Evaluación del programa de mantenimiento con **sustitutivos opiáceos de asturias**

Gobierno del Principado de Asturias
Consejería de Salud

Coordinadora

Mónica Regueira Alvarez, técnica del Servicio de Promoción de la Salud y Partición. Programas de Reducción del Daño y Disminución del Riesgo

Autoría

Antón González Fernández técnico del Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias.

José Ramón Hevia Fernández jefe del Servicio de Promoción de la Salud y Participación de la Dirección General de Salud Pública

Mónica Regueira Álvarez técnica del Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Programas de Reducción del Daño y Disminución del Riesgo.

José Feliciano Tato Budiño técnico del Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Programas de Participación Ciudadana en Salud.

Revisión del texto

José Ramón Hevia Fernández
Jefe del Servicio de Promoción de la Salud y Participación de la Dirección General de Salud Pública

Revisión de lenguaje inclusivo
Mónica Regueira Álvarez

Apoyo administrativo
Cristina Cuesta Seijo Auxiliar Administrativo Servicio de Promoción de la Salud y Participación de la Dirección General de Salud Pública

Edita y promueve

Gobierno del Principado de Asturias.
Consejería de Salud.
Dirección General de Salud Pública.

Diseño y proyecto editorial

jorgelorenzo.net

DL

Ast- 02003-2019

La propiedad del presente material pertenece al Gobierno del Principado de Asturias, reconociendo en todo momento los derechos de los autores del documento.

Los derechos de explotación de la obra quedan reservados al Gobierno del Principado de Asturias.

Evaluación del programa de mantenimiento con **sustitutivos opiáceos de asturias**

Gobierno del Principado de Asturias
Consejería de Salud

Índice

1. Introducción
1.1. Programas de mantenimiento con metadona
1.2. Metodología
1.3. Agradecimientos

2. Resultados de la base de datos de registro de casos a tratamiento con sustitutivos opiáceos
2.1. Registros
2.2. Perfil de las personas usuarias
2.3. Presión asistencial

3. Encuesta a profesionales
3.1. Datos socio-laborales
3.2. Sobre el programa de sustitutivos opiáceos
3.3. Sobre el recurso/instalación en el que lleva a cabo su trabajo y la relación con los pacientes
3.4. Sobre la atención a pacientes
3.5. Sobre el impacto del programa en los pacientes
3.6. Sobre las dosis que los pacientes desplazan a su domicilio
3.7. Sugerencias o aportaciones

4. Encuesta a pacientes
4.1. Características sociodemográficas
4.2. Perfil del paciente en el programa de sustitutivos opiáceos –PSO-
4.3. Valoración de distintos aspectos del programa de sustitutivos opiáceos –PSO-
4.4. Aportaciones de los pacientes

5. Estado de salud
5.1. Estado de salud
5.2. Situación de salud (eq-5d-5l index y VAS) de las personas a tratamiento en el PSO según diferentes variables

6. Conclusiones y recomendaciones
6.1. Valoración del programa de sustitutivos opiáceos –PSO-.
6.2. Valoración del metasedín como alternativa terapéutica
6.3. Valoración de las prioridades de mejora del PSO
6.4. Instalaciones
6.5. Registro y recogida de información
6.6. Género
6.6. Expectativas de futuro de las personas a tratamiento en el PSO

7. Anexos
7.1. Cuestionario a pacientes
7.2. Cuestionario a profesionales

8. Bibliografía

Introducción

1

1.1 Programas de mantenimiento con metadona
1.2 Metodología

Desde 1975, fecha en torno a la que se sitúa en España el nacimiento del fenómeno conocido como «epidemia de la heroína»[1] , la atención a los problemas generados por la dependencia a esta droga ha ido evolucionando al ritmo que lo ha hecho el contexto sociohistórico, en el que han intervenido factores como la irrupción del VIH/SIDA, los cambios en el modelo epistemológico de atención o los cambios en los patrones de consumo y de ocio.

Desde el punto de vista de la historia epidemiológica, el VIH aparece oficialmente el 5 de junio de 1981, fecha en la que el *Center for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos da a conocer a la opinión pública cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* ocurridos en Los Ángeles; un año más tarde la nueva enfermedad sería bautizada oficialmente con el nombre de *Acquired Immune Deficiency Syndrome –AIDS-* en español Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida –SIDA-[2] . A partir de esa fecha el control de la infección entre los consumidores de heroína por vía parenteral, entre los que el síndrome alcanzó prevalencias del 65%[3] en nuestro país, se convierte en una prioridad de salud pública y en un factor de enorme trascendencia en la modificación de las prioridades asistenciales de las personas drogodependientes.

En ese contexto se produce también la adopción de un nuevo marco epistemológico (modelo bio-psico-social[4]) que considera el consumo de drogas como un fenómeno multifactorial que hace que la abstinencia y la inserción dejen de ser los únicos objetivos, reconociéndose otros como reducir la morbi-mortalidad o mejorar la calidad de vida, sin modificar el hecho de la dependencia. Estos nuevos objetivos implican la aparición de diferentes tipos de recursos y programas *«asistenciales públicos específicos para las adicciones, y también sociales, que fueron innovadores en muchos aspectos»*[5].

A estos dos factores de carácter epidemiológico y epistemológico respectivamente, decisivos en el cambio de las prioridades y el enfoque de los programas de tratamiento, hay que añadir siguiendo a SANCHEZ PARDO[6], *«la necesidad de reducir la actividad delictiva asociada al consumo de drogas» y la prioridad de encontrar «estrategias que resultaran menos costosas que los programas libres de drogas»* en un contexto macroeconómico dominado por el control del gasto público. Así nacen los **recursos abiertos de carácter ambulatorio**, con nombres diferentes en las distintas CCAA (Centros de Día y Unidades de Tratamiento de Toxicomanías –UTT´s- en el caso de Asturias), **de baja exigencia** como los Centros de Encuentro y Acogida (CEA) **o de reducción del daño** como los **programas de mantenimiento con metadona** y de intercambio de jeringuillas, en centros asistenciales, en la calle o a través de dispositivos móviles (Metabuses). Otros programas de reducción del daño como las **salas de consumo supervisado** («Narcosalas»), puestas en marcha en algunas CCAA y/o Ayuntamientos nunca se llevaron a cabo en Asturias.

El trabajo que se presenta a continuación corresponde a la **evaluación del Programa de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos** (en adelante PSO) de

Asturias en el que se utiliza Metadona en forma líquida y Metasedin (Hidrocloruro de Metadona) en comprimidos, que son los opiáceos empleados con carácter ordinario en nuestra comunidad autónoma. Otros sustitutivos o agonistas opiáceos no son objeto de estudio en este texto.

1.1 Programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos

Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, con una puesta en marcha muy controvertida tanto social como asistencialmente, han ido acumulado con el paso del tiempo una importante evidencia científica acerca de sus beneficios tanto a nivel individual como poblacional, demostrando su eficacia para:

- incrementar la retención y el tratamiento
- reducir el consumo de opiáceos ilícitos
- reducir la actividad delictiva
- reducir la infección por vih/sida[7] y hepatitis b y c
- disminuir la mortalidad de las personas adictas

por ello los más utilizados por los pacientes en aquellos países donde se encuentran disponibles.

En el momento de asignar a un paciente a un programa de sustitutivos opiáceos es muy importante establecer el objetivo final, ya que determinará la estrategia terapéutica a seguir. Básicamente hay **dos objetivos distintos a alcanzar**:

1. La desintoxicación y/o deshabituación.

2. El mantenimiento en el mejor nivel posible de normalización e inserción social.

El primero se da en muy pocos casos, mientras que el segundo objetivo es bajo el que operan la inmensa mayoría de tratamientos. Resulta esencial entender esta concepción del programa, porque es sobre esta base, **la normalización e inserción social del paciente con su adicción**, bajo la que se diseñan las distintas estrategias poblacionales.

1.1.1. Situación en Asturias

El Programa de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos (metadona) nace en Asturias en el año 1986 en el marco del **Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías de 1985** redactado siguiendo las directrices del **Plan Nacional de Drogas** y supuso un punto de inflexión en el tratamiento de los pacientes dependientes a opiáceos que habían fracasado en el objetivo de abstinencia.

El Plan de Acción Regional Sobre Toxicomanías de 1985 establece los dispositivos sanitarios básicos para el desarrollo de las acciones relacionadas con las toxicomanías y enuncia la posibilidad de establecer convenios con entidades privadas sin ánimo de lucro para ampliar la oferta terapéutica, colaboración que debe responder a normativas y protocolos que preserven la salud y los derechos individuales de las personas usuarias.

El ***decreto 18/1990 de 22 de febrero***, y sus posteriores modificaciones, decreto 18/1995 de 16 de febrero y 77/1998 de 17 de diciembre, se encargan de *regular las condiciones y requisitos que deben cumplir los centros o servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de éstos, así como las normas de su acreditación.* Posteriormente se publicará el ***decreto 63/1993 de 15 de julio, que regula la autorización y acreditación de centros y servicios de atención socio-sanitaria a personas drogodependientes.***

1.1.2. Historia y evolución

En el proceso de creación y evolución del programa de sustitutivos opiáceos en Asturias distinguimos tres fases o momentos. Como se ha señalado, en el año **1986** y dentro del concepto de **Programas de Disminución del Daño**, se crean los Programas de Mantenimiento con Metadona, articulados inicialmente a través de las Unidades de Tratamiento de las Toxicomanías –UTT-, la primera de las cuales se creó en Gijón a la que se añadirían posteriormente las de Oviedo, Avilés y Mieres.

A principios de los años 90, poco después de la puesta en marcha de esta primera red de recursos, se constata que un número relevante de consumidores de heroína no acceden a ella, lo que hace necesario articular ***nuevos recursos con un doble objetivo;*** en primer lugar **atender a las personas que no entran en contacto con la red de UTT´s** bien por encontrarse en una situación social de marginalidad o deterioro que les dificulta el acceso, bien por encontrarse alejados geográficamente del ámbito territorial de cobertura de las UTT´s localizadas en el centro de la región.

En segundo lugar, se busca también **desmasificar las UTTs** que habían alcanzado desde la puesta en marcha del programa, cierto grado de saturación.

Con el objetivo de solventar estos problemas se entra en una **segunda fase** en la que se diseñan nuevas tipologías de recursos de dispensación de sustitutivos opiáceos bajo el criterio prioritario de «accesibilidad». Así se crean las **Unidades Móviles de Acercamiento**, conocidas coloquialmente como «metabuses», en Gijón, Oviedo, Langreo y Mieres, destinadas a facilitar el acceso al recurso fundamentalmente a la población en situación de mayor vulnerabilidad o exclusión.

Al mismo tiempo y con el objetivo de dar servicio a las personas consumidoras residentes en zonas alejadas del centro de la región se constituyen las ***Unidades de Dispensación de Metadona (UDM)*** que se ubican en el Hospital de Jarrio en Coaña, el Hospital Grande Covián de Arriondas, el Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea y el Hospital Valle del Nalón en Langreo. Puntualmente también se pone en marcha la Unidad de Dispensación de Gota de Leche, creada con el fin de aligerar la atención en los recursos saturados de Gijón.

Por último, en lo que podemos denominar **tercera fase** del programa de sustitutivos opiáceos en Asturias, a partir de la segunda mitad de la década de los **90** se producen varios cam-

bios relacionados con el consumo de drogas que afectan directamente al programa. En primer lugar, la «epidemia de la heroína» ha pasado como refleja el **constante descenso del número de consumidores de esta droga** y con él, **sus consecuencias** más graves, como las admisiones a tratamiento (en Asturias se pasa de 725 casos en 1992 a 427 en 1995 y a 106 en el año 2000), la mortalidad aguda, la infección por VIH y hepatitis o la delincuencia asociada. Ese descenso hace que para la opinión pública el consumo de drogas ilegales (asociado todavía casi exclusivamente a la heroína), deje de ser mencionado como uno de los problemas sociales prioritarios (de acuerdo con el Barómetro de Opinión Pública del Centro de Investigaciones Sociológicas –CIS- en junio de 1988 las drogas eran citadas como un «problema nacional» por el 49% de los españoles, en abril de 1995 por el 17,6% y en noviembre del 2000 por el 14,9%).

De otra forma, el consumo de drogas renace pero asociado a contextos recreativos, con la cocaína y el éxtasis[8] como drogas vehiculares, en particular la primera, que pasa a ocupar el primer lugar en las preferencias de consumo *(«en los años 80 era la droga de la élite que otorgaba cierto status social, considerada como una droga de lujo por su elevado coste. En EE.UU. constituía el sueño ideal que procuraba el éxito rápido sobre todo entre los «Yuppies»[9])* y que pocos años más tarde lo sería en el número de admisiones a tratamiento que ocasiona; una monografía sobre esta sustancia editada por SOCIDROGALCOHOL en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga[10] señalaba que las 8.272 personas que en el año 2000 habían demandado tratamiento por consumo de cocaína en España, representaban el 17,2% del total de demandas de tratamiento y el 32,1% de «nuevos» demandantes, es decir, de los que acuden a los servicios de atención por primera vez.

Estos cambios tienen dos efectos en el programa de sustitutivos opiáceos que se comienzan a observar a finales de la década de los 90 y que seguirá en los años siguientes; por un lado el constante **descenso tanto del número total de pacientes a tratamiento** como de nuevas incorporaciones.

Y por otro lado, a partir del año 2000, lo que podemos calificar como la **«estabilización»** de una buena parte de las personas a tratamiento en el programa que viene tanto de la cronificación de los tratamientos como del progresivo paso a procesos terapéuticos de desintoxicación y deshabituación. Para responder a estas nuevas dinámicas se refuerzan las **estrategias de normalización e inserción social**, lo que lleva en el año 2007 a poner en marcha el programa de dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia para aquellos pacientes que presentan una buena evolución y tienen un grado alto de integración social. Igualmente, se avanza en el paso a formato comrpimido con Metasedín en recursos más normalizados, como los Centros de Salud Mental.

Asímismo, para satisfacer las necesidades de pacientes con un perfil de bajo umbral que además del tra-

tamiento con el sustitutivo opiáceo precisan de otro tipo de apoyo más intenso se utilizan recursos especializados que cuentan con personal con amplia experiencia en programas terapéuticos, de reducción del daño y atención sociosanitaria de personas drogodependientes, como el Centro de Día de Mieres y el Centro Polivalente de Oviedo. En el primero se lleva a cabo una atención individualizada en régimen no residencial, mientras que en el segundo se presta tratamiento a personas que siendo pacientes del programa de sustitutivos opiáceos, necesitan un centro residencial para la deshabituación de otras sustancias adictivas.

En resumen, en los más de 30 años de funcionamiento del programa de sustitutivos opiáceos han cambiado tanto el contexto social como los hábitos de consumo de las personas consumidoras de drogas y el tipo de recursos destinados a su tratamiento. Sin embargo en ningún momento de estas dos décadas se ha procedido a llevar a cabo una revisión de la situación en la que se encuentra el programa, para ello habría que acudir no solo a los datos de registros administrativos sino también a los profesionales y ni mucho menos a los pacientes a tratamiento. Esta situación y la necesidad de **afrontar un proceso de reflexión sobre la pertinencia del programa, detectar los puntos fuertes y débiles y posibles espacios de mejora** ha sido lo que nos ha motivado a llevar a cabo una evaluación del programa con el objetivo de disponer de información primaria en la que basar tanto conclusiones como recomendaciones al respecto.

1.2. Metodología

Para llevar a cabo la evaluación del programa de sustitutivos opiáceos en Asturias se ha utilizado tanto información primaria como secundaria.
Primaria mediante encuestas ad hoc dirigidas a profesionales sanitarios de la red y a pacientes, en ambos colectivos utilizando cuestionarios estructurados, autoadministrados en el caso de los profesionales y mediante la técnica de la entrevista en el caso de los pacientes. En ambos casos los cuestionarios fueron diseñados para obtener información específica sobre las **opiniones y expectativas** de ambos colectivos sobre diversos aspectos relacionados con el funcionamiento, puntos fuertes y débiles del programa de sustitutivos opiáceos (ver Anexos) con el objetivo de contar con la opinión basada en el conocimiento experto tanto de los profesionales que llevan a cabo el programa como de las personas beneficiarias.

Y secundaria a través de una base de datos de registros de casos facilitada por la Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM- del Servicio de Salud del Principado de Asturias –SESPA-. El análisis estadístico de esta base de datos se completó con entrevistas a personal técnico responsable de las principales unidades de las Áreas III, IV, V, VII, al metabús del Área VIII y a los responsables de los Servicios Centrales UCOSAM. En dichas entrevistas se presentaron los principales datos extraídos del área de referencia y se consultaron las dudas generadas en la interpretación de dichos resultados.

Los datos obtenidos de los cuestionarios dirigidos a profesionales y pacientes así como la base de datos facilitada por la UCOSAM fueron tratados estadísticamente mediante técnicas descriptivas univariables y bivariables utilizando el programa de tratamiento estadístico de datos IBM SPSS Statistics 20.

1.2.1. Encuestas

Para la obtención de información sobre el programa tanto de los profesionales que trabajan en la red de recursos como de los pacientes se diseñaron cuestionarios ad hoc. En ambos casos las cuestiones sobre la opinión de profesionales y usuarios se configuraron utilizando afirmaciones sobre aspectos del programa de sustitutivos opiáceos (utilidad del programa, posibles mejoras, relación profesionales/pacientes, etc.) ante las que se requería a la persona entrevistada su grado de acuerdo/desacuerdo mediante una escala Likert numérica con un límite inferior de 0 *«total desacuerdo»* y uno superior de 5 *«total acuerdo»*, que expresaba la posición del entrevistado ante la afirmación a valorar.

La escala de Likert, a diferencia de preguntas dicotómicas, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos. Las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de la opinión del encuestado hacia dicha afirmación. La elección del rango de la escala entre límite inferior en 0 y el superior en 5 sitúa el punto intermedio de la categoría en 2,5, lo que hace que el punto medio no resulte tan evidente y evita la tendencia a elegir las puntuaciones intermedias que si hubiéramos utilizado el rango 1-5 que lo situaría en 3.

1.2.1.1 Encuesta a profesionales

- **Recogida de información:** mediante cuestionario estructurado autocumplimentado remitido por correo interno y postal prefranqueado.
- **Universo (N):** Profesionales sanitarios de la red de recursos de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, N=75.
- **(n):** Se recogieron 45 cuestionarios que suponen el 60% de N.
- **Ámbito Geográfico:** Comunidad autónoma de Asturias.
- **Trabajo de campo:** El trabajo de campo de las encuestas a profesionales se llevó a cabo entre los meses de marzo a junio de 2017 mediante envío por correo para su cumplimentación autoadministrada.
- **Muestreo:** No probabilístico.
- **Herramienta para la Recogida de Información:** Cuestionario auto-cumplimentado por escrito (30-45 minutos).
- **Análisis Estadístico:** Mediante paquete informático PASWStatistics 20.
- **Anonimato y confidencialidad:** Garantía absoluta de anonimato de los entrevistados. Las respuestas son utilizadas únicamente en la confección de tablas estadísticas.

1.2.1.2. Encuesta a pacientes

- **Recogida de información:** entrevista personal mediante cuestionario estructurado.

• **Universo (N):** Pacientes de la red de recursos de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, N=2.300.
• **Tamaño de la muestra (n):** 155 cuestionarios que suponen el 6,7% de N (119 hombres y 36 mujeres).
• **Ámbito Geográfico:** Comunidad autónoma de Asturias.
• **Trabajo de campo:** Entre los meses de mayo a octubre de 2017.
• **Muestreo:** No probabilístico, por cuotas por sexo.
• **Herramienta para la Recogida de Información:** Cuestionario estructurado por escrito (30-45 minutos).
• **Análisis Estadístico:** Mediante paquete informático PASWStatistics 20.
• **Anonimato y confidencialidad:** Garantía absoluta de anonimato de los entrevistados. Las respuestas son utilizadas únicamente en la confección de tablas estadísticas.

En el cuestionario a pacientes se incorporó un método de **evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** mediante el cuestionario EQ-5D-5L.

La herramienta EQ-5D fue creada en 1987 por un grupo de investigadores europeos autodenominado EuroQol (www.euroqol.org) para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como un índice que combina la **cantidad y la calidad de vida**[11]. Así, se compone de un instrumento genérico integrado por **cinco dimensiones** consideradas más importantes de la calidad de vida relacionada con la salud: *movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión,* asociadas cada una a **tres niveles de gravedad:** *ausencia de problema, algún problema, problema grave o incapacidad*. La combinación de dimensiones y niveles (3^5) da como resultado 243 estados de salud posibles que a su vez se complementa con una Escala Visual Analógica (EVA) según la que los entrevistados valoran su salud en una escala con valores de 0 a 100.

Para superar las limitaciones detectadas del EQ-5D original (efecto techo y escaso poder discriminatorio, especialmente en los cambios pequeños en los estados de salud más leves)[12, 13], el Grupo EuroQol lanzó la versión EQ-5D-5L en 2009, con la adición de dos niveles en cada una de las dimensiones *(sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos/imposibilidad)*, lo que alcanza un total de 3125 (5^5) estados de salud posibles. El EQ-5D-5L ha mostrado ser una extensión válida del EQ-5D-3L que mejora las propiedades de medición.

La incorporación de esta herramienta no solo **permite evaluar la situación de salud del colectivo**, sino que al ser un instrumento utilizado y validado internacionalmente, facilita hacer **comparaciones pertinentes con otras poblaciones**. En nuestro caso, al estar incluido en la Encuesta de Salud de Asturias (2012-17), admite la comparación de la situación de salud de la población a tratamiento con sustitutivos opiáceos tanto con la del conjunto de la población asturiana como con subpoblaciones relacionadas desde el punto de vista de la morbilidad asociada, como puede ser el caso de poblaciones afectadas por problemas crónicos de salud.

1.3. Agradecimientos

El trabajo de campo mediante entrevistas personales a pacientes ha sido posible gracias a la colaboración desinteresada de profesionales de las entidades sin ánimo de lucro **Colectivo Nacai**: *https://es-es.facebook.com/Colectivo-Nacai- https://twitter.com/colectivonacai* y **Comité Ciudadano AntiSIDA de Asturias**: https://comiteantisida-asturias.org, organizaciones que trabajan en el ámbito de la reducción de daño y la incorporación social. Concretamente queremos agradecer a **Cristina Díaz Benavides** de NACAI y a **Horacio Maciel Barreiro** del Comité ciudadano AntiSIDA de Asturias no solo el trabajo realizado sino también la disposición y actitud que mostraron en todo momento y sin cuya colaboración, no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

La codificación de los cuestionarios y carga de los resultados en la base de datos para su explotación estadística corrió a cargo de **Cristina Cuesta Seijo**, del Servicio de Promoción de la Salud y Participación de la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias.

Queremos agradecer también expresamente a todos los/as profesionales de salud y compañeros/as que han contribuido de alguna forma y en algún momento del desarrollo de este trabajo. A Mario Margolles Martins de la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, por facilitarnos la sintaxis de los pesos de los diferentes estados de salud del EQ-5L-5D y la escala Analógica de Autovaloración del Estado de Salud –VAS- así como los resultados de la población asturiana para su comparación con la población a tratamiento del PSO. A José Angel Arbesú y Gema Vitos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del SESPA por su colaboración y comentarios, así como al personal de los distintos recursos de dispensación de metadona (UTTs de Oviedo, Gijón, Avilés y Mieres, equipos de dispensación de metadona de las áreas I,II,VI y VIII, personal de Metabuses, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias y profesionales de las oficinas de farmacia participantes en el PSO) que nos han asesorado y colaborado en el proceso del diseño de la investigación y de recogida de información y que no detallamos por temor a olvidos imperdonables. No menos importante ha sido la lectura final del borrador llevada a cabo por Luisa González Gutiérrez , Alejandra Menéndez Robledo y Rosario Hernández Alba, de la Dirección General de Salud Pública, que ha ayudado a eliminar erratas y aclarar dudas relacionadas con la comprensión y redacción del texto.

Y por supuesto no podemos olvidarnos de las personas usuarias del Programa de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos que han colaborado en la cumplimentación de los cuestionarios en la fase de trabajo de campo. Su colaboración ha sido lógicamente fundamental e insustituible, y sus valiosos comentarios, algunos de las cuales se recogen de manera textual en el documento, ilustrativos y enriquecedores.

Sin su generosa colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

2 Resultados de la base de datos de registro de casos a tratamiento con sustitutivos opiáceos

2.1. Registros
2.2. Perfil de las personas usuarias
2.3. Presión asistencial

En 1996 se puso en marcha un registro electrónico único de actividad de los centros de tratamiento con sustitutivos opiáceos adicional a los registros sanitarios de cada una de las áreas. Los centros colaboradores en el registro fueron los Centros de Salud Mental (CSM), las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT), las Unidades Docentes Multidisciplinares de Salud Mental (UDM), los Metabuses, la Centro Penitenciario Asturias y las Famacias y ONGs colaboradoras en el programa de expedición de metadona y de tratamiento con sustitutivos opiáceos.

La base de dicho registro fue el paciente y la actividad realizada con el mismo durante los periodos de alta en el programa. La información de actividad está restringida al tratamiento con sustitutivos opiaceos. Disponemos de dicha base de datos, cedida para su explotación por la Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM), que cuenta con registros de pacientes a tratamiento con Metadona desde el año 1996 hasta el año 2015.

Las variables recogidas en la base de datos son:

- CIU que es un código alfanumérico para cada paciente
- Conturs02 que se corresponde con otro código por paciente exclusivo para esta base de datos
- Sexo del usuario o usuaria
- Municipio de residencia
- Fecha de nacimiento
- Fecha del primer contacto con la red de sustitutivos opiáceos
- Centro donde se realiza el primer contacto con la red de sustitutivos opiáceos
- Fecha de admisión a tratamiento con sustitutivos opiáceos.
- Tipo de admisión a tratamiento
- Centro donde se realiza la admisión a tratamiento
- Fecha de alta de tratamiento
- Tipo de alta del tratamiento

Como primera medida se procede a realizar una depuración de la base de datos, para ello se anonimiza, se añade una columna con el sexo de las personas a tratamiento, se trasladan a otra base de datos aquellos pacientes que no tienen código y que corresponden con pacientes españoles o extranjeros que toman metadona en nuestra comunidad autónoma por cortos periodos de tiempo (periodos vacacionales, transeúntes, etc.). Posteriormente se eliminan aquellos registros de personas a las que les faltan datos importantes o son erróneos (Fecha de inicio de tratamiento, fecha de nacimiento, etc.).

Una vez realizado este primer cribado, se procede a buscar los pacientes que tienen más de una entrada y a dejarlos en una única entrada a tratamiento (la primera). Hay que tener en cuenta que son pacientes que por sus trayectorias vitales suelen pasar por varios recursos, a recibir el tratamiento (por ejemplo: UTT, Metabús, traslado a otra UTT por cambio de domicilio, etc.). Con estos datos podremos realizar una primera aproximación del número de pacientes, porcentajes de hombres y mujeres, edades, etc, aunque se seguirá trabajando con todas las entradas para poder trazar una visión general de la trayectoria de los pacientes en el programa.

En Noviembre de 2016 se recopilaron 24.976 registros de actividades realizadas en los centros de atención a personas en tratamientos de sustitutivos opiáceos con Metadona. Estos registros comprenden las actividades realizadas entre enero de 1995 y enero de 2015.

Los centros de los que tenemos información son:

Centros de salud mental
CSM de Arriondas
CSM de Cangas Del Narcea
CSM de Langreo (La Felguera)
CSM de Luarca
CSM I: La Ería
CSM I: (Gota De Leche)
CSM II: (La Calzada)
CSM II: La Corredoria
CSM III: (El Coto)
CSM III: Otero
CSM IV: (Pumarín)
CSM IV: Pola De Siero
CSM V: Naranco

Unidades de tratamiento de toxicomanías (utts)
UTT "El Coto" Gijón
UTT Avilés
UTT Oviedo
UTT Mieres

Unidad movil de dispensación de metadona (metabus)
Parada bus Candas
Parada bus Belmonte
Parada bus La Carisa
Parada bus Llamaquique
Parada bus Manuel Fresno
Parada bus Muselin
Parada bus Renfe
Parada bus Roces
Parada bus Ventanielles
Parada bus Adaro
Parada bus El Entrego
Parada bus El Puente
Parada bus Laviana
Parada bus Sotrondio
Parada bus Banco Urquijo

Oficinas de farmacia
Farmacia "Cesar Amed Ventura"
Farmacia "Daniela/Eduardo Palacio"
Farmacia "Antonia Cotallo Cortina"
Farmacia "Araceli Garcia De La Fuente"
Farmacia "Bueno Boxo"
Farmacia Carmen Martinez Garcia
Farmacia Consuelo Magdaleno Gonzalez
Farmacia Cristina Garcia/Pilar Sierra
Farmacia Jose Y Maria Villazon Glez
Farmacia Dolores Alvarez
Farmacia Dolores Beristain Urquiza
Farmacia Isabel Figaredo
Farmacia Lucia Arroyo Alvarez
Farmacia Luisa Diez Sanchez
Farmacia Magaly Fdez/Rosa Suarez
Farmacia Manuela Fernandez
Farmacia Margarita Y Raquel Rodriguez
Farmacia Marina Diaz
Farmacia Mercedes Cepeda
Farmacia Ramón Sobrino / Pilar Llorca
Farmacia Fco. Carlos Checa
Farmacia Marino Buj González

Unidades de dispensación de metadona
UDM Arriondas
UDM De Cangas Del Narcea
UDM Langreo
UDM Luarca

Centros / organizaciones colaboradoras
Proyecto Hombre
Aptas
Centro Penitenciario Asturias

Mediante al análisis estadístico de dichos registros y las aportaciones recogidas en las entrevistas, pretendemos contribuir a reflexionar sobre la actividad realizada en dicho periodo y aportar información al necesario debate sobre la calidad asistencial y su horizonte futuro.

2.1. Registros

Se recopilaron 24.976 registros correspondientes a 5.414 usuarios y usuarias de los servicios de dispensación de sustitutivos opiáceos con Metadona. Lo que supone 4,6 (casi 5) registros por paciente, es decir, intervenciones distintas y separadas en el tiempo para cada paciente.

Estos datos nos dan un perfil sencillo de los usuarios y usuarias de la red (sexo, edad y residencia) e información escueta sobre el uso de dichos servicios (diferenciando entre el primer contacto con la red y la admisión a tratamientos).

El número total de personas en tratamiento en algún momento entre 1996 y 2015 (5.414 usuarios y usuarias) suponen un 0.52% del total de la población asturiana tomando como referencia la población de Asturias en Enero de 2015. No podemos conocer con exactitud la tasa de incidencia ya que el registro no permite conocer el número exacto de personas que en un momento determinado estaban siendo atendidas por los servicios. Únicamente podemos conocer el número total de casos. Por lo tanto, con este indicador no pretendemos ni podemos valorar la carga de trabajo que soportan los servicios de salud implicados en el programa, pero sí podemos establecer una hipótesis de la incidencia del problema sobre la sociedad.

2.2. Perfil de las personas usuarias

Para definir el perfil de las personas usuarias utilizaremos tres variables; el sexo, la edad (teniendo en cuenta la edad actual y la edad de la primera entrada en el registro), y el concejo de residencia.

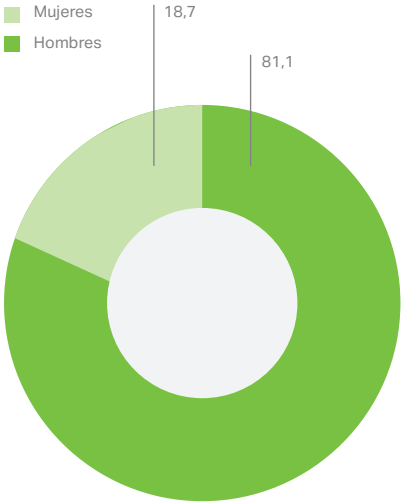
El perfil de la persona que utiliza los servicios de la red de sustitutivos opiáceos es muy variado, pero si tuviéramos que simplificarlo mucho hablaríamos de un **varón de unos 50 años** en la actualidad **y residente en la zona central de Asturias** (fundamentalmente en Gijón y Oviedo, pero también en Avilés y en la cuencas del Caudal y del Nalón) **y que lleva cerca de 20 años a tratamiento**, que como veremos coincide con los resultados de la encuesta a pacientes.

2.2.1. Sexo

De los 5.414 usuarios y usuarias registrados en la base de datos 4.401 son hombres y 1.013 son mujeres.

Esto representa un 0.88% de la población total de hombres y un 0.18% de la población total de mujeres en Asturias.

Gráfico 1: Distribución por sexo de usuarios y usuarias. (%)



La distribución por sexo coincide con la relación estimada de consumos y acceso a tratamientos descrita en la literatura científica consultada (8 hombres por cada 2 mujeres), que además hace alusión a la mayor dificultad de adherencia al mismo por parte de las mujeres (gráfico 1).

2.2.2. Edad

La media de edad actual de los usuarios y usuarias de los servicios de sustitutivos opiáceos es alta. Nos encontramos con una **mediana de 49 años** (50 años para hombres y 48 años para mujeres), similar al resultado obtenido en la encuesta a pacientes (gráfico 2). La Desviación Típica (DT) es pequeña (DT 6,49), lo que quiere decir que el grueso de la población usuaria tiene entre 43 y 55 años (tabla 1).

Gráfico 2: Pirámide poblacional de usuarios y usuarias de los servicios de sustitutivos opiáceos.

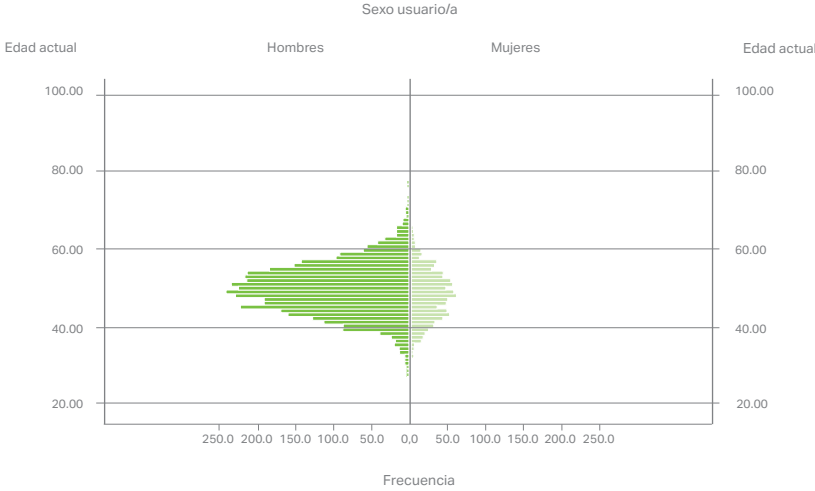


Tabla 1: Media y mediana de edad de usuarios y usuarias de los servicios de sustitutivos opiáceos.

Edad de usuarios y usuarias la red de sustitutivos opiáceos (En el último momento del registro, 2015)

Total			Hombres			Mujeres		
N	Válidos	4850	N	Válidos	3928	N	Válidos	912
	Perdidos	577		Perdidos	473		Perdidos	101
Media		49,4814	Media		49,4878	Media		47,9682
Mediana		49,0000	Mediana		50,0000	Mediana		48,0000
Moda		49,00	Moda		49,00	Moda		48,00
Desv. tip.		6,49445	Desv. tip.		6,46053	Desv. tip.		6,36867
Varianza		42,178	Varianza		41,738	Varianza		40,560
Mínimo		28,00	Mínimo		28,00	Mínimo		32,00
Máximo		91,00	Máximo		77,00	Máximo		91,00
Percentiles	25	45,0000	Percentiles	25	45,0000	Percentiles	25	43,0000
	50	49,0000		50	50,0000		50	48,0000
	75	54,0000		75	54,0000		75	52,0000

2.2.2.1. Edad de acceso al tratamiento

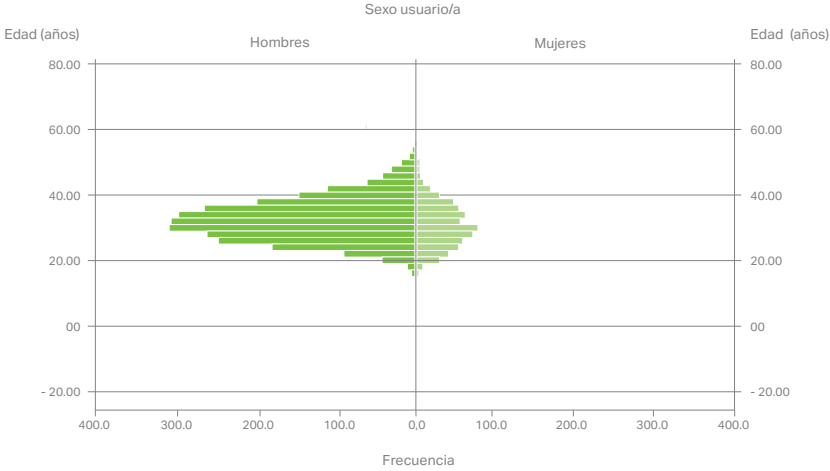
La **mediana de edad en el acceso a la Red de sustitutivos opiáceos es de 32 años** para los hombres y **30 años para las mujeres** (gráfico 3). El rango de edad es muy amplio, habiendo casos muy extremos(15-74), pero la desviación típica es pequeña (DT 6,58), lo que indica que la gran mayoría de los primeros ingresos en el programa se produjeron entre los 24 y los 36 años (tabla 2).

Tabla 2: Media y mediana de edad de usuarios y usuarias en el momento en el que tuvieron el primer contacto con la red de los servicios de sustitutivos opiáceos

Edad en el momento en el que se produce el primer contacto con la red de sustitutivos opiáceos

Total			Hombres			Mujeres		
N	Válidos	3254	N	Válidos	2648	N	Válidos	599
	Perdidos	2173		Perdidos	1753		Perdidos	577
Media		31,6592	Media		32,0200	Media		30,1503
Mediana		31,0000	Mediana		32,0000	Mediana		30,0000
Moda		30,00	Moda		30,00	Moda		27,00
Desv. tip.		6,58835	Desv. tip.		6,55303	Desv. tip.		6,48467
Varianza		43,406	Varianza		42,942	Varianza		42,051
Mínimo		15,00	Mínimo		15,00	Mínimo		17,00
Máximo		91,00	Máximo		59,00	Máximo		74,00
Percentiles	25	74,0000	Percentiles	25	27,0000	Percentiles	25	25,000
	50	31,0000		50	32,0000		50	30,000
	75	36,0000		75	36,0000		75	35,000

Gráfico 3: Edad en el momento de inicio del tratamiento.



Con la mediana de edad de acceso a un primer tratamiento y la mediana de edad actual, podemos inferir que los usuarios y las usuarias de los servicios de atención a la drogodependencias con sustitutivos opiáceos llevan un promedio de 20 años en el programa con diferentes niveles de adherencia. Esto significa que la exposición a este tipo de sustancias es larga. Las implicaciones físicas, psíquicas y sociales de dicha exposición son acumulativas y sus efectos difícilmente controlables, lo que incrementa sustancialmente las dificultades del tratamiento y las posibilidades de sufrir enfermedades sobrevenidas o efectos secundarios no deseados. Además, debemos tener en cuenta que existieron etapas de consumos previos al ingreso en el programa (que lógicamente fueron la causa de la derivación hacia estas unidades). Pero de las que carecemos de información sobre tiempos, sustancias y cantidades.

2.2.3. Residencia

La población usuaria de los servicios se concentra en la zona central de Asturias tanto desde el punto de vista de la residencia como desde el punto de vista de uso del sistema.

El concejo con más usuarios es Gijón, con 2.574 personas registradas en algún programa, seguida de Oviedo con 1.015 personas. Los concejos de las cuencas del Caudal y del Nalón y el concejo de Avilés presentan una concentración también muy importante de demandantes del programa (gráfico 4).

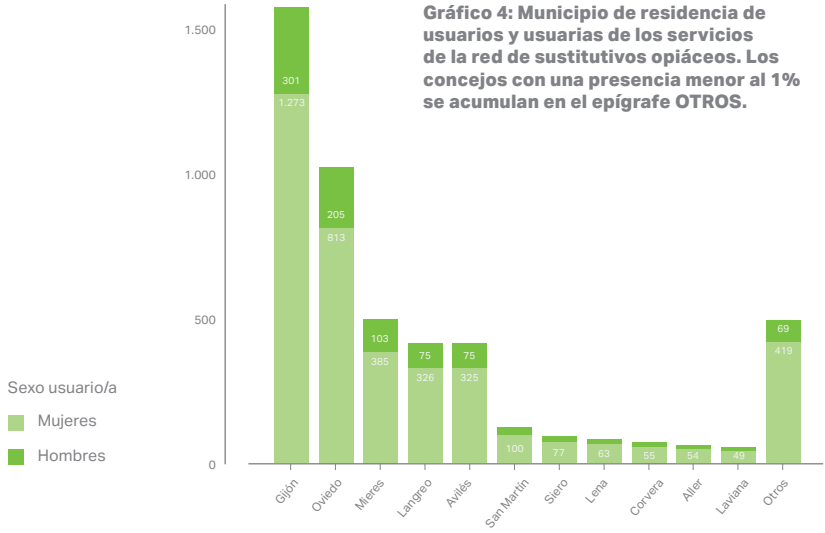


Gráfico 4: Municipio de residencia de usuarios y usuarias de los servicios de la red de sustitutivos opiáceos. Los concejos con una presencia menor al 1% se acumulan en el epígrafe OTROS.

2.2.4. Presión Asistencial

La mayor presión asistencial por Concejo coincide con los municipios de mayor población, pero no representa fielmente el peso poblacional de cada uno de ellos. La relación entre personas usuarias y población es mayor en los concejos de la Cuenca del Nalón (Langreo, SMRA y Laviana) y de la Cuenca del Caudal (Mieres y Lena) (tabla 3).

Tabla 3: Tasa de usuarios y usuarias de los servicios de la red de sustitutivos opiáceos con respecto a la población de los principales concejos asturianos (Enero 2015).

	Población (Enero 2015)			Personas Usuarias (Enero 2015)			Relación Personas Usuarias/ Población Concejo (Enero 2015)*		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Tasa Total	Tasa Hombre	Tasa Mujeres
Asturias	**1.051.229**	**502.175**	**549.054**	**5.414**	**4.401**	**1.013**	**0,52%**	**0,88%**	**0,18%**
Aller	11.555	5.693	5.862	54	54		0,47%	0,95%	
Avilés	80.880	38.314	42.566	400	325	75	0,49%	0,85%	0,18%
Gijón	274.290	129.372	144.918	1.574	1.273	301	0,57%	0,98%	0,21%
Langreo	41.738	19.807	21.931	405	326	79	0,97%	1,65%	0,36%
Laviana	13.582	6.526	7.056	49	49		0,36%	0,75%	
Mieres	40.338	19.138	21.200	488	385	103	1,21%	2,01%	0,49%
Oviedo	221.870	103.063	118.807	1.018	813	205	0,46%	0,79%	0,17%
SMRA	17.182	8.245	8.937	100	100		0,58%	1,21%	

En Mieres, por ejemplo, la relación entre personas usuarias y población dobla al peso medio de Asturias y en Langreo es 1.9 puntos superior. Esta mayor carga asistencial puede deberse a una mayor incidencia del consumo de estupefacientes y no se corresponde con la relación de la dotaciones asistenciales de cada una de las áreas sanitarias.

Esta hipótesis explicativa de la relación entre la población y las personas usuarias debemos relativizarla ya que los concejos asturianos de ambas cuencas perdieron población de forma constante desde el inicio del programa y pueden haber descompensado dicha relación. Por parte de los y las profesionales entrevistados, se detecta una tendencia a la búsqueda de tratamientos en las Áreas Centrales por razones de comodidad del transporte, intimidad/anonimato o cercanía a zonas económicamente más dinámicas y donde es más fácil conseguir trabajo.

*Debemos recordar que las tasas son estimadas con los casos únicos de todo el periodo (1996-2015) y la población de referencia a enero de 2015.

2.3. Perfil del tratamiento.

El perfil de tratamiento lo elaboramos a partir de la información recogida en tres apartados:

• El Tipo de Admisión en el Programa nos aporta información sobre la vía de llegada de las personas usuarias a los equipos de atención. No habla sobre criterios facultativos, sino sobre cuales fueron los itinerarios (territoriales y vitales) que siguieron las personas usuarias para llegar al programa.

• En el Tipo de **Baja en el programa** se reseñan las razones por las que se da por finalizado el tratamiento en el programa. (Técnicamente se refiere a un Alta en el tratamiento, pero por motivos de claridad y dado que nos referimos a un registro, consideramos que es más oportuno referirnos a este suceso como baja del programa.)

• Tiempo de Tratamiento. Cada Admisión y cada Baja viene asociada a una fecha, por lo que podemos calcular la duración del tratamiento e, indirectamente, el numero de veces que cada persona se incorpora al tratamiento y lo abandona independientemente de la causa.

2.3.1. Tipo de Admisión en el programa.

La tipología de forma de entrada administrativa en el programa de sustitutivos opiáceos varía y esta variabilidad es la que viene recogida en el registro. Sin embargo, debemos recordar que la puerta de entrada al programa es siempre a través de los Centros de Salud Mental de cada Área Sanitaria. Estos son los únicos con capacidad de derivación hacia el programa tras una valoración facultativa.

Las personas que ya estaban a tratamiento en el momento en el que se creó la base de datos (es decir, personas a tratamiento con anterioridad al 31 de Diciembre de 1996), fueron incorporadas a la misma como CENSO INICIAL y se refieren únicamente al 5% de los

registros de incorporación. A partir de ahí, cada vez que una persona es admitida a tratamiento se incorpora con un TIPO DE ADMISIÓN que va a formar parte de su perfil de usuario o usuaria.

Las opciones de tipo de Admisión son excluyentes. Solo se puede ingresar en el programa en uno de esos supuestos, pero una misma persona puede ingresar en uno de esos supuestos, posteriormente salir del programa y volverse a incorporar con otro supuesto. Las opciones de admisión son las recogidas en el siguiente cuadro:

Censo Inicial	Personas que ya estaban a tratamiento en el momento en el que se creó la base de datos.
Tratamiento Eventual	Personas que entran en el programa con perspectiva de hacerlo solo temporalmente. Las razones de esta eventualidad son diversas. Puede ser porque la adherencia de esa persona al tratamiento sea muy baja, porque viene desplazado de otra área sanitaria o se prevé que se desplace en breve, porque haya salido de prisión o se prevea su ingreso, etc.
Ingreso en prisión	Personas que entran en el programa desde la prisión de Villabona.
Libertad	Personas que entran en el programa tras el cumplimiento de pena de prisión.
Primera Admisión	Personas derivadas al programa desde una de las Unidades de Salud Mental de las Áreas Sanitarias por primera vez.
Readmisión	Personas derivadas al programa desde una de las Unidades de Salud Mental de las Áreas Sanitarias pero que ya pasaron por el mismo y causaron baja por alguna causa.
Redistribución otro centro	Personas derivadas de otra Área Sanitaria.
Traslado desde otra UTT	Personas derivadas desde otra UTT.
Otras	Personas que fueron admitidas en el programa y no se ajustan a las opciones anteriores.

2.3.2. Tipología de acceso al programa

La forma de acceso al programa más habitual es la de TRATAMIENTO EVENTUAL, que se repite en un 38 % de los registros de entrada con una mayor prevalencia entre mujeres que entre hombres. Se trata por un lado de usuarios y usuarias que en algunos casos acceden a un tratamiento de baja exigencia y por definición eventual y, en otros casos, de usuarios y usuarias que se desplazan de Área Sanitaria de forma temporal y que reciben tratamiento en una unidad diferente a la asignada en un principio y en la que se le da entrada en la unidad de recepción sin que se le de alta en la unidad emisora. Esta situación provoca duplicidad de registros (tabla 4).

Tabla 4: Tipología de acceso al programa (total de registros).

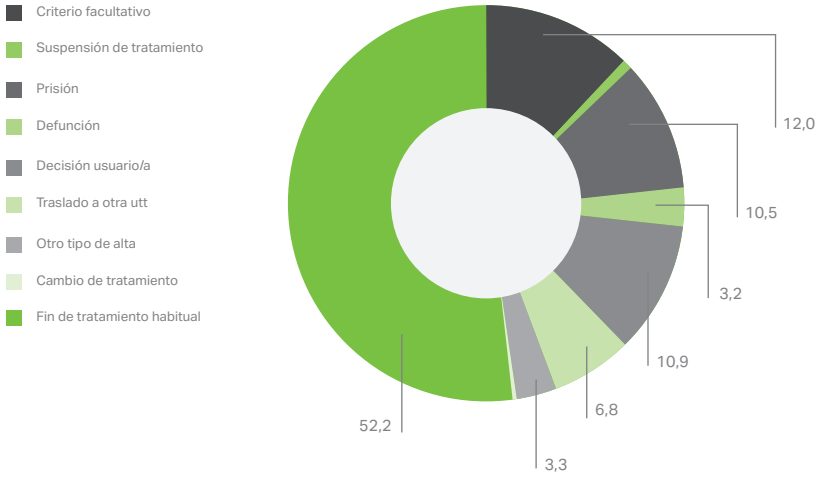
	Total		Hombres		Mujeres	
Censo Inicial (31.12.96)	**1366**	**5%**	1090	6%	270	5%
Tratamiento Eventual	**9553**	**38%**	7349	38%	2158	42%
Ingreso en prisión	**6**	**0%**	4	0%	2	0%
Libertad	**6**	**0%**	5	0%	1	0%
Primera Admisión	**3784**	**15%**	3051	16%	723	14%
Readmisión	**5233**	**21%**	4293	22%	936	18%
Redistribución otro centro	**4559**	**18%**	3556	18%	995	19%
Traslado desde otra UTT	**313**	**1%**	213	1%	100	2%
Otras	**44**	**0%**	31	0%	7	0%
Total	**24864**	**100%**	**19592**	**100%**	**5192**	**100%**

La carencia de un manual de administración del registro y de indicaciones claras a la hora de seleccionar la fórmula de recogida de los sucesos hace que existan dudas en la recogida de información, dobles o triples interprertaciones ante un mismo suceso y diferentes casuísticas recogidas en un mismo código.

Esta fórmula de registro dificulta la interpretación de los datos ya que, por ejemplo, bajo el epígrafe de FIN DE TRATAMIENTO EVENTUAL, que representa un 52% del total de causas de alta recogidas en la base de datos (gráfico 5), nos encontramos con usuarios y usuarias desplazados (a los que necesariamente no se les ha dado de alta en el Área Sanitaria de origen), usuarios que acceden a un programa de forma eventual o personas que por circunstancias de especial vulnerabilidad son atendidos en el programa con criterios de mínima exigenca.

La misma situación nos encontramos con las bajas por criterio facultativo. Dentro de este epígrafe podemos encontrarnos historias de éxito. Personas que superaron la adicción completamente. Pero también hay casos en los que por diferentes razones el equipo facultativo valora negativamente los efectos del programa sobre el paciente y opta por apartarle del mismo. Por esta razón no podemos valorar con precisión la eficacia del programa sobre la salud de las personas usuarias en lo que a superación física de la adicción se refiere.

Gráfico 5: Tipo de baja en el programa (%)



Además, encontramos diferencias no explicables en la forma de recoger la información entre diferentes Áreas Sanitarias. Así, FIN DE TRATAMIENTO EVENTUAL es la razón habitual de alta en las Áreas IV y V, la más frecuente en el Área I, mientras que en el Área III o en el Área VII u VIII es anecdótica. La única razón que explica esta disonancia es la diferencia de criterios a la hora de registrar la información.

Tabla 5: Tipo de alta por área sanitaria.

	Criterio facultativo	Suspensión de tratamiento	Prisión	Defunción	Decisión usuario/a	Traslado a otra UTT	Otro tipo de alta	Cambio de tratamiento	Fin de tratamiento eventual
Área Sanitaria I	30	5	18	7	45	36	25	0	112
Área Sanitaria II	0	2	1	2	7	29	2	8	10
Área Sanitaria III	216	14	203	74	210	109	25	1	2
Área Sanitaria IV	445	91	513	136	337	507	37	16	5458
Área Sanitaria V	477	5	451	159	389	202	164	1	3385
Área Sanitaria VI	24	4	35	7	26	46	22	0	286
Área Sanitaria VII	343	3	183	58	351	105	109	2	2
Área Sanitaria VIII	194	10	147	31	197	42	43	8	16
Total	**1729**	**134**	**1551**	**474**	**1562**	**1076**	**427**	**36**	**9271**

2.3.3. Tiempo de tratamiento

Esta enorme variabilidad en los tratamientos hace que no resulte útil el análisis del tiempo de tratamiento. Únicamente podemos comparar (Tabla 6) las diferencias estimadas entre la duración de tratamiento de las personas que ingresan en el programa una vez frente a quienes ingresan en al menos dos ocasiones.

La media de duración de tratamiento (Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de un tratamiento y la fecha de alta del tratamiento) para todos los registros es de 11 meses y medio. Sin embargo cualquier análisis de esta información debe de partir de la debilidad de la coherencia de los datos obtenidos.

Los casos sin fecha de salida del registro se consideraron activos y se consideró como fecha final la última fecha de recogida de datos del registro (enero 2015). Un 10% de los casos únicos (492 registros) son perdidos por carecer de fecha de entrada o por no tener un formato reconocible. También fueron descartados manualmente 12 casos por la incongruencia entre dichas fechas o por generar espacios temporales excesivamente grandes (superiores a 20 años).

Las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) están muy sesgasdas y no tiene sentido trabajar con ellas ya que un porcentaje importante de los casos dan periodos de tiempo de suma cero al coincidir las fechas de entrada y salida. Además hay otro importante grupo de tratamientos de larga duración lo que explicaría las aparentes incongruencias entre mediana y moda. La mejor manera de acercarse a su análisis es a través de los percentiles.

De todos los tratamientos registrados, la mitad (percentil 50) duran un mes o menos de tratamiento y otro 25% dura entre 1 y 12 meses. Así pues, el 75% de las personas usuarias están a tratamiento menos de 12 meses y sólo una cuarta parte (el 25%) igualan o superan este tiempo.

En el caso de las personas que ingresan una única vez, para la mitad de ellas el tratamiento dura 9 meses o menos, siendo la duración igual en Hombres que en Mujeres. En la mitad que superan estos 9 meses la duración se alarga mucho más, pasando a 28 meses en la mitad de los casos en Hombres, 25 meses en Mujeres.

Llama la atención que aunque tanto en hombres como en mujeres aparecen casos que se mantienen en el programa durante todo el tiempo de existencia del registro (max. 228 meses), la tendencia del 25 % de las personas que más tiempo permanecen en él es de poco más de 2 años.

Tabla 6: Duración del tratamiento con sustitutivos opiáceos según sexo y número de veces que acceden al programa.

Duración del tratamiento con sustitutivos opiáceos según sexo y número de veces que acceden.

Personas que entran en el programa de sustitutivos opiáceos una única vez.	Hombres	Media	22,81
		Mediana	9
		Mínimo	Menos de un mes
		Máximo	228
		Percentil 25	2
		Percentil 75	28
	Mujeres	Media	21,24
		Mediana	9
		Mínimo	Menos de un mes
		Máximo	228
		Percentil 25	2
		Percentil 75	25

Personas que entran en el programa de sustitutivos opiáceos una única vez.	Hombres	Media	8,49
		Mediana	Menos de un mes
		Mínimo	Menos de un mes
		Máximo	228
		Percentil 25	Menos de un mes
		Percentil 75	8
	Mujeres	Media	7,63
		Mediana	Menos de un mes
		Mínimo	Menos de un mes
		Máximo	228
		Percentil 25	Menos de un mes
		Percentil 75	6

La duración media del tratamiento para las personas que entran en el programa más de una vez baja ostensiblemente con respecto a los casos únicos, destacando que el percentil 50 (mediana) es menor de un mes. Esto se debe a entrada de un gran número de tratamientos eventuales que se incorporan al registro y se cierran en la misma semana o incluso en el mismo día. En ambos casos de duración inferior a un mes.

Las diferencias entre hombres y mujeres en el tiempo adherencia al tratamiento son escasas y poco significativas. Para la mitad inferior de los casos (percentil 50) la duración del tratamiento es similar en Hombres y Mujeres y solo en la mitad superior se constata que la duración del tratamiento es menor en Mujeres que en Hombres. Eso sí, esta diferencia se repite tanto para Personas que entran en el programa de sustitutivos opiáceos una única vez como para aquellos que lo hacen en más ocasiones.

2.4. Fallecimientos

En el periodo analizado se contabilizan 571 registros de defunciones de personas que estaban a tratamiento con sustitutivos opiáceos. Representa un 10.5 % del total de usuarios y usuarias registrados en la base de datos a lo largo del periodo. La mortalidad masculina es ligeramente mayor ya que se trata de 489 hombres (10.9% del total de hombres) y 82 mujeres (8.0% del total de mujeres). La mayor parte de la mortalidad se registra en personas menores de 50 años y es, por lo tanto, una mortalidad prematura (gráfico 6).

Gráfico 6: Edad en el momento del registro del fallecimiento.

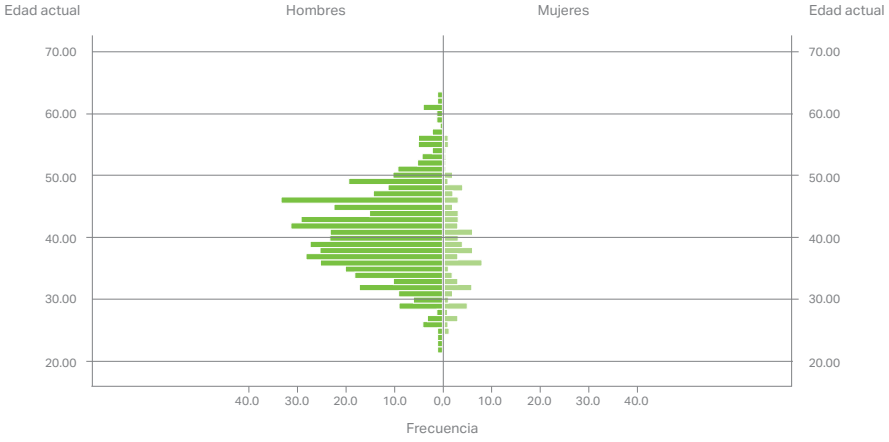
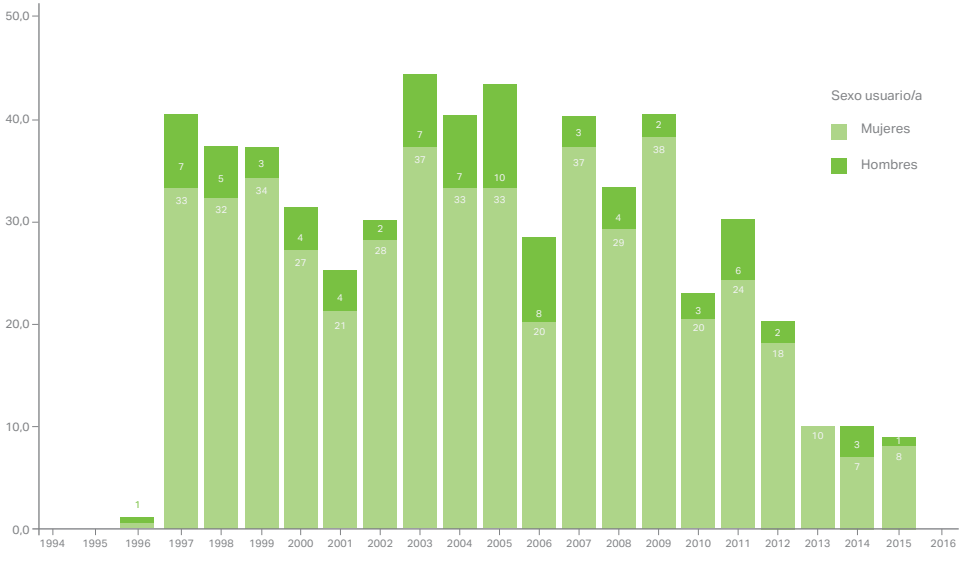


Gráfico 7: Año de registro del fallecimiento.



La tendencia de los fallecimientos registrados es descendente lo que podría indicar que el programa sirve para estabilizar a los usuarios y usuarias y a cronificar las patologías sobrevenidas durante la adicción. Esta noticia es doblemente positiva si tenemos en cuenta que este descenso de los fallecimientos va acompañado de un paulatino envejecimiento de la población usuaria (gráfico 7).

Sin embargo, se constata que no hay un seguimiento fiable ni sistemático de las defunciones de las personas a tratamiento. En las entrevistas realizadas se afirma que la única fórmula de acceso a dicha información es el «boca a boca de los usuarios y usuarias ya que todos se conocen» o «noticias en prensa de defunciones».

2.5.Baja en el Programa por ingreso en prisión

Otro de los items recogidos es la baja del programa por entrada en prisión. Este ítem es interesante para contextualizar los itinerarios vitales de una parte de las personas adheridas al programa.

Es necesario aclarar que baja en el programa por entrada en prisión no quiere decir que se interrumpa el tratamiento, ya que este puede ser seguido en el Centro Penitenciario Asturias. También puede producirse un primer contacto con la Red de Sustitutivos Opiáceos en prisión y seguir atendido fuera, al salir o durante los permisos penitenciarios.

También es necesario aclarar que no estamos hablando de personas sino de interrupciones en el seguimiento, ya que en total son 271 hombres (6% del total de hombres) y 42 mujeres (4% del total de mujeres) los que entraron en prisión mientras estaban dentro del programa, independientemente de que estas personas sean reincidentes y hayan entrado en prisión en más de una ocasión.

Un 10.5% de los tratamientos reflejan una baja por entrada en prisión. Esto se produce en un 11.8% de los tratamientos de hombres y en un 5.7% de las mujeres (tabla 7).

Tabla 7: Tipos de baja del registro de los programas de sustitutivos opiáceos (total de registros).

	Hombres	Mujeres	**Total**
Criterio facultativo	1730	406	**2136**
	12,3%	10,8%	**12,0%**
Suspensión de tratamiento	132	26	**158**
	0,9%	0,7%	**0,9%**
Prisión	1664	214	**1878**
	11,8%	5,7%	**10,5%**
Defunción	489	82	**571**
	3,5%	2,2%	**3,2%**
Decisión usuario/a	1522	423	**1945**
	10,8%	11,3%	**10,9%**
Traslado a otra utt	864	356	**1220**
	6,1%	9,5%	**6,8%**
Otro tipo de baja del registro	463	121	**584**
	3,3%	3,2%	**3,3%**
Cambio de tratamiento	42	8	**50**
	0,3%	0,2%	**0,3%**
Fin de tratamiento eventual	7169	2117	**9286**
	50,9%	56,4%	**52,1%**
Total	**14075**	**3753**	**17828**
	100,0%	**100,0%**	**100,0%**

2.6. Variables Asistenciales

2.6.1. Primer contacto

La forma de entrada en los programas de sustitutivos opiáceos con metadona es a través de los Servicios de Salud Mental (CSM) del Área correspondiente o a través de la unidad del Centro Penitenciario Asturias. Éstas son las únicas entidades con capacidad de derivación hacia una Unidad de Tratamiento de Toxicomanías –UTT- o entidad colaboradora como metabús, farmacia o centros concertados.

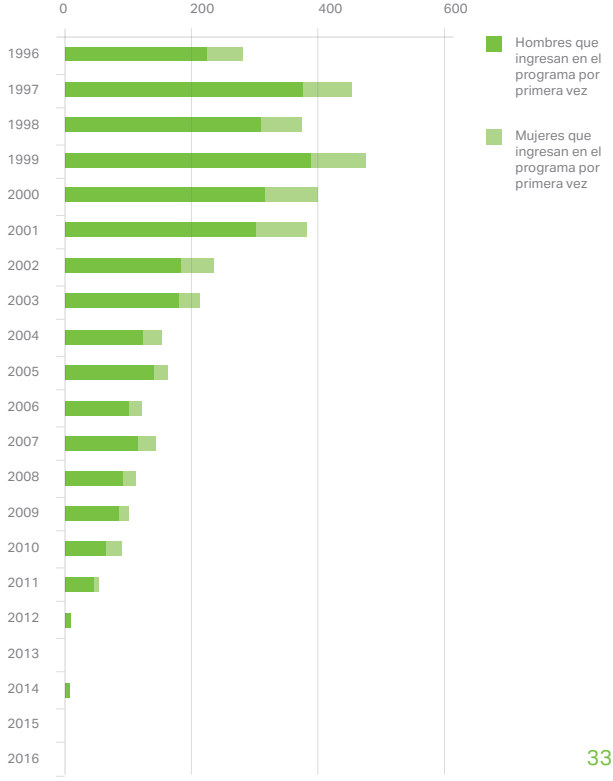
La información recogida en el ítem de la base de datos CENTRO DE PRIMER CONTACTO y que nos podría servir para estimar la presión asistencial, resulta inexacta ya que se refiere generalmente a una UTT cuando debería referirse a un CSM. Esta disonancia con la realidad, contrastada en las entrevistas, nos hace descartar dicho ítem.

Sin embargo nos puede servir para valorar la demanda del Programa. De esta forma se pueden establecer dos períodos bien diferenciados en cuanto a la derivación. Un primer período va de 1996 hasta 2001 y se caracteriza por un aumento continuado de ingresos en el Programa hasta 1999, comenzando a disminuir en 2000 y 2001 pero siempre en el entorno de los 400 ingresos anuales.

A partir de 2002 comienza un descenso brusco y continuado hasta llegar en 2012 a ingresos puntuales cada año, continuando así hasta hoy (gráfico 8).

Este descenso, constatado en las entrevistas, coincide con *«el cambio de los hábitos de consumo de drogas» y «las pautas de desintoxicación de los y las consumidoras»* (ver p. 10, Historia y evolución).

Gráfico 8: Número de hombres y mujeres que contactan por primera vez con el programa según año. (La carencia de datos a partir de 2012 indica que hubo menos de 5 ingresos tanto en hombres como en mujeres).



2.6.2. Área Sanitaria de Tratamiento

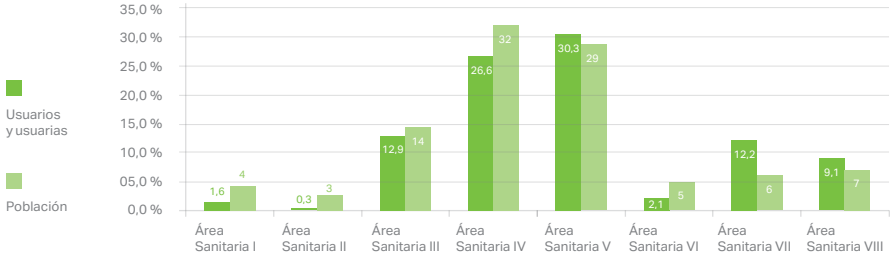
Las Áreas Centrales (IV y V), son las que acumulan mayor número de usuarios y usuarias superando entre ambas el 50% del total de personas a tratamiento en el programa. El Área Sanitaria III y las dos de las Cuencas (VII y VIII) también concentran un número importante de usuarios y usuarias.

Por otro lado, tal y como ya comentamos con los concejos de residencia, el área sanitaria que tiene una peor relación entre personas usuarias y población es el Área VII (Caudal/Mieres) que atendió a un 12.2% del total de casos únicos mientras representa tan solo un 6% de la población total de Asturias. Esta situación se repite en menor medida en las Áreas Sanitarias V (Gijón) y VI (Arriondas).

Tabla 8: Área Sanitaria de Tratamiento

	Área sanitaria de primer contacto						Área sanitaria de tratamiento					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
Área Sanitaria I	70	1,7 %	16	1,7 %	86	1,7 %	72	1,6 %	16	1,6 %	88	1,6 %
Área Sanitaria II	15	0,4 %	4	0,4 %	19	0,4 %	13	0,3 %	4	0,4 %	17	0,3 %
Área Sanitaria III	559	13,8 %	113	11,8 %	672	13,4 %	580	13,2 %	119	11,7 %	699	12,9 %
Área Sanitaria IV	1119	27,6 %	272	28,3 %	1391	27,7 %	1164	26,4 %	274	27,0 %	1438	26,6 %
Área Sanitaria V	1244	30,7 %	313	32,6 %	1557	31,1 %	1315	29,9 %	326	32,2 %	1641	30,3 %
Área Sanitaria VI	103	2,5 %	10	1,0 %	113	2,3 %	103	2,3 %	10	1,0 %	113	2,1 %
Área Sanitaria VII	513	12,7 %	131	13,6 %	644	12,8 %	526	12,0 %	135	13,3 %	661	12,2 %
Área Sanitaria VIII	430	10,6 %	101	10,5 %	531	10,6 %	404	9,2 %	88	8,7 %	492	9,1 %
							No consta 224	5,1 %	41	4,0 %	265	4,9 %

Gráfico 9: Porcentaje de población y porcentaje de ususarios y usuarias por área sanitaria. El porcentaje de personas usuarias se obtiene de casos únicos de tratamiento por área sanitaria mientras que la población de referencia es la población empadronada en 2015.



También se puede analizar cierta movilidad de las personas usuarias entre Áreas Sanitarias analizando la relación entre el área en el que se produce el primer contacto con la Red y el Área en el que se registra el tratamiento.

Con estos datos podemos ver que el Área VIII recepciona más pacientes de los que termina tratando. Pacientes que se van a otras de las Áreas centrales como son el Área IV (Oviedo) o el Área V (Gijón) o el Área III (Avilés). A

través de las entrevistas con los profesionales pudimos deducir que estas áreas centrales atraen pacientes que buscan anonimato, cambios de ambiente o búsquedas de empleo. En el Área III también se detectan usuarios y usuarias que buscan servicios cercanos al centro penitenciario.

Los primeros contactos que se derivan desde el Centro Penitenciario Asturias no están incluidos. Se trata de 177 usuarios y usuarias lo que representa un 3.3% del total (gráfico 10).

2.6.3. Sustancia empleada

En el registro de la base de datos se pregunta por la sustancia empleada en el tratamiento (Metadona o Metasedín). Según los datos extraídos el uso del metasedín pudiera parecer anecdótico (Ver tabla 10), pero, tal y como se desprendió de la información obtenida en las reuniones con los profesionales de la red, el Metasedín se emplea actualmente en *«aproximadamente un tercio de los programas»* siempre que se *«cumplan ciertos criterios de responsabilidad y estabilidad del paciente»* y se superen las dificultades en la generación y dispensación del producto a las que se hicieron referencia en las entrevistas. Estas dificultades y la falta de criterios homogéneos a la hora de registrar y/o modificar este dato hacen que los registros infra representen la dispensación real de Metasedín según áreas sanitarias.

La razón por la que ese tercio de empleo no aparezca reflejado en la base de datos podría ser que la mayor parte de los usuarios y usuarias ya estaban incorporados a la misma en el momento en el que se introdujo la posibilidad de cambio de tratamiento y dicho cambio no se reflejó (tabla 9).

Gráfico 10: Número de pacientes según primer contacto y tratamiento por área sanitaria.

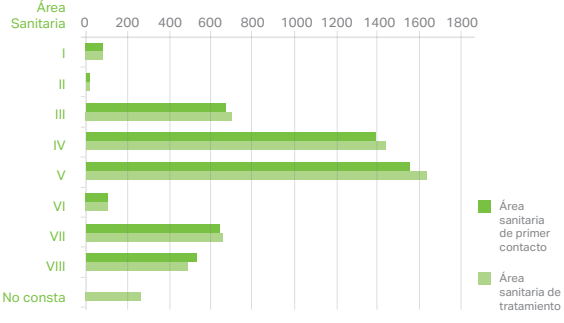
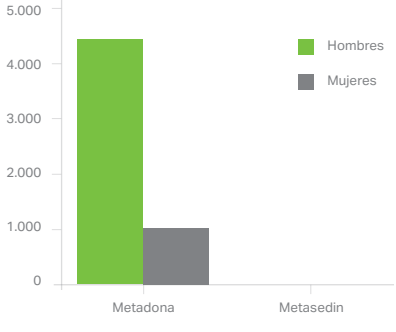


Tabla 9: Sustancia empleada. (Datos de empleo de Metasedín correspondientes con los datos registrados).



Encuesta a profesionales

3

3.1. Datos socio-laborales
3.2. Sobre el programa de sustitutivos opiáceos
3.3. Sobre el recurso/instalación en el que lleva a cabo su trabajo y la relación con los pacientes
3.4. Sobre la atención a pacientes
3.5. Sobre el impacto del programa en los paciente
3.6. Sobre las dosis que los pacientes desplazan a su domicilio
3.7. Sugerencias o aportaciones

Material y métodos:

El índice de contenidos del cuestionario a profesionales (ver Anexos) es el siguiente:

A. Datos socio-laborales
B. Sobre el programa de sustitutivos opiáceos
I - Idoneidad del programa en relación a la consecución de objetivos terapéuticos
II - Valoración de la alternativa de metasedín
III - Valoración global sobre la conveniencia de llevar a cabo cambios en el programa
IV - Valoración sobre prioridades de mejora
V - Valoración global sobre la adecuación actual de la red de recursos a los perfiles de las personas consumidoras
VI - Valoración individual de los recursos de la red a los perfiles de las personas consumidoras
C. Sobre el recurso/instalación en el que lleva a cabo su trabajo
I - Prioridades de cara a la atención a los pacientes
II - Formato de recogida de información
III - Adecuación del soporte informático de recogida de información
IV - Prioridades en la mejora de recogida de información
D. Sobre la atención a los pacientes
I - Rango de pacientes atendidos en un día normal de trabajo
II - Rango de minutos dedicados a la atención de cada paciente
III - Valoración de diferentes aspectos de la relación profesional/pacientes
IV - Valoración global de la relación profesional/paciente
E. Sobre el impacto del programa en los pacientes
I - Valoración del impacto del programa sobre diferentes aspectos de la salud y la conducta de los pacientes
F. Sobre las dosis que los pacientes desplazan a su domicilio
I - Valoración del envase y el etiquetado de las dosis
G. Sugerencias o aportaciones

Como se señaló en el apartado de metodología, los cuestionarios a profesionales se distribuyeron por medio de correo postal auto franqueado y correo interno del Principado de Asturias a los distintos centros que componen la red de recursos de prescripción y dispensación del programa de sustitutivos opiáceos. Fueron devueltos un total de 44 cuestionarios cumplimentados sobre un total de 75 profesionales que trabajan en la red, lo que supone un porcentaje del 58,6 sobre el total.

Se recibieron respuestas de profesionales de todos los recursos que componen la red, tanto públicos como privados/concertados; Unidades de Tratamiento de Toxicomanías –UTT-, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria –UDM-, Centros de Salud Mental –CSM-, Metabús y Oficinas de Farmacia, lo que garantiza la coherencia de los resultados.

Al tratarse de una –N- pequeña y con el objetivo de salvaguardar en todo momento el anonimato estadístico, evitamos realizar desagregaciones de

resultados por variables socio-laborales, como la titulación académica o el tipo de recurso en el que trabaja, ya que en estos casos se obtendrían –n- muy pequeñas, por debajo de 30 casos, lo que compromete tanto el anonimato de las personas encuestadas como la fiabilidad de los resultados.

3.1. Datos socio-laborales

Como dato resumen de carácter laboral, del conjunto de profesionales podemos señalar que la **media de años en el puesto de trabajo** es de **14**, lo que es una cifra apreciable y nos remite a los años a tratamiento recogidos en las encuestas a los pacientes (72% ≥ 10 años).

3.2. Sobre el programa de sustitutivos opiáceos (PSO)

3.2.1. Idoneidad del programa en relación a la consecución de objetivos terapéuticos

En este primer grupo de preguntas se inquiría a los profesionales sobre la **idoneidad del programa** de sustitutivos opiáceos **para lograr los principales objetivos terapéuticos** para los que está diseñado, es decir, *dejar el consumo de opiáceos de comercio ilegal y/o disminuir el daño asociado a este tipo de consumo*, en particular el vinculado con la vía de administración intravenosa. Como queda patente en el siguiente gráfico, la opinión de los profesionales se muestra en general muy **de acuerdo con la eficacia del programa para reducir el daño**, con una puntuación media de 4,7 sobre un máximo de 5. Le sigue en puntuación con un 4,2 la afirmación de que la utilidad del programa es pareja para conseguir ambos objetivos, *reducir el daño y abandonar el consumo*. Y un poco por debajo de 4 puntos se sitúa la opción *útil sobre todo para dejar el consumo de opiáceos*, opción que presenta una mayor desviación típica, lo que refleja un menor consenso sobre ésta afirmación (Gráfico 11).

Esto nos permite aseverar que desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en los diferentes recursos de la red, **el programa consigue de forma clara los dos objetivos generales para los que ha sido diseñado,** eso sí, algo más *la reducción del daño* que el abandono del consumo de opiáceos de comercio ilegal, aspecto que como se verá, coinciden con lo expresado por los pacientes.

Gráfico 11 : Grado de acuerdo respecto a la idoneidad del programa de sustitutivos opiáceos en la consecución de los diferentes objetivos terapéuticos. Valor medio e intervalo de confianza (IC) al 95%

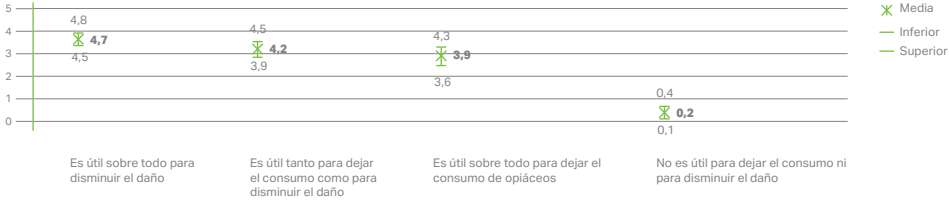


Tabla 10: Número de casos y desviación típica de las cuestiones relacionadas con la idoneidad del programa en relación a los objetivos terapéuticos

	N	DT
Es útil sobre todo para dejar el consumo de opiáceos	43	1,2
Es útil sobre todo para disminuir el daño	44	0,6
Es útil tanto para dejar el consumo como para reducir el daño	42	0,9
No es útil ni para dejar el consumo ni para reducir el daño	38	0,6

3.2.2. Valoración de la alternativa farmacológica de Metasedín®

La opción terapéutica de la metadona en formato comprimido o Metasedín® (metadona hidrocloruro) frente al formato líquido dispensado tradicionalmente se ha demostrado como una opción viable en estrategias terapéuticas de normalización e integración social (SANCHEZ PARDO, L., 2000)[14], ya que tanto el **formato** como las diferentes **posologías de dispensación** permiten una **administración de acuerdo a pautas parecidas a otro tipo de medicamentos normalizados socialmente**. En la actualidad el uso de este tipo de formato no está generalizado en todos los recursos dispensadores de Asturias, motivo por el que se consideró pertinente incluir una pregunta específica sobre el uso de esta alternativa farmacológica.

La opinión mayoritaria de los/las profesionales sobre el formato comprimido es que se trata de un recurso ***«complementario a la opción líquida»*** que facilita la adaptación de diferentes objetivos y metas de acuerdo a cada paciente (puntuación media de 4,23) al mismo tiempo que rechazan claramente los aspectos negativos recogidos en otras dos de las cuatro opciones que se les planteaban; *«mejora los resultados de la metadona líquida* ***pero dificulta el control de la administración»*** Puntuación Media (p.m. de 1,84) y ***«no mejora*** *el tratamiento con metadona,* ***dificulta*** *el control del tratamiento* ***y facilita el tráfico ilegal»*** (p.m. 2,21) lo que certifica la buena opinión que tienen los profesionales de la red sobre esta opción farmacológica para **ampliar las alternativas a su disposición, otorgándoles mayor flexibilidad** para adaptarse a los perfiles y necesidades de los/las pacientes. La cuarta de las opciones, planteada como *alternativa para sustituir totalmente a la metadona líquida* con una puntuación media de 2,78, apenas supera el «aprobado» situado en 2,5, lo que indica que es una opción que genera división de opiniones entre profesionales.

Haciendo una lectura comprensiva conjunta del conjunto de respuestas a las alternativas planteadas se puede afirmar que el formato de metadona en comprimidos es una **opción muy bien valorada por los/las profesionales**, entendida siempre como **alternativa complementaria al formato líquido y no excluyente**, rechazando de plano los supuestos aspectos negativos atribuidos a esta opción.

Gráfico 12: Grado de acuerdo respecto a la opción farmacológica de la metadona en formato comprimido -Metasedín®-. Valor medio e IC al 95%

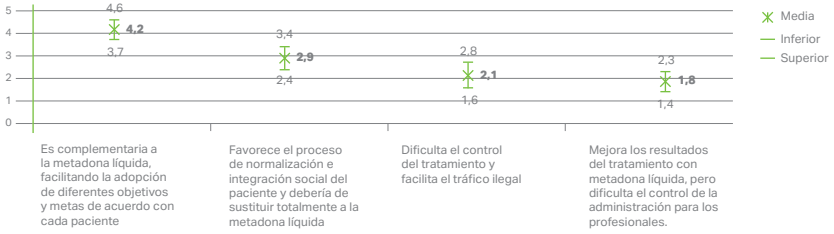


Tabla 11 : Número de casos y desviación típica sobre la incorporación de Metasedín® como formato alternativo a la metadona líquida

	N	DT
Favorece el proceso de normalización e integración social del paciente y debería de sustituir totalmente a la metadona líquida	40	1,5
Es complementaria a la metadona líquida, facilitando la adopción de diferentes objetivos y metas de acuerdo con cada paciente	40	1,4
Mejora los resultados del tratamiento con metadona líquida, pero dificulta el control de la administración para los profesionales	38	1,6
No mejora el tratamiento con metadona, dificulta el control del tratamiento y facilita el tráfico ilegal	38	1,9

Aportaciones de profesionales del PSO:

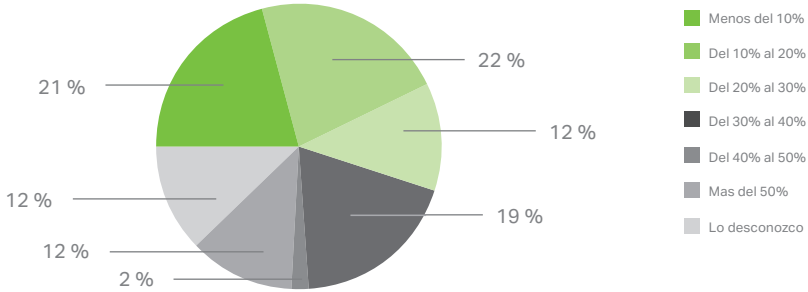
«El Metasedín® ofrece dificultades en cuanto a su dosificación. Sería necesario ampliar opciones farmacológicas: como metadona en diferentes dosificaciones,» (además del Metasedín® y de la metadona líquida).

3.2.4. Porcentaje de pacientes a tratamiento con Metasedín®

Sobre el porcentaje de pacientes que en la actualidad están siendo tratados con Metasedín®, podemos concluir que es bastante diverso. Tal y como se puede observar en el gráfico 13, un 20% de profesionales confesaron desconocer el porcentaje de pacientes que recibe tratamiento con esta alternativa farmacológica en su recurso.

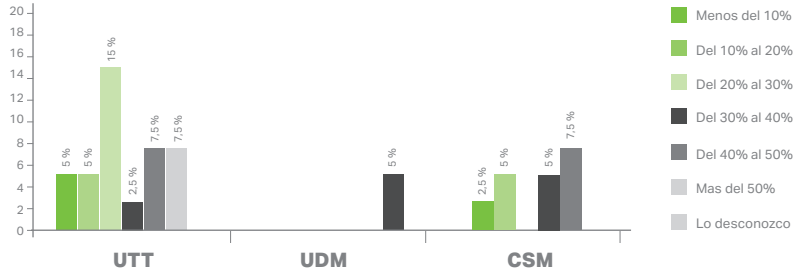
A partir de aquí el 62,2% de profesionales declara porcentajes inferiores al 50% de pacientes a tratamiento con metasedín en su recurso, por solamente el 11,1% que manifiesta porcentajes superiores a esa cifra, lo que nos permite concluir que **se trata de una alternativa no muy extendida**, aspecto llamativo teniendo en cuenta que, como hemos visto, hay unanimidad respecto a las bondades terapéuticas que presenta en uso combinado-alternativo a la metadona líquida.

Gráfico 13 : Porcentaje de pacientes a tratamiento con Metasedín® en el recurso que usted trabaja



Además, la unanimidad que confiesan los/las profesionales sobre la bondad del formato Metasedín® también contrasta con la diversidad resultante de porcentajes de pacientes a tratamiento con este formato en cada recurso (gráfico 14). Pensamos que esa diversidad en los porcentajes se debe a que el perfil de pacientes es diferente según el tipo de recurso, es decir, que aquellos con con perfiles de pacientes más «normalizados» cuentan con mayor porcentaje a tratamiento con Metasedín®y que por el contrario, aquellos recursos con mayor número de pacientes con peores perfiles en las dimensiones bio-psico-social tienen menor porcentaje de pacientes a tratamiento con este tipo de metadona. Así por ejemplo, los CSM presentan porcentajes del 20 a 30%, del 40 a 50% y de más del 50% de pacientes a tratamiento con esta alternativa y menor variabilidad que las UTT.

Gráfico 14: Distribución del porcentaje de pacientes a tratamiento con Metasedín® según recurso



3.2.5. Valoración sobre la conveniencia de llevar a cabo cambios en el programa

El objetivo central de la evaluación del programa de sustitutivos opiáceos es obtener información para valorar tanto la conveniencia del propio programa y sus recursos ante los cambios acontecidos durante estos 30 años de funcionamiento, como detectar posibles espacios de cambio o mejora. Para ello se planteó tanto a profesionales como a pacientes una serie de preguntas para recabar su posición sobre estos aspectos.

3.2.5.1. Valoración global sobre la conveniencia de llevar a cabo modificaciones/cambios en el programa

En primer lugar, ante la pregunta genérica sobre la conveniencia de llevar a cabo modificaciones o cambios en el programa, la puntuación media de las respuestas de los profesionales fue 2,89, un poco por encima del punto medio, lo que parece reflejar cierta división de opiniones ante una transformación integral del programa (gráfico 15).

Gráfico 15 : Valoración media sobre la conveniencia global de llevar a cabo modificaciones/cambios en el programa de sustitutivos opiáceos e IC al 95%

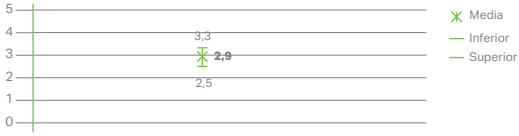


Tabla 12: Número de casos y desviación típica sobre la valoración global de llevar a cabo modificaciones/cambios en el programa de sustitutivos opiáceos N y DT

N	Desv. Típ.
44	1,29

La cuestión por tanto tiene matices, como veremos a continuación.

3.2.5.2. Valoración sobre prioridades de mejora

Ante preguntas más específicas los/las profesionales que responden muestran su total acuerdo en que la PRIORIDAD, con mayúsculas, de mejora del programa de sustitutivos opiáceos es *«complementar la dispensación con tratamiento psico-terapéutico y de incorporación social»*, opción que consigue una puntuación media de 4,9 y que re-

gistra la menor desviación típica de las alternativas planteadas, lo que subraya la unanimidad al respecto. A continuación aparece *«diversificar la variedad de sustitutivos y su posología»* con una media de 2,7 puntos y por tanto apenas por encima del aprobado que supone el punto medio (p.m.2,5).

Por debajo del «aprobado» que establece el 2,5 se sitúan «rediseñar totalmente la red» (m=2: IC95%: 1,2-3,0) e *«incorporar nuevos recursos para la dispensación que permitan avanzar en los procesos de normalización»* con una puntuación media de 1,8, lo que sitúa ambas actuaciones fuera de las prioridades de mejora o cambio (gráfico 16).

Gráfico 16: Valoración media sobre posibles mejoras o cambios e intervalo de confianza (IC) al 95%

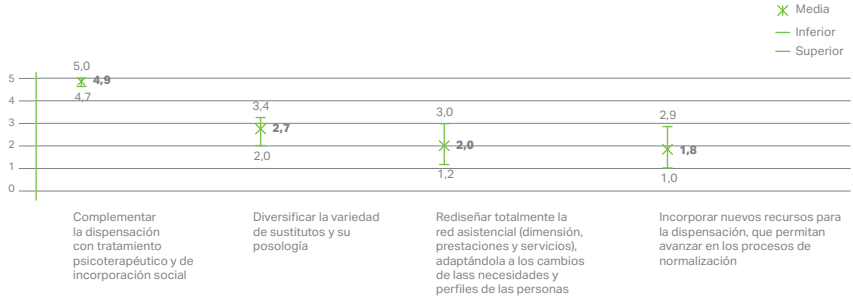


Tabla 13 : Número de casos y desviación típica sobre ¿Cuál de las siguientes actuaciones situaría como prioridades de posible mejora o cambio?.

	N	DT
Complementar la dispensación con tratamiento psico-terapéutico y de incorporación social	44	0,3
Diversificar la variedad de sustitutivos y su posología	40	1,1
Incorporar nuevos recursos para la dispensación, que permitan avanzar en los procesos de normalización	43	1,6
Rediseñar totalmente la red asistencial (dimensión, prestaciones y servicios), adaptándola a los cambios de las necesidades y perfiles de las personas	38	1,5

Por tanto podemos concluir que los/las profesionales, antes que remodelar o rediseñar totalmente el programa y su red de recursos optan **por ampliar y mejorar el ámbito del apoyo psicoterapéutico y la incorporación social.**

Sugerencia recogida en el apartado de aportaciones de profesionales del PSO

«Sería necesario complementar la dispensación con programas de prevención de recaídas y consultas de enfermería para trabajar necesidades básicas y autocuidado de pacientes y dotar a las UTT con otros profesionales como psicóloga/o y trabajador/a social a tiempo completo que ofrezcan otros apoyos a parte de la sustancia y el modelo médico»...

3.2.5.3. Valoración sobre la adecuación actual de la red de recursos a los perfiles de las personas consumidoras

La red de centros que configuran el programa de mantenimiento con metadona está compuesta por diferentes tipos de recursos que, como se ha señalado (punto 1.1.2), fueron creados en momentos diferentes intentando responder a cambios o nuevas necesidades surgidas desde la puesta en marcha del programa. En este sentido interesaba conocer la opinión de los/las profesionales sobre la adecuación de estos centros a los perfiles y necesidades de los/las pacientes, o de otra forma, si las funciones y dotación de las diferentes tipologías de recursos sigue cumpliendo el cometido para el que fueron diseñados.

En primer lugar y de la misma forma que a los/las profesionales se les pidió que se posicionaran ante la conveniencia, con carácter general, de *llevar a cabo modificaciones/cambios en el programa*, también se les pidió lo mismo respecto a la *adecuación de la red de recursos al perfil de las personas consumidoras*. Como en el caso anterior, la respuesta es de ecuanimidad es decir, la opción con mayor puntuación media, con 3,9 fue que «algunos recursos responden a las necesidades de la población a tratamiento y otros no», pero en este caso con una tendencia clara hacia la adecuación, ya que la siguiente opción, con en puntuación media 3,1 puntos, es que efectivamente *«responde a las necesidades de la población consumidora»* (gráfico 17).

Gráfico 17: Valoración media sobre la adecuación de la red al perfil de las personas usuarias e IC al 95%

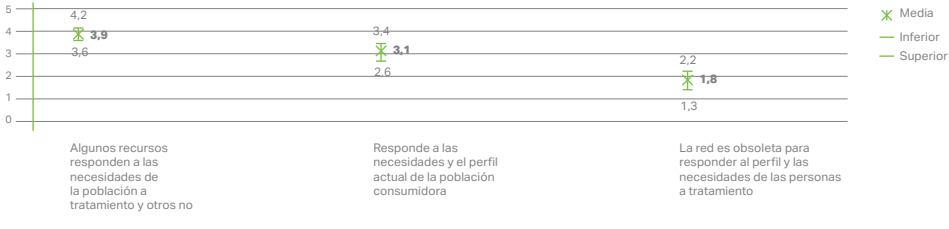


Tabla 14: Número de casos y desviación típica en las respuestas sobre la configuración actual de la red de sustitutivos opiáceos

	N	DT
Responde a las necesidades y el perfil actual de la población consumidora	37	1,2
Algunos recursos responden a las necesidades de la población a tratamiento y otros no	37	1,0
La red está obsoleta para responder al perfil y las necesidades de las personas a tratamiento	37	1,5

3.2.5.4. Valoración sobre la adecuación de cada recurso de la red a los perfiles de las personas consumidoras.

Si la pregunta con carácter general de *«adecuación de los recursos del programa al perfil actual de los/las pacientes»* fue respondida con un «acuerdo con matices», al concretar esta opinión sobre cada uno de los tipos, observamos en primer lugar que todos aprueban, con puntuaciones medias por encima del 2,5, y que los mejor valorados son por este orden las «Oficinas de farmacia» que obtienen un 4,1 de media seguidas de los «Centros de Salud Mental» y las «Unidades de Tratamiento de Toxicomanías» ambas con una puntuación media de 4,0, y el «Metabús» con un 3,2 y los «Centros de Día» 3,0 (gráfico 18).

Gráfico 18: Valoración de los recursos de acuerdo con la adecuación de cada uno a las necesidades actuales de la población a tratamiento e IC al 95%

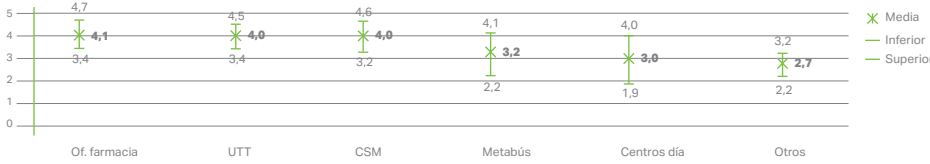


Tabla 15: Número de casos y desviación típica en las respuestas sobre la adecuación de cada recurso a las necesidades actuales de la población a tratamiento.

	N	Desv. típ.
CSM	10	1,15
UTT	10	0,94
METABUS	10	1,55
Of. Farmacia	10	1,70
Centros de día	10	1,11
Otros	13	1,11

3.3. Sobre el recurso/instalación en el que lleva a cabo su trabajo y la relación con los /as pacientes

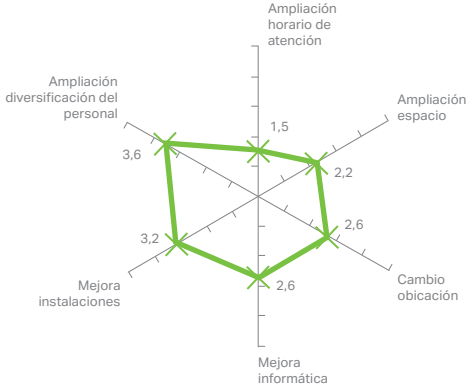
En este último apartado se incluyeron varias preguntas relacionadas tanto con el desempeño cotidiano de las funciones profesionales en los recursos, como sobre su relación con los/las pacientes.

3.3.1. Características del recurso de cara a la atención a pacientes

En primer lugar se les pidió a los/las profesionales que valoraran la importancia (grado de prioridad) que les otorgan a una serie de actuaciones dirigidas a mejorar el entorno de trabajo y el desempeño profesional en su relación con los/las pacientes. De las propuestas, la que obtuvo una mayor puntuación media, con un 3,62 y destacada respecto al resto fue *«ampliación /diversificación del personal», seguida de «mejora de las instalaciones»* con un 3,15, mejoras relacionadas por ejemplo con la incorporación de medidas de seguridad ante contingencias sobrevenidas, insonorización para mejorar la privacidad de las consultas o disponer de salas para poder llevar a cabo terapias de apoyo ante las recaídas, etc. Solo en casos puntuales como por ejemplo la UTT de Oviedo esta mejora de las instalaciones tiene que ver con la mejora global del entorno dada su aislamiento y degradación.

Por debajo de los 3 puntos y ligeramente por encima del punto intermedio de la escala (2,63 y 2,62) se situaron *«mejora, actualización, modernización de los soportes informáticos»* y *«cambio de ubicación»* ambas prácticamente con la misma puntuación. Por debajo del 2,5 como punto intermedio del rango se sitúan *«ampliación del espacio»* con 2,24 puntos y *«ampliación del horario de atención»* con 1,54 (gráfico 19).

Gráfico 19 : Puntuación media de la valoración de distintas propuestas de actuación en el entorno de trabajo de cara a mejorar la atención a pacientes



Las opciones señaladas dibujan un entorno de trabajo que en opinión de los/las profesionales es mejorable en aspectos críticos como la ampliación de la plantilla y la mejora de las instalaciones. Otras, como el cambio de ubicación, la mejora de los equipos informáticos, son también reclamadas pero con una importancia secundaria o menor respecto a las dos anteriores. Por último la ampliación del espacio y de los horarios de atención no supera el aprobado al obtener ambas puntuaciones por debajo del punto medio situado en 2,5 (tabla 16).

Esta prioridad de ampliación de plantilla hay que ponerla en relación con la prioridad, destacada en el apartado de mejora del programa de sustitutivos opiáceos, de «complementar la dispensación con tratamiento psicoterapéutico y de incorporación social», aspecto en el que como veremos también coinciden los/las pacientes en los resultados de su encuesta y que parece a todas luces, la principal línea de trabajo a desarrollar como mejora evolutiva del programa.

Tabla 16 : Número de casos y desviación típica en las respuestas sobre el grado de prioridad de cada una de las actuaciones propuestas

	N	Desv. Típ.
Ampliación/diversificación del personal	39	1,55
Mejora de las instalaciones	40	1,66
Mejora/actualización/modernización de los soportes informáticos (hardware y software)	40	1,44
Cambio de ubicación	37	2,09
Ampliación del espacio	37	1,72
Ampliación del horario de atención	39	1,45
Otro	2	0,00

Sugerencias recogidas en el apartado de aportaciones de profesionales del PSO

«Es necesario contratar a otros perfiles profesionales para el trabajo diario de adicciones. Además, si hay bajas laborales, contrato de sustituciones»

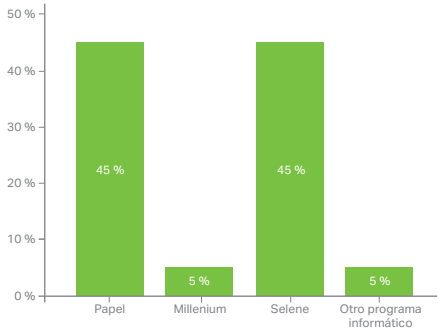
«Habría que cambiar la ubicación del Centro a un Centro Sanitario con la misma consideración que el resto de personas usuarias. Ampliar la asistencia a todo tipo de adicciones».

3.3.3. Recogida de información

Uno de los focos de interés surgido en el trabajo de diseño del cuestionario giró en torno al soporte utilizado por los/las profesionales sanitarios para la recogida de información clínica y la gestión de los procesos terapéuticos de dispensación a las personas usuarias, al constatar que en la mayor parte de los recursos, los/las profesionales continúan utilizando el formato papel para la gestión diaria de la dispensación.

Por este motivo en primer lugar se les preguntó sobre el *«tipo de soporte utilizado para la recogida de información del historial de pacientes»*. En las respuestas (Gráfico 20) aparecen tanto el formato papel, como el software SELENE utilizado en la práctica totalidad de las áreas sanitarias (con excepción de la IV de Oviedo), como los dos tipos mayoritariamente utilizados, lo que no hace sino confirmar la información previa trasmitida por los profesionales.

Gráfico 20: Porcentaje de uso de diferentes soportes de recogida de información.

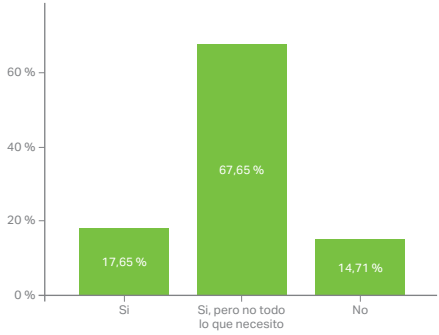


La recogida de información sobre el historial de los pacientes se realiza...

3.3.4. Adecuación del soporte informático de recogida de información

La extensión del soporte papel para gestionar el día a día de la dispensación de los sustitutivos opiáceos da a entender claramente la ineficacia o al menos insuficiencia de las herramientas informáticas utilizadas para este cometido. En relación a ésta carencia se les preguntó específicamente su opinión sobre la adecuación de los programas informáticos a las necesidades del trabajo diario y su respuesta no deja lugar a dudas. Siete de cada diez opinan que es **insuficiente para cubrir plenamente las necesidades de funcionamiento**, lo que abre una vía de mejora para el adecuado desempeño de su trabajo (gráfico 21).

Gráfico 21: Distribución porcentual sobre la mayor o menor adecuación del soporte informático utilizado a las necesidades del trabajo diario



En el caso de que la recogida de información se realice através de un programa informético ¿Considera que es adecuado al trabajo diario?

3.3.5. Prioridades en la mejora de recogida de información en soporte informático

En este apartado se incluyó una última pregunta para concretar cuál es el aspecto que se considera más importan-

te o al que se le da más prioridad para mejorar la información utilizada en la gestión clínica y el tratamiento terapéutico a través de soporte informático.

Los/las profesionales coinciden en señalar que la *«conexión en red»* sería la actuación prioritaria de todas las planteadas, con una puntuación media de 4,53 y la menor desviación típica. Seguida a ésta se sitúa *«modificar la plantilla de recogida de datos»* (3,31) para adaptarla mejor a las necesidades de gestión que en la actualidad consideran que no están correctamente cubiertas y *«unificar criterios en el uso del formulario informático»* ya que la falta de unanimidad entre profesionales a la hora de utilizar algunos criterios de clasificación hace que los registros de casos a tratamiento adolezcan de incongruencias, que en ocasiones dificultan la gestión de forma correcta y coherente, tal y como se ha visto en el análisis de la base de datos de salud mental.

En último lugar se valora *«realizar cursos de formación SELENE/MILENUM»* con un escaso 2,70 (gráfico 21)..

Gráfico 21 : Valoración media de distintas acciones para mejorar la recogida de información clínica en soporte informático e IC al 95%

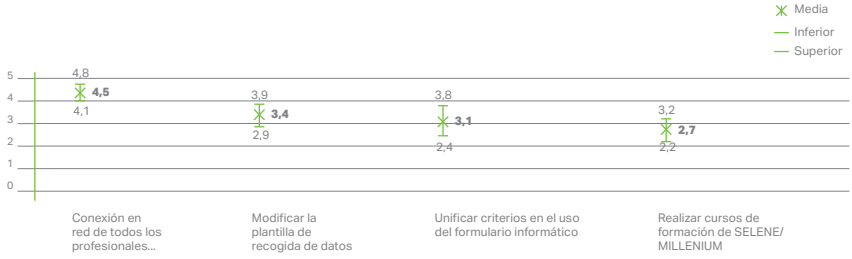


Tabla 17: Número de casos y desviación típica en las respuestas sobre el grado de prioridad de cada una de las actuaciones propuestas para mejorar la recogida de información en soporte informático

	N	DT
Conexión en red de todos los profesionales que trabajamos en el programa	33	1,0
Modificar la plantilla de recogida de datos	33	1,5
Unificar criterios en el uso del formulario informático	33	2,0
Realizar cursos de formación de SELENE/MILLENIUM	33	1,5

Sugerencias recogidas en el apartado de aportaciones de profesionales del PSO

«El programa informático no me permite cubrir toda la información que necesito para mi trabajo diario. Utilizo la sábana (información en soporte papel), ya que me facilita llevar un seguimiento del paciente»

3.4. Sobre la atención a pacientes

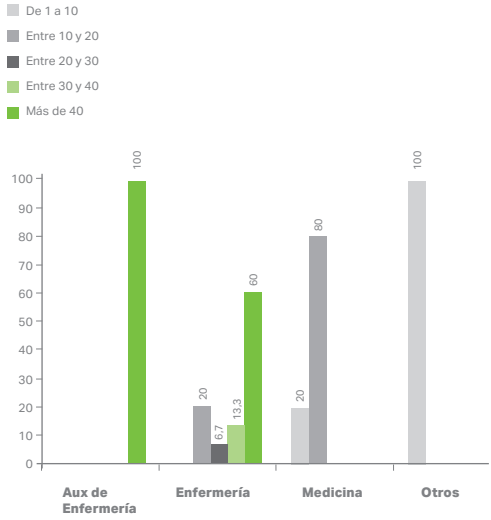
Uno de los ámbitos de interés de la evaluación del programa era conocer la opinión sobre la relación profesional-paciente que tienen ambas partes, ya que la calidad de ésta relación es fundamental para entender el buen o mal funcionamiento del programa de sustitutivos opiáceos –PSO-.

3.4.1. Pacientes atendidos por día

El número de pacientes atendidos por día afecta directamente a la calidad de la atención recibida por los pacientes, la carga de trabajo de cada profesional, su grado de estrés, el tiempo dedicado a cada paciente, etc.

El número de pacientes atendidos correlaciona inversamente con la escala profesional. Así, los auxiliares de enfermería declaran atender a *«más de 40»* pacientes/día, en profesionales de enfermería además de este rango aparecen ya otras categorías como *«de 10 a 20»* o *«entre 30 y 40»* y en los de medicina solo aparecen *«entre 10 y 20»* o de *«1 a 10»* pacientes atendidos por día. Los datos de presión asistencial disponibles en la Memoria del Servicio de Salud del Principado de Asturias[15] –SESPA- correspondientes al año 2016 indican que la Presión Asistencial Real en Atención Primaria se sitúa en **33,48 pacientes día/profesional**, lo que parece coherente con los datos obtenidos en el PSO teniendo en cuenta que se trata de una atención especializada (gráfico 21)..

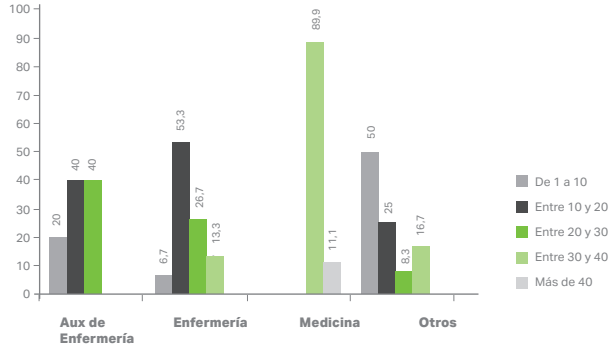
Gráfico 21: Rango de pacientes atendidos/día según la especialidad profesional, en %



3.4.2. Tiempo dedicado a la atención de cada paciente

Lógicamente, con el número de minutos que cada profesional dedica a atender a cada paciente ocurre lo inverso del caso anterior; como es razonable, a mayor número de pacientes atendidos al día menor será el tiempo dedicado. Así los/las auxiliares de enfermería son los que menos minutos dedican a cada paciente (entre 5-10 y 10-15 minutos), a continuación se sitúan al personal de enfermería que también dedican mayoritariamente *«entre 5-10 minutos»* pero en los que ya un 13% dedica *«entre 15 y 30 minutos».* Y por último encontramos al personal facultativo que mayoritariamente dedican *«entre 15 y 30 minutos»* y de los que un 11% superan la media hora de atención a cada paciente.

Gráfico 22: Rango de minutos/paciente según especialidad profesional, en %



3.4.3. Valoración de diferentes aspecto de la relación profesional/paciente

Se intentó determinar los rasgos definitorios de la relación profesional/paciente mediante una serie de frases aclaratorias de la conducta habitual de éstos con las personas a tratamiento en el PSO.

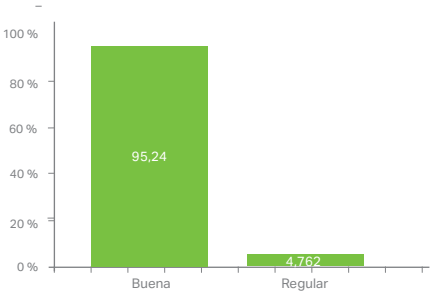
Como no podía ser de otra forma, los/las profesionales *regulan la información* en función del perfil y los objetivos terapéuticos de cada paciente. Tres de cada cuatro afirmaron ofrecer *alternativas para recoger la metadona e informan a sus pacientes tanto sobre la existencia de otros recursos asistenciales* (léase, programas de desintoxicación y deshabituación) *como de dispensación más adecuados* a su perfil. Uno de cada dos declara ofrecer *reducir la dosis de cara a conseguir alta terapéutica,* es decir, abandonar el consumo. Por último, en menor medida, uno de cada cuatro *deriva a sus pacientes a profesionales* de la psicología y el trabajo social (gráfico 23)..

Gráfico 23: Frecuencia de diferentes conductas llevadas a cabo por los profesionales en la relación con sus pacientes, en %

3.4.4. Valoración global de la relación profesional/paciente

La opinión general y mayoritariamente compartida entre los profesionales es que la relación con los pacientes *es buena*, dentro de una escala nominal que contemplaba cuatro opciones; *buena, regular, mala y muy mala* (gráfico 24).

Gráfico 24: Valoración media sobre el impacto del programa en la salud y las conductas de los pacientes e IC al 95%



Sugerencias recogidas en el apartado de aportaciones de profesionales sanitarios del PSO

«En general la relación con pacientes es buena, nos conocemos desde hace años. Hay algún caso en que la relación es mala y puede terminar con denuncia en los juzgados..., normalmente cuando hay mala relación entre profesionales sanitarios y pacientes pueden solicitar un cambio, en el caso del PSO no hay alternativa porque el recurso de recogida de metadona y el personal que atiende es el que es y no hay otro»

3.5. Sobre el impacto del programa en los pacientes

3.5.1. Valoración del impacto del programa sobre la salud y la conducta de consumo

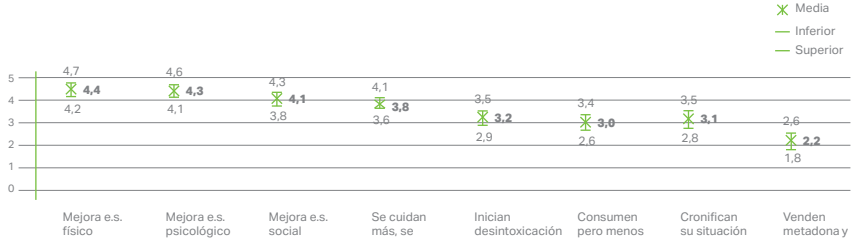
Un aspecto de suma importancia era conocer la opinión de los profesionales sobre el **impacto que el programa** de sustitutivos opiáceos **tiene en la salud** bio-psico-social **de las personas a tratamiento** y sus conductas de consumo, que en definitiva son los dos grandes objetivos y resultados del programa de sustitutivos opiáceos. Para ello se solicitó su acuerdo o desacuerdo respecto a varias afirmaciones relacionadas con los aspectos señalados.

Los/las profesionales sanitarios están totalmente de acuerdo (por encima de 4 puntos y baja desviación típica) en que el programa de sustitutivos **logra mejorar la salud de las personas a tratamiento en sus tres dimensiones, física** en primer lugar (4,4: IC95%: 4,2-4,7), **psicológica** (4,3: IC95%: 4,1-4,6) y **social** (4,1: IC95%: 3,8-4,3) y en consecuencia en general *se cuidan más, se sienten mejor, más felices,* opción que alcanza una puntuación media de 3,8 (IC95%: 3,6-4,1), resultados que parecen demostrar que a juicio de los/las profesionales, **el programa de sustitutivos opiáceos consigue reducir el daño que ocasiona el consumo de opiáceos de comercio ilegal,** uno de sus objetivos fundamentales, mejorando en general la situación de salud de las personas consumidoras (gráfico 25).

Por tanto **la eficacia del programa desde el punto de vista de la consecución de estos objetivos generales queda fuera de toda duda por parte de los/las profesionales, opinión que como se verá en el apartado correspondiente, coincide con la de los/las pacientes.**

En el nivel 3 de puntuación media sobre cinco y por tanto con menor grado de acuerdo que las afirmaciones ante-

Gráfico 25: Valoración media sobre el impacto del programa en la salud y las conductas de los pacientes e IC al 95%



riores se ordenan los siguientes enunciados; *«inician procesos de desintoxicación y deshabituación»* (3,2: IC95%: 2,9-3,5) buena noticia porque ayudar a las personas a abandonar el consumo forma parte también de los objetivos terapéuticos del programa.

A continuación se sitúa «cronifican su situación, perpetuándose como consumidores de opiáceos» (3,1: IC95%: 2,8-3,5) lo que destaca **uno de los efectos del programa** de sustitutivos constatado por la experiencia clínica[16], la literatura (FDEZ. MIRANDA y GÓMEZ PEREIRO, 2007)[17] y el resultado de la evaluación realizada a los pacientes *(ver Perfil del paciente en el Programa de Sustitutivos Opiáceos –PSO-: Tiempo a tratamiento y Situación de Salud)*, como es **la alta tasa de retención en el programa**, aspecto ambiguo ya que por un lado garantiza la consecución de varios de los objetivos del PSO (disminución de consumo de opioides ilegales, de las conductas delictivas, de las conductas de riesgo como la infección por VIH, del riesgo de muerte por sobredosis y mejora de la calidad de vida), pero por otra parte perpetúa a los pacientes como consumidores de sustitutivos opiáceos y de otras sustancias, como veremos en el apartado correspondiente, lo que significa que no logra el objetivo de servir de proceso de preparación al abandono definitivo del consumo.

En este mismo grupo de puntuaciones se sitúa también *«consumen pero menos»* (3,0: IC95%: 2,6-3,4) que subraya lo dicho en el párrafo anterior.

Por último, la afirmación de *«venden metadona y otros tratamientos recetados»* queda por debajo del 2,5 (2,2: IC95%: 1,8-2,6), lo que podemos considerar un rechazo a dicha afirmación (tabla 18).

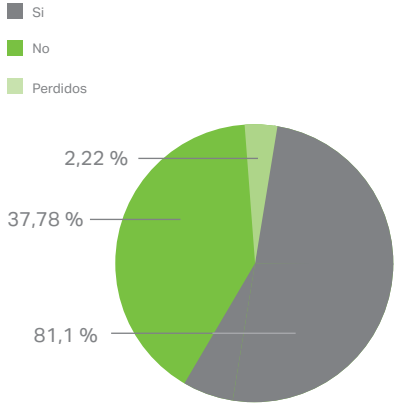
Tabla 18: Número de casos y desviación típica en las respuestas sobre el impacto del programa en la salud y las conductas de los pacientes

	N	DT
Mejora su estado de salud físico	43	0,8
Mejora su estado de salud psicológico	42	0,7
Mejora su estado de salud social	42	0,8
Se cuidan más, se sienten mejor, más felices	42	0,8
Inician procesos de desintoxicación y deshabituación	40	0,9
Siguen consumiendo pero menos	39	1,1
Cronifican su situación, perpetuándose como consumidores de sustitutivos opiáceos	41	1,2
Venden metadona y otros tratamientos recetados	36	1,3

3.6. Sobre las dosis que los pacientes desplazan a su domicilio

Dos de cada tres centros dispensan dosis para llevar a los pacientes sin domicilio fijo (gráfico 26).

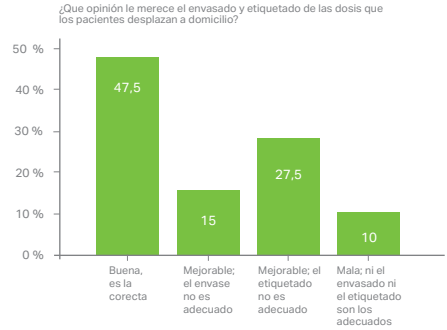
Gráfico 26: Dispensación de dosis a pacientes sin domicilio fijo



3.6.1. Valoración del envase y el etiquetado de las dosis

Sobre la valoración que los profesionales hacen del sistema de envasado y etiquetado, en general podemos concluir que es «buena», ya que **casi la mitad de los profesionales considera que es la correcta.** Aproximadamente 1 de cada 4 cree que es mejorable el «etiquetado», algo más de uno de cada diez considera que lo perfectible es el «envase» y solamente el uno restante cree que tanto el envase como el etiquetado son malos.

Gráfico 27: Sobre el envasado y el etiquetado



Sugerencia recogida en el apartado de aportaciones de profesionales del PSO

«Se puede mejorar la dispensación, etiquetado y un poco en general»

3.7. Resumen de sugerencias o aportaciones

En un último apartado del cuestionario, se daba la posibilidad a los profesionales del PSO que realizaran las aportaciones y sugerencias que considerasen de interés, de forma libre y sin límite de espacio.

Además, en distintos momentos del proceso de la evaluación, el equipo evaluador mantuvo entrevistas con profesionales sanitarios de la red del PSO con la finalidad de aclarar terminología, recoger información sobre el funcionamiento de los distintos dispositivos, conocer la ubicación y las instalaciones, etc. En esos momentos se aprovechó para recoger impresiones y

aportaciones de profesionales sanitarios que complementan y enriquecen los resultados obtenidos en el análisis de los cuestionarios.

Del apartado de sugerencias se han recogido, atendiendo a su relevancia y coherencia con los datos obtenidos, **16 aportaciones**, alguna de las cuales y como se ha visto más arriba, se han incorporado al análisis de las encuestas a profesionales como ejemplo de los resultados obtenidos. Las aportaciones realizadas versan en su mayoría sobre la ***complementariedad de realizar la dispensación de metadona con otros programas*** (prevención de recaídas, programas de alcoholismo, adicciones...) y ***diversificar los/las profesionales en la atención.*** A dicha propuesta les siguen la de ***mejoras en las instalaciones y la ubicación de las mismas.***

4 Encuenta a pacientes

4.1. Característica sociodemográficas
4.2. Perfil del paciente en el Programa de Sustitutivos Opiáceos
4.3. Valoración de distintos aspectos del PSO
4.4. Sobre las expectativas de futuro como paciente
4.5. Aportaciones de los pacientes

4.1. Características sociodemográficas

4.1.1. Edad

La media de edad de las personas encuestadas que forman parte del programa se sitúa en los **48 años, sin apenas diferencias entre ambos sexos**, 48 para los hombres y 47,6 para las mujeres, resultados coincidentes con los obtenidos de la base de registro de casos de Salud Mental (tabla 19).

Tabla 19 : Estadísticos descriptivos de la edad de las personas a tratamiento en el PSO; media, mediana, DT, valores mínimo y máximo y rango, según el Sexo.

	Hombres n=117	Mujeres n=35
Media	48	47,6
Mediana	49	50
Desv. típ.	6,4	7,6
Mínimo	27	29
Máximo	66	61
Rango	39	32

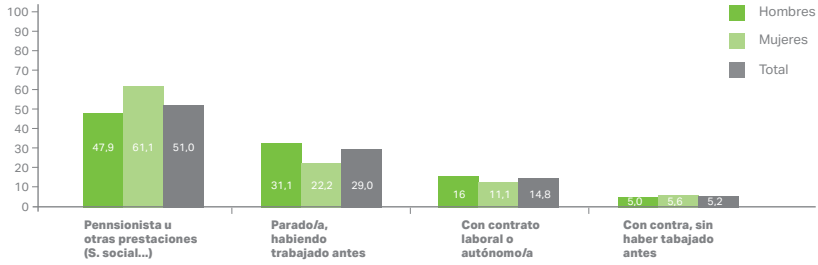
4.1.2. Situación laboral

La mitad de las personas a tratamiento en el PSO es ***pensionista o beneficiario de otras prestaciones sociales,*** **bastante más las mujeres**, 61%, que los hombres 48%, diferencia 12 Puntos Porcentuales (P.P) que puede obedecer a que como se verá, hay mayor porcentaje de mujeres con cargas familiares, lo que aumenta sus condiciones para ser potenciales beneficiarias de este tipo de ayudas.

Además uno de cada tres pacientes del PSO *está en paro habiendo trabajado antes*, categoría con mayor presencia de hombres, y solo 1,5 de cada 10 *trabaja*, bien por cuenta ajena o propia, también con mayor porcentaje de hombres que de mujeres.

Esto dibuja una **situación sociolaboral de ésta población bastante precaria, muy dependiente de redes de ayuda** tanto **formales** o públicas como **informales** (familia o amigos), caso éste último como se verá, **menos frecuente en el caso de las mujeres**, lo que aumenta su precariedad dentro del colectivo al ser, **en bastante mayor medida que los hombres, *dependientes de ayudas o subsidios públicos*** y en menor proporción tanto *trabajando como habiendo trabajado*, lo que las sitúa **en peores condiciones de cara al mercado laboral** (gráfico 28).

Gráfico 28. Distribución de pacientes del PSO según la situación laboral actual y el sexo (%).

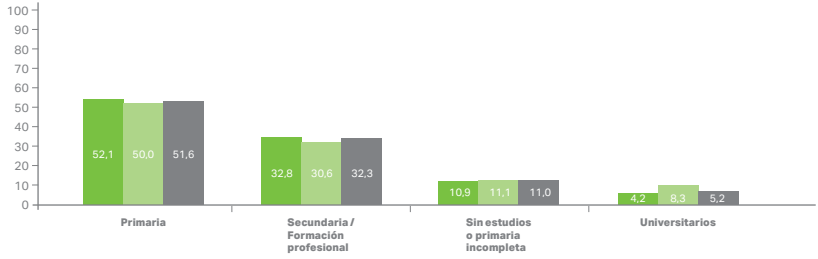


4.1.3. Nivel de Estudios

El nivel de estudios del colectivo es bastante bajo si lo comparamos con el de la población general. Según los datos del Censo de Población y Viviendas de 2011, el grupo de 45 a 49 años de la población asturiana, el más similar a la media de edad de la población del PSO, el 22,6% tiene educación *Primaria* mientras que la población del PSO es de casi el 52%. El 56% tiene educación de *Segundo Grado* por el 32% de los pacientes del PSO y el 14% tiene estudios de *Tercer Grado* frente a solamente el 5% del PSO.

En la población del PSO por sexos no se observan diferencias significativas. Si acaso señalar que en los dos primeros niveles educativos el porcentaje de hombres es ligeramente superior al de mujeres, mientras que en los dos superiores ocurre a la inversa, en particular en el nivel universitario en el que las mujeres doblan en porcentaje a los hombres y que llama en particular la atención porque es una relación que no se observa en la población general, ya que el porcentaje de población con estudio universitarios en el grupo de población de 45 a 49 años es igual en cada sexo, 14% (gráfico 29).

Gráfico 29. Distribución de pacientes según el nivel de estudios más alto alcanzado y el sexo (%).

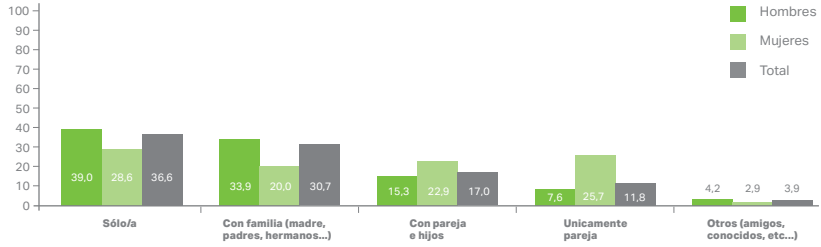


4.1.4. Convivencia

El tipo de convivencia es un rasgo importante del entorno personal de las personas a tratamiento en el PSO desde el punto de vista de la integración social y del mayor o menor grado de autonomía. Vivir en soledad, sin responsabilidades familiares o contar con la cobertura de la familia de origen, a priori otorga un mayor grado de autonomía para tomar decisiones sobre distintos aspectos de la vida (trabajo, movilidad geográfica, estudios, tratamientos terapéuticos, etc.) que si vive con pareja e hijos, en particular en éste último caso si se trata de menores de edad, por las obligaciones que implica.

En primer lugar hay que decir que **la tipología de convivencia más frecuente en la población del PSO es la de *solo/a***, en la que se encuentran algo más de 1 de cada 3, pero es necesario señalar que se observan diferencias importantes entre sexos ya que mientras que en los hombres es el 40%, en las mujeres no llega al 30% (diferencias estadísticamente significativas; p=0,026) (gráfico 30).

Gráfico 30. Distribución de pacientes por sexo según el tipo de convivencia (%).



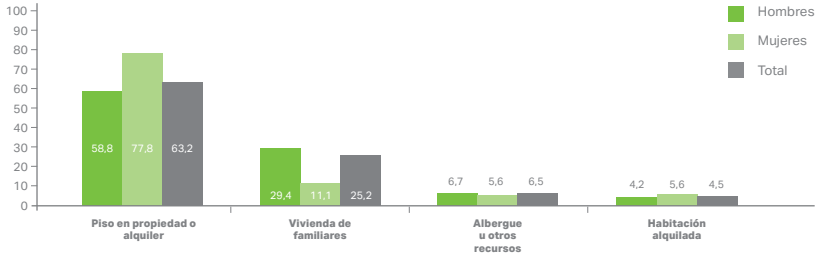
A continuación se sitúa la categoría con *familiares*, en la que se encuentra el 30% de la población pero también aquí se observan diferencias si cabe más relevantes que en el caso anterior, ya que son el 34% de los hombres frente al 20% de las mujeres y que además no es la segunda categoría para las mujeres si no la última, ya que presentan porcentajes ligeramente superiores en las categorías *únicamente con pareja* (26%, que para las mujeres es la segunda en porcentaje) y *con pareja e hijos* (23%), lo que en definitiva **las sitúa en mayor proporción que los hombres en tipologías de convivencia en las que juegan roles tradicionales de cuidadoras** como esposas y madres, contexto que **reduce su autonomía en la toma decisiones** para, por ejemplo, iniciar procesos de deshabituación e incorporación social, lo que a priori también puede reducir sus probabilidades de abandono del consumo de drogas y de integración social en contextos normalizados. En este sentido, se ha acreditado (FILLMORE et al. 1997)[18] que los problemas de las mujeres relacionados

con el abuso de sustancias interfieren en el funcionamiento de más áreas de su vida personal que lo hace en el caso de los hombres (GREEN, 2006)[19].

4.1.5. Vivienda

Seis de cada diez pacientes del PSO disponen de una *«vivienda en propiedad o alquiler»*, más las mujeres (casi 8 de cada 10) que los hombres, lo que se relaciona con **el tipo de convivencia** mayoritario en las mujeres que acabamos de ver y como podemos comprobar en la Tabla 20, que recoge cómo se distribuye el **tipo de vivienda** *«en propiedad o alquiler»* según las diferentes **tipologías de convivencia y el sexo.**

Gráfico 31. Distribución de pacientes por sexo según el tipo de vivienda (%).



4.1.5. Vivienda y tipo de convivencia

El mayor porcentaje de mujeres con *«vivienda en propiedad»* se observa en la categoría de convivencia *«únicamente con pareja»* (tabla 20), distribuyéndose a continuación el mismo porcentaje en las de *«solo/a»* y *«con pareja e hijos»* (25%), mientras que en **los hombres con** *«vivienda en propiedad o alquiler»* viven mayoritariamente *«solos»* (35%) o *«con familiares»* (30%), lo que reduce el porcentaje de **hombres con cargas familiares** (Con pareja e hijos+Únicamenbte con pareja) al 33% frente al 57% de las mujeres.

Tabla 20. Distribución de los pacientes a tratamiento en el PSO con vivienda en propiedad o alquiler según el tipo de convivencia y sexo (%).

Tipo de Vivienda	Tipo de Convivencia	Hombres	Mujeres	Total
	Sólo/a	34,8%	25,0%	**32,0%**
	Con pareja e hijos	23,2%	25,0%	**23,7%**
	Únicamente con pareja	10,1%	32,1%	**16,5%**
Piso, en propiedad o alquiler	Con familiares (madre, padres, hermanos,...)	30,4%	14,3%	**25,8%**
	Otros (amigos, conocidos, etc.)	1,4%	3,6%	**2,1%**
	Total	100,0%	100,0%	**100,0%**
	N	69	28	**97**

La segunda categoría más habitual es la de *«vivienda de familiares»*, en la que se encuentran el 25% de los pacientes, caso mucho más habitual en este caso en los hombres como acabamos de ver (3 de cada 10) que en las mujeres (solamente una de cada diez), lo que también encaja con lo señalado en el apartado de **convivencia**, donde vimos que los hombres cuentan en mayor porcentaje que las mujeres, con el apoyo de la familia de origen (Tabla 21). De hecho es significativo que en el cruce de la variable **tipo de vivienda**, *«en vivienda de familiares»* con el *tipo de convivencia*, **el porcentaje de hombres «con familiares»** (54%) o **«solo»** (31%) refleja que el tipo de apoyo que reciben los hombres no solo es el de convivir con la familia de origen sino el de **disfrutar de una vivienda en soledad, cosa que no ocurre en el caso de las mujeres (0,0%)**, aunque hay que señalar que la N en éste caso es muy pequeña (4).

Tabla 21. Distribución de los pacientes a tratamiento en el PSO con vivienda de familiares (padres, hermanos) según el tipo de convivencia y sexo (%).

Tipo de Vivienda	Tipo de Convivencia	Hombres	Mujeres	Total
Vivienda de familiares (padres, hermanos,...)	Sólo/a	31,4%	0,0%	**28,2**
	Con pareja e hijos	5,7%	25,0%	**7,7%**
	Únicamente con pareja	5,7%	0,0%	**5,1%**
	Con familiares (madre, padres, hermanos,...)	54,3%	75,0%	**56,4%**
	Otros (amigos, conocidos, etc.)	2,9%	0,0%	**2,6%**
	Total	100,0%	100,0%	**100,0%**
	N	35	4	**39**

En la búsqueda de pruebas de significación estadística para el cruce de las variables *tipo de vivienda* y *convivencia* se ha encontrado valor significativo total (p=0,026) y próximo a p≤0,05 en la categoría de *piso en propiedad o alquiler* (p=0,063) pero no en el resto de las categorías (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de los pacientes a tratamiento en el PSO según tipo de vivienda y convivencia

		Chi-cuadrado de Pearson	
Tipo de Vivienda	N	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Piso, en propiedad o alquiler	97	4	0,063
Vivienda de familiares (padres, hermanos,...)	39	4	0,462
Habitación alquilada	6	1	0,624
Albergue u otros recursos	10	1	0,429
Total	**153**	**4**	**0,026**

Que las mujeres con problemas de consumo y dependencia de drogas tengan mayores barreras o problemas para acceder en tratamientos no es un descubrimiento reciente. Una revisión de la literatura existente al respecto

(GREENFIELD, et al 2007)[20] concluye que **las mujeres con trastornos por uso de sustancias tienen menos probabilidades, a lo largo de la vida, de ingresar al tratamiento en comparación con sus homólogos masculinos.**

Sin embargo **una vez a tratamiento,** el sexo no es un predictor significativo de la retención, finalización o resultado del tratamiento, incluso antes al contrario, **las mujeres pueden obtener mejores resultados que los hombres** (WEISNER et al., 2001 ; GREEN et al., 2002[21]). Si bien el tratamiento solo para mujeres no es necesariamente más efectivo que el tratamiento de género mixto, algunos tratamientos que abordan problemas más comunes para mujeres que abusan de sustancias o que están diseñados para subgrupos específicos de esta población, como por ejemplo las **mujeres mayores con trastornos por uso de sustancias**, así como aquellos con uso **concurrente de sustancias y trastornos psiquiátricos** (patología dual) **han demostrado mayor eficacia** (GREENFIELD, et al 2007)[23].

Otra revisión realizada sobre la efectividad de programas de tratamiento de abuso de sustancias diseñados específicamente para mujeres (ASHLEY, MARSDEN & BRADY, 2009) en el que se examinaron seis componentes de este tipo de programas:[24]

1. cuidado infantil
2. cuidado prenatal
3. programas solo para mujeres
4. servicios suplementarios y talleres que abordan temas centrados en las mujeres
5. programación de salud mental
6. programación integral

encontró asociaciones positivas entre estos seis componentes y la finalización del tratamiento, la duración de la estancia, la reducción del uso de sustancias, la reducción de los síntomas de salud mental, los mejores resultados en el nacimiento, el empleo, el estado de salud autoinformado y la reducción del riesgo de VIH. Estos hallazgos sugieren que para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres a tratamiento y sus hijos e hijas, es necesario contar con programas de tratamiento que incorporen la perspectiva de género.

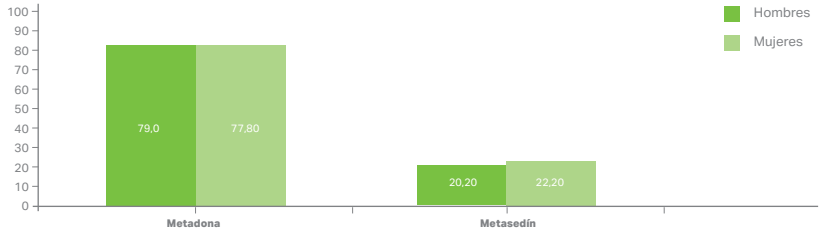
El perfil definido por las características sociodemográficas de las mujeres a tratamiento en el PSO parece concretar un **contexto peor que el de los hombres** en aspectos como la **situación laboral, el tipo de vivienda y de convivencia**, lo que puede estar influyendo en su funcionamiento dentro del programa y por tanto son cuestiones que deberían de ser tenidas en cuenta en la discusión sobre posibles áreas de mejora del PSO.

4.2. Perfil del paciente en el Programa de Sustitutivos Opiáceos

4.2.1. Tipo de sustitutivo opiáceo utilizado

Cerca de ocho de cada diez pacientes a tratamiento consumen metadona, sin variación estadística significativa entre los sexos (gráfico 32).

Gráfico 32 . Distribución de pacientes por sexo según el Tipo de Sustitutivo Opiáceo (%).



4.2.2. Tiempo a tratamiento

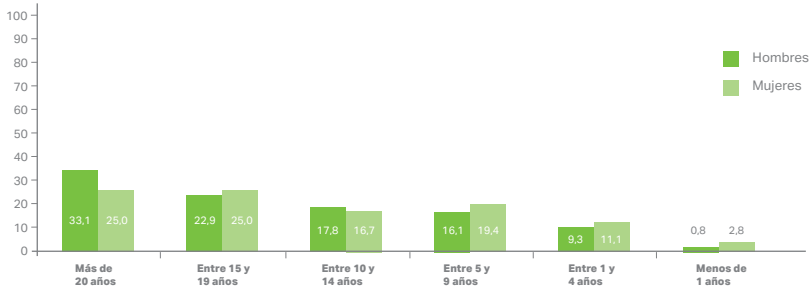
Tal y como podemos comprobar en la Tabla 23 el porcentaje de usuarios que lleva **10 años o más a tratamiento** es del **72%**. ***15 años o más*** prácticamente **el 55%** y uno de cada tres lleva 20 o más años, **porcentajes elevados** que reflejan la **cronicidad del PSO**.

Tabla 23. Distribución porcentual acumulada descendente del tiempo a tratamiento en el PSO.

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Más de 20 años	48	31,2	31,2
Entre 15 y 19 años	36	23,4	54,5
Entre 10 y 14 años	27	17,5	72,1
Entre 5 y 9 años	26	16,9	89
Entre 1 y 4 años	15	9,7	98,7
Menos de 1 año	2	1,3	100
Total	**154**	**100**	

Por **sexo**, las categorías con mayor porcentaje de usuarios son la de más de *20 años* con uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres, seguida de la de entre *15 y 19 años* con la misma proporción de mujeres y el 23% de los hombres (gráfico 33).

Gráfico33. Distribución de pacientes por sexo según el tiempo a tratamiento (%).



4.2.3. Sustancias consumidas

A los pacientes en el PSO se les preguntó por el consumo de otras sustancias además del sustitutivo opiáceo, dado que la reducción o el abandono del consumo de sustancias y no solo de la heroína de comercio ilegal, es uno de los objetivos del programa. SÁNCHEZ PARDO[25] en su revisión crítica sobre las evaluaciones realizadas a programas de sustitutivos opiáceos observaba ***«la generalización de un patrón de policonsumo»*** entre los usuarios de estos programas, un factor que a su juicio *«condiciona el contenido de la evaluación de resultados»* de los programas de tratamiento con metadona o PTM, puesto que ***«habría que plantearse no sólo el impacto que el uso de la metadona tiene en el consumo de heroína, sino sobre otras sustancias como la cocaína, el cánnabis, etc»***, ya que una de sus conclusiones es precisamente la persistencia de ***«importantísimas carencias informativas relacionadas con la efectividad de los programas de sustitución en la consecución de la abstinencia al consumo de drogas».***

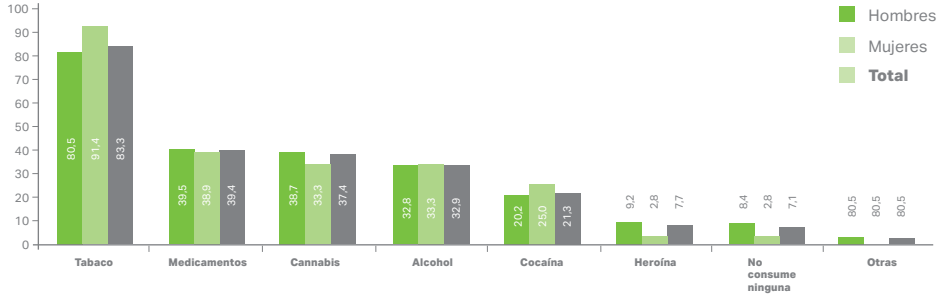
Por tanto el consumo de otras drogas es un factor relevante de cara a la evaluación del PSO y puede permitir el desarrollo de actuaciones de mejora.

Para comenzar hay que señalar la existencia de abundante evidencia sobre la **relación directa entre el consumo de tabaco y diferentes patologías psiquiátricas**[26], como los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos y de ansiedad y el consumo de otras sustancias psicoactivas. SOBRADIEL y GARCÍA-VICENT[27] señalan que la prevalencia de consumo de tabaco entre las personas diagnosticadas por consumo de drogas se sitúa por encima del 80%, cifra coherente con los resultados obtenidos de las respuestas de los pacientes del PSO respecto al consumo de tabaco, donde **el 83%** lo consume, más las mujeres (91%) que los hombres (80,5%) (gráfico 34).

Hay que tener en cuenta que el consumo diario de tabaco se sitúa en el

35% de la población de 15 a 65 años de Asturias (Encuesta *Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en España* –EDADES- 2015), llegando al 43% en el grupo de edad de 45 a 54 años, lo que significa que la población a tratamiento en el PSO multiplica por 2,3 el primero y por 2 el segundo.

Gráfico 34. Distribución de pacientes por sexo según la Sustancia consumida además del sustitutivo opiáceo (%).



Al hacer estas comparaciones hay que advertir que la pregunta sobre consumo de sustancias incluida en el cuestionario a pacientes, *«En la actualidad, aparte del tratamiento con sustitutivos opiáceos ¿consumes alguna otra sustancia?»*, no está diseñada para distinguir entre las frecuencias de consumo habitualmente monitorizadas en las encuestas sobre drogas como la EDADES, a saber, *experimental* o realizado alguna vez en la vida, *esporádico* o en los últimos 12 meses, *habitual* o en los últimos 30 días y *diario* realizado al menos 20 de los últimos 30 días. Por tanto no se puede hacer una comparación exacta entre las prevalencias de consumo de los pacientes del PSO y las provenientes de encuestas como la citada EDADES.

De todos modos, la redacción de la pregunta realizada a los pacientes del PSO enmarca el consumo en el momento presente *«En la actualidad,...»* y, al establecer la comparación con el sustitutivo opiáceo, *«..., aparte del tratamiento con sustitutivos opiáceos ¿consumes alguna otra sustancia?»*, lo vincula a una pauta de consumo equiparable a la de éste, es decir, habitual o frecuente, por lo que consideramos que se pueden establecer comparaciones pertinentes entre los resultados de las prevalencias de consumo de las personas a tratamiento en el PSO y los consumos realizados en los últimos 30 días o *habitual* y el *diario* de encuestas como la citada EDADES.

El consumo de **medicamentos** es el siguiente en prevalencia de consumo, 4 de cada 10 lo hacen, sin diferencias entre sexos. Sobre este resultado es difícil extraer conclusiones respecto al impacto en la salud de las personas

a tratamiento en el PSO dado que en la respuesta no se distingue entre el consumo realizado por prescripción facultativa y el hecho al margen de esta cobertura legal, y por tanto las conclusiones pueden ser totalmente diferentes en uno y otro caso.

A continuación aparece el **cannabis**, consumido por el 37% de los pacientes del PSO, lo que multiplica por 6 el porcentaje de la población de 15 a 65 años de Asturias que lo ha consumido en los *Últimos 30 días* (6%) y por 23 el de consumidores a *diario* (1,3%) (EDADES 2015), lo que nos permite calificar estos datos de consumo de cannabis como **altos o muy altos en comparación con la población general.** Como en ésta, también en la población del PSO es mayor el consumo de cannabis entre los hombres (39%) que en las mujeres (33%).

Próximo a los porcentajes de consumo de medicamentos y cannabis se sitúa el **alcohol**, con un **33% de los pacientes del PSO que declaran consumirlo en la actualidad** y con porcentajes similares en ambos sexos. Aquí nos es más difícil interpretar la dimensión de consumo de ésta sustancia en relación con la población general dada la brecha existente entre los consumos *habitual* y *diario* recogidas por la EDADES, que son del 71% y el 12% respectivamente, rango que sitúa al consumo realizado por los pacientes del PSO en una posición intermedia; baja respecto al consumo realizado en *los últimos 30 días* y alta para los consumos diarios.

Los datos que ofrecen menos duda son los relativos al **consumo de cocaína y de heroína**, ya que en ambos casos están muy por encima de los monitorizados por la EDADES en la población general. La **cocaína** declaran consumirla el **21% de los usuarios del PSO**, algo más las mujeres (25%) que los hombres (20%), datos **muy por encima de los recogidos por la EDADES** en cualquiera de los horizontes temporales contemplados, no ya solo el realizado en *los últimos 30 días* con el 0,8%, sino el realizado en *los últimos 12 meses* (1,5%) e incluso el realizado alguna vez en la vida o experimental que, con el 10%, es menos de la mitad del realizado por los pacientes del PSO.

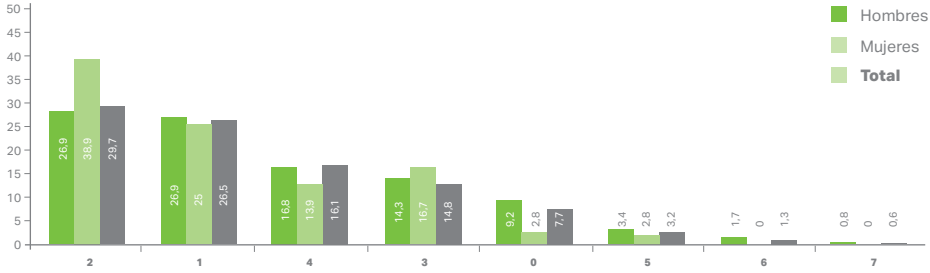
Y lo mismo ocurre con el consumo de **heroína** que declaran realizar cerca del 8% de los pacientes, **bastante más los hombres** (9%) que las mujeres (3%) y que vuelven a multiplicar como mínimo por 10 los recogidos por la EDADES en la población general, que son 0% para los consumos diarios y en *los últimos 30 días* y 0,1% y 0,8% para *los últimos 12 meses y alguna vez en la vida.*

4.2.4. Número de sustancias consumidas

Por otro lado, **el número de sustancias consumidas más habitual es 2** (mayoritariamente tabaco y medicamentos) categoría en la que se sitúan el 30% de los consumidores del PSO, bastantes más mujeres (39%) que hombres (27%). A continuación aparece la categoría de *una sola sustancia* (en general tabaco) con el 26% de los usuarios/as y sin diferencias apreciables entre sexos. En tercer lugar se sitúan los pa-

cientes que consumen *4 sustancias* (conjunto compuesto en su mayoría por tabaco, medicamentos, cannabis y alcohol) con el 16%, algo más los hombres (17%) que las mujeres (14%) y a continuación, con el 15%, los que consumen *3 sustancias* y sin grandes diferencias entre sexos.

Gráfico 35. Distribución de pacientes por sexo según el número de sustancias consumidas además del sustitutivo opiáceo (%).



En definitiva, el consumo de sustancias por parte de las personas a tratamiento en el PSO es bastante alto en comparación con los estándares de la población general, pero no sorprendente de acuerdo a la bibliografía existente de las personas con patologías mentales y en particular, por consumo de sustancias.

Se trata en todo caso, de un objetivo del PSO, reducir el consumo de otras sustancias además de la heroína, que abre la posibilidad de implementar nuevas estrategias de intervención en el seno del programa.

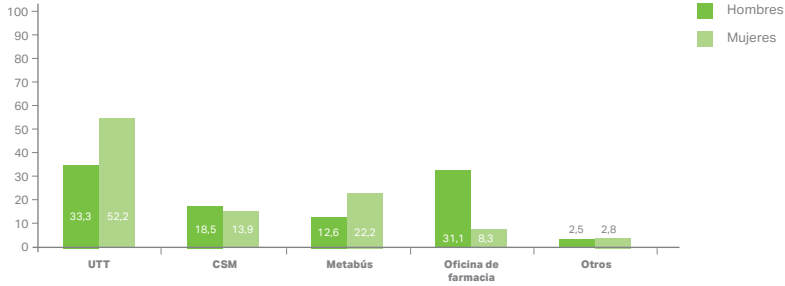
4.2.5. Tipo de recurso en el que reciben el tratamiento

El tipo de recurso en el que los pacientes reciben el tratamiento varía significativamente según el sexo (p=0,045) y refleja que **las mujeres están mucho más presentes que los hombres en dos recursos en los que los pacientes presentan peores situaciones de salud** (ver apartado Estado de salud, pág 82 y siguientes) como son **UTT** y **metabús**, y menos en los que las personas a tratamiento presentan **mejores resultados de salud** -Oficinas de farmacia y CSM- (gráfico 36).

Estas diferencias ponen sobre la mesa un **posible sesgo de género en relación al tipo de recurso en el que las mujeres reciben el tratamiento** que no solo depende del peor estado de salud declarado por las mujeres respecto a los hombres ya que, como se puede comprobar en el apartado citado, la brecha entre sus resultados de salud y el de los hombres a tratamiento en el PSO es menor que la observada entre la población general y por tanto es una cuestión que debe de hacernos reflexionar ante una **posible discriminación invisible que esté afectando a las mujeres a trata-**

miento en el PSO, ya que como se ha señalado, las investigaciones acreditan que una vez a tratamiento, el sexo no es un predictor significativo de la retención, finalización o resultado del mismo (GREENFIELD et al, 2007)[28].

Gráfico 36. Distribución de pacientes por sexo en los diferentes tipos de recursos (%).



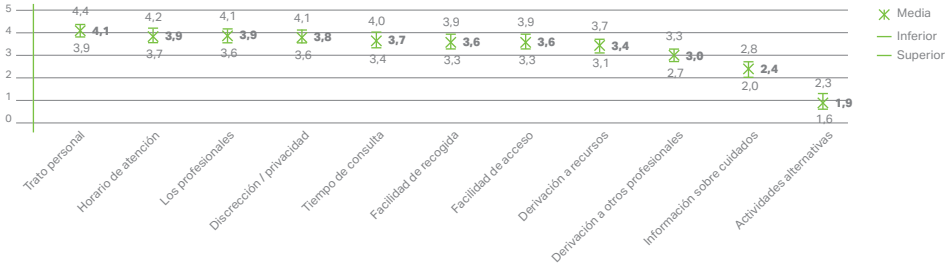
4.3. Valoración de distintos aspectos del Programa de Sustitutivos Opiáceos

4.3.1. Sobre la atención recibida

Las personas usuarias valoran muy positivamente el trato personal que reciben y en la misma medida a los profesionales de la red que les atienden, aspectos que recibieron la puntuación media más alta (= ó ≥ 4 puntos sobre 5) y la menor desviación típica.

En contraste, según el Barómetro Sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas –CIS- de 2016[29], la valoración media que reciben los servicios sanitarios de atención especializada en una escala de 1 «totalmente insatisfactorio» a 10 «totalmente satisfactorio» se sitúa en 6,70 puntos, con lo que podemos asegurar que los profesionales sanitarios del PSO reciben mejor valoración de sus pacientes que el resto de profesionales sanitarios de servicios especializados.

Gráfico 37. Valoración media de distintos aspectos relacionados con la atención y valor superior en Inferior para IC 95%



Reciben también buenas puntuaciones medias (≥ 3,7) aspectos como los *horarios de atención,* la *discreción/privacidad* y *el tiempo de consulta* dedicado a cada uno/a, todos relacionados con el trato personal. En un tercer nivel sitúan *la facilidad de recogida y de acceso,* ambas ligeramente por encima del 3,5 de puntuación media.

Por sexo, en todas estas categorías las puntuaciones más altas se alternan a favor de hombres y mujeres con diferencias hasta un máximo de 0,7 décimas, sin que se pueda inferir de ello una regularidad indicativa de la existencia de un sesgo atribuible al género o a otro tipo de factor.

Es en las categorías con menor puntuación media en las que se observa que las puntuaciones de las mujeres son en todos los casos superiores a las de los hombres. Aparecen en este grupo de aspectos menos valorados, *la derivación a otros recursos de desintoxicación* y *a otros profesionales*, ambas por debajo del 3,5 y por encima del 3, pero con diferencias apreciables según el sexo, ya que mientras las mujeres les otorgan una puntuación de 3,8 y 3,4 respectivamente, los hombres se quedan en el 3,2 y el 2,9.

El hecho de que las mujeres valoren mejor las *derivaciones* tanto a otros recursos como a otros profesionales puede obedecer **bien a un mayor interés objetivo por parte de los profesionales de la red** hacia su situación o bien ser una **mera percepción colectiva de las mujeres** a tratamiento, que en peor situación socio-sanitaria, son **más proclives a valorar la atención o apoyo de los profesionales**. Es una ***duda que sería interesante dilucidar en una discusión posterior a éste borrador.***

Tabla 24. Valoración media de distintos aspectos relacionados con la atención según el sexo y diferencia entre ambos.

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Actividades alternativas	1,7	2,4	- 0,7
Información sobre el cuidado de enfermedades	2,4	2,6	- 0,3
Derivación a otros profesionales	2,9	3,4	- 0,5
Derivación a recursos de desintoxicación	3,2	3,8	- 0,6
Facilidad de acceso	3,6	3,5	0,1
Facilidad de recogida	3,6	3,6	0,1
Tiempo de consulta	3,6	3,8	- 0,2
Discreción/privacidad	3,9	3,7	0,2
Horarios de atención	3,9	4,0	0,0
Los profesionales que me atienden	4,1	4,0	0,2
Trato personal	4,1	4,3	- 0,2

Y ya por debajo del 2,5 que establecería el «aprobado», las personas a tratamiento en el PSO valoran *la información sobre el cuidado de enfermedades* (m=2,4) y las ***actividades alternativas*** **el aspecto peor valorado** con un pobre 1,9 de media, aunque como en el caso anterior con puntuaciones más altas otorgadas por las mujeres en ambos casos; 2,6 y 2,4 frente a 2,3 y 1,7 de los hombres.

Este resultado señala lo que es probablemente **una de las carencias más destacadas del PSO** tanto por pacientes como por profesionales (ver apartados; ***Sobre el recurso/instalación en el que lleva a cabo su trabajo y la relación con pacientes y Valoración global sobre la conveniencia de llevar a cabo cambios en el programa)***; la necesidad de incorporar tanto **profesionales como actividades alternativas o complementarias** al tratamiento con metadona, como pueden ser *terapias de refuerzo* o *seguimiento, talleres de autocuidado personal o de abandono del hábito tabáquico,* y abre por tanto, una **posible estrategia de desarrollo del programa.**

Aportaciones de pacientes en las encuestas

«Siempre me han tratado muy bien. Gracias.»

«El trato personal a veces no es muy bueno cuando hago ciertas preguntas y no me da respuestas claras.»

«Dar facilidades, si trabajas, en cuestión de horario y lugares»; «Más facilidades para compaginar horario de recogida de metadona y trabajo».

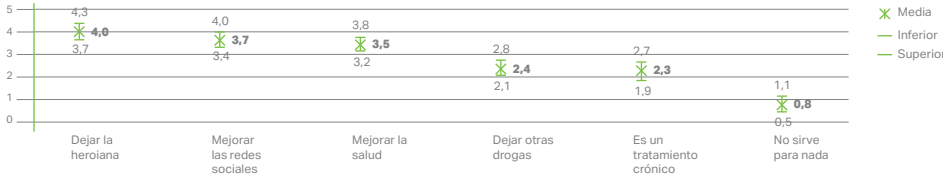
4.3.2. Sobre la utilidad del PSO

Se les preguntó también a las personas usuarias del PSO que valoraran la **utilidad práctica** del programa en relación a la **consecución de varios objetivos generales** del mismo, como pueden ser abandonar el consumo de la heroína de comercio ilegal, mejorar la salud o dejar otras drogas.

Sin ninguna duda la utilidad más valorada por los pacientes del PSO *es para dejar la heroína* con un 4 de puntuación media, con lo que podemos afirmar sin ninguna duda que también a juicio de las personas usuarias, el PSO es funcional de cara a uno de sus principales objetivos.

Otros de los objetivos prioritarios del programa como es *mejorar la salud*, tanto en su dimensión *física* como *social*, obtienen valoraciones medias altas, más la dimensión social con una valoración media de 3,7 (I. C. para 95%; 3,4-4,0) que la física con un 3,5 (I. C. para 95%; 3,2-3,8). Por sexos es interesante señalar que la valoración media que las mujeres hacen del PSO respecto a la mejora de la dimensión social de la salud (3,5) es menor que la de los hombres (3,7), lo que puede

Gráfico 38. Valoración media y valor superior en Inferior para IC 95% de distintos aspectos relacionados con la utilidad del PSO en respuesta a la pregunta; «Consideras que el PSO es útil para. . .»



ser coherente con el menor apoyo recibido por parte del entorno familiar expresado por ellas.

Con una puntuación media de 2,4 y por tanto justo por debajo del «aprobado» aparece que el PSO *es útil para dejar otras drogas* (I. C. para 95%; 2,1-2,8) lo que parece confirmar lo recogido en el apartado de ***consumo de otras sustancias.***

La afirmación de que el PSO ***es un tratamiento crónico*** recibe también un suspenso (m=2,3; I. C. para 95%; 1,9-2,7) aunque aquí l***as diferencias entre sexos son llamativas,*** ya que mientras que los hombres «aprueban» la afirmación aunque sea mínimamente con una valoración media de 2,5, las mujeres la rechazan con claridad al otorgarle una puntuación media de 1,8.

Por último, hay unanimidad entre ambos sexos a la hora de **rechazar** que el PSO no sirve para nada, afirmación que recibe una valoración media de 0,8 (I. C. para 95%; 0,5-1,1), rechazo expresado de forma más clara por parte de las mujeres, de las que obtiene un 0,6 de media, que de los hombres (0,9) (gráfico 38).

Tabla 25. Número de casos y desviación típica sobre la valoración de distintos aspectos relacionados la utilidad del PSO, según el Sexo.

	N		DT	
	Hs	Ms	Hs	Ms
Dejar la heroína	118	30	1,6	1,3
Mejorar la salud			2,0	2,1
Mejorar las redes sociales			1,5	1,6
Dejar otras drogas			1,6	1,2
Es un tratamiento crónico			2,0	2,0
No sirve para nada			1,5	1,8

Aportaciones de pacientes en las encuestas

«Me encuentro muy feliz y ha cambiado mi vida un 100%. Me siento muy bien (gracias por facilitármelo).»

4.3.3. Sobre el impacto del PSO

Después de pedirles a los pacientes que valoraran distintos aspectos relacionados con la utilidad práctica del PSO, se les preguntó por el **impacto que el programa ha tenido en diferentes ámbitos de su vida**, relacionadas con la salud, el personal y profesional o el consumo de sustancias, como otra forma de medir la consecución de objetivos del PSO desde la perspectiva personal de los pacientes.

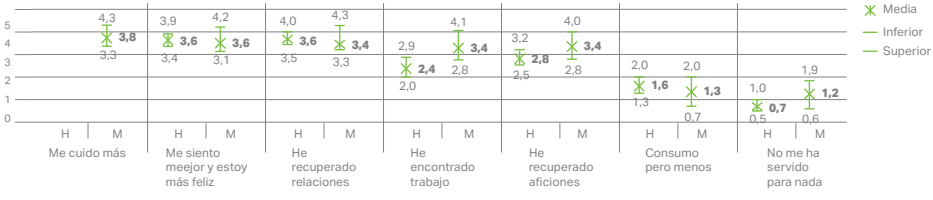
En primer lugar señalar que ninguna de las puntuaciones medias de ésta sección alcanza el 4, aspecto llamativo frente a las valoraciones del resto de apartados en los que sí se alcanza ésta puntuación. Hecha ésta observación, hay tres afirmaciones que destacan en la valoración media recibida (≥3,5) (gráfico 39) que son, *«me cuido más»* (m=3,7; I. C. para 95%; 3,45-3,95), *«me siento mejor, estoy más feliz»* (m=3,6; I. C. para 95%; 3,3-3,8) y *«he recuperado relaciones»* (m=3,5; I. C. para 95%; 3,17-3,76).

A continuación, entre el 3 y el 2,5 aparecen *«he recuperado aficiones»*, afirmación que recibe una valoración media de 2,9 (I. C. para 95%; 2,6-3,2), y *«he encontrado trabajo»* que recibe un 2,7 (I. C. para 95%; 2,4-3,1).

Por **sexos**, las dos primeras, relativas al **cuidado y al bienestar personal** reciben prácticamente la misma valoración media por parte de mujeres y hombres; 3,8 vs. 3,77, mientras que en la relativa al **contexto social** la diferencia se vuelve a favor de éstos, con una puntuación media de 3,6 frente al 3,4 de las mujeres, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa.

En las categorías *«he encontrado trabajo»* y *«he recuperado aficiones»* llama la atención la diferencia en las valoraciones otorgadas por parte de hombres y de mujeres, más altas por parte de ellas, en particular en la referida al trabajo que recibe un 3,4 por parte de las mujeres y un suspenso (2,4) de los hombres, diferencia esta sí, estadísticamente significativa (p≤0,05).

Gráfico 39. Valoración media e IC al 95% de distintos aspectos relacionados con el impacto del PSO en la conducta y situación personal, según sexo. «Desde que estoy en el programa de mantenimiento con metadona....»



Y en el nivel situado por debajo del 2,5 y por lo tanto afirmaciones que se pueden considerar como rechazadas por parte de los pacientes del PSO aparecen consumo, *pero menos* con una media de 1,7 (I. C. para 95%; 1,3-2,0), respuesta que parece confirmar lo señalado en el apartado relativo al ***consumo de otras sustancias*** visto con anterioridad y en la que además están menos de acuerdo las mujeres (m=1,3) que los hombres (m=1,6).

En último lugar y por tanto la afirmación con menor puntuación media se sitúa *no me ha servido para nada* (m=0,9; I. C. para 95%; 0,6-1,15) lo que confirma las conclusiones del apartado anterior sobre la funcionalidad y la conveniencia que el PSO tiene para las personas a tratamiento (tabla 26).

Tabla 26: Número de casos y desviación típica, relacionados con el impacto del PSO en la conducta y situación personal, según el sexo.

	N		Desv. típ.	
	Hs	Ms	Hs	Ms
Me cuido más	93	30	1,5	1,5
Me siento mejor y estoy más feliz			1,4	1,6
He recuperado relaciones			1,6	1,9
He recuperado aficiones			2,1	1,9
He encontrado trabajo			1,9	1,8
Consumo pero menos			1,9	2,0
No me ha servido para nada			1,5	1,9

Aportaciones de pacientes en las encuestas

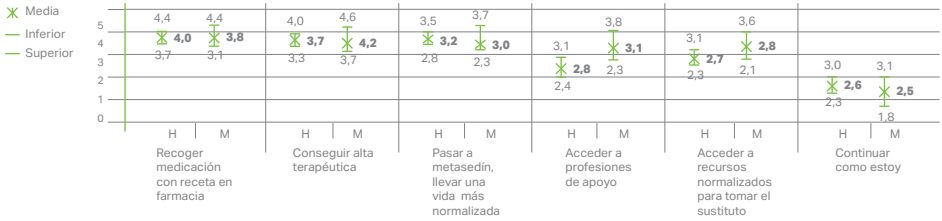
«La metadona me ha ayudado a dejar la heroína y encontrar trabajo. Llevo muchos años con metadona y estoy reduciendo poco a poco con intención de poder dejar el tratamiento en algún tiempo. Este es mi deseo y mi intención».

4.4. Sobre las expectativas de futuro como paciente

Por último, se les pidió a los/las pacientes que se posicionaran respecto a varias cuestiones relacionadas con sus expectativas de futuro como pacientes en el PSO. Como consideración general en este apartado cabe señalar que ninguna de las cuestiones planteadas para su valoración mereció una puntuación inferior a 2,5 y que desde este punto de vista al menos, todas pueden ser consideradas como relevantes para los/las pacientes.

En primer lugar en torno a ± 4 se sitúan *«recoger mi medicación con receta en farmacia»*, que con una media de 4 (I. C. para 95%; 3,7-4,3) **destaca la normalización e integración social** que indica esta medida, como uno de los dos **objetivos prioritarios de los pacientes del PSO**, expectativa expresada con algo más de intensidad por parte de los hombres (m=4) que por las mujeres (3,8). El otro objetivo prioritario con una puntuación media muy similar (3,9; I. C. para 95%; 3,5-4,15) es *«conseguir el alta terapéutica»*, pero aquí con un matiz importante en cuanto al sexo, ya que las **mujeres puntúan este objetivo con un 4,2 de media**, la más alta de todas las categorías tanto para ellas como para ellos, frente al 3,7 de los hombres, lo que establece una **diferencia en cuanto a los objetivos terapéuticos de mujeres y hombres** a tener en cuenta, ya que la investigación sugiere que los resultados del tratamiento de las mujeres son tan buenos o mejores que los de los hombres (GREENFIELD, 2007[30], GREEN et al. 2004, DAWSON et al. 2005[31]; WEISNER et al. 2003[32]) (gráfico 40).

Gráfico 40. Valoración media e IC al 95% de distintos aspectos relacionados con las expectativas de futuro de los pacientes del PSO, según Sexo.



«Pasar a metasedín, llevar una vida más normalizada» merece un 3,1 de valoración media (I. C. para 95%; 2,8-3,5), con puntuaciones por sexo más similares; 3,2 los hombres y 3 las mujeres, lo que vuelve a situar las estrategias de **normalización e integración social** esta vez, vinculado al formato comprimido de la metadona, como uno de los más destacados por la población del PSO.

Por debajo del 3 de media, los pacientes sitúan *«acceder a otros profesionales de apoyo»* (m=2,9; I. C. para 95%; 2,5-3,2), algo más importante para las mujeres (m=3,1) que para los hombres (m=2,8). Y seguido a éste (m=2,8; I. C. para 95%; 2,4-3,1) *«acceder a recursos más normalizados para tomar sustitutivos»* objetivo con prácticamente la misma valoración para ambos sexos (Mjs.=2,8; Hs.=2,7).

En último lugar y justo en la línea del «aprobado» situado en 2,5 los pacientes del PSO sitúan *«continuar como estoy, sin cambios»,* objetivo de futuro éste algo más valorado por los hombres (m=2,6) que por las mujeres (m=2,5), que señala a la cronicidad como un objetivo «legítimo» incorporado por los pacientes en sus expectativas de futuro.

Tabla 27. Número de casos y desviación típica relacionados con las expectativas de futuro de los pacientes del PSO, según el sexo.

	N		Desv. típ.	
	Hs	Ms	Hs	Ms
Recoger mi medicación con receta en farmacia	93	30	1,8	2,0
Conseguir el alta terapéutica			2,0	2,1
Pasar a metasedín, llevar una vida más normalizada			2,1	2,2
Acceder a otros profesionales de apoyo			1,9	2,2
Acceder a otros recursos más normalizados para tomar el sustitutivo			1,5	2,0
Continuar como estoy, sin cambios			1,8	1,2

En resumen de éste apartado podemos concluir que las aspiraciones de los pacientes del PSO se sitúan con claridad en el objetivo de **avanzar hacia una mayor normalización e integración social,** bien sea accediendo a recursos de dispensación más normalizados o mediante el consumo del formato Metasedín®.

El otro gran objetivo de futuro para las personas a tratamiento es el **alta terapéutica**, valorado **muy significativamente por las mujeres**, lo que establece a nuestro juicio un matiz diferenciador relevante entre ambos sexos aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas.

El *«acceso a otros profesionales de apoyo»,* relevante también como expectativa de futuro para los/las pacientes, establece una clara relación a nuestro juicio con uno de los aspectos peor valorados del PSO tanto por los pacientes como por profesionales en los apartados *atención recibida* y *valoración de diferentes aspectos de la relación profesional/pacientes* respectivamente, en los que se señala las ***actividades complementarias o de apoyo*** como una de las carencias ya señalada del PSO para ambos colectivos.

Aportaciones de pacientes en las encuestas

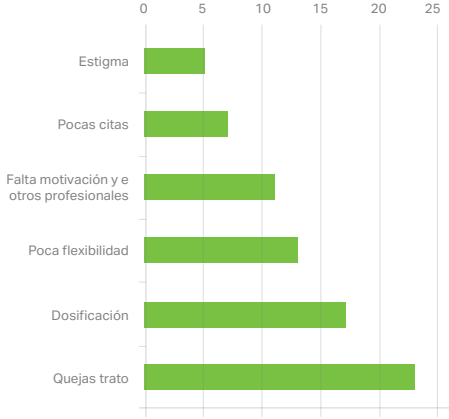
«No me planteo a día de hoy dejar la metadona, sí bajar la dosis hasta una de mantenimiento. Considero importante acompañar la metadona con terapias psicológicas y ayudas profesionales».

«Llevo 14 años sin un solo consumo, ni una cerveza, y café con moderación. Recojo metasedín cada 15 días (35mg) ¿y ahora qué?? Expermientos con gaseosa o quedarse así de por vida. Pocas opciones y poco apoyo social (nulo más bien) He recuperado las amistades y exparejas pero si saben que tomo metasedín...».

4.5. Aportaciones de pacientes

Al igual que se solicitaba en la encuesta a profesionales del PSO que realizaran aportaciones y sugerencias, se pidió a los pacientes que manifestaran aquellas cuestiones que fuesen relevantes como usuarios/as del PSO. Se han recibido 66 aportaciones de pacientes que recogen aspectos que consideran que deberían mejorarse.

Gráfico 41. Aportaciones realizadas por pacientes



Como hemos visto en las encuestas, aunque la relación con los profesionales es valorada mayoritariamente como buena, las aportaciones más numerosas son las relacionadas con el trato recibido por parte del personal.

«Falta de atención. Mala comunicación con el psiquiatra. Dificultad para pedir citas (se retrasan mucho en el tiempo). No sabe mi historia personal. Te tratan como a un cliente.»

Otro aspecto que resaltan es el desconocimiento o la modificación de las dosis de metadona.

«Dudas sobre la dosis pautada». «No se la medicación que tomo»

«bajadas y subidas de dosis de metadona sin avisar»

Las dificultades con los horarios de recogida de tratamiento son mencionadas por pacientes que tienen empleo.

«Dar Facilidades si trabajas en cuestión de horario y lugares»

«Trabajo 12 horas diarias y descanso 1 día a la semana y tengo que recoger la medicación cada semana»

La falta de apoyos y la escasa motivación profesional que perciben los pacientes para realizar cambios en su vida o incluso llegar a ser alta en el programa.

«Llevo 14 años sin un solo consumo, ni una cerveza, y café con moderación. Recojo metasedín cada 15 días (35mg) y ¿ahora qué??. Expermientos con gaseosa o quedarse así de por

vida. Pocas opciones y poco apoyo social (nulo más bien) He recuperado las amistades y exparejas pero si saben que tomo metasedín...»

«No estigmatización de usuarios. Falta de seriedad y autoexigencia en el enfoque de la reinserción sociolaboral. No cronificación en el programa de forma pasiva (por su parte). Falta de compromiso para estimular cambios de vida saludable. Falta de atención psicológica efectiva».

La escasez de citas también es mencionada como una de las cosas a mejorar

«Se demoran mucho las citas con el psiquiatra»

«No se preocupan por los pacientes, tienes que buscarte la vida tú, para adelantar citas…»

El estigma que supone ser paciente del PSO, el cambio a otros recursos de dispensación y solicitar el paso de metadona líquida a Metasedín®, también están entre las observaciones de pacientes pero en menor medida.

«De lo único que puedo dar queja es de que por estar en el programa no te cree nunca nadie. Si lo digo, incluso al médico de cabecera, ya no te ven igual. Total, que siempre llevaré la etiqueta de lo que hace 23 años fui».

«El tratamiento que llevo con metadona me funciona bastante bien, claro que supongo que tendrá efectos contraproducentes pero si me quiero mejorar y poder vivir sin esta maldita adicción que sin darme cuenta me cayó encima tiene que ser así. Respecto a la comprensión social y familiar en mi caso es casi nula pues con la lengua pequeña como se dice los drogadictos o ex, lo mismo me da, están muy mal vistos y generalmente son rechazados por todo el mundo, claro que yo hablo de mi caso en concreto y alguno que conozco lo dejó con 28 o 30 y recayó hace 5 años».

«Pero siempre fui un drogadicto y persona a la que se puede confiar poco según mi familia, hagas lo que hagas para bien es igual siempre tendrás colgado este San Benito»

Estado de Salud

5

5.1. Estado de salud
5.2. Situación de salud de las personas a tratamiento del PSO según diferentes variables

5.1. Estado de salud

Como se ha señalado, la herramienta EQ-5D-5L combina la **cantidad y la calidad de vida**[33]. Así, el instrumento está compuesto por **cinco dimensiones** *(movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión)* organizadas en una escala nominal con cinco **niveles de gravedad**: *sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos/imposibilidad.* La combinación de dimensiones y niveles (5^5) da como resultado 3.125 estados de salud posibles.

Esta herramienta de medición de la situación de salud se complementa con una autovaloración analógica del estado de salud (VAS) mediante una **Escala Visual Analógica** (EVA) graduada de 0 a 100 en la que las personas entrevistadas se sitúan de acuerdo a su percepción de salud.

La incorporación de ésta herramienta para medir la salud de las personas a tratamiento en el PSO facilita, al ser un instrumento utilizado y validado internacionalmente, la **comparación pertinente con otras poblaciones**. En nuestro caso, al estar incluido en la **Encuesta de Salud de Asturias**[34], nos permite comparar la situación de salud de la población a tratamiento con sustitutivos opiáceos tanto con la del conjunto de la población asturiana como con subpoblaciones relacionadas desde el punto de vista de morbilidad crónica de salud.

5.1.1. Auto-Valoración Analógica del estado de Salud –VAS-

La escala analógica de autovaloración del estado de salud nos informa sobre la situación de salud de una persona tal y como la persona la percibe en un momento determinado situándola sobre una escala centesimal de «0» o peor estado de salud imaginable a «100» estado inmejorable de salud.

Según la Encuesta de Salud de Asturias –ESA- 2017, el autoposicionamiento de la población asturiana mayor de 15 años en relación a su estado de salud se centra en **77,15 puntos de media** sobre 100. Por sexo los hombres, con una media de 79,2 (IC95%: 78,07-80,3), declaran niveles superiores del estado de salud que las mujeres -75,3- (IC95%: 74,2-76,5) (MARGOLLES y DONATE, 2018)[35], siendo la diferencia entre sexos de 3,9 puntos.

En comparación con éstos valores, la población usuaria del programa de sustitutivos opiáceos alcanza una puntuación media global de su estado de salud de **63,2 puntos** (IC95%: 59,9-67), **14 menos que la población general.**

Desagregada por sexo (gráfico 42), la **brecha respecto a la población general de Asturias es algo mayor en el caso de los hombres** a tratamiento en el **PSO**, que con **63,6** puntos (IC95%: 60,1-68) están **a 15 de la media regional** masculina, **que en el de las mujeres**, que con 62 puntos (IC95%: 53,7-69,6), se sitúa **a 14 del valor medio de las mujeres asturianas,** tal y como se observa en el gráfico 43.

Gráfico 42. Media de puntuación de la autovaloración analógica del estado de salud –VAS- entre las personas usuarias del programa de sustitutivos opiáceos, según Sexo.

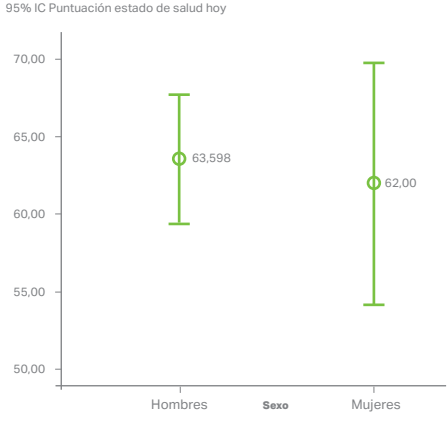
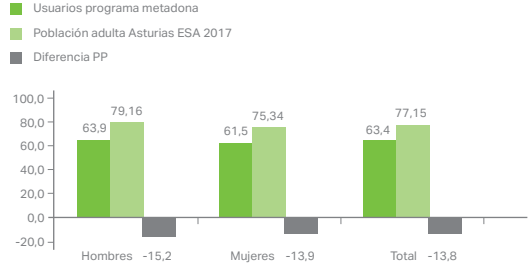


Gráfico 43. Comparativa de la media analógica de autovaloración de salud –VAS- 2017 entre la población de Asturias y las personas usuarias del programa de sustitutivos opiáceos, según sexo.



Es interesante observar que en el colectivo de pacientes del PSO la diferencia del resultado de la VAS entre ambos sexos es de 1,6 puntos, bastante menor que en el conjunto de la población de Asturias, en la que esa misma diferencia asciende 3,8. Esta mayor igualdad entre sexos en los resultados de salud autopercibidos de la población del PSO que en la población general se deriva de la peor percepción del estado de salud de los hombres a tratamiento en el PSO respecto a sus homónimos de la población general, cuestión que parece contradecir la evidencia que señala que cuando las mujeres desarrollan problemas de abuso de sustancias, informan sobre problemas de mayor gravedad y experimentan más consecuencias relacionadas con la salud que los hombres (BRADLEY et al. 1995)[36]. Lógicamente aquí hay que tener en cuenta que se trata de la percepción *subjetiva* de los pacientes, que hay que contrastar con un resultado «objetivo» de la situación de salud.

5.1.2. Índice sintético de calidad de vida: EQ-5D-5L index

La incorporación del cuestionario *EQ-5D-5L* (perteneciente al tipo de medidas de salud conocidas como resultados referidos por los pacientes o *Patient Reported Outcomes* –PRO-) en la encuesta realizada a las personas a tratamiento en el PSO nos permite estimar su estado de salud «objetivo» a partir de las respuestas en las cinco dimensiones que la componen y com-

pararla con los resultados obtenidos en la población general gracias a la Encuesta de Salud de Asturias –ESA. Con las respuestas a las preguntas de las cinco dimensiones de calidad de vida *(movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión)* se calcula un **valor** para el **estado de salud** denominado EQ-5D-5L index, que oscila entre el 1 (mejor estado de salud) y el 0 (el peor estado de salud imaginable) rango que representaría un año de vida ajustado por calidad (AVAC, o QALY por *quality adjusted life year*)[37], aunque también existen valores negativos, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte.

De acuerdo con esto, los resultados de salud según la ESA 2017 de la población asturiana mayor de 15 años indican que el nivel de salud es muy bueno: **0,914** sobre 1 AVAC. Por sexos, es mejor el estado de salud de los hombres (0,933) que el de las mujeres (0,897) (las diferencias son estadísticamente significativas)[38] con una **diferencia entre ambos de 0,036 AVAC´s** (0,026 en 2012) (MARGOLLES & DONATE, 2014)[39].

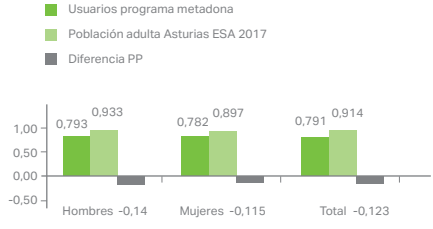
Como podemos comprobar en el gráfico 44, el **resultado de los pacientes a tratamiento en el PSO** son significativamente peores, situándose en un valor medio de **0,791 AVAC´s** (IC95%: 0,74-0,84) a **-0,124 AVAC del valor medio de la población de Asturias**.

Por sexo los hombres con 0,793 (IC95%: 0,75-0,83) **están a -0,143 de sus homónimos de la población general y como éstos,** presentan mejores resultados que las mujeres, que con 0,782 (IC95%: 0,70-0,85) están a **-0,115** de las mujeres del conjunto de la población asturiana.

En la **población del PSO la diferencia entre ambos sexos del** EQ-5D-5L index **(0,01) a favor de los hombres es un tercio de la observada en la población general, proporción similar a la observada en el resultado de salud según el VAS.**

En definitiva, la población a tratamiento en el PSO presenta peores resultados de salud que el conjunto de la población de Asturias tanto en la autopercepción del estado de salud –VAS- como en la medida resumen *EQ-5D-5L index*, diferencia más acusada en ambos casos entre los hombres que entre las mujeres.

Gráfico 44. Comparativa del resultado de salud según el EQ-5D-5L index entre la población asturiana (ESA 2017) y los pacientes del PSO, y diferencia entre ambas poblaciones, según el sexo

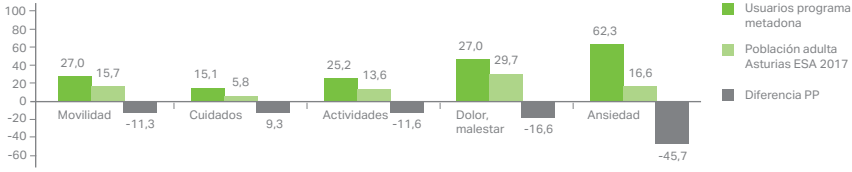


5.1.3. Dimensiones CVRS (EQ-5D-5L)

También si analizamos por separado **cada una de las cinco dimensiones** en que se subdivide el *EQ-5D-5L (movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión)*, el porcentaje de población que manifiesta tener algún tipo de problema (suma de las categorías leve, moderado y grave) es **mayor en todas en la población a tratamiento en el PSO** que en el conjunto de Asturias (gráfico 45), pero esta **diferencia es muy significativa en dos en particular;** en primer lugar en la ansiedad-depresión, en la que la diferencia es de 45 puntos porcentuales, lo que subraya la **morbilidad mental como el principal problema de ésta población.**

Y también es muy importante la diferencia en la dimensión *dolor y malestar*, en la que el porcentaje de población del PSO que manifiesta tener algún tipo de problema alcanza al 46% superando en 16 puntos porcentuales al resultado de la población general.

Gráfico 45. Comparativa entre la población del PSO y la adulta de Asturias (ESA 2017). Porcentaje de población con algún tipo de problema (leve, moderado, grave) en cada una de las 5 dimensiones EQ-5D-5L y diferencia en puntos porcentuales



Aportaciones de pacientes en las encuestas

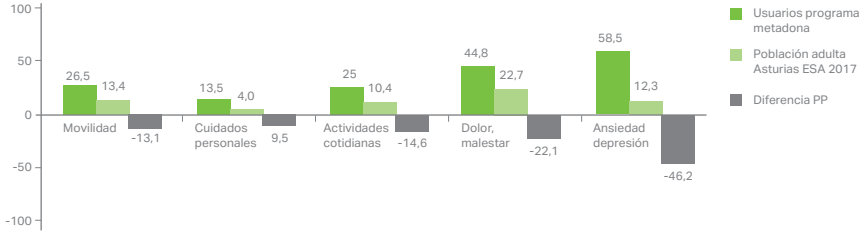
«A causa de mis adicciones y otros problemas de salud, veo difícil bajar las dosis y menos dejarlo. Paso y sufro muchos dolores, me parece imposible dejar la metadona»

5.1.3.1. Dimensiones CVRS según sexo

Esta comparación realizada por sexos pone de manifiesto que las mayores diferencias entre hombres y mujeres a tratamiento en el PSO y la población de Asturias se observan en las mismas dos dimensiones; *Ansiedad/Depresión y Dolor/Malestar.* Sin embargo es mayor la diferencia entre las mujeres a tratamiento en el PSO que con las de la población general (gráfico 47) en la dimensión *Ansiedad/Depresión* (54 vs. 46,2 p. p.) y en *Cuidados Personales* (13 vs.9,5 p. p.), mientras que en los hombres (gráfico 46) las diferencias son mayores en *Dolor/Malestar* (22 vs. 15 p. p.), *Actividades Cotidianas,* (14,6 vs. 9,2 p. p.) y *Movilidad* (13 vs. 11 p. p.).

Gráfico 46. Comparativa entre hombres a tratamiento en el PSO y de Asturias (ESA 2017): Porcentaje con algún tipo de problema (leve, moderado, grave) en cada una de las 5 dimensiones EQ-5D-5L y diferencia en puntos porcentuales

Hombres



Comparando ahora las diferencias entre hombres y mujeres del PSO en las cinco dimensiones CVRS (gráfico 48). Hay que señalar en primer lugar que, es mayor siempre el porcentaje de mujeres del PSO que manifiesta tener *algún tipo de problema* **que de hombres** (Gráfico 48).

Por dimensión, la mayor diferencia porcentual se observa en la dimensión ***ansiedad-depresión***, categoría en la que se sitúan el 74% de las mujeres por el 58,5% de los hombres, + 16 p. p..

Las otras dos dimensiones en las que también observamos diferencias relevantes entre ambos sexos es en la de ***cuidados personales*** (lavarse o vestirse), en la que manifiestan tener *algún tipo de problema* el 20,6% de las mujeres por el 13,5% de los hombres (+7,1 p. p., diferencia estadísticamente significativa, p=0,031) y en ***dolor-malestar,*** con casi el 52% de las mujeres por el 45% de los hombres (+6,7 p. p.).

Gráfico 47. Comparativa entre mujeres a tratamiento en el PSO y de Asturias (ESA 2017): porcentaje con algún tipo de problema (leve, moderado, grave) en cada una de las 5 dimensiones EQ-5D-5L y diferencia en puntos porcentuales

Mujeres

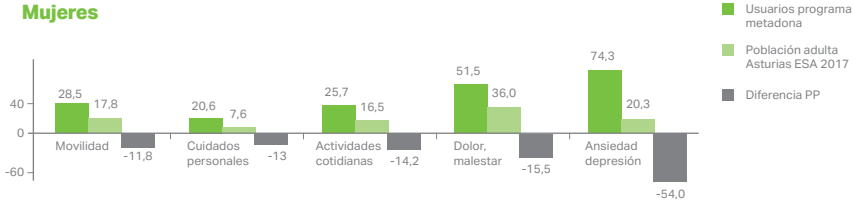
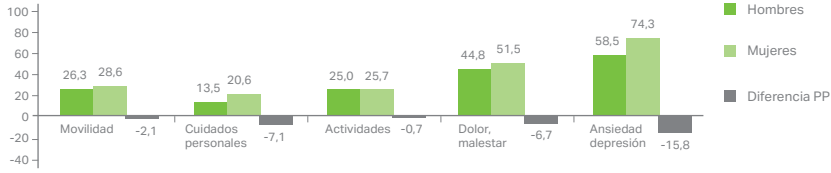


Gráfico 48. Población del PSO que manifiesta tener algún tipo de problema (leve, moderado, grave) en cada una de las 5 dimensiones Euroqol según sexo, y diferencia en puntos porcentuales



Las diferencias observadas por sexo tanto entre la población del PSO respecto a la población general de Asturias como entre ambos sexos dentro de la población del PSO parecen confirmar lo observado por BRADY & RANDALL (1999)[40] al señalar que ***las mujeres a tratamiento presentan más problemas de salud que los hombres tanto físicos como psicológicos***. Y respecto a la dimensión psicológica en concreto, la evidencia señala que la ***ansiedad o los trastornos depresivos tienden a ser más frecuentes y graves entre las mujeres a tratamiento.*** Aunque es probable que tanto hombres como mujeres presenten limitaciones funcionales, la ansiedad y los trastornos depresivos tienden a ser más prevalentes (CHEN et al, 2011)[41] y más severos entre las mujeres con problemas de abuso de sustancias. A ésta aserción podríamos añadir los problemas relacionados con la dimensión Cuidados Personales, en la que las mujeres parecen reproducir más problemas y de mayor gravedad que los hombres.

5.2 Situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) de las personas a tratamiento en el PSO según diferentes variables

5.2.1. Sexo

Como se ha señalado, la diferencia entre la situación de salud de hombres y mujeres a tratamiento en el PSO son menores que en la población general.

Gráfico 49. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según el sexo.

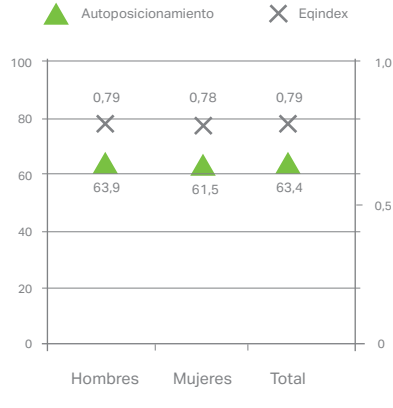


Tabla 28. Número de casos, desviación típica y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según el sexo

		n	Des. tip.	Intervalo de Confianza al 95% Inferior	Intervalo de Confianza al 95% Superior	Amplitud de rango IC Sup-Infe
Hombre	VAS	114	22,0	60,1	68,0	7,8
	Eqindx		0,25	0,74	0,84	0,1
Mujer	VAS	34	22,9	53,7	69,6	15,9
	Eqindx		0,22	0,70	0,85	0,2
Total	VAS	148	22,1	59,9	67,0	7,0
	Eqindx		0,24	0,75	0,83	0,1

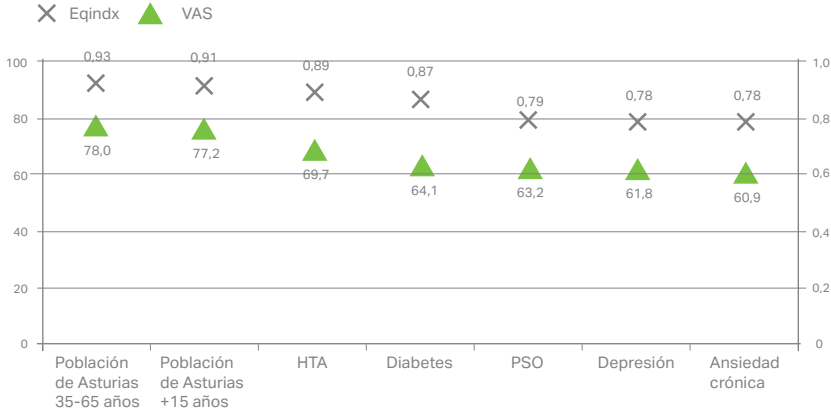
5.2.2. Comparación con sub-poblaciones con patologías crónicas

De la misma forma que el EQ-5D-5L nos permite comparar los resultados obtenidos por las personas a tratamiento en el PSO con los del conjunto de la población de Asturias gracias a la ESA, también nos facilita poder hacerlo con determinados **subgrupos de la población de Asturias en función de determinadas patologías crónicas**, lo que nos permite conocer las semejanzas y/o diferencias entre esas subpoblaciones y el estado de salud de las personas a tratamiento en el PSO.

Disponemos para éste fin de los valores Eqindex y VAS de las personas de 35 a 65 años de la población de Asturias con las siguientes afecciones crónicas: ***Diabetes, Hipertensión Arterial (HTA) Ansiedad y Depresión,*** obtenidos de la ESA 2017. Los resultados como vemos a continuación, ilustran sobre la posición que ocupa la población a tratamiento con sustitutivos opiáceos en términos de salud respecto a los subconjuntos de población afectados por este tipo de patologías.

Destacar que de los grupos de población comparados, **las personas a tratamiento del PSO presentan el tercer peor resultado de salud tanto en términos objetivos –Eqindex- como en la autovaloración –VAS-,** solo por delante de las que padecen tanto Depresión como *Ansiedad*, lo que no hace sino subrayar tanto la cronicidad del tratamiento en el PSO como su carácter de patología mental.

Gráfico 48. Comparativa de la situación de salud de la población en el PSO y la de Asturias –ESA 2017- con diversas patologías crónicas en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-.



5.2.3. Sustitutivo opiáceo utilizado

Como es de esperar, la situación de salud de las personas usuarias de Metasedín es mejor que las que utilizan metadona, con más claridad o más fuerza en el resultado EQ-5D-5L index, donde superan en una décima el resultado de salud de éstos y que los situa a solo 0,04 centésimas del valor medio de la población de Asturias (ESA 2017). En la escala analógica de autoposicionamiento –VAS- las diferencias (64,7 de los pacientes con Metasedín® por 62,9 con metadona) son menos evidentes.

Gráfico 49. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según el sustitutivo opiáceo utilizado

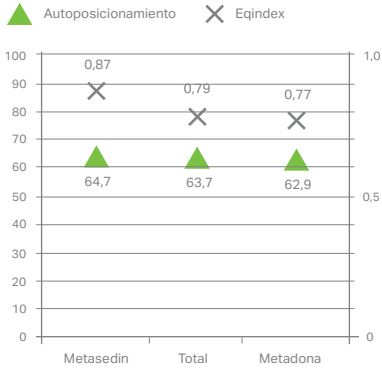


Tabla 29. Número de casos, desviación típica, error típico y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según el sustitutivo opiáceo utilizado

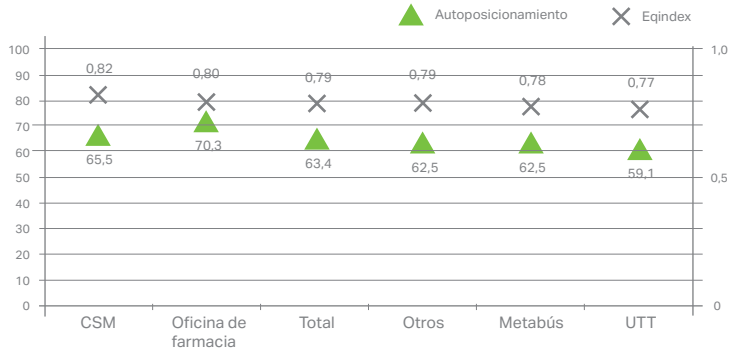
		n	Des. tip.	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
				Inferior	Superior	
Metadona	VAS	115	22,9	58,6	66,9	8,4
	Eqindx		0,26	0,72	0,81	0,09
Metasedin	VAS	32	19,7	57,5	71,8	14,3
	Eqindx		0,17	0,80	0,92	0,12
Total	VAS	148	22,1	59,9	66,8	6,9
	Eqindx		0,24	0,75	0,83	0,08

5.2.4. Tipo de recurso en el que recibe el tratamiento

En relación al tipo de recurso en el que las personas usuarias reciben tratamiento se observa una clasificación **de mejor a peor situación de salud** que va de las oficinas de farmacia y los CSM, pasa por el metabús y termina en las UTT, serie más clara en la VAS que en el Eqindex, aunque no por eso menos coherente con el perfil predominante de los pacientes en cada uno de los recursos citados, más normalizados en los primeros y menos en los últimos.

Resulta significativo que el mejor resultado en la VAS se observe en las Oficinas de Farmacia, entre 5 y 11 puntos por encima del resultado obtenido por los usuarios del resto de recursos, diferencias que no se observan en el resultado del Eqindex, y que hace pensar que la mejor autopercepción del estado de salud de los pacientes que reciben el sustitutivo opiáceo en las Oficinas de Farmacia **se deba al hecho de que se trata del recurso más «normalizado» de todos, único de los citados no específico para población a tratamiento por toxicomanías**, aspecto que «haga subir» la percepción subjetiva de salud de las personas a tratamiento en el PSO.

Gráfico 50. Situación de salud (ordenada según Eqindex de mayor a menor) de la población a tratamiento con sustitutivos opiáceos en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS, según el tipo de recurso en el que recibe el tratamiento.



5.2.5. Nivel de estudios más alto alcanzado

Paradójicamente y en contra de lo que pudiéramos pensar a priori, **la situación de salud de las personas a tratamiento parece moverse en sentido inverso al nivel de estudios,** a menor logro académico mejor situación de salud y viceversa, y eso tanto según el *Eqindex* como la escala VAS. Aquí hay que tener en cuenta la incertidumbre de algunos los resultados en función de la –n- de cada una de las variables, que da como resultado errores típicos bastante altos tanto en *Sin estudios o primaria incompleta* como (sobre todo) en *Universitarios*, tal y como se puede observar el la tabla 31.

Gráfico 51. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según el nivel de estudios más alto alcanzado.

Tabla 30. Número de casos, desviación típica y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según el el tipo de recurso en el que recibe el tratamiento.

		n	Des. tip.	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
				Inferior	Superior	
UTT	VAS	61	25,8	52,4	65,4	12,9
	Eqindx		0,24	0,71	0,83	0,12
CSM	VAS	27	15,5	59,9	71,3	11,4
	Eqindx		0,21	0,74	0,90	0,17
Metabús	VAS	23	19,5	54,6	70,3	15,7
	Eqindx		0,29	0,65	0,89	0,24
Oficina de farmacia	VAS	33	20,5	62,9	77,3	14,4
	Eqindx		0,25	0,70	0,88	0,18
Otros	VAS	4	18,5	45b	85b	40
	Eqindx		0,23	0,47b	1,00b	0,53
Total	VAS	148	22,1	59,8	67,0	7,2
	Eqindx		0,24	0,75	0,83	0,08

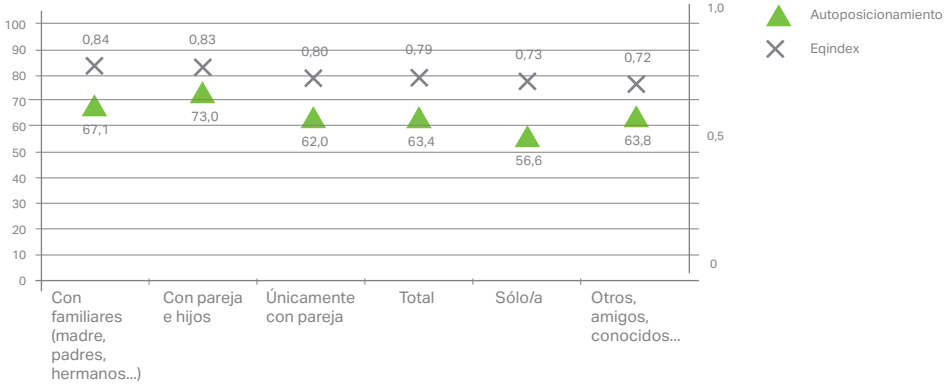
5.2.6. Convivencia

El contexto de convivencia parece mostrarse como un **factor determinante en relación a la situación de salud de las personas a tratamiento**. Así según el resultado de Eqindex se observa una graduación en los estados de salud que va del mejor estado de salud para aquellas personas usuarias que viven con *Familiares (padres, hermanos/as)* con una VAS media de 67,1 (IC 95% 61-63) y un Eqindex de 0,84 (IC 95% 0,77-0,89), seguido de *con Pareja e hijos* –VAS 73 (IC 95% 61-63) y Eqindex 0,83 (IC 95% 0,77-0,89)- que además es la situación de convivencia que mejor resultado obtiene según la VAS. Estas dos situaciones de salud asociados a los estados de convivencia es seguida por la de *Únicamente con pareja*.

Tabla 31. Número de casos, desviación típica, error típico y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según el nivel de estudios más alto alcanzado.

		n	Des. típ.	Error típ. de la media	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
					Inferior	Superior	
Sin estudios o primaria incompleta	VAS	17	29,9	7,3	57,7	85,9	28,2
	Eqindx		0,22	0,05	0,71	0,91	0,2
Primaria	VAS	77	20,7	2,4	57,3	66,6	9,3
	Eqindx		0,24	0,03	0,75	0,85	0,1
Secundaria/ Formación profesional	VAS	47	20,7	3,0	57,7	70,1	12,3
	Eqindx		0,26	0,04	0,69	0,85	0,2
Universitarios	VAS	115	23,6	8,9	35,0b	71,0b	36,0
	Eqindx		0,28	0,11	0,52b	0,95b	0,4
Total	VAS	32	22,1	1,8	59,8	67,0	7,1
	Eqindx		0,24	0,02	0,75	0,83	0,1

Gráfico 51. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según la situación de convivencia.



En las dos últimas posiciones aparecen *Solo/a* con una VAS de 56,6 (IC 95% 50,3-62,6) y un Eqindex de 0,73 (IC 95% 0,67-0,80) y *Otros (amigos/as o conocidos/as)* que con una VAS de 63,8 (IC 95% 85b-40) y un Eqindex de 0,72 (IC 95% 0,82b-0,3) se sitúa como la situación de convivencia con peor estado de salud asociado, aunque hay que destacar que cuenta con una –n- muy pequeña y presenta el mayor error típico de todas las categorías (Tabla 32).

En definitiva la **familia** bien sea de *origen o propia*, parece ejercer como factor protector sobre la salud de las personas a tratamiento con sustitutivos opiáceos, tanto desde el punto de vista objetivo (Eqindex) como subjetivo (VAS).

5.2.7. Situación Laboral

De acuerdo a la situación laboral presentan mejor estado de salud, con una VAS media de 70 (IC 95% 62,2-79,2) y un Eqindex de 0,87 (IC 95% 0,81-0,93), las personas con *contrato laboral* teniendo en cuenta que el error típico en ésta categoría es de 4,5 para la VAS (amplitud de rango IC 95% de 17,1). En el extremo opuesto se encuentran los pacientes del PSO pensionistas u otras prestaciones con una VAS media de 63 (IC 95% 58-67,6) y un Eqindex de 0,76 (IC 95% 0,69-0,81) que además presenta el menor error típico en la VAS.

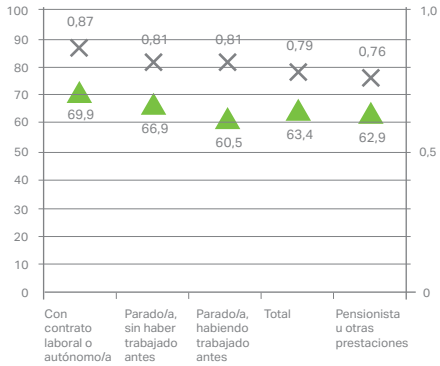


Tabla 32. Número de casos, desviación típica, error típico y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según la situación de convivencia.

		n	Des. tip.	Error típ. de la media	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
					Inferior	Superior	
Sólo/a	VAS	56	23,6	3,2	50,3	62,6	12,3
	Eqindx		0,26	0,03	0,67	0,80	0,1
Con pareja e hijos	VAS	25	17,5	3,5	66,1	79,4	13,3
	Eqindx		0,30	0,06	0,70	0,93	0,2
Únicamente con pareja	VAS	16	24,0	6,0	50,2	72,8	22,7
	Eqindx		0,24	0,06	0,69	0,91	0,2
Con familiares (madre, padres, hermanos...)	VAS	45	20,6	3,1	61,0	73,1	12,0
	Eqindx		0,20	0,03	0,77	0,89	0,1
Otros (amigos, conocidos, etc.)	VAS	4	17,5	8,8	45b	85b	40,0
	Eqindx		0,13	0,06	0,57b	0,82b	0,3
Total	VAS	146	22,3	1,8	59,5	66,9	7,4
	Eqindx		0,25	0,02	0,75	0,83	0,1

Tabla 33. Número de casos, desviación típica, error típico y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) según la situación laboral

		n	Des. tip.	Error típ. de la media	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
					Inferior	Superior	
Sólo/a	VAS	20	20,0	4,5	62,2	79,2	17,1
	Eqindx		0,13	0,03	0,81	0,93	0,1
Con pareja e hijos	VAS	42	22,2	3,4	52,9	66,9	13,9
	Eqindx		0,20	0,03	0,74	0,87	0,1
Únicamente con pareja	VAS	8	22,0	7,8	51,7	84,2	32,5
	Eqindx		0,21	0,08	0,64	0,93	0,3
Con familiares (madre, padres, hermanos...	VAS	78	22,7	2,6	58,0	67,6	9,7
	Eqindx		0,29	0,03	0,69	0,81	0,1
Total	VAS	148	22,1	1,8	59,9	66,8	6,9
	Eqindx		0,24	0,02	0,75	0,83	0,1

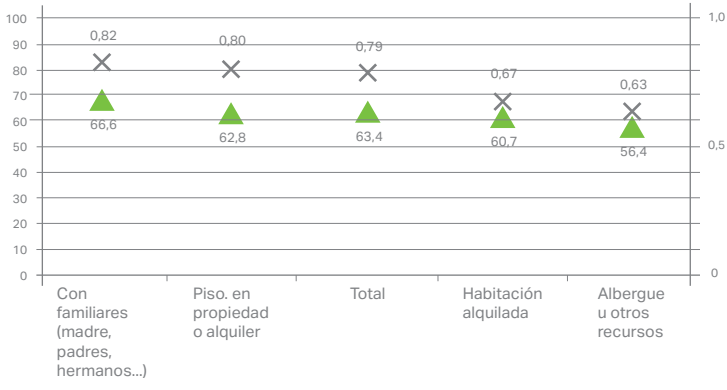
Autoposicionamiento Eqindex

Gráfico 53. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según la situación laboral.

5.2.8. Vivienda

El tipo de alojamiento es un indicador relevante en el análisis de la situación de salud de cualquier persona. Como se puede observar, la mejor situación de salud de las personas encuestadas se asocia con la *Vivienda de familiares (padres, hermanos/as)* con una VAS media de 66,6 (IC 95% 59,4-72,2) y un Eqindex de 0,82 (IC 95% 0,72-0,89), que además como hemos visto en el apartado de *Convivencia*, era una situación que obtenía los mejores resultados de salud, con lo que aquí tendríamos dos factores *(convivencia y vivienda)* que se reforzarían mutuamente. Muy cerca en el Equindex -0,80 (IC 95% 0,75-0,85)- aunque no tanto en la VAS -62,8 (IC 95% 58-67,6)- aparece *Piso en propiedad o alquiler*.

Gráfico 54. Situación de salud de la población del PSO en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-, según tipo de vivienda.



Y alejados de estas dos tipologías de vivienda en cuanto a la situación de salud tanto autopercibida –VAS- como objetiva –Eqindex- aparecen *Habitación alquilada* y *Albergue y otros recursos*, lo que confirma la hipótesis de partida de que tanto el **entorno familiar** como **disponer de un «hogar» y no solo de un «lugar»**, es fundamental para la salud de las personas a tratamiento con sustitutivos opiáceos.

Tabla 34. Número de casos, desviación típica, error típico y resultados para I. C. 95% en la situación de salud (EQ-5D-5L index y EVA) según la vivienda

		n	Des. típ.	Error típ. de la media	Intervalo de Confianza al 95%		Amplitud de rango IC Sup-Infe
					Inferior	Superior	
Piso, en propiedad o alquiler	VAS	94	23,2	2,4	58,0	67,6	9,6
	Eqindx		0,24	0,03	0,75	0,85	0,1
Vivienda de familiares (padres, hermanos,...)	VAS	37	19,0	3,1	59,4	72,2	12,7
	Eqindx		0,25	0,04	0,72	0,89	0,2
Habitación alquilada	VAS	7	23,9	9,0	41,2b	76b	34,8
	Eqindx		0,15	0,06	0,56b	0,8b	0,24
Albergue u otros recursos	VAS	9	23,7	7,9	40,8	72,6	31,8
	Eqindx		0,23	0,08	0,48	0,77	0,3
Total	VAS	148	22,1	1,8	59,8	67,0	7,2
	Eqindx		0,24	0,02	0,75	0,83	0,1

6

Conclusiones
Recomendaciones

6.1. Valoración del Programa de Sustitutivos Opiáceos –PSO-.
6.2. Valoración del metasedín como alternativa terapéutica.
6.3. Valoración de las prioridades de mejora del PSO
6.4. Instalaciones
6.5. Registro y recogida de información
6.6. Género
6.7. Expectativas de futuro de las personas a tratamiento en el PSO

Para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones finales planteadas como posibles actuaciones de mejora del PSO se organizó una sesión de trabajo en la sede de la Dirección General de Salud Pública que se celebró el 4 de julio de 2018 a la que se invitó a participar a todos los profesionales de los recursos de dispensación de metadona de las VIII áreas sanitarias así como de la Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM).

Previamente a la sesión de trabajo, entre el 18 y el 19 de junio, se les envió el documento de resultados y un primer borrador de conclusiones y recomendaciones sobre el que trabajar.

La evaluación del PSO, ha permitido poner el foco en aspectos potencialmente mejorables en los que es posible intervenir y ser incorporados como objetivos en el próximo plan sobre drogas para Asturias.

A continuación se adjunta la tabla de conclusiones y recomendaciones finales obtenidas de la mencionada reunión.

Valoración del programa de sustitutivos opiáceos

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
1 Valoración global del PSO	
1. La pertinencia y funcionalidad del PSO en la consecución de los objetivos de Reducción del Daño y Disminución del Riesgo son altas. **2. El PSO logra el abandono del *consumo de heroína*** (valoración de 4 por los pacientes y 3,9 por los profesionales). **3. El PSO disminuye el daño** asociado al consumo de heroína por vía intravenosa y **mejora el estado de salud** físico, psicológico y social (valoración ≥4 por los profesionales y 3,5 por los pacientes).	• El programa en torno a los objetivos de abandono del consumo de heroína y de disminución del daño asociado es pertinente y cumple los objetivos por tanto se recomienda el mantenimiento del mismo.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
1. No existen apenas nuevas incorporaciones al programa de personas a tratamiento y la media de edad se acerca a los 50 años (48 – 49), mediana de 50 en hombres (datos estadísticos parte primera) **2.** El PSO **no logra que las personas a tratamiento abandonen el consumo de otras sustancias** (el 83% consume tabaco, el 33% alcohol, el 37% cannabis, el 21% cocaína y en menor medida heroína con un 8%). **3. Alta permanencia/ cronicidad en el PSO.** Su éxito como vía para la desintoxicación, deshabituación e incorporación social es reducido.	• Abrir un proceso de reflexión con la finalidad de preparar el PSO ante los cambios derivados del envejecimiento progresivo de la población usuaria, que de otra forma puede suponer su «abandono» ante la cronicidad, y sus consecuencias, de una parte importante de la población atendida. • Diseñar un proceso formativo específico para los/as profesionales de la red. Que permita la formación grupal y presencial adaptando horarios y objetivos a las necesidades del servicio. Favorecer las rotaciones de los/as profesionales de la red por los diferentes recursos y áreas sanitarias. • Incorporar intervenciones coste/efectivas orientadas a reducir el consumo de otras sustancias. • Identificar y establecer protocolos de uso y derivación a recursos comunitarios disponibles (profesionales del trabajo y educación social, centros de día, actividades programadas por los Planes Municipales de Drogas –PMD´s-, etc). • Valorar la idoneidad y posibles alternativas a recursos de acercamiento –metabus-. Diseñados originalmente con un sentido de «temporalidad» para atender a pacientes con especiales problemas de relación social y sanitaria para servir como puentes de paso a recursos normalizados, actualmente y en algunas zonas llevan en funcionamiento más de 20 años. En éste sentido, merece especial atención el programa de acercamiento del área VIII. Un conjunto de factores como la antigüedad del vehículo de acercamiento (más de 15 años), el número de pacientes atendidos, la carencia de otro tipo de recursos sociosanitarios, etc. destacan la necesidad de estudiar y plantear soluciones para los pacientes de éste área que garanticen la equidad e igualdad respecto a otras áreas sanitarias de características similares.
2. Valoración relación profesional-paciente	
1. La relación profesionales/ pacientes es **considerada mutuamente como *buena***. Las personas que realizaron aportaciones a los cuestionarios de pacientes	• Incorporar la perspectiva bioética en la atención a pacientes a tratamiento con sustitutivos opiáceos. • Incluir el decálogo de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud mental del Principado de Asturias y los derechos y deberes de los/las usuarios/as de la sanidad.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
realizan quejas del trato personal como prepotencia, paternalismo, desconocimiento de las dosis de metadona que toman, rigidez para las citas y dificultades para compatibilizar un empleo con la recogida de metadona, etc.	
3. Valoración del metasedin	
1. El Metasedín es muy valorado por los profesionales (4,2 sobre 5), como **complemento al formato líquido y no excluyente.** **2. Se observan diferencias significativas en el númerode pacientes a tratamiento con Metasedín entre diferentes áreas sanitarias y recursos de la red, no atribuiblesa diferencias entre la población atendida.**	• Unificar criterios en cuanto a los tratamientos. • Incorporar un abanico mas amplio de dosificación en pastillas, capsulas o comprimidos.
4. Valoración sobre prioridades de mejora	
4.1. Tratamientos psico-terapéuticos de apoyo/refuerzo	
1. Complementar la dispensación del sustitutivo **con tratamientos psico-terapéuticos de apoyo/ refuerzo y de incorporación social,** como por ejemplo talleres de autocuidado personal o de abandono del hábito tabáquico.	• Ampliar la plantilla con perfiles profesionales del ámbito psicológico y social (psicólogía, trabajo social, educación social, terapeutas ocupacionales) en su defecto mejorar la gestión con este tipo de profesionales que forman parte de la red de salud mental. • Implementar actividades complementarias en los recursos de dispensación de metadona. Diseñadas con unos objetivos concretos y adaptadas a las necesidades de las personas usuarias, teniendo en cuenta la carga de trabajo de los equipos.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
2. Las personas a tratamiento con metadona tienen una **patología mental asociada muy alta**, esto pone de manifiesto la necesidad de entender las personas a tratamiento con metadona como un grupo de personas con patología mental. Por lo que disociar el tratamiento con metadona en particular y de drogas en general con patología mental no tienen sentido.	• Integrar y normalizar el tratamiento de toxicomanías en la red de salud mental con el resto de patologías. La diferenciación existente en la actualidad en la Red Especializada de Salud Mental entre el tratamiento de toxicomanías y el resto de enfermedades mentales no tiene sentido desde el punto de vista patológico (una adicción a sustancias es esencialmente un trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo) ni desde el punto de vista de atención clínica ya que supone una duplicidad en el tratamiento que dificulta el manejo de la enfermedad desde el punto de vista terapéutico y duplicidades y sobrecarga en el uso los recursos sanitarios. • Elaborar una Guía Clínica de tratamiento con sustitutivos opiáceos que recoja criterios comunes para toda la red incorporando la perspectiva de género. •Mejorar la coordinación con la red de recursos comunitarios para que las personas a tratamiento en PSO utilicen los recursos normalizados a los que accede el resto de la población.

5 Instalaciones

1. Mejora de las instalaciones es otra de las prioridades expresadas por los profesionales (3,15 de valoración media) en su mayor parte vinculadas a mejorar la seguridad e intimidad de las consultas o la disponibilidad de espacios para llevar a cabo actividades psico-terapéuticas	• Realizar una lista de control o verificación de mejoras a realizar por recurso, para evaluar la factibilidad de las mismas. • En casos puntuales como la UTT de Oviedo o en el caso ya mencionado del área VIII, se recomienda el estudio de nuevas alternativas de instalación que dignifiquen los recursos y la prestación realizada a los pacientes.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
6. Registro y recogida de información	
1. Soporte informático de recogida de información y plantilla de recogida de datos. Su inadecuación a las necesidades funcionales lleva al 45% de los profesionales a seguir utilizando el formato papel. **Actualmente el PSO carece de un sistema de registro válido y adecuado para la actividad realizada. Está obsoleto presentando incluso incompatibilidades según el área a la que pertenezca el recurso. Conviven varias fórmulas de registro de la actividad incluso dentro de la misma unidad y el sistema se sostiene gracias a la comunicación (al margen de los cauces que ofrece el sistema) de las y los profesionales de los diferentes servicios.**	• Interconectar la historia clínica electrónica de salud mental incorporando las variables adecuadas y unificando los criterios de interpretación de los ITEMS, para facilitar la información sobre el proceso terapéutico, garantizar la trazabilidad en los recursos y las necesidades funcionales de los profesionales. • Unificar criterios de recogida de datos generando instrucciones escritas. Estas instrucciones podrán ser un anexo de la Guía Clínica deTratamiento . • Coordinar el registro de información sanitaria con el del programa en el centro penitenciario de Asturias.
7. Género	
1. El perfil definido por las características sociodemográficas de las mujeres a tratamiento en el PSO dibuja un **escenario peor** que el de los hombres en aspectos como la vivienda, los hijos/as a cargo y los resultados de salud.	• Implementar medidas específicas de atención psicosocial a la mujer dentro del PSO. • Profundizar a través de estudios, investigaciones, grupos de discusión con mujeres usuarias de recursos, etc. las necesidades específicas de las mujeres usuarias de los recursos de PSO .

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
8. Expectativas de futuro de los pacientes del PSO	
8.1. Normalización e integración social	
2. Avanzar hacia una mayor normalización e integración social, bien sea accediendo a recursos de dispensación más normalizados (valoración media de ± 4 a recoger mi mediación con receta en farmacia) o mediante el consumo del formato Metasedín® (3,1 de valoración media, I. C. para 95%; 2,8-3,5). **3. Alta terapéutica** (3,9; I. C. para 95%; 3,5-4,15), valorado **muy significativamente por las mujeres que le otorgan una puntuación media de 4,3,** lo que establece un matiz relevante entre ambos sexos. **4. Acceso a otros profesionales de apoyo**, relevante también como expectativa de futuro para los pacientes (m=2,9; I. C. para 95%; 2,5-3,2), establece una clara relación con uno de los aspectos peor valorados del PSO tanto por los pacientes como por los profesionales, que señalan las ***actividades complementarias o de apoyo*** como una de las carencias del PSO ya señalada para ambos colectivos.	• Avanzar hacia el tratamiento con receta médica para aquellos pacientes más normalizados. Actualmente es posible recetar comprimidos de Metasedín de 5mg. • Incorporar al programa de dispensación en oficinas de farmacia Metasedín para aquellos pacientes de zonas rurales aisladas. • Promover la participación comunitaria implicando a los planes municipales de drogas, asociaciones y otros recursos sociosanitarios. • Difundir entre los profesionales del PSO actividades complementarias de apoyo de éxito.

7 Anexos

7.1. Cuestionario a pacientes.
7.2. Cuestionario a profesionales.

ANEXO 1 CUESTIONARIO A PACIENTES

Las informaciones que se piden son para elaborar una estadística oficial. La Administración y los empleados públicos que utilicen esta información están obligados por ley al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla de ninguna forma y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial. La Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública manifiesta en el capítulo III que «el secreto estadístico obliga a los servicios estadísticos a no difundir, en ningún caso, los datos personales cualquiera que sea su origen».

Muchas gracias por su colaboración

Plan sobre drogas para Asturias

Gobierno del Principado de Asturias
Consejería de Sanidad

Instrucciones para la cumplimentación
Marque la respuesta adecuada con una X a cada una de las respuestas. Marcar solo una opción.

A- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Localidad _____
Recurso _____

Unidad de Tratamiento de Toxicomanías	___
Centro de Salud Mental	___
Metabús	___
Centro de Día	___
Oficina de farmacia	___
Otros recursos dispensadores	___
citar	

1. Indique por favor su condición sexual

1 Hombre	___
2 Mujer	___
3 Transexual	

2. Indique por favor, el mes y año de nacimiento

Mes _____ Año _____

3. Edad _____

4. Situación laboral actual

1 Con contrato laboral o autónomo ___
2 Parado, habiendo trabajado antes ___
3 Parado sin haber trabajado antes ___
4 Pensionista u otras prestaciones (salario Social, otras) ___

5. Nivel educativo más alto alcanzado ___

1 Sin estudios o primaria incompleta ___
2 Primaria ___
3 Secundaria/formación profesional ___
4 Universitarios ___

6. Convivencia

1 Sólo/a ___
2 Con pareja e hijos ___
3 Únicamente con pareja ___
4 Familiares (madre, padre, hermanas/os...) ___
5. Otros (amigos, conocidos, etc) ___

7. Vivienda

1 Piso en propiedad o alquiler ___
2 Vivienda de familiares ___
3 Habitación alquilada ___
4 Albergues u otros recursos ___

B- SOBRE SU CONDICIÓN COMO PACIENTE DEL PROGRAMA DE SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS.

8. En la actualidad soy paciente a tratamiento con

1 Metadona ___
2 Metasedín ___
3 Suboxone ___
4 Otros ___

9. ¿Cuanto tiempo llevas a tratamiento en el programa de sustitutivos opiáceos? (desde la primera vez que entró en el programa aunque lo haya abandonado en alguna ocasión).

1 Menos de un año ___
2 Entre 1 y 4 años ___
3 Entre 5 y 9 años ___
4 Entre 10 y 14 años ___
5 Entre 15 y 19 años ___
6 Mas de 20 años ___

10. En la actualidad, aparte del tratamiento con sustitutivos opiáceos ¿consumes alguna otra sustancia?

1 Bebidas alcohólicas
2 Tabaco
3 Marihuana
4 Medicamentos (benzodiacepinas, barbitúricos, hipnóticos...)
5 Cocaína
6 Heroína
7 Otros (especifica
8 Ninguna

C- SOBRE LOS DISPOSITIVOS DE DISPENSACIÓN DE METADONA U OTROS SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS.

11. ¿En la actualidad, en qué tipo de recurso recibe la dispensación del sustitutivo opiáceo?

1 Unidad de Tratamiento de Toxicomanías
2 Centro de Salud Mental
3 Metabus
4 Centro de Día
5 Oficina de farmacia
6 Otros recursos dispensadores
citar

12. A continuación, valore los siguientes aspectos del dispositivo donde recoge el sustitutivo opiáceo en la actualidad (valora del 0 a 5, siendo 0 la peor valoración y 5 la mejor valoración).

	0	1	2	3	4	5
1 Los profesionales que me atienden						
2 La facilidad de acceso						
3 Los horarios de atención						
4 La discreción / privacidad de la toma y/o petición de citas						
5 El tiempo que me dedican						
6 Las facilidades de recogida de la metadona (ejemplo; horarios días, recogida por otras personas, etc.)						
7 La atención que recibo / trato personal						
8 Actividades a parte de la recogida de metadona (otros programas, talleres, etc.						
9 Derivación a otros profesionales si lo necesito (trabajadora social, psicólogo/a)						
10 Derivación si lo solicito a tratamientos de desintoxicación, comunidades terapéuticas, centros de día, etc.						
11 Información sobre el cuidado de otras enfermedades que padezco						

13. Valore el grado de acuerdo con los siguientes enunciados (siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)

	0	1	2	3	4	5
1 El programa es útil para dejar la heroína						
2 El programa es útil para dejar otras drogas						
3 El programa es útil mejorar el estado de salud						
4 El programa no sirve para nada.						
5 El programa es para toda la vida						
6 El programa es útil para mejorar las relaciones (familiares, sociales, laborales, etc.)						

14. Valore el grado de acuerdo con las siguientes frases (siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo).

	0	1	2	3	4	5
1 Me siento mejor y estoy más feliz						
2 Me cuido más						
3 He recuperado relaciones familiares y amistades						
4 He encontrado trabajo en alguna ocasión						
5 He recuperado actividades de ocio y tiempo libre (aficiones)						
6 Sigo consumiendo pero menos						
7 No me ha servido para nada						

E- SOBRE SU FUTURO COMO PACIENTE EN LOS DISPOSITIVOS DE DISPENSACIÓN DE METADONA U OTROS SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS.

15. Las siguientes cuestiones son sobre como ve su futuro como paciente en el programa de sustitutivos opiáceos; muestre su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes situaciones (siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)

	0	1	2	3	4	5
1 Continuar como estoy actualmente. Me siento bien con las dosis que tomo y no me planteo cambios	___	___	___	___	___	___
2 Pasar de metadona a Metasedín, acudir menos días a buscar la medicación y llevar una vida más normalizada.	___	___	___	___	___	___
3 Acceder a otros recursos más normalizados en los que poder tomar el sustitutivo opiáceo (por ejemplo, centros de salud mental, mi centro de salud, otros).	___	___	___	___	___	___
4 Acceder a otros recursos o profesionales de apoyo (trabajadora social, psicólogo/a, talleres, etc.) que me ayuden en la solución de mis problemas.	___	___	___	___	___	___
5 Recoger mi medicación con receta médica en la farmacia (igual que cualquier otra medicación) y continuar mis revisiones periódicas en la UTT o Centro de salud mental correspondiente	___	___	___	___	___	___
6 Conseguir el alta terapéutica en el programa.						

13. Valore el grado de acuerdo con los siguientes enunciados (siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)

	0	1	2	3	4	5
1 El programa es útil para dejar la heroína	___	___	___	___	___	___
2 El programa es útil para dejar otras drogas	___	___	___	___	___	___
3 El programa es útil mejorar el estado de salud	___	___	___	___	___	___
4 El programa no sirve para nada.	___	___	___	___	___	___
5 El programa es para toda la vida	___	___	___	___	___	___
6 El programa es útil para mejorar las relaciones (familiares, sociales, laborales, etc.)						

16. Si hay alguna cuestión que quiera añadir, hágalo a continuación

_____

_____

_____

G. ESTADO DE SALUD

17. Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

17.1 Movilidad

- ☐ No tengo problemas para caminar
- ☐ Tengo problemas leves para caminar
- ☐ Tengo problemas moderados para caminar
- ☐ Tengo problemas graves para caminar
- ☐ No puedo caminar

17.2 Auto-Cuidado

- ☐ No tengo problemas para lavarme o vestirme
- ☐ Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- ☐ Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- ☐ Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- ☐ No puedo lavarme o vestirme

17.3 Actividades Cotidianas (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- ☐ No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ No puedo realizar mis actividades cotidianas

17.4 Dolor / Malestar

- ☐ No tengo dolor ni malestar
- ☐ Tengo dolor o malestar leve
- ☐ Tengo dolor o malestar moderado
- ☐ Tengo dolor o malestar fuerte
- ☐ Tengo dolor o malestar extremo

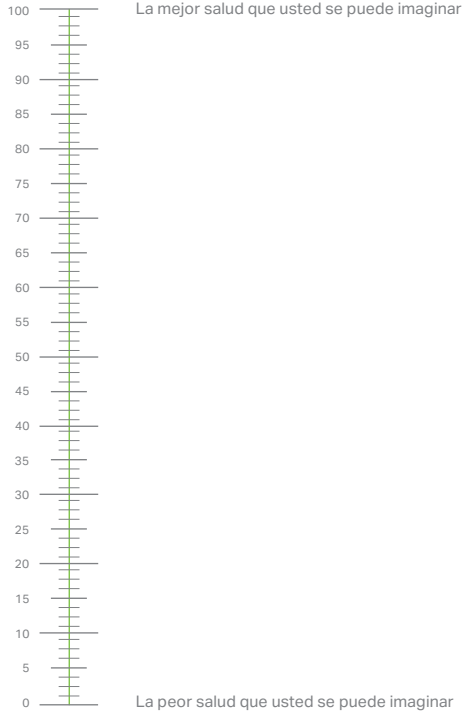
17.5 Ansiedad / Depresión

- ☐ No estoy ansioso ni deprimido
- ☐ Estoy levemente ansioso o deprimido
- ☐ Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- ☐ Estoy muy ansioso o deprimido
- ☐ Estoy extremadamente ansioso o deprimido

17. Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

17.1 Movilidad

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud hoy.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
  0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud hoy.



Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY

ANEXO II CUESTIONARIO A PROFESIONALES

Presentación

Este cuestionario forma parte de un proceso de evaluación del programa de reducción del daño con sustitutivos opiáceos que está llevando a cabo el Plan de Drogas de Asturias de la Dirección General de Salud Pública.

La evaluación del programa incluye por un lado el análisis de la base de datos de los registros administrativos de las personas admitidas a tratamiento con sustitutivos opiáceos en Salud Mental y por otro el análisis de las respuestas de los profesionales que trabajan en los distintos tipos de recursos en los que se presta este programa –UTT, UDM, metabus, oficinas de Farmacia o centros de día.

Nos gustaría que leyese detenidamente y contestase a las preguntas que se formulan.

Por supuesto, el cuestionario es anónimo. No incluye su nombre ni datos que permitan identificarle, por lo que le animamos a que seas sincero/a. La información que facilite se incorporará en una base de datos anonimizada para obtener resultados sobre las opiniones del conjunto de los/as profesionales socio-sanitarios respecto al programa de mantenimiento con sustitutivos opiáceos.

El objetivo global de la evaluación es conocer la evolución del programa de sustitutivos opiáceos desde su puesta en funcionamiento hasta la fecha, así como su situación actual, con el objetivo de contar con información basada en evidencia que permita una reflexión sobre la situación y posibles áreas de mejora del mismo.

Aparte de ser confidencial, su colaboración en la encuesta es totalmente voluntaria. Si siente que no puede contestar sinceramente alguna pregunta, simplemente déjela en blanco.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Si en alguna pregunta no encuentra la respuesta que se ajuste exactamente a lo que piensa o hace, marque aquello que más se aproxime.

Muchas gracias de antemano por colaborar en esta encuesta.

Plan sobre drogas para Asturias

Gobierno del Principado de Asturias
Consejería de Sanidad

A- DATOS SOCIOLABORALES

a.1. Sexo

Hombre	Mujer
☐	☐

a.2. Título formativo

Aux. de enfermería	Enfermería	Medicina	Psicología clínica	Trabajo social	Otro (señalar)
☐	☐	☐	☐	☐	☐

a.3. Área Sanitaria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

a.2. Título formativo

Unidad de Tratamiento de Toxicomanías	Unidad de Dispensación de Metadona	Centro de Salud Mental	Metabús	Of. farmacia	Otros recursos dispensadores
☐	☐	☐	☐	☐	☐

a.6. Nº de Años de profesión

☐

a.7. Nº de años en su actual puesto de trabajo

☐

B. SOBRE EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS

b.1. Desde el punto de vista de la consecución de objetivos terapéuticos, ¿cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados? (de 0 «Totalmente en desacuerdo» a 5«Totalmente de acuerdo»).

	0	1	2	3	4	5
El programa de sustitutivos opiáceos es útil sobre todo para dejar el consumo de opiáceos	___	___	___	___	___	___
El programa de sustitutivos opiáceos es útil sobre todo para disminuir el daño	___	___	___	___	___	___
El programa de sustitutivos opiáceos es útil tanto para dejar el consumo de opiáceos como para reducir el daño	___	___	___	___	___	___
El programa de sustitutivos opiáceos No es útil ni para dejar el consumo de opiáceos ni para reducir el daño						

b.2. En su opinión, la incorporación de Metasedín como formato alternativo a la metadona líquida. .. (de 0 «Totalmente en desacuerdo» a 5 «Totalmente de acuerdo».)

	0	1	2	3	4	5
Favorece el proceso de normalización e integración social del paciente y debería de sustituir totalmente a la administración de metadona líquida.						
Es complementario a la dispensación de metadona líquida, facilitando la adopción de diferentes objetivos y metas de acuerdo a la evolución de cada paciente.						
Mejora los resultados del tratamiento con metadona líquida pero dificulta el control de la administración para los profesionales.						
No mejora el tratamiento con metadona líquida, dificulta el control del seguimiento del tratamiento y facilita el tráfico ilegal.						

b.3. En el recurso en el que usted trabaja ¿qué porcentaje de pacientes a tratamiento está siendo tratado con Metasedín?

- Menos del 10% ☐
- Del 10 al 20% ☐
- Del 20 al 30% ☐
- Del 30 al 40% ☐
- Del 40 al 50% ☐
- Más del 50% ☐
- Lo desconozco ☐

b.4. ¿y con otros sustitutivos opiáceos?

- Dextropropoxifeno ☐
- Buprenorfina ☐
- Clonidina ☐
- Codeína ☐
- Naltrexona ☐
- Suboxone ☐
- Otro (especificar) ☐
- Lo desconozco ☐

b.5. El programa de sustitutivos opiáceos lleva en funcionamiento algo más de 30 años. Valore de forma global y de 0 a 5, la conveniencia de llevar a cabo modificaciones/cambios en el mismo (de 0 «Dejarlo como está en la actualidad, no hacer ningún cambio» a 5 «Llevar a cabo una revisión total»)

0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐

b.6. El programa de sustitutivos opiáceos lleva en funcionamiento algo más de 30 años ¿Cuál de las siguientes actuaciones del programa situaría como prioridades de posible mejora o cambio? (de 0 = «En absoluto importante» a 5 = «Absolutamente prioritario»).

	0	1	2	3	4	5
Complementar la dispensación de sustitutivos opiáceos con actividades de tratamiento psico-terapéutico y de incorporación social, como la prevención de recaídas, etc.						
Diversificar tanto la variedad de sustitutivos opiáceos como la de su posología.						
Incorporar nuevos recursos para la dispensación, que permitan avanzar en los procesos de normalización e integración de las personas pacientes.						
Rediseñar totalmente la red asistencial, tanto en dimensión, como en prestaciones y servicios, adaptándola a los cambios que se han producido en las necesidades y los perfiles de las personas consumidoras.						
Otros; especificar						

b.7. Sobre la configuración actual de la red de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, muestre su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones (de 0 «Totalmente en desacuerdo» a 5 «Totalmente de acuerdo».)

	0	1	2	3	4	5
Responde a las necesidades y el perfil actual de la población consumidora de opiáceos						
Algunos recursos responden a las necesidades de la población a tratamiento y otros no.						
La red de recursos actual es obsoleta para responder al perfil y las necesidades de las personas a tratamiento.						

b.8. La red de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos está compuesta por una diversidad de recursos con cometidos distintos. De acuerdo con la función que cada recurso cumple dentro de la red, valore el grado de adecuación de cada uno de ellos a las necesidades actuales de la población a tratamiento (siendo 0 «Totalmente inadecuado a las necesidades actuales» y 5 «Totalmente adecuado a las necesidades actuales».

	0	1	2	3	4	5
Unidad de Tratamiento de Toxicomanías						
Centro de Salud Mental						
Metabus						
Centros de Día						
Oficinas de farmacia						
Otros recursos dispensadores						

C. SOBRE EL RECURSO/INSTALACIÓN EN EL QUE LLEVAS A CABO TU TRABAJO

c.1. De cara a mejorar la atención a los/as pacientes ¿Cuál es el grado de prioridad que cree que tiene cada una de las siguientes actuaciones?: (de 0 = «En absoluto prioritario» a 5= «Absolutamente prioritario».)

	0	1	2	3	4	5
Mejora de las instalaciones						
Cambio de ubicación						
Ampliación del espacio						
Ampliación/diversificación del personal						
Ampliación del horario de atención						
Mejorar/actualizar/modernizar los soportes informáticos (hardware y software)						
Otro (especificar)						

c.2. La recogida de información sobre el historial de los pacientes se realiza... (marcar el que corresponda).

En historial formato papel	En programa informático MILLENIUM	En programa informático SELENE	En otro programa informático (señalar)
☐	☐	☐	☐

c.3. En caso de que la recogida de información se realice a través de un programa informático, ¿Consideras que es adecuado a las necesidades del trabajo diario?.

Si	Si, pero no toda la que necesito	No
☐	☐	☐

c.4. Si tuviera que llevar a cabo alguna intervención para mejorar la recogida de información clínica de los pacientes, ¿qué grado de importancia otorgaría a cada una de las siguientes propuestas? (de 0 = «En absoluto importante» a 5 = «Absolutamente necesario».)

Unificar criterios en el manejo del formulario informático de sustitutivos opiáceos	Modificar la plantilla de recogida de datos para mejorarla	Realizar cursos de formación de SELENE/ MILLENIUM	Conexión en red con todos los profesionales que trabajamos en el programa.
☐	☐	☐	☐

D. SOBRE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

d.1. De media, ¿a cuántos pacientes atiende en un día normal de trabajo?

De 1 a 10	Entre 10 y 20	Entre 20 y 30	Entre 30 y 40	Más de 40
☐	☐	☐	☐	☐

d.2. ¿De media, cuántos minutos dedica, en un día normal de trabajo, a atender a un paciente tipo?

Menos de 5 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos
☐	☐	☐	☐	☐

d.3. De las siguientes afirmaciones sobre la relación profesional-paciente, elija la opción que mejor se ajuste a su comportamiento habitual con las personas atendidas (marcar lo que proceda)

	Sí, siempre	Sí, casi siempre	Sí, a veces	No, nunca
La información que facilito a los pacientes sobre el tratamiento la regulo en función del perfil y los objetivos terapéuticos de cada uno/a.				
Informo a mis pacientes sobre la existencia de otros recursos de dispensación, más adecuados a su situación y perfil.				
Informo a mis pacientes sobre la existencia de otros recursos asistenciales (programas de desintoxicación, deshabituación o incorporación socio-laboral).				
Derivo a mis pacientes a otros profesionales: psicóloga/o, trabajadora social, etc.				
Ofrezco a mis pacientes la posibilidad de reducir dosis de sustitutivo opiáceo de cara a conseguir ser alta terapéutica				
Ofrezco alternativas si un paciente o familia no pueden recoger metadona en horario de mañanas				

d.5. En general, cómo calificaría la relación con sus pacientes.

Buena	Regular	Mala	Muy mala
☐	☐	☐	☐

E. SOBRE EL IMPACTO DEL PROGRAMA EN LOS PACIENTES

e.1. Si tuviera que calificar el impacto que, en general, tiene el tratamiento con sustitutivos opiáceos en los pacientes ¿cómo valoraría cada una de las siguientes afirmaciones?: (de 0 = «Totalmente en desacuerdo» a 5= «Totalmente de acuerdo»).

	0	1	2	3	4	5
Mejora su estado de salud físico.						
Mejora su estado de salud psicológico.						
Mejora su estado de salud social (relaciones, trabajo).						
Se cuidan más, se sienten mejor, más felices.						
Inician procesos de desintoxicación y deshabituación.						
Siguen consumiendo drogas ilegales, pero menos.						
Cronifican su situación, perpetuándose como consumidores de sustitutivos opiáceos.						
Venden metadona y otros tratamientos recetados.						

F. SOBRE LAS DOSIS QUE LOS PACIENTES DESPLAZAN A SU DOMICILIO:

f.1. ¿En su centro se dispensan dosis para llevar a pacientes sin domicilio fijo?

Sí	No
☐	☐

f.2. Qué opinión le merece el envasado y etiquetado de las dosis que los pacientes desplazan al domicilio.

	0	1	2	3	4	5
Buena, es la correcta						
Mejorable; el envase no es el adecuado						
Mejorable; el etiquetado no es el adecuado						
Mala; ni el envasado ni el etiquetado es el adecuado.						

G. ¿TIENES ALGUNA APORTACIÓN O SUGERENCIA SOBRE LOS PROGRAMAS DE DISPENSACIÓN DE METADONA?

D. SOBRE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

d.1. De media, ¿a cuántos pacientes atiende en un día normal de trabajo?

De 1 a 10	Entre 10 y 20	Entre 20 y 30	Entre 30 y 40	Más de 40
☐	☐	☐	☐	☐

d.2. ¿De media, cuántos minutos dedica, en un día normal de trabajo, a atender a un paciente tipo?

Menos de 5 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos	Entre 5 y 10 minutos
☐	☐	☐	☐	☐

d.3. De las siguientes afirmaciones sobre la relación profesional-paciente, elija la opción que mejor se ajuste a su comportamiento habitual con las personas atendidas (marcar lo que proceda)

	Sí, siempre	Sí, casi siempre	Sí, a veces	No, nunca
La información que facilito a los pacientes sobre el tratamiento la regulo en función del perfil y los objetivos terapéuticos de cada uno/a.				
Informo a mis pacientes sobre la existencia de otros recursos de dispensación, más adecuados a su situación y perfil.				
Informo a mis pacientes sobre la existencia de otros recursos asistenciales (programas de desintoxicación, deshabituación o incorporación socio-laboral).				
Derivo a mis pacientes a otros profesionales: psicóloga/o, trabajadora social, etc.				
Ofrezco a mis pacientes la posibilidad de reducir dosis de sustitutivo opiáceo de cara a conseguir ser alta terapéutica				
Ofrezco alternativas si un paciente o familia no pueden recoger metadona en horario de mañanas				

d.5. En general, cómo calificaría la relación con sus pacientes:

Buena	Regular	Mala	Muy mala
☐	☐	☐	☐

Bibliografía

8

[1] de la FUENTE, Luis; BRUGAL, M. Teresa; DOMINGO-SALVANY, Antonia; BRAVO, María J.; NEIRA-LEÓN, Montserrat y BARRIO, Gregorio. «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro». Rev. Esp. Salud Publica vol. 80 no. 5. Madrid sep./oct. 2006. Disp. On line Revista Española de Salud Pública.

[2] Wikipedia, voz VIH-SIDA, consulta realizada el 19/02/2018.

[3] SÁNCHEZ PARDO, L, «Evaluación de la Efectividad de los Programas de Sustitutivos Opiáceos». Revista de Trastornos Adictivos, 2000; 2: 56-72. http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-evaluacion-efectividad-los-programas-sustitutivos-10016681

[4] ENGEL, George L. (1977). «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine». Science 196:129–136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203 (web) DOI: 10.1126/science.847460

[5] TORRES HERNÁNDEZ, Miguel Ángel et al. «Historia de las adicciones en la España Contemporánea», p. 37. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2009.

[6] SÁNCHEZ PARDO, L, Op. Cit.

[7] SÁNCHEZ PARDO, L, Op. Cit.

[8] de la FUENTE, Luis et al. Op. Cit.

[9] PASCUAL Francisco; TORRES, Meritxell; CALAFAT, Amador. «Monografía cocaína». Plan Nacional sobre Drogas. Adicciones, Vol. 13, suplemento 2, 2001. P. 19.

[10] Op. Cit. P. 5.

[11] CABASES, Juan M.. «El EQ-5D como medida de resultados en salud». Gac Sanit [online]. 2015, vol.29, n.6 [citado 2018-02-27], pp.401-403. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000600001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007.

[12] BHARMAL, M., THOMAS, J. «Comparing the EQ-5D and the SF-6D descriptive systems to assess their ceiling effects in the US general population». Value Health. 2006; 9:262-71.

[13] BRAZIER, J., ROBERTS, J., TSUCHIYA, A. et al. «A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups». Health Econ. 2004;13:873-84.

[14] SÁNCHEZ PARDO, L, Op. Cit.

[15] MEMORIA 2016, Servicio de Salud del Principado de Asturias. https://www.astursalud.es/documents/31867/36153/Memoria_sespa.pdf/15287cf6-0b8b-fca6-2f2b-5496365b409a. Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los SSMPA.- Gobierno del Principado de Asturias. https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/decalogo-de-derechos-y-deberes-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental

[16] GRACIA PASTOR, Jorge et al. «ULISES Programa de Mantenimiento con Metadona; Propuesta funcional, evaluación y situación actual». Fundación Atenea-GID Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza. Zaragoza 2010.

[17] FERNÁNDEZ MIRANDA, Juan José; PEREIRO GÓMEZ, César. «Guía clínica SOCIDROGALCOHOL para el tratamiento de la dependencia de opiáceos». SOCIDROGALCOHOL, 2007. P 62-63.

[18] FILLMORE, K. M.; GOLDING, J. M.; LEINO, E. V.; MOTOYOSHI, M.; SHOEMAKER, C.; TERRY, H.; . . . FERRER, H. P. (1997). «Patterns and trends in women's and men's drinking». In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (Eds.), «Gender and alcohol: Individual and social perspectives» (pp. 21-48). Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies.

[19] GREEN, Carla A. «Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services», NIAAA.

[20] GREENFIELD, Shelly F.; GORDON, Susan M.; GREEN, Carla A.; KROPP, Frankie; MCHUGH, R. Kathryn; LINCOLN, Melissa; HIEN, Denise; MIELE, Gloria M.

«Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature». PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

[21] WEISNER, C.; MERTENS, J.; TAM, T.; and MOORE, C. «Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care». PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

[22] GREEN, C.A.; POLEN, M.R.; DICKINSON, D.M.; et al. «Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program». Journal of Substance Abuse Treatment. Volume 23, Issue 4, December 2002, Pages 285-295.

[23] GREENFIELD, Shelly F. et al. Op. Cit.

[24] ASHLEY, Olivia Silber; MARSDEN, Mary Ellen & BRADY, Thomas M., Pgs 19-53 | Published online: 07 Jul 2009. «Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review». THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE Vol. 29, No. 1, pp. 19–53, 2003.

[25] SÁNCHEZ PARDO, L, Op. Cit.

[26] LASSER, Karen; WESLEY BOYD, J.; WOOLHANDLER, Steffie; HIMMELSTEIN, David U.; MCCORMICK, Danny; BOR, David H.. «Smoking and Mental Illness. A Population-Based Prevalence Study». JAMA. 2000; 284 (20): 2606-2610. doi: 10.1001/jama.284.20.2606

[27] SOBRADIEL, N. GARCÍA-VICENT, V. , «Consumo de tabaco y patología psiquiátrica» http://www.infodrogas.org/f/infodrogas/ficheros/Revista_trastornos_adictivos_Monografico_de_tabaquismo.pdf#page=38

[28] Op. Cit.

[29] CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS –CIS-, «Barómetro sanitario 2016 (tercera oleada)» Octubre 2016.http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3140_3159/3157/es3157mar.pdf

[30] Op. Cit.

[31] DAWSON, D.A.; GRANT, B.F.; STINSON, F.S.; et al. «Recovery from DSM–IV alcohol dependence: United States, 2001–2002». Addiction 100:281–292, 2005.

[32] WEISNER, C.; DELUCCHI, K.; MATZGER, H.; and SCHMIDT, L.. «The role of community services and informal support on five-year drinking trajectories of alcohol dependent and problem drinkers». Journal of Studies on Alcohol adn Drugs. 64:862–873, 2003.

[33] CABASES, Juan M.. «El EQ-5D como medida de resultados en salud». Gac Sanit [online]. 2015, vol.29, n.6 [citado 2018-02-27], pp.401-403.

[34] MARGOLLES, Mario & DONATE, Ignacio. «IV Encuesta de Salud para Asturias, 2017: Dirección General de Salud Pública», 2018.

[35] MARGOLLES, Mario & DONATE, Ignacio. OP. Cit, pág. 60.

[36] BRADLEY, K.A.; BADRINATH, S.; BUSH, K.; et al. «Medical risks for women who drink alcohol». PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

[37] CABASÉS, Juan M. Op. Cit.

[38] MARGOLLES, Mario & DONATE, Ignacio. Op. Cit.

[39] MARGOLLES, Mario & DONATE, Ignacio. Op. Cit.

[40] BRADY, K.T., and RANDALL, C.L. «Gender differences in substance use disorders». Psychiatric Clinics of North America 22: 241–252, 1999.

[41] CHEN, Kevin W.; BANDUCCI Annie N.; GULLER, Leila.; MACATEE, Richard J.; LAVELLE, Anna; DAUGHTERS, Stacey; and LEJUEZ, C.W.. «An Examination of Psychiatric Comorbidities as a Function of Gender and Substance Type within an Inpatient Substance Use Treatment Program». PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

Asturias, 15 de mayo de 2019

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad del

Principado de Asturias