

# Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad

E. Puigdollers<sup>a</sup> / F. Cots<sup>a,b</sup> / M.T. Brugal<sup>c</sup> / L. Torralba<sup>c</sup> / A. Domingo-Salvany<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). <sup>b</sup>Servei d'Estudis. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). <sup>c</sup>Departament d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Barcelona. España.

*Correspondencia:* A. Domingo-Salvany. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Dr. Aiguader, 80. 08003 Barcelona. España.  
Correo electrónico: adomingo@imim.es

*Recibido:* 28 de agosto de 2002.  
*Aceptado:* 23 de diciembre de 2002.

**(Methadone maintenance programs with supplementary services: a cost-effectiveness study)**

## Resumen

**Objetivo:** Actualmente, los programas de mantenimiento con metadona (PMM) son la mejor alternativa de tratamiento para los adictos a opiáceos.

Se pretende valorar el coste-efectividad de tres PMM que ofrecían diferentes servicios auxiliares utilizando como medida de efectividad el incremento de la calidad de vida.

**Métodos:** Estudio de seguimiento a 12 meses de 586 pacientes que iniciaron tratamiento con metadona en los centros de atención y seguimiento municipales de Barcelona. Para medir la evolución de la calidad de vida se utilizó el Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Se calcularon los costes unitarios estándar y el coste total por paciente a partir de los registros de actividad. Los datos sociodemográficos, de salud y toxicológicos se obtuvieron a través de una entrevista semiestructurada. El análisis coste-efectividad se realizó mediante dos modelos multivariados con idénticas variables de ajuste.

**Resultados:** Cuanto mayor es la intensidad de programa, más elevado es el coste. Los modelos ajustados detectaron un aumento significativo de la calidad de vida (mejora de un 8% en el PSN) y de los costes (17%) entre el programa de intensidad baja y el de intensidad media.

**Conclusiones:** El programa de media intensidad demostró la mejor relación coste-efectividad pero, dadas las limitaciones del estudio, es difícil ser taxativo en la generalización de sus resultados.

**Palabras clave:** Programas de mantenimiento con metadona. Coste-efectividad. Calidad de vida. Política sanitaria. Heroína.

## Abstract

**Objective:** Methadone maintenance programs (MMP) currently offer the best treatment for opioid-addicted patients. The aim of this study was to examine the cost-effectiveness of three MMPs that offered varying levels of supplementary services. Health-related quality of life was used as a measure of effectiveness.

**Methods:** A 12-month follow-up study of 586 patients beginning methadone treatment in Drug Care Centers in Barcelona was performed. The Nottingham Health Profile was used to measure quality of life. Standard unit costs and total cost per patient were calculated from activity registries. Sociodemographic, health-related and toxicological data were collected through a semi-structured interview. A cost-effectiveness analysis was performed through two multiple linear regressions with the same adjusting variables.

**Results:** The greater the number of supplementary services involved, the higher the costs. The adjusted models revealed a significant increase in health-related quality of life (an increase of 8% in the Nottingham Health Profile) and in costs (17%) between low- and medium-intensity programs.

**Conclusion:** The medium-intensity program showed the best cost-effectiveness ratio. However, the study's limitations preclude categorical generalization of the data.

**Key words:** Methadone maintenance treatment. Cost-effectiveness. Quality of life. Health policy. Heroin.

## Introducción

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) son la mejor alternativa de tratamiento de los adictos a opiáceos de que se dispone en la actualidad: otras formas de tratamiento atraen y retienen a menos pacientes y, además, no producen

resultados mejores en quienes finalizan el tratamiento, comportando un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad para los usuarios, así como unos costes sociales y económicos elevados a la comunidad. Aunque estudios precedentes indican que los tratamientos con metadona tienen un cociente coste-beneficio importante desde el punto de vista social<sup>1</sup>, existen evidencias de

diferencias entre distintos PMM en cuanto a la efectividad entendida como la capacidad de retención de los pacientes en el programa, disminución de la morbilidad y mortalidad, reducción de criminalidad y de consumo de drogas<sup>2,3</sup>. Cuando se analizan las características que predicen dichas variaciones, en general se refuerza el modelo propuesto inicialmente por Dole y Nyswander, en el sentido de que los programas orientados al mantenimiento, que ofrecen dosis suficientemente altas y con servicios auxiliares, son los que obtienen mejores resultados<sup>1,4</sup>. Sin embargo, existen datos contradictorios; por ejemplo, tomando como criterio la abstinencia de heroína, al año de seguimiento resultaron más eficientes los programas de intensidad moderada<sup>5</sup>. Otros factores que se han relacionado con una mayor capacidad de retención de los pacientes son la existencia de profesionales especializados implicados en el diagnóstico y plan de tratamiento<sup>6</sup>, y también se ha observado que la efectividad puede depender del momento en que los servicios auxiliares se ofrecen. Los servicios ofrecidos al inicio de un episodio de tratamiento pueden ser especialmente eficientes pero, en cambio, los servicios ofrecidos demasiado tarde pueden no serlo<sup>6</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es especialmente adecuada como medida del resultado en pacientes con trastornos crónicos<sup>7,8</sup>. Su medida con instrumentos diversos, entre ellos el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), ha sido utilizada en estudios previos para valorar la evolución de los adictos a opiáceos, que pueden considerarse enfermos crónicos<sup>9,10</sup>.

El objetivo del presente estudio es valorar el cociente coste-efectividad de tres programas de tratamiento con ofertas en servicios auxiliares diferentes, utilizando como medida de la efectividad el incremento de la CVRS.

## Métodos

Estudio de seguimiento a un año de 586 pacientes que iniciaban por primera vez un PMM. El estudio se realizó en los 5 centros de atención y seguimiento (CAS) municipales de Barcelona que, en 1996, cubrían el 85% de los tratamientos con metadona ofertados en la ciudad.

Los PMM eran de baja exigencia para el paciente (sin límite de tiempo ni dosis de metadona y sin penalización por consumo ilegal). Los tres programas consistían en varias actuaciones distintas: administrar metadona diariamente y junto con un control médico de las posibles afecciones orgánicas, para el programa de baja intensidad; el de intensidad media incluía, además, un soporte socioeducativo: elaboración de una historia social, información y orientación de recursos de reinserción, económicos y judiciales, talleres educativos, y coordinación con las unidades de atención primaria so-

cial; y el de alta intensidad añadía el soporte psicoterapéutico: terapia educacional –prevención de recaídas, entrenamiento en estrategias de afrontamiento para facilitar el cambio de hábitos–, detección de psicopatías y tratamiento psicopatológico o, en caso necesario, derivación del paciente.

La asignación a los distintos programas se hizo estratificada por centro. La dirección del centro asignó a los pacientes, correlativamente, al programa de tratamiento con más servicios auxiliares disponibles. En el momento de incorporarse al PMM, se informó de ello a los pacientes y se planificó con cada uno el tratamiento por objetivos, formalizándose este proceso por escrito en un contrato terapéutico (consentimiento informado).

Los datos sociodemográficos, de salud y toxicológicos fueron extraídos de la entrevista que se utiliza en la acogida del paciente en todos los CAS. Las evaluaciones se realizaron antes de iniciar el tratamiento, al mes, a los 6 meses y al año, los últimos con una versión abreviada de la entrevista. El nivel educativo se consideró alto cuando los pacientes habían recibido, además de la educación obligatoria, otra formación reglada (Formación Profesional, Bachillerato Unificado Polivalente, diplomaturas, licenciaturas, etc.) y básico en el resto de los casos. El estado serológico del VIH se obtuvo posteriormente a la redacción del historial médico. Se determinó que el sujeto era politoxicómano en aquellos casos en los que era diagnosticado por su médico como dependiente, según criterios diagnósticos DSM-IV<sup>11</sup>, de otra droga (con excepción de la nicotina).

Para la medida de la CVRS se usó la versión española del PSN<sup>12</sup>, que tiene un rango de puntuaciones desde 0 a 100, donde 0 es la puntuación que refleja el mejor estado de salud posible y 100 el peor posible. El cuestionario fue autoadministrado.

Como variable resultado se utilizó la diferencia entre la puntuación antes de iniciar el tratamiento y la puntuación un mes después de haberlo iniciado. Con ello se pretendía evitar, por un lado, la pérdida de datos debidos a los abandonos y, por otro, sabíamos que las mejoras en CVRS en pacientes que habían seguido un PMM de alta intensidad (con servicios auxiliares sociales y psicológicos) eran particularmente evidentes en el primer mes de tratamiento, y que dicha mejoría seguía, sin cambios significativos, en aquellos pacientes que continuaban en tratamiento a lo largo de un año<sup>10</sup>. Esperábamos que las mejoras en el programa de baja y media intensidad no superaran las obtenidas en el de alta intensidad, ni al año ni al mes de tratamiento.

### *Coste de los programas*

Se construyeron dos tipos de costes unitarios distintos dependiendo de si se contabilizaba el efecto su- bactividad (coste unitario directo por minuto de activi-

**Tabla 1. Actividad de los centros de atención y seguimiento de drogodependencias, 1998**

	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5	Total	Tiempo estándar (min) <sup>a</sup>	Tiempo total (min)
Primera visita	838	718	962	434	234	3.186	45	143.370
Coordinación y acogida	1.940	1.648	1.047	850	219	5.704	1	5.704
Visita de seguimiento médico	14.645	8.496	12.379	4.541	5.270	45.331	15	679.965
Visita de seguimiento terapéutico	2.490	3.976	6.054	3.682	3	16.205	25	405.125
Visita de seguimiento para trabajo social	2.723	3.454	3.584	3.273	816	13.850	30	415.508
Dispensación de metadona	34.739	29.906	27.539	20.294	27.539	140.017	3	420.051
Grupos terapéuticos <sup>b</sup>	1.834	11.057	7.262	497	671	21.321	45	97.817
Visita de enfermería	2.136	11.877	11.171	3.266	12.954	41.404	5	207.020
Total	61.345	71.132	69.998	36.837	47.706	287.018	8	2.374.560

<sup>a</sup>El tiempo estandarizado es el utilizado por la entidad financiadora y se basa en los tiempos establecidos por Manzanera et al<sup>13</sup>.

<sup>b</sup>El tiempo asignado estándar es por grupo, mientras que la actividad representa a cada paciente (la ratio es 0,10195).

dad ajustado por productividad), o bien se reconocía solamente el coste directo de cada actividad sin ajustar por productividad de los distintos centros (coste unitario directo por minuto contratado). Para obtener el primero de ellos, sobre la base del registro de la actividad (tabla 1) y el coste por concepto para 1998 de los centros estudiados (tabla 2), se calcularon los costes directos por minuto de cada actividad y profesional. Para ello se convirtió la actividad del año 1998, registrada en actos, en minutos de actividad mediante valores estandarizados de la duración de cada tipología de acto registrado<sup>13</sup>. Los minutos de actividad se asignaron a cada grupo de profesionales según su participación en cada tipología de actividad (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares de clínica, asistentes sociales, educadores y monitores) (fig. 1 [1]). El coste total de estos

profesionales en el período 1998 se dividió por los minutos de actividad asignados a cada grupo, para obtener el coste unitario directo por minuto de actividad ajustado por productividad (fig. 1 [2]).

El coste unitario directo por minuto contratado se calculó dividiendo el coste de 1998 de cada categoría profesional por los minutos contratados de cada una de ellas, independientemente del factor productividad (fig. 1 [3]).

Los otros costes no relacionados directamente con la actividad realizada (resto de personal y otros gastos) se consideraron indirectos, y el coste unitario indirecto fue calculado dividiendo el conjunto de estos costes indirectos por los minutos totales asistenciales directos. En la tabla 2 se resumen el conjunto de partidas, su consideración de directo e indirecto y su relación con el tipo de actividad realizada.

El coste total por programa fue la suma del coste incurrido por cada uno de los pacientes asignados a dicho programa. Usando los valores resultantes de la utilización de costes unitarios ajustados por productividad se pudo valorar el coste real medio de cada programa. La valoración de costes realizada mediante el uso de costes unitarios no ajustados por productividad permitió comparar el coste entre programas sin que el nivel de productividad entre centros o bien entre profesionales influyera en la comparación de costes entre programas.

#### *Análisis estadísticos*

Los datos se analizaron según la intención de tratamiento, excepto en los casos en los que explícitamente hubo un cambio de programa (n = 5), que fueron considerados como bajas.

Se analizaron las diferencias del incremento en CVRS y de coste entre los tres programas mediante

**Tabla 2. Costes de la actividad de los cinco centros, 1998**

Profesional	Coste contratado por tipología y categoría profesional (euros)	Coste unitario real ajustado por productividad <sup>a,b</sup> (euros)
Médico	237.740	0,41
Psicólogo	251.710	0,48
Enfermera	251.610	0,38
Auxiliar de clínica	55.580	0,32
Educador	103.370	0,63
Monitor	47.670	0,40
Asistente social	136.380	0,48
Costes directos	1.084.050	
Costes indirectos <sup>c</sup>	676.230	0,27
Costes totales	2.844.330	

<sup>a</sup>Coste empresa total anual/min dedicados a la actividad recogida por los sistemas de información y valorada según estándares.

<sup>b</sup>El tiempo de profesional total es superior al tiempo de asistencia por paciente puesto que en ciertas actividades participan diversos profesionales.

<sup>c</sup>Incluye costes de personal no asistencial y resto de costes de explotación.

**Figura 1. Cálculo del coste unitario por perfil de profesional.**

- [1] Tiempo trabajado 1998  $i$  =  
 $\sum_{j=1}^n (\text{actividad } 1998_j * \text{Tiempo estándar } j)$
- [2] Coste por minuto ajustado por productividad =  
 Coste total 1998  $i$  / Tiempo trabajado 1998  $i$
- [3] Coste por minuto contratado =  
 Coste total 1998  $i$  / Tiempo contratado 1998  $i$

un contraste T de medias. Para controlar por posibles diferencias en las características basales de los pacientes entre grupos se construyeron sendas regresiones lineales múltiples, ajustadas por mínimos cuadrados ordinarios, en que las diferencias individuales de las variables dependientes «incremento del nivel de CVRS» y el «coste total por paciente» se explicaban por la pertenencia a cada uno de los programas. Las variables de ajuste del modelo fueron el nivel de CVRS al inicio del estudio, la edad, el género, el nivel educativo, el VIH, los años de consumo, el policonsumo y el centro. Se transformaron logarítmicamente todas las variables continuas, de manera que se pudiera establecer una relación porcentual entre las variaciones marginales en la variable explicativa y la variable dependiente.

Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS-PC<sup>14</sup>.

## Resultados

Participaron 458 varones (78%) y 128 mujeres. La edad media de los participantes era de 31 años (DE, 6,7). El 77% (n = 452) de los pacientes tenía un nivel

de educación básico, el 56% (n = 325) tenía antecedentes legales y el 59% (n = 346) no había trabajado durante los 6 meses anteriores a la entrevista. En el momento de iniciar el PMM los pacientes presentaban una antigüedad media en el consumo de heroína de 10 (5,7) años. En cuanto a la forma de consumo, la vía más utilizada era la inyectada (58,5%). El 36% (n = 211) de los pacientes eran politoxicómanos, de los cuales 114 sujetos eran dependientes de la cocaína, que resultó ser la principal droga secundaria. No existieron diferencias basales en cuanto a sexo, nivel educativo, años de consumo y VIH entre las diferentes intensidades de PMM, pero el grupo asignado a la intensidad de tratamiento alta tenía una proporción mayor de politoxicómanos y desempleados (tabla 3).

Antes de finalizar el mes se perdieron 41 pacientes (7%); completaron un mes sin llegar a 6 meses, 98 pacientes (17%); completaron 6 meses, sin llegar al año, 66 pacientes (11%) y, finalmente, 381 pacientes (65%) completaron el año de seguimiento. Durante el tiempo de seguimiento no se pudo discriminar un nivel de retención diferente y significativo según el tipo de programa. Las bajas (n = 187, 37%) se distribuyeron homogéneamente entre programas; entre ellas, cabe destacar tres defunciones. El motivo más frecuente de baja en el programa fue debido a que los pacientes dejaron de acudir al centro (n = 171, 29%).

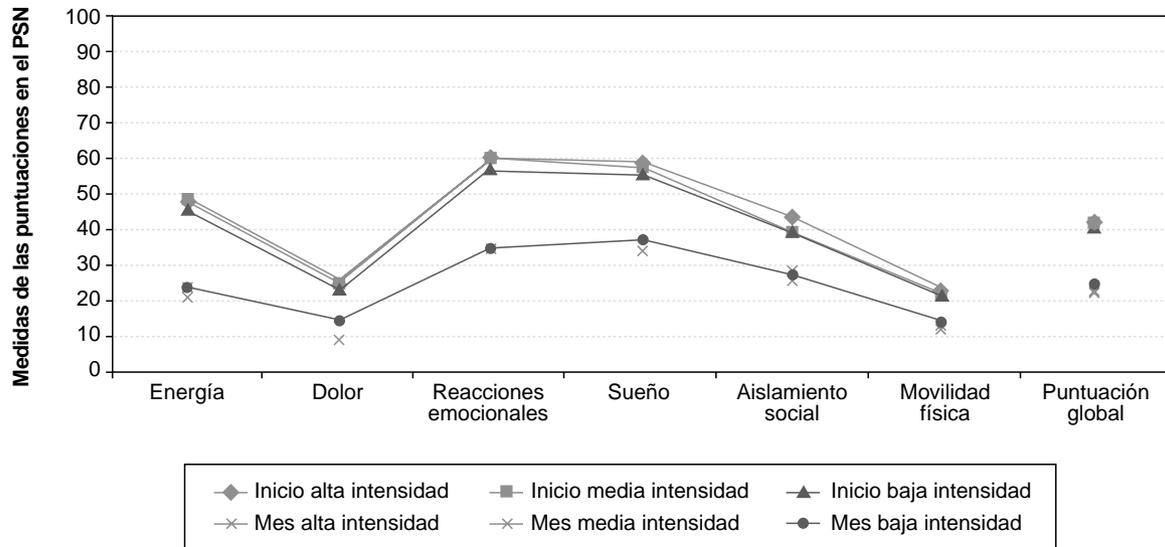
En el análisis bivariable no se detectaron diferencias significativas entre programas en las puntuaciones basales medias por dimensión del PSN (fig. 2). La puntuación media global fue de 42,1 puntos (IC del 95%, 40,0-44,1). Y según programa, en el de alta intensidad: 42,9 (IC del 95%, 39,5-46,3); intensidad media: 42,4 (IC del 95%, 38,8-46,1); intensidad baja: 40,8 (IC del 95%, 37,0-44,6). Después de un mes, las puntuaciones obtenidas en todas las dimensiones en los tres grupos habían disminuido significativamente (fig. 2), siendo las medias para la puntuación global: alta intensidad, 20,6

**Tabla 3. Características basales según el programa de tratamiento**

	Programa según intensidad terapéutica		
	Alta (n = 200)	Media (n = 200)	Baja (n = 186)
<b>Sociodemográficas</b>			
Edad (años), media (DE)	30 (6,5)	31 (6,3)	32 (7,2)
Varones	75% (151)	79% (158)	80% (149)
Nivel educativo básico	75% (150)	79% (157)	77% (143)
Parado (últimos 6 meses)	66% (132)	60% (118)	51% (94)*
<b>Toxicológicas</b>			
Años de consumo heroína, media (DE)	10,4 (5,8)	10,5 (5,5)	9,6 (5,7)
Politoxicómanos	53% (106)	28% (56)	26% (49)*
<b>Salud orgánica</b>			
Infectados por el VIH	29% (56)	24% (46)	22% (39)

\*Test  $\chi^2$ : p  $\leq$  0,05.

Figura 2. Perfil de Salud de Nottingham al inicio y al mes de tratamiento según programa.



(IC del 95%, 20,0-26,3); media intensidad, 21,3 (IC del 95%, 19,4-25,9); baja intensidad, 25,5 (IC del 95%, 21,9-29,1). Se constató que había mejorado el nivel de CVRS, sin que se observaran diferencias según el programa de tratamiento.

El coste total imputado a los distintos pacientes ascendió a 352.797,42 euros. La media de coste por paciente fue de 602,04 euros (rango, 524,77-668,91 euros). El paso del programa de baja intensidad al programa de alta intensidad terapéutica supuso un incremento del 27,5% del coste final por paciente. El coste fue más reducido cuanto menor fue la intensidad del programa. El coste directo y también el indirecto presentaron diferencias significativas entre el programa de baja intensidad con respecto al resto de los programas, para todos los tipos de coste. Entre los programas de intensidad alta o media no se detectaron diferencias significativas en cuanto a coste (tabla 4).

La valoración según los costes unitarios no ajustados por productividad reflejó costes directos un 30% menores a los correspondientes a la valoración que incluía el ajuste por productividad (datos no expuestos).

En el análisis coste-efectividad se encontraron diferencias significativas según los programas para las variables de incremento de la CVRS y costes, en sendos modelos ajustados. La variación entre el programa de intensidad baja y el de intensidad media se cifró en un incremento porcentual del nivel de CVRS del 8% y del coste del 17%. Entre el programa de intensidad baja y el de intensidad alta no hubo mejora significativa del nivel de CVRS, mientras que el incremento de coste fue del 18%. El modelo de coste total por paciente

explicó el 37% de la variabilidad, mientras que el  $R^2$  para el modelo de incremento del nivel de CVRS ascendió al 23% (tabla 5). Las variables de ajuste significativas en ambos modelos fueron el abandono del programa, el sexo y los años de consumo. El nivel de CVRS al inicio y el nivel de instrucción resultaron significativos, con signo positivo, respecto de la variación al mes del nivel de CVRS, mientras que los distintos centros representaron diferencias significativas en relación con el coste total por paciente.

## Discusión

El estudio, en el que se valora el coste-efectividad de servicios auxiliares en los PMM, es el primero realizado en España y utiliza como medida de resultado la CVRS.

Los resultados del estudio y la evidencia previa<sup>10</sup> indican que los programas de mantenimiento con metadona son efectivos, ya que la CVRS mejora sustancialmente en los distintos programas analizados. Sin embargo, un incremento de costes no implicó en todos los casos un aumento significativo en la CVRS. Como se esperaba, la variabilidad explicada por el modelo no es demasiado amplia. De todos modos, permite comparar el efecto de la asignación a un programa u otro en los costes y en la CVRS. El mayor incremento en CVRS se observó en el grupo de media intensidad, que tenía asignados servicios sociales, pudiéndose interpretar que el programa de intensidad

**Tabla 4. Valoración de los costes según los programas (en euros)**

	Programas según intensidad terapéutica			Diferencias entre programas*		
	Alta (n = 200)	Media (n = 200)	Baja (n = 186)	Alta-media	Media-baja	Alta-baja
Costes directos						
Coste total	80.724,34	72.875,12	57.967,68			
Coste promedio	403,62	364,38	311,65	0,083	0,008	0,000
DE	239,25	211,68	176,34			
Costes indirectos						
Coste total	53.057,35	48.532,93	39.639,99			
Coste promedio	265,29	242,66	213,12	0,127	0,027	0,000
DE	155,75	139,35	120,03			
Costes totales						
Coste total	133.781,69	121.408,05	97.607,68			
Coste promedio	668,91	607,04	524,77	0,098	0,013	0,000
DE	394,02	350,37	295,87			

\*Contraste T-medias (p)

media es el que presenta una mejor relación coste-efectividad, lo que concordaría con el estudio de Kraft<sup>6</sup>. Sin embargo, si se analizan detenidamente los datos, la interpretación del resultado no puede ser tan lineal, pues existen algunas limitaciones en el presente estudio.

En primer lugar, los abandonos y la falta de adherencia a los componentes del tratamiento son un impedimento importante de los tratamientos de las drogodependencias. La mayoría de los pacientes del estudio no realizaron las visitas que les correspondían según el programa, pero sólo 5 pacientes fueron considerados como abandono por cambio de programa.

*A priori*, las intervenciones con menos componentes podían resultar las más atractivas para los pacientes, ya que la intrusión de los tratamientos en la vida diaria es mínima e implican menor esfuerzo por parte del paciente, que en muchos casos ni siquiera tiene conciencia de la necesidad de los servicios que se le ofrecen. Sin embargo, el número de visitas a los especialistas y, por tanto, los costes, indican que entre los programas de media y alta intensidad no había diferencias importantes. Probablemente, las propias características de los participantes y las dinámicas de atención y tratamiento en los CAS han sido determinantes.

**Tabla 5. Relación del coste por paciente y el incremento del nivel de calidad de vida según programa mediante regresión lineal múltiple ajustada por mínimos cuadrados ordinales**

	Coste por paciente				Incremento del nivel de calidad de vida			
	Estimador	DE	T	p	Estimador	DE	T	p
Programa de intensidad media	0,173	0,060	2,871	0,004	0,084	0,039	2,122	0,034
Programa de intensidad alta	0,181	0,062	2,899	0,004	0,042	0,041	1,017	0,310
Años de consumo	-0,012	0,005	-2,187	0,029	-0,010	0,004	-2,741	0,006
Nivel de instrucción	0,032	0,022	1,497	0,135	0,045	0,014	3,087	0,002
Calidad de vida al inicio (PSN)	0,001	0,001	1,402	0,161	0,008	0,001	11,508	0,000
Abandono	-0,880	0,053	-16,707	0,000	-0,155	0,036	-4,281	0,000
Policonsumo	0,043	0,056	0,774	0,439	0,021	0,037	0,573	0,567
VIH	0,061	0,059	1,048	0,295	-0,017	0,038	-0,439	0,661
Centro B	0,072	0,079	0,908	0,364	-0,027	0,051	-0,522	0,602
Centro C	0,279	0,080	3,498	0,001	-0,022	0,054	-0,409	0,683
Centro D	0,156	0,078	1,983	0,048	-0,064	0,050	-1,280	0,201
Centro E	-0,158	0,075	-2,092	0,037	0,011	0,048	0,233	0,816
Sexo (1 femenino)	0,126	0,060	2,117	0,035	-0,080	0,038	-2,097	0,037
Edad	0,166	0,147	1,125	0,261	-0,008	0,099	-0,082	0,934
Constante	10,751	0,491	21,908	0,000	3,898	0,335	11,639	0,000
	F	24,068			11,433			
	R <sup>2</sup>	37,5%			23,4%			

Según datos no expuestos, los pacientes asignados al programa de mayor intensidad casi no visitaron al asistente social, aunque sí que realizaron un mayor número de visitas de tipo psicológico, y aquellos asignados al de intensidad baja utilizaron los recursos sociales prácticamente en igual medida que los del programa de media intensidad. Dado que las diferencias significativas se encuentran entre estos dos últimos, nos cuestionamos la adecuación del registro de actividad para la valoración de la efectividad de los servicios ofrecidos ya que, probablemente, el contenido de la actividad sea diferente para cada grupo. Además, el análisis por intención de tratamiento, debido a la poca adherencia generalizada, probablemente haya subestimado la efectividad en los programas de mayor intensidad. Ésta puede ser otra de las posibles razones por la que el grupo de «mayor intensidad teórica» no fuera el que se benefició de un mayor incremento en la CVRS.

En segundo lugar, nos preguntamos si la evolución al mes de la CVRS es suficientemente sensible a las intervenciones auxiliares realizadas. Evaluar intervenciones de tipo psicológico (prevención de recaídas, promoción de habilidades interpersonales, etc.) parece requerir medidas a largo plazo, ya que precisan de un tiempo en el que la persona pueda aplicar y experimentar, en su vida cotidiana, lo aprendido en las sesiones de tratamiento. Es necesario un tiempo suficiente para «el ensayo y error», para que se den recaídas y para integrar los aprendizajes en general<sup>16</sup>. De todos modos, el PSN ha demostrado ser sensible y válido en la evaluación de pacientes en PMM<sup>15</sup> y, en el seguimiento, ha sido capaz de discriminar entre distintos programas de intervención. Por otra parte, la utilización de la variación mensual quedaría justificada, dado que los cambios en el PSN al mes de tratamiento se mantienen al cabo de un año<sup>10</sup>, y a que al mes de seguimiento había 545 pacientes (93% de los que iniciaron tratamiento), mientras que al año quedaban 381. Al año de tratamiento, la potencia estadística para permitir comparar programas no sería suficiente, debido

a las bajas. Probablemente, las primeras visitas a los especialistas de los CAS y la mejora en la CVRS debida a la medicación sean decisivas para el éxito del tratamiento. Como se ha comentado en el párrafo anterior, la falta de adherencia y los abandonos son la principal fuente de fracaso de los tratamientos a pacientes adictos a sustancias, y el primer mes de tratamiento puede ser decisivo para que las expectativas del paciente en cuanto al resultado aumenten, y puedan ser decisivas al garantizar, o no, una adherencia suficiente. Probablemente, la medida al mes es sensible a este fenómeno y, por ello, los resultados al año sean similares. De todos modos, la evolución en la CVRS al mes, llamativa y probablemente atribuible en su mayor parte al efecto de la metadona, puede haber dificultado que las diferencias entre los programas quedaran suficientemente reflejadas en este instrumento.

Según los datos expuestos el programa de media intensidad en el contexto en el que se realizó el estudio resultó ser el más eficiente (coste-efectivo) pero, dadas las limitaciones del estudio, es difícil ser taxativo en la generalización de sus resultados. Una vez más se prueba que los estudios realizados en contextos naturales o, lo que es lo mismo, los estudios de efectividad no obtienen los mismos resultados que los estudios de eficacia, que se realizan en contextos controlados con suficientes recursos y pacientes seleccionados.

---

#### Agradecimientos

A los profesionales de los CAS: Joan Alvarós, Claudio Castillo, Conchita Fos, Àngels Guiteras, Núria Magrí, Sílvia Martín, José Muriel, Josep Maria Vázquez, entre otros, y a los pacientes que hicieron posible este estudio.

Estudio parcialmente financiado por una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) 97/0033-01 y por la Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT) 1997SGR00359/ 1999SGR00240.

---

#### Bibliografía

1. Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
2. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998;93:515-32.
3. Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)* 2001;116:150-4.
4. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993;269:1953-9.
5. Kraft MK, Rothbard AB, Hadley TR, McLellan AT, Asch DA. Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997;154:1214-9.
6. Barnett PG, Hui SS. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000;67:365-74.
7. Dedhiya S, Xiaodong S. Quality of Life: an overview of the concept and measures. *Pharm World Sci* 1995;17:141-7.
8. Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguilar MC, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and

- health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1997;127:1072-9.
9. Ryan CF, White JM. Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction* 1996;91:39-45.
  10. Torrens M, San L, Martinez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 1997;92:707-16.
  11. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A., 1995.
  12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality Life Res* 1994;3:385-93.
  13. Manzanera R, Villalbí JR, Torralba L, Solanes P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. *Med Clin (Barc)* 1996;107:135-42.
  14. SPSS Inc. SPSS 9.0 Manual del usuario. Chicago, 1999.
  15. Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999;353:1101.
  16. Klingemann H. «To every thing there is a season»— social time and clock time in addiction treatment. *Soc Sci Med* 2000; 51:1231-40.
-