%	<0,0001
Sobrecarga del sistema: urgencias hospitalarias					
% urgencias por heroína	nd	89,2%	63,8%	46,5%	<0,0001
% sobredosis heroína	nd	24,3%	17,8%	15,9%	<0,0001
% síndrome abstinencia heroína	nd	25,8%	17,2%	4,5%	<0,0001
Mortalidad por sobredosis					
Tasa anual de mortalidad (100.000 h 15-49 años)	6,03 ± 1,7	15,14 ± 2,64	15,00 ± 2,1	14,27 ± 2,8	NS

pues al no disponer de un grupo de referencia es difícil valorar si los cambios apreciados se deben al factor evaluado, o a otros factores, por lo que los resultados presentados han de ser valorados a la luz de esta consideración. Sin embargo, esta limitación no puede conducirnos a renunciar a toda evaluación de las políticas introducidas, máxime cuando en España han sido innovadoras. Creemos que es apropiado monitorizar la situación, poner en contexto los cambios registrados desde una perspectiva evaluadora, y utilizar las tendencias temporales durante un período relativamente largo. Finalmente, la comparación con los datos de otras comunidades será también de utilidad.

Los datos sobre la oferta asistencial en Barcelona, reflejados en los inicios de tratamiento y los diversos servicios de reducción de riesgos, muestran un claro incremento de la oferta, con un cambio de perfil orientado a responder a las preferencias de los pacientes. Así, no sólo se incrementan los inicios de tratamiento, sino también la oferta de plazas en PMM, o la distribución de jeringas. Por otra parte, con el desarrollo de esta respuesta asistencial se modifican tanto los indicadores que muestran los estragos de la epidemia de opiáceos en complicaciones infecciosas (casos de tuberculosis y sida en UDVPs e infección por VIH), como los que reflejan un abordaje asistencial más integral (mejor cumplimiento terapéutico de los UDVPs con tuberculosis). La menor sobrecarga de los dispositivos asistenciales de urgencias creemos que refleja también los efectos positivos de los cambios en la oferta asistencial: las urgencias por sobredosis o síndrome de abstinencia disminuyen notablemente, y en general las urgencias en usuarios de heroína son menos frecuentes. El mantenimiento global de las cifras de atención urgente a usuarios de opiáceos se produce a expensas de un cambio claro: ahora el paciente típico con dependencia a opiáceos es un enfermo que acude por pa-

tología orgánica, y que además sigue un tratamiento con metadona por su adicción, cuyo curso es mucho más estable.

El patrón de reacción aguda adversa se observa desde tres perspectivas: la de las ambulancias medicalizadas, la del hospital, y la de las defunciones. Con respecto a las ambulancias medicalizadas, creemos que la integración de servicios que se realizó en el 061 ha sido muy positiva. Probablemente, los incrementos que se observan en su actividad responden a estos procesos de cambio cualitativo en la oferta de servicios más que a otros factores. En contraste, los datos de los hospitales, donde la oferta no se ha modificado, reflejan mejor la incidencia del fenómeno. La mortalidad ha descendido discretamente, reflejando probablemente tanto la menor incidencia como las mejoras asistenciales.

¿Qué imagen global de la situación de Barcelona y su evolución se puede desprender de estos datos? Se aprecia un incremento discreto del número de inicios de tratamiento, pero la oferta de PMM conlleva una mayor retención de los programas asistenciales. Como resultado, muchos usuarios de opiáceos están hoy en contacto continuado con centros de tratamiento. Aunque el uso terapéutico de la metadona es elevado, persisten quienes tienen contacto en el mercado ilegal con heroína predominantemente blanca, que favorece la vía parenteral, con mayor riesgo de infección y de sobredosis, y para los que existen dispositivos y programas de reducción de riesgos. Se mantiene globalmente el volumen de utilización de servicios de urgencias por usuarios de drogas, aunque el patrón de frecuentación distorsiona menos el sistema asistencial: disminuyen tanto el número de pacientes que utilizan heroína, como los episodios de atención por síndrome de abstinencia a opiáceos o sobredosis que requieren atención hospitalaria y, disminuye la mortalidad por sobredosis. La infección por VIH ha

disminuido, la incidencia de nuevos casos de sida y tuberculosis en UDVPs también, y el grado de cumplimiento terapéutico es elevado.

La constatación de la existencia de cambios no permite atribuir su causalidad a un solo factor. Otros factores concomitantes al PAD pueden haber influido también. Creemos que la evolución de los datos de Barcelona responde como mínimo a dos dinámicas: una general, que no es sensible a las acciones que se desarrollan en la ciudad, y que es común a toda España (y probablemente a toda Europa), y otra local, propia de la ciudad, parcialmente modificable por las acciones del Plan. La comparación con otros datos puede aportar elementos para juzgar hasta qué punto el Plan ha tenido un efecto diferencial en el problema de la heroína en Barcelona. Hasta 1995-96 era posible la comparación de los datos de mortalidad, asistenciales y de urgencias de Barcelona con los de otras ciudades, pero a partir de este año se interrumpe la homogeneidad de muchas series de indicadores¹⁷. Los datos disponibles¹⁸ registran un mayor incremento en los inicios de tratamiento en las otras ciudades (sin datos sobre la retención de pacientes), y un declive mucho más marcado en los episodios de asistencia en servicios hospitalarios de urgencias. La introducción de PMM con amplia cobertura fue más tardía en ciudades como Madrid. La mortalidad global en el conjunto de las zonas urbanas monitorizadas por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías desciende de forma similar a Barcelona. La incidencia de sida en UDVPs en el conjunto de España crece hasta 1995, para iniciar luego un declive, mientras que en Barcelona deja de crecer desde 1990. La incidencia de la infección por VIH puede valorarse en el estudio de Alicante¹⁹, que muestra un cierto declive concomitante al cambio de vía de administración, asociado a cambios en el tipo de heroína disponible. No se dispone de datos de tuberculosis en UDVPs para el conjunto de España basados en sistemas de vigilancia activa; el cumplimiento terapéutico de los tuberculosos UDVP se presume bajo si no hay esfuerzos organizados para corregirlo. Las nuevas perspectivas de tratamiento del VIH/sida, que requieren un esfuerzo continuado por el paciente, plantean retos similares.

En relación a la epidemia de uso de opiáceos, un factor relevante es el cambio de vía de administración. En el conjunto de España ha crecido espectacularmente la proporción de usuarios que utiliza vías no parenterales. Como es bien sabido, la vía parenteral comporta riesgos de reacción adversa aguda o sobredosis, y de infección por VIH y hepatitis B o C. El cambio de vía es mucho más importante en las ciudades en que predomina ahora la heroína marrón, cuyo consumo por vía respiratoria (fumando «chinos») es más fácil, ya que se disuelve menos en agua. Contrariamente, en Barcelona (como en Mallorca o Aragón) predomina la oferta de heroína blanca, que se disuelve fácilmente en agua

y no se fuma bien, por lo que el consumo inyectado es más fácil²⁰. El predominio de esta forma de heroína no facilita progresos en el control de los riesgos vinculados al consumo parenteral. Por tanto, las mejoras registradas en Barcelona no se han visto facilitadas por cambios en el tipo de la heroína disponible. Sería interesante comparar la evolución de Barcelona con la de Zaragoza o Mallorca, con las que comparte el predominio de heroína blanca, pero de las que se diferencia en los programas desarrollados.

Los cambios en la red asistencial introducidos por el PAD proporcionan una perspectiva distinta del tratamiento de los adictos a drogas: creemos que han mostrado su valor para responder a la epidemia de consumo de opiáceos por vía parenteral, pero también que permiten afrontar mejor nuevos retos, como el uso no parenteral de opiáceos o el mayor uso de cocaína y crack, que parecen caracterizar el nuevo momento²¹. Su esencia no es la extensión a gran escala de los PMM o de los PIJ, aunque el PAD la facilitó: lo que la caracteriza es más bien la consolidación de una forma de trabajo en drogodependencias que es eminentemente propia de la salud pública, basada en la identificación de problemas, la definición de políticas y programas para afrontarlos y el garantizar que éstos se realicen de manera apropiada, integrando el modelo asistencial en torno al paciente, sea por servicios propios, sea por otros agentes²².

Para avanzar en este modelo y en el proceso de cambio que suscita es crucial introducir en el campo de la atención a las dependencias elementos de gestión ya habituales en otros campos²³, y asumir que alcanzar el consenso político, y también profesional, es condición previa para poder abordar la gestión del problema. La necesidad de protagonismo y presencia pública que tienen los líderes sociales encuentra un terreno abonado en el campo de las drogodependencias, pero contradice así la discreción, prudencia y profesionalidad que posibilitan un abordaje efectivo²⁴. Creemos también que para resolver este conflicto ha sido absolutamente clave el camino de abordaje desde los medios de comunicación social: de unos inicios muy centrados en los aspectos más escabrosos, conflictivos y estigmatizadores se fue pasando a enfocar los progresos, y los aspectos más cotidianos y normalizadores del fenómeno. El trabajo conjunto a lo largo de diversos años de profesionales de la salud y de los medios de comunicación y la participación conjunta en actos, jornadas y debates públicos permitió el cambio de enfoque, sin ignorar la existencia de un problema social y sanitario, que es real. Nuestra experiencia concuerda con la expresada por una revisión reciente de los programas de prevención²⁵. Ni los mensajes globalizadores (que tienden a dibujar una situación demasiado difusa y faltada de contexto por general), ni las campañas publicitarias masivas permiten avanzar:

aunque se hagan con la mejor buena fe, y den a conocer lemas, entidades o líderes sociales, dan respuestas poco relevantes para los problemas reales.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a los dos revisores anónimos que les ayudaron a mejorar este manuscrito. Este estudio forma parte de un proyecto de evaluación realizado por los responsables técnicos y de gestión del Plan de Acción sobre Drogas y de los programas de salud pública vinculados al mismo durante el período 1992-98. El proyecto no hubiera sido posible sin el trabajo cotidiano de los profesionales de los CAS de Barcelona y de las enfermeras del equipo del SIDB del IMS a lo largo de todo este período. Los autores desean expresar su reconocimiento a Magda Bel-

trán, Mercè Conesa, Joaquim Elcacho, Angels Gallardo, Miragros Pérez-Oliva, Xavier Puig de la Bellacasa, Rosa Salvador, y otros profesionales de los medios de comunicación de la ciudad, por su sensibilidad y profesionalidad.

Además, los autores quieren hacer explícito su reconocimiento a quienes hicieron posible la existencia del Plan durante el período 1987-91 en que se formalizó: Pasqual Maragall, Alcalde de la ciudad, Joan Clos, Concejal de Salud Pública, Eduard Spagnolo, Coordinador de Salud Pública, Josep M. Pasqual y Miquel Lumbierres, Coordinadores de Servicios Sociales, Rodolfo Hoyuelos, Asesor Técnico del Plan, y Marisa Melgarejo y Francesca Mata, Directoras Técnicas del Plan. También quieren destacar el constante apoyo, dedicación y esfuerzo de consenso de los miembros del Grupo Político de Drogas del Consejo Pleno del Ayuntamiento: Xavier Casas, que lo presidió (PSC), Joan Puigdollers y Vicenç Gavaldà (CiU), Eulàlia Vintró (IC), Alberto Fernández-Díaz (PP) y Agustí Soler (PI).

Bibliografía

1. Gamella J. Heroína en España (1977-1996). Balance de una crisis de drogas. *Claves* 1997;72:20-30.
2. Hartnoll R. La heroína y la cocaína: aspectos de la política de salud pública en la década de los 90. *Quadern CAPS* 1992;17:34-62.
3. Alvarez-Dardet C, Hernández-Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:331-2.
4. Manzanera R, Torralba L, Solanes P, Brugal T, Villalbí JR, Armengol R. Drogodependencias en Barcelona: 10 años de Plan de Acción. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 1998.
5. Roca J, Antó JM. El sistema estatal de información sobre toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987;5/6:9-38.
6. Domingo-Salvany A, Hartnoll R, Antó JM. Opiate and cocaine consumers attending Barcelona emergency rooms: a one year survey (1989). *Addiction* 1993;88:1247-56.
7. Caylà JA, Galdós-Tangüis H, Jansà JM, García de Olalla P, Brugal T, Pañella H. Evolución de la tuberculosis en Barcelona (1987-1995). Influencia del virus de la inmunodeficiencia humana y de las medidas de control. *Med Clin (Barc)* 1998;111:608-15.
8. Brugal MT, Mestres M, Díaz de Quijano E, García de Olalla P, Caylà JA. Evolución temporal y factores asociados a la seroconversión por VIH en una cohorte de usuarios de drogas. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72Supl:142-3.
9. Arias A, Arribas P, Brugal MT, Graugés D, Hoyuelos R, Minguell D et al. Sistema d'informació sobre Drogodependències de Barcelona. Protocol. Barcelona: Institut Municipal de la Salut; 1993.
10. Villalbí JR. Prevención de las sustancias adictivas en la escuela: contexto y experiencias en Barcelona. En: Callabed J, Moraga F, Sasot J. (Eds.) *La salud en la escuela y la guardería*. Barcelona: Laertes; 1995. p. 408-14.
11. Pascua M. Metodología bioestadística para médicos y oficiales sanitarios. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1974. p. 408-14.
12. Schlesselman JJ. Case control studies. New York: Oxford University Press; 1982. p. 203-6.
13. Colton T. Estadística en medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1979.
14. Anónimo. SPSS for Windows. Chicago, EE.UU.: SPSS Inc.; 1992.
15. Anónimo. Epidemiological Graphics. Estimation and Testing Package (EGRET). Seattle, Washington: Statistics and Epidemiology Research Corporation; 1990.
16. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguirre A, Brugal MT, Albertin P, Caylà JA, Casabona J, Suelves J. Analytical considerations in the use of capture-recapture to estimate prevalence: case studies of the estimation of opiate use in the Metropolitan area of Barcelona, Spain. *Am J Epidemiol* 1998;148:732-40.
17. Comisión Técnica del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 1. Madrid: Ministerio del Interior; 1998.
18. Barrio G, de la Fuente L, Vicente J. Sistema estatal de información sobre toxicomanías. Informe año 1995. Madrid: Ministerio del Interior; 1996.
19. Prins M, Hernández-Aguado I, Brettler RP, Robertson JR, Broers B, Carré N, Goldberg DJ, Zangerle R, Coutinho RA, van den Hoek A. Pre-AIDS mortality from natural causes associated with HIV disease progression: evidence from the European Seroconverter Study among injecting drug users. *AIDS* 1997;11:1747-56.
20. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996; Madrid: Ministerio del Interior; 1997.
21. Barrio-Anta G, Rodríguez-Arenas MA, de la Fuente de Hoz L, Royuela-Morales L. Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack. *Med Clin (Barc)* 1998;111:49-55.
22. Institute of Medicine. The future of public health. Washington: National Academy Press; 1988. p. 1-18.
23. Manzanera R, Villalbí JR, Torralba L, Solares P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. *Med Clin (Barc)* 1996;107:135-42.
24. Mauri L, Uría L. La gota malaya. Barcelona: Península; 1998. p. 128-9.
25. Springer A, Uhl A. Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse. Luxembourg: European Communities; 1998.