

EDITORIAL**LA INFORMACION SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS ILEGALES Y SUS PROBLEMAS ASOCIADOS****Luis de la Fuente de Hoz (1), Josep M. Antó Boqué (2)**

(1) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

(2) Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona.

I. INTRODUCCION

En las dos últimas décadas el uso no terapéutico de sustancias psicoactivas, distintas del alcohol y el tabaco, se extendió entre amplios sectores de la población, fundamentalmente adultos jóvenes. Este incremento del consumo se acompañó de la generalización de algunos modos de consumo hasta entonces minoritarios, como es el caso de la inyección intravenosa. En muy pocos años las sociedades occidentales tuvieron que hacer frente a un fenómeno nuevo, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Todos los sectores asistenciales, muy especialmente el sanitario, resultaron convulsionados por la aparición de nuevas necesidades ligadas al consumo de drogas. Sin embargo, la aparición de estas nuevas necesidades se anticipó al conocimiento fiable de la magnitud y evolución del problema. Como consecuencia, los estereotipos sociales más prevalentes dominaron sobre las características reales del fenómeno. En este contexto surgen muchos de los sistemas de información sobre uso indebido de drogas y problemas asociados existentes, como instrumentos para conocer las características epidemiológicas más relevantes del consumo no terapéutico de drogas, así como para facilitar la planificación y evaluación de los servicios asistenciales correspondientes. La evolución

de estos sistemas ha hecho patente que las características del fenómeno dificultan la aplicación de las metodologías tradicionales y ha estimulado el desarrollo de alternativas más ajustadas al mismo.

Somos conscientes de que es difícil realizar aproximaciones sectoriales al fenómeno, tanto para determinar su magnitud y definir sus características, como para tratar de comprenderlo y planificar soluciones al mismo. Sin embargo, por el ámbito de nuestra reflexión y por cuestiones prácticas, vamos a centrarnos únicamente en el campo de la información sanitaria o epidemiológica.

II. UN REPASO HISTORICO

La necesidad de disponer de información sobre la extensión y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud surgió muy pronto con unas finalidades que parecían obvias. Por una parte, conocer las características epidemiológicas del fenómeno: magnitud y distribución, de acuerdo con las variables más relevantes de espacio, persona y tiempo. Por otra, dicha información se hizo necesaria para la elaboración de planes y programas orientados a prevenir su extensión y reducir su impacto sobre los afectados con la consiguiente necesidad de establecer prioridades de actuación y de asignación de recursos. Sin ella,

difícilmente podrían elaborarse estrategias preventivas o poner en marcha nuevos tratamientos para los distintos problemas de salud asociados con el consumo. Finalmente, dicha información contribuyó a la evaluación de la eficiencia de los mismos.

Las primeras iniciativas en este campo surgieron en los países donde el problema se presentó más precozmente y en los que existía tradición en el desarrollo de sistemas de información sanitaria. En la década de los sesenta se realizaron numerosas investigaciones puntuales en diversos lugares. A partir de 1968 se estableció que los médicos del Reino Unido debían notificar al registro central del Ministerio del Interior todos los toxicómanos que atendieran, dando lugar al denominado Addicts Index¹. En 1972 se pusieron en marcha en Estados Unidos (EE.UU) dos sistemas nacionales de recogida de información: la Encuesta Domiciliaria Nacional (National Household Survey on Drug Abuse) y una Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas (Drug Abuse Warning Network-DAWN) que reúne datos de forma continua sobre las muertes y las urgencias hospitalarias relacionadas con el abuso de drogas². En esos mismos años se creó en USA el Client Oriented Data Process (CODAP), que recogía datos a partir de las admisiones a tratamiento. Desde el año 1975 se lleva a cabo, cada año, una encuesta en estudiantes del último año de escuela secundaria, la denominada "High School Senior Survey", que recoge prevalencia de consumo de distintas sustancias, así como actitudes y creencias relacionados con dicho consumo³.

Más recientemente, la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas y la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud han comenzado a desarrollar sistemas de información sobre la demanda de drogas, basados en la recogida y organización de

datos secundarios aportados por los estados miembros, además de mantener modificados, en la mayoría de los casos, los sistemas de que ya disponían o las encuestas que ya patrocinaban. El Grupo Pompidou del Consejo de Europa ha estudiado los problemas relacionados con el uso indebido de drogas en varias ciudades europeas, integrando los resultados de varios indicadores¹ y ha evaluado la metodología para realizar encuestas escolares⁴. Por su parte, la Comunidad Económica Europea ha empezado a desarrollar un Observatorio Europeo sobre Drogas (Drug Monitoring Centre) con la función de reunir, analizar y difundir información y documentación sobre drogas, de forma que su intervención constituya un valor añadido sobre el resto de las fuentes existentes⁵.

Además de obtener información periódica sobre la situación internacional del consumo de drogas, estas organizaciones se enfrentan a la dificultad de lograr un consenso para que los distintos países recojan un conjunto mínimo de datos comunes, empleando definiciones y metodologías tan próximas y homogéneas como sea posible.

La descripción de este proceso en nuestro país, así como sus perspectivas de desarrollo se abordan en el artículo de J. Sánchez et al, publicado en este mismo número.

III. LIMITACIONES DE LAS METODOLOGIAS TRADICIONALES

Las técnicas más utilizadas para evaluar el uso indebido de drogas, podríamos agruparlas en tres grandes categorías: encuestas poblacionales, sistemas de notificación o registro (indicadores indirectos) y estudios etnográficos^{1, 2, 6, 7, 8, 9}. Todas tienen limitaciones y todas han sido sometidas en un momento u otro a críticas, tanto conceptuales como metodológicas.

Las encuestas domiciliarias y escolares^{3,4,6,7} ofrecen resultados poco precisos para las drogas con baja prevalencia de consumo (como es el caso de los opiáceos, la cocaína y todas las drogas ilegales). Igualmente, no informan sobre algunos subgrupos de la población, especialmente vulnerables al consumo de drogas, como son las personas institucionalizadas o sin domicilio fijo (encuestas domiciliarias) o los jóvenes no escolarizados o los que faltan a clase (encuestas escolares). Además, sus hallazgos pueden estar sesgados de forma importante en función de las valoraciones sociales de los comportamientos investigados. Sin embargo, su realización periódica, manteniendo la misma metodología, puede ser útil para valorar la evolución temporal de la prevalencia. Además, sus aportaciones en el campo de la evaluación de las actitudes y conocimientos sobre el consumo de drogas son incuestionables.

Los indicadores indirectos de consumo, basados en el registro de los usuarios de ciertos servicios asistenciales^{1, 2, 6, 8-11}, tampoco permiten valorar la prevalencia de consumo, siendo en cambio útiles para monitorizar la tendencia de la misma. Existen además algunos modelos matemáticos más o menos complejos, basados en dichos indicadores, para tratar de estimar la prevalencia, aunque los supuestos de los que parten casi nunca se dan en la realidad. Por otro lado, estos indicadores ofrecen poca información de los consumidores sin problemas y ninguna de aquéllos que no utilizan los dispositivos de atención monitorizados. Además, están influidos por una serie de factores externos (disponibilidad de medios de atención, grado de utilización de los mismos, etc.) que pueden modificar artificialmente el valor del indicador sin que haya variado la frecuencia real del problema. Los indicadores indirectos pueden también referirse a la oferta^{1, 2}, pero en este caso dependen excesivamente del nivel de actividad y de las priori-

dades de los servicios policiales, así como del estatus del país como receptor final-distribuidor de drogas hacia otros destinos.

Ambos enfoques (encuestas e indicadores indirectos) presentan generalmente una limitación común: aislan el problema de su contexto cultural y social. Por este motivo y por otras ventajas que no entramos a valorar, los estudios etnográficos pueden ser de utilidad¹², aunque presentan el inconveniente de que son difícilmente extrapolables a poblaciones diferentes a las subculturas o grupos donde se han realizado. Sin embargo, esta misma debilidad supone una ventaja conceptual desde la perspectiva del diseño y evaluación de las intervenciones locales. Por otra parte, en algunos casos quizá estos estudios sean la única forma de obtener información sobre ciertos grupos poblacionales con problemas de drogas.

IV. LA COMPLEMENTARIEDAD COMO ALTERNATIVA

Como fácilmente se desprende de este breve repaso de los diversos métodos, el campo de la información sobre el uso no terapéutico de sustancias psicoactivas constituye un terreno resbaladizo donde persisten enormes dificultades metodológicas. Estas dificultades derivan de las especiales características, inherentes al consumo de estas sustancias en las sociedades occidentales. Por una parte, la baja prevalencia del mismo en las poblaciones generales, lo que exige incrementar enormemente el tamaño muestral para lograr precisiones aceptables. Por otra, la conceptualización social de dicho consumo, ya que la fiscalización internacional y el control legal a que han sido sometidas algunas de estas sustancias (drogas ilícitas)^{13, 14}, han contribuido a mantener a proveedores y consumidores al margen o en las fronteras de la legali-

dad. Esta situación legal y la intolerancia social, unida al estilo de vida marginal de muchos consumidores, han condicionado todos los intentos de conocimiento del fenómeno, convirtiéndolo en algo elusivo y fuera del alcance de los métodos tradicionalmente usados en el campo de la información sanitaria.

Un objetivo fundamental de los sistemas de información sanitaria es monitorizar la prevalencia y la evolución de los problemas de salud que se miden. Desgraciadamente, en el campo del abuso de drogas y sus problemas asociados, no existe ningún método que permita abarcar el fenómeno en toda su complejidad. De manera similar a como sucede en otros campos, pero de forma más patente, hemos de considerar que la mejor comprensión del fenómeno se obtiene cuando se integran informaciones parciales, cuantitativas y cualitativas, obtenidas con métodos diversos y de fuentes de información independientes^{1, 2, 7, 15, 16}. Si, tras el análisis de los datos procedentes de fuentes independientes, se detectan cambios significativos y persistentes en el mismo sentido, es muy probable que dichos cambios se estén produciendo en la realidad. Al integrar la información aparece un valor añadido más allá de la mera agregación de informaciones parciales. Además, con el uso de esta diversidad de fuentes y de instrumentos metodológicos será más fácil cubrir las necesidades de información, no necesariamente equivalentes, de distintos tipos de usuarios de la misma (políticos, gestores, profesionales sanitarios y sociales de los servicios asistenciales, medios de comunicación y ciudadanos en general).

A veces, pueden existir momentos de desconcierto porque las diversas informaciones provenientes de fuentes distintas parecen sugerir conclusiones diferentes². Para evitar interpretaciones erróneas o precipitadas es necesario conocer bien el contexto cultural, político

y económico en que se produce el consumo, las medidas adoptadas para reducir los problemas de las drogas y las características y el funcionamiento de los sistemas de información. Todos estos factores pueden condicionar cambios en el comportamiento de los indicadores o en las respuestas de la población a las encuestas, independientemente de la evolución del fenómeno que se pretende cuantificar.

En todos los sistemas de información sanitaria la posibilidad de realizar comparaciones geográficas es un valor fundamental. En el campo que nos ocupa, estas comparaciones pueden ser problemáticas. Aún en el caso de que se adoptaran definiciones y procedimientos de recogida de información homogéneos, lo que a primera vista parece bastante difícil en el caso de los indicadores indirectos, basados en la monitorización de servicios de atención (aunque también afecta, de forma más sutil, pero no menos pronunciada, a los métodos de encuesta), habría que considerar en el momento de la interpretación la influencia de factores externos de difícil control ligados al contexto sociocultural y a las políticas de prevención y control desarrolladas^{1, 15}.

De ahí que, cuanto mayor es la proximidad de los investigadores al medio en que se desenvuelven los consumidores, mayores son seguramente sus oportunidades de conocer los factores externos que pueden afectar a los indicadores y mayores las posibilidades de detectar precozmente cambios en los patrones de consumo y en los problemas asociados.

V. LA CONTINUIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION

En general, el valor de cualquier método aumenta mucho cuando se mantiene en el tiempo sin variaciones sustanciales. La continuidad de los sistemas de información es uno de los principales

prerequisitos para su validez. Este requisito se da en muy pocos sistemas a nivel mundial. En el caso de los sistemas señalados anteriormente en EEUU es quizá el ejemplo más notable. En Europa el caso del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) es, junto al referido Addicts Index británico, pero con importantes ventajas en cuanto a sus objetivos, diseño y calidad, el único que ofrece estas características. Así, por ejemplo, no existe ninguna encuesta de ámbito nacional o autonómico que se haya realizado en más de tres ocasiones con metodología idéntica.

Este proceso de continuidad suele romperse por diferentes factores: la exigencia por parte de políticos y administradores de datos e informaciones, sin reparar en su validez, la tendencia en nuestro medio a valorar fundamentalmente la capacidad de innovación, y no la capacidad para mejorar y continuar iniciativas preexistentes y la preferencia de los profesionales de la investigación por diseños en apariencia más complejos y de menor esfuerzo cotidiano.

La realización de estudios coyunturales sin valorar adecuadamente su pertinencia y, a menudo, olvidando las grandes dificultades metodológicas que el fenómeno del consumo de drogas conlleva, no dejarán de constituir fuegos de artificio de escasa utilidad para un conocimiento riguroso de la realidad, cuyo fin, conviene no olvidarlo, es la prevención del uso inadecuado de sustancias psicoactivas, de los problemas sociales y de salud, asociados al mismo, así como la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas con problemas de drogas.

VI. APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA

En España, la experiencia adquirida en el diseño, puesta en marcha y gestión del SEIT puede iluminar el proceso para

el desarrollo de otros sistemas de información. Al igual que en él, el desarrollo de encuestas nacionales debería realizarse sobre un acuerdo con todas las Comunidades Autónomas (que son quienes tienen la mayoría de las competencias en materia de salud y servicios sociales). Debería posibilitar un diseño flexible para permitir a cada autonomía incluir algunas variables que recogieran necesidades especiales suyas, así como poder aumentar la muestra para lograr intervalos de confianza aceptables. Los cuestionarios y el proceso de desarrollo deberían estudiarse profundamente, evitando así necesidades urgentes de cambio posterior. Finalmente, se debería garantizar la continuidad mediante la búsqueda de instituciones con tradición investigadora, adecuadas para asumir este proyecto y de un consenso político que posibilite asignaciones presupuestarias a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Groupe Pompidou: Etude multivilles sur l'abus de drogues à Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, París, Rome, Stockholm. Strasbourg: Conseil d l'Europe, 1987.
2. Office of National Drug Control Policy. Leading Drug Indicators. White Paper. Washington: US Government Printing Office, September 1990.
3. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. National Trends in drug use and the related factors among american high school students and young adults, 1975-1986. DHHS. Publication núm. (ADM) 87-1535. Whashington DC: US Government Printing Office, 1987.
4. Johnston LD, Driessen F, Kokkevi A. Raport of Six Country Collaborative Project on Student Surveys of drug use. P-PG/Epid (90) 3. Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group, 1990.
5. Commission of the European Communities. European Drug Monitoring Centre. Feasibility study. Brusels:

- Commission of the European Communities, 1990.
6. Kozel N. Epidemiología del abuso de drogas en los Estados Unidos de América. Resumen de métodos y observaciones. Bol Of Sanit Panam 1989; 107: 531-540.
 7. Johnston LD. La técnica de encuestas en la evaluación del uso indebido de drogas. Boletín de Estupefacientes, 1989; 41: 33-46.
 8. Roca J, Anto JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Comun Drogas 1987; (5/6): 9-38.
 9. Hartnoll R, Avico U, Ingold FR et al. Estudio del uso indebido de drogas en varias ciudades europeas. Boletín de Estupefacientes 1989; 41: 3-31.
 10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 11. National Institute on drug abuse (NIDA). Data from the Drug Abuse Warning Network (DAWN). Anual data 1989. Statical Series-Series I, Number 9. DHHS publication. Núm. (ADM) 90-1717. Rockville, Maryland: NIDA, 1990.
 12. NIDA. The collection and interpretation of data from hidden populations. Rescarch Monograph Series 98. DHHS publication number (ADM) 90-1678. Washington DC: US Government Printing Office, 1990.
 13. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. United Nations Publication núm. E.77.XI.3. New York: United Nations, 1977.
 14. United Nations. Convention on Psychotropic Substances 1971. United Nations Publications núm. E.78.XI.3. New York: United Nations, 1977.
 15. Hartnoll R, Daviaud E, Lewis R, Mitcheson M. Problemas de drogas: Valoración de las necesidades locales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 16. National Institute on drug abuse (NIDA). Epidemiologic trends in drug abuse. Proceedings Community Epidemiologic Work Group, June 1991. DHHS Publication Number (ADM) 91-1849. Rockville, Maryland: NIDA, 1991.