

# Los programas de tratamiento con metadona: situación real e ideal, definida por profesionales de Andalucía

J.C. MARCH CERDÁ, E. MARTÍN RUIZ, E. OVIEDO JOEKES, C. RODRÍGUEZ REINADO Y A. RIVADENEIRA SICILIA

*Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Granada. España.*

**RESUMEN.** *Objetivos.* Se explora la situación actual de los programas de tratamiento con metadona (PTM) en Andalucía, definida por los profesionales implicados y cómo ellos valoran que dicho programa debiera ser en términos de excelencia. Para ello se ofrecen propuestas y medidas de mejora con las que acercar las situaciones descritas.

*Material y métodos.* Reunión de expertos articulada con una variante del grupo nominal. Participaron 9 profesionales.

*Resultados.* La situación ideal y en términos de excelencia de los PTM no concuerda en buena parte de sus cláusulas con la realidad actual de estas intervenciones. Los aspectos más destacados sobre cómo debieran ser los PTM son la dispensación, la agilidad y rapidez de los programas, junto a la existencia de una buena coordinación entre los recursos. La descripción y valoración de la situación actual de los PTM es menos favorable con relación a la situación ideal definida por los asistentes. Se recogen y puntúan propuestas y medidas de mejora con las que acercar ambas situaciones.

*Conclusiones.* Aunque los PTM sean intervenciones de eficacia comprobada por la evidencia científica, son susceptibles de mejora. Para ello recoger la voz de los protagonistas directos en estas prácti-

cas es importante para asegurar su continuidad y dotarlos de mayor calidad.

**PALABRAS CLAVE:** metadona, diagnóstico de la situación, revisión por expertos de la atención a la salud, investigación cualitativa.

## The methadone maintenance programs: real and ideal situation, definition by Andalucía's professionals

**ABSTRACT.** *Objectives.* This study explores the methadone maintenance programs (MMPs) currently offered in Andalucía based on the opinions of providers involved, as well as their views on how these programs should be organised to achieve excellence. In order to advance towards this goal, proposals and measures for improvement are also provided.

*Material and methods.* Experts' consensus meeting (9 providers) based on an adaptation of the nominal group technique.

*Results.* there is a lack of concordance between the ideal situation of the MMPs in terms of excellence and the real situation of current service provision. The most relevant components of an ideal MMP were dispensing procedures, steadiness and rapidity in program provision, and good coordination across available resources. Description and assessment of the actual situation was less favourable when compared with the ideal situation as defined by participants. Proposals and measures for program improvement to approach both situations were also gathered.

*Conclusions.* Although available scientific evidence has proved the efficiency of MMT programs,

### Correspondencia:

E. MARTÍN RUIZ.  
Escuela Andaluza de Salud Pública.  
Campus Universitario de Cartuja, s/n.  
Apdo. Correos 2070.  
18080 Granada. España.  
Correo electrónico: eva.martine.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 08-02-2006.

Aceptado para su publicación: 22-06-2006.

**there is still room for improvement. Therefore, it is important to gather the views of the main actors in order to ensure the continuity of existing programs and to improve their quality.**

**KEY WORDS: methadone, experts testimony, consultants, program improvement, qualitative research.**

## Introducción

Los programas de tratamiento con metadona (PTM) se configuran actualmente como intervenciones terapéuticas efectivas dentro de los tratamientos farmacológicos de sustitución y de las estrategias para la reducción de daños entre poblaciones con problemas asociados al consumo de opiáceos<sup>1-11</sup>.

La utilización de este fármaco con orientación terapéutica para el tratamiento de las adicciones a opiáceos se inicia a mediados de la década de los sesenta<sup>12</sup>. Desde entonces, y hasta nuestros días, la filosofía e intervenciones insertas en estos programas han pasado por diversos y amplios debates con el propósito de buscar reformulaciones e incorporar cambios para su mejora<sup>13-17</sup>. La proliferación de este debate ha venido pareja al desarrollo y logros alcanzados por estos programas: la reducción del uso de opiáceos ilícitos<sup>2,6</sup>, la reducción de la actividad criminal<sup>18</sup> y la mortalidad<sup>18,19</sup>, frente al no tratamiento<sup>20,21</sup> y la influencia positiva ejercida en cuanto a los riesgos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>21-25</sup>. Toda esta discusión ha generado que diversos estudios, junto a la práctica y experiencia diaria, hayan puesto de manifiesto la importancia de incorporar modificaciones<sup>8,12,26,27</sup>. Desde diferentes medios y recursos: medios de comunicación, foros de debate, Internet, publicaciones desde organismos oficiales, revistas científicas, entre otras, aparecen recomendaciones, buenas prácticas y opciones para la mejora de los PTM<sup>13,16,17,28-33</sup>, como por ejemplo las relativas a la prescripción de la dosis<sup>33</sup>, la accesibilidad, los análisis y seguimiento<sup>6,10,17,32,33</sup>, entre otras. A pesar de la existencia de este tipo de publicaciones las consultas directas a los profesionales ligados en su práctica diaria a estas intervenciones son limitadas. La potencialidad de esta consulta es importante por su contribución en la identificación y análisis de problemas, así como para la formulación de oportunidades y propuestas de mejora dirigidas al fortalecimiento y mejora de la calidad de estos servicios<sup>35,36</sup>. Algunas de las publicaciones se refieren mayoritariamente a evaluaciones de expertos, pautas y directrices de cómo fortalecer estas intervenciones<sup>16,17,28,30-33,37</sup>.

Con el propósito de conocer la situación en la que estas intervenciones se desarrollan en Andalucía, surge este trabajo. Para ello nos planteamos los siguientes objetivos de investigación:

1. Conocer los aspectos que los profesionales implicados en los PTM definen en términos ideales y de excelencia en la formulación, organización y funcionamiento de dichos programas.
2. Determinar la situación actual que define a los PTM en la práctica diaria.
3. Recoger medidas y propuestas de mejora.

## Material y método

Este trabajo parte de una reunión de expertos en la que se ha aplicado una variante de la clásica técnica del grupo nominal<sup>38</sup>, adaptada a una técnica de diagnóstico interno de las empresas dentro del campo del marketing empresarial<sup>39</sup>, denominada «técnica del modelo horizonte»<sup>(1)(2)</sup>; Bueno Campos propone con este procedimiento comparar el perfil de una empresa frente a sus competidores del mismo sector. Se toma como valor de referencia de la comparación una empresa tipo, elaborada bien con el perfil de la competencia, bien con la empresa líder del sector. En nuestro trabajo este procedimiento es adaptado y compara la formulación, organización y funcionamiento actual y real de los PTM, con un programa ideal y diseñado en términos de excelencia, que según plantea Bueno se corresponde con el perfil estratégico de la empresa y el entorno empresarial respectivamente.

## Participantes

Los participantes han sido profesionales de diferente formación académica que en la actualidad trabajan en los Centros de Atención a las Toxicomanías (CAT) andaluces dentro de los PTM.

La muestra ha sido intencional y estratégica. Los participantes fueron seleccionados tras previo contacto telefónico con los coordinadores de los PTM de los CAT de las capitales de provincia andaluzas. Se les

(1) Millán Carrasco A; Fernández Ruiz I. Documentación Técnica área de consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública. Técnica de Grupo Nominal Importancia x Factibilidad. 2004. Material no publicado.

(2) Lorenzo Nogueiras L; Pérez Cobo G. Documentación Técnica área de consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública. Gestión estratégica del bloque quirúrgico y el área médica del HUVN. 2002. Material no publicado.

solicitó la asistencia de profesionales a la reunión. De los 8 CAT contactados 5 enviaron a representantes.

Los criterios básicos de inclusión fueron que los profesionales se encontraran en activo en dichos centros y, a partir de unos criterios razonados de autoridad<sup>41</sup>, se atendió a la experiencia de éstos en los PTM, su dedicación e implicación en el trabajo y su formación académica.

El total de participantes fue de 9. Atendiendo a la formación de éstos, se distribuían de forma homogénea entre las disciplinas de Medicina, Psicología y Trabajo Social que componen los equipos terapéuticos.

La reunión tuvo lugar el 13 de enero de 2004 en las instalaciones del Comisionado para las Drogodependencias y de la FADA en Sevilla.

### Técnica de recogida de información

Con la técnica del modelo horizonte los participantes definen las dimensiones y aspectos que según su criterio configuran los PTM. Tras dicha definición estas dimensiones son valoradas de forma individual atendiendo a dos criterios: en función de la situación real actual, y por otro lado, a razón de la importancia conferida para que esa dimensión haga que el PTM sea excelente. Se solicita la formulación de propuestas de mejora con las que acercar esa situación real definida por los propios participantes a los términos ideales y de excelencia. Posteriormente, estas propuestas son puntuadas una por una en función de la importancia otorgada y de su factibilidad y viabilidad.

Tras la presentación de los objetivos de la reunión se procedió al desarrollo de la técnica. Su aplicación se realiza en fases encadenadas. La primera de las fases consiste en la identificación del modelo horizonte, es decir, el modelo ideal y excelente de los PTM. Para ello, los participantes aportaron de forma individual y sin debate aspectos que componen dicho modelo. Todas las aportaciones fueron expuestas de manera que los asistentes las tuvieran siempre a la vista. Tras la exposición y clarificación de éstas, se agruparon en apartados más generales creadas por el mismo grupo.

Posteriormente cada dimensión fue valorada con una escala de 1 a 5, mínimo y máximo respectivamente, en función de la importancia y peso otorgado para el correcto y óptimo funcionamiento diario de los PTM. También se puntuó la situación que en la actualidad define la práctica diaria, es decir, la situación real actual, concediendo una puntuación de entre 1 y 10 a cada dimensión.

Las puntuaciones recogidas fueron sometidas a cálculos para su estandarización y corrección, y así

obtener un valor medio comparable entre la situación real actual y la situación definida como ideal y excelente. Para ello se utilizó:

1. Posición real puntuada a escala de 1 a 10 = (puntuación conferida a la situación real actual \* 10)/(total de participantes \* puntuación máxima posible)

2. Posición ideal y excelente puntuada a escala de 1 a 5, corregida a escala 10 = (puntuación conferida a la situación ideal y excelente \* 10)/(total de participantes \* puntuación máxima posible).

La fase final de aplicación de esta técnica se realizó de forma individual vía correo electrónico y fax. Junto al envío a los participantes en la reunión de los resultados obtenidos, se volvió a contactar con todos los centros y se les solicitó la formulación de medidas correctoras y propuestas de mejora con las que acercar la situación definida como excelente e ideal a la situación real actual. Una vez recogidas se solicitó de nuevo su valoración en función de la importancia y viabilidad y factibilidad de aplicación, con escalas entre 1 y 5, y de 1 a 10 respectivamente. Para su tratamiento se procedió al cálculo de la media aritmética de cada una de las propuestas formuladas.

### Análisis

Se ha realizado un análisis de contenido de la información recogida. Tras la narración y descripción de los aspectos solicitados, se procedió al primer análisis de la información: la categorización en dimensiones en función de la temática a la que hacían referencia en los términos en que los asistentes, junto con el moderador de la reunión, acordaron. Tras esta agrupación de los datos por un lado, y por otro, claramente diferenciado, relativo a las medidas y propuestas de mejora, se procedió a la ponderación y priorización de ambos basándose en dos criterios. Para todo ello, fueron utilizadas las herramientas informáticas de Microsoft Word 2000 y Excel.

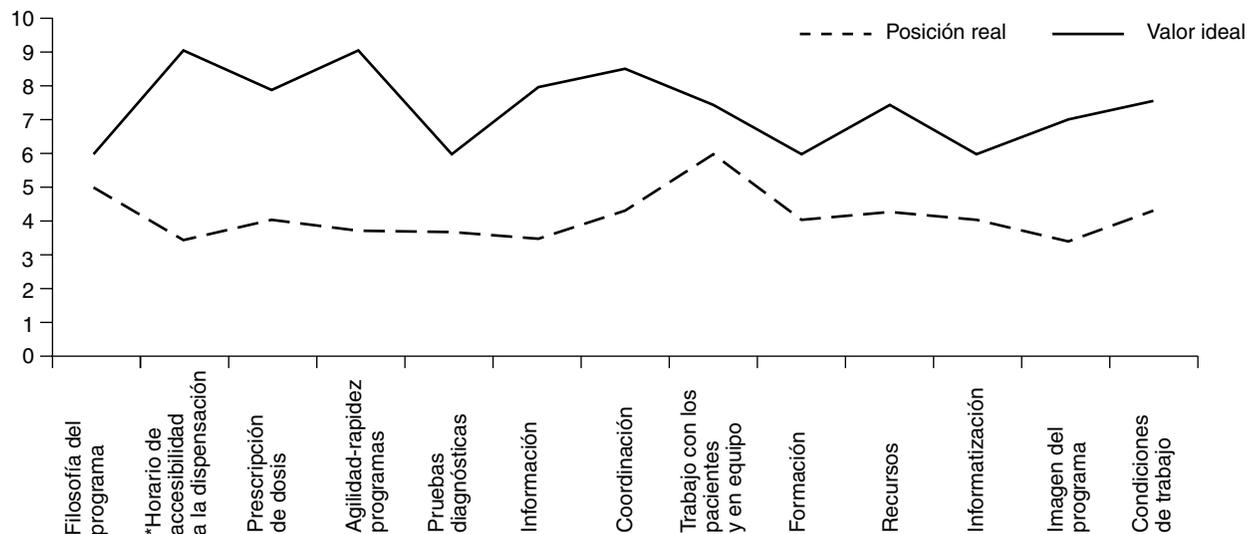
### Resultados

Los participantes identificaron un total de 14 dimensiones configuradoras de los PTM. En el transcurso de la reunión y tras previo consenso con los participantes, dos de estas dimensiones, «horario de dispensación» y «accesibilidad a la dispensación», se unieron en una única nueva dimensión denominada «horario y accesibilidad a la dispensación». En la tabla 1 se recogen los aspectos y dimensiones que fueron generados por el grupo en la definición de un

**Tabla 1.** Dimensiones y aspectos asociados que definen un programa de tratamiento con metadona excelente e ideal

Dimensiones	Aspectos asociados
1 Filosofía del programa	Normativa clara (definición de criterios de inclusión-exclusión) Investigación Compatibilidad con la normalización social Diversificación del programa Mejora del funcionamiento en general para evitar el «mercado negro» (desviación de metadona para el tráfico ilícito) Mayor control Homogeneización del tratamiento dentro de los programas de drogodependencias Derivación a los médicos de familia Programas diversificados
2+3 Horario y accesibilidad a la dispensación	Disponibilidad horaria Horarios de dispensación asequibles Horarios amplios (todo el día) Dispensación fines de semana Horarios de dispensación mañana y tarde Dispensación en todos los centros de salud Metabús (unidades de dispensación móvil) Mayor atención a pacientes sin apoyo familiar (dispensación diaria) Ampliación del acceso a la metadona a consultorios Creación de un punto de dispensación en grandes ciudades para situaciones no demorables Dispensación como otro fármaco (farmacias) Cercanía al domicilio del punto de dispensación Registros de incidencias semanales (por escrito) de la dispensación Dispensación de metadona en forma de comprimidos y líquida/diluida
4 Prescripción de dosis	Negociación de movimientos de dosis del fármaco siempre con el interesado Modificaciones de dosis en el día a día Flexibilidad en el número de dosis
5 Agilidad-rapidez programas	Agilidad en las gestiones (incorporaciones nuevas y modificaciones) Tiempo de espera mínimo No burocratización Inmediatez en el comienzo y en las modificaciones Prescripción en el momento de la demanda y necesidad Fácil acceso Horario amplio y flexible Disponibilidad
6 Pruebas diagnósticas	Realización de determinaciones toxicológicas en períodos vacacionales Mejora de los diagnósticos Práctica de determinaciones toxicológicas en función de necesidades (número real)
7 Información	Realización de pruebas para la medición de niveles de metadona (metadonemias) Agilización de los canales de información con la dispensación Información a los recursos con los que coordinarse Información ágil entre CAT y puntos de dispensación Colaboración en la planificación entre centros dispensadores y profesionales dispensadores
8 Coordinación	Coordinación eficaz y fluida Coordinación e implicación de la Atención Primaria Sanitaria Mejora de los PTM en las instituciones penitenciarias Coordinación con hospitales (Medicina Interna, Toco-ginecología, Traumatología) Utilización en los centros hospitalarios de las dosis prescritas por los CAT Funcionamiento del protocolo de patología dual Conexión y coordinación entre profesionales prescriptores y dispensadores Conciliación de los PTM con otros programas
9 Trabajo con los pacientes y en equipo	Mayor tiempo dedicado por parte de los profesionales a cada paciente Trabajo «real» en equipo Elaboración de PTI
10 Formación	Formación del personal sanitario
11 Recursos	Recursos laborables adecuados a los pacientes
12 Informatización	Informatización: rapidez de protocolos y acceso a datos Informatización de protocolos
13 Imagen del programa	Marketing. Mejorar imagen de los PTM, sobre todo en el ámbito sanitario
14 Condiciones de trabajo	Mejora de condiciones del personal dispensador

PTM: programas de tratamiento con metadona; CAT: Centros de Atención a las Toxicomanías; PTI: Programa de Tratamiento Individualizado.



(Los valores utilizados para la dimensión «Horario y accesibilidad a la dispensación» se corresponden a la media aritmética de ambos.)

**Figura 1.** Representación gráfica de la posición real y del valor ideal de los programas de tratamiento con metadona.

PTM en términos ideales y de excelencia, y aglutinados en esas dimensiones generales.

De las 13 dimensiones finales, no todas son definidas y conformadas con la misma precisión y detalle. Registramos algunas con un único aspecto asociado, caso de las «condiciones de trabajo, recursos y formación», frente a otras, en las que la aclaración e ilustración de aspectos que la delimitan es mayor. La dimensión relativa a la «dispensación» queda configurada por 14 aspectos asociados, seguida de la «filosofía del programa», con 11.

Una vez fueron definidas estas dimensiones se puntuaron conforme a la situación excelente e ideal por un lado, y por otro, de acuerdo a la situación actual real. En la figura 1 se recogen dichas puntuaciones medias, así como la diferencia existente entre ambas valoraciones, representando de este modo la separación entre el posicionamiento actual y el ideal del PTM determinado por los asistentes.

Las dimensiones que definen el programa en términos de excelencia e ideales se posicionan en los lugares más altos, destacando sobre el resto la dimensión relacionada con la «dispensación» (9,22). En segundo lugar, despunta «agilidad y rapidez de los programas» (8,67). Las dimensiones que adquieren menor protagonismo en la definición de los PTM en términos ideales y de excelencia son las de «pruebas diagnósticas» (6), «informatización» (6,22) y «formación» (6,22).

La mayor parte de las dimensiones identificadas por los profesionales consultados como elementos definitorios de un PTM excelente y de calidad, en la actualidad y práctica diaria obtienen calificaciones medias

por debajo de 5 puntos. Tan sólo el «trabajo con los pacientes y en equipo» (5,78) se sitúa por encima de este valor.

La dimensión que se posiciona a mayor distancia entre sí en términos ideales y reales es la que se refiere a la «dispensación» (9,22 frente a 3,56). También la distancia es notable entre las de «Agilidad y rapidez en los programas» (8,67 frente a 3,67), así como la de «información» (8,00 frente a 3,56). Las diferencias se reducen en el caso del «trabajo con los pacientes y en equipo» (7,56 frente a 5,78) seguidas de las dimensiones sobre la «filosofía del programa» (6,89 frente a 4,89) y «formación» (6,22 frente a 4,00).

### Propuestas y medidas de mejora

Fueron 5 los CAT que enviaron sus propuestas y posteriormente su puntuación. En total fueron recibidas 79 propuestas de mejora. En la tabla 2 se muestran 22 de ellas, aquellas que obtienen la puntuación media mayor dentro de la dimensión a la que hacen referencia.

Las medidas formuladas son diversas, haciendo mención a múltiples aspectos con los que fortalecer las intervenciones desarrolladas desde el PTM, así como el programa en general. Algunas de las recogidas indican modificaciones parciales, acciones puntuales, incluso algunas se refirieron a mejoras en aspectos tangibles, mientras que otras recogen una problemática mayor que plantea un cambio de ciertas formulaciones y planteamientos insertos en estas intervenciones.

**Tabla 2.** Medidas de mejora y su puntuación

Dimensión	Medida formulada	Importancia (1-3)	Viabilidad/ ejecución (1-5)
En intervención terapéutica	Desarrollar actividades para habilidades sociales	2,14	3,97
	Fomentar una actitud de cercanía de los profesionales hacia los usuarios		
En la dispensación	Ampliar el número de centros de atención y de dispensación diaria	3	3,48
	Hacer de la dispensación una tarea no impuesta	3	
En la supervisión	Desarrollar un protocolo de actuación	2,54	4,41
	Reducir la espera en la comunicación de resultados controles		
En atención a los usuarios	Realizar mayor número de controles para detectar el consumo de sustancias psicoactivas	2,94	4,57
	Mejorar la privacidad de los usuarios		
En la atención al familiar	Prestar mayor atención a la co-dependencia familiar	2,61	3,61
	Proporcionar apoyo psicológico al familiar		
Relativas a los aspectos tangibles	Mejorar la coordinación y comunicación interna	2,97	4,13
	Mejorar limpieza e higiene de las instalaciones		
De coordinación	Mejorar la coordinación externa	3	3,91
	Crear protocolos de derivación		
En relación al <i>burn out</i>	Desarrollar más proyectos de investigación	2,67	3,11
	Posibilitar la contribución de cambios y mejoras por parte de los profesionales en el desarrollo del programa		
Para la formación	Promover la formación en Psiquiatría, patologías duales, poli-medicación y enfermedades crónicas	3	4,22
Para la investigación	Desarrollar y fomentar la investigación	2,66	4
	Suministrar a los profesionales información y resultados de investigaciones		
Sobre el planteamiento del programa	Cambiar la denominación del programa del PMM (mantenimiento) a PTM (tratamiento)	2,9	4,03
	Conceptuar el PTM como tratamiento integral		
En la accesibilidad	Diversificar los horarios de atención	2,2	2,93

## Discusión

Con la aplicación de esta técnica se obtiene una «fotografía» de la situación que envuelve a los PTM desde la perspectiva de sus profesionales, mostrándonos una representación gráfica de lo que los profesionales preferirían que fuera dicho programa, y lo que en realidad sucede en sus centros de trabajo.

Atendiendo a los objetivos de investigación planteados, el primero pone de manifiesto que las dimensiones ligadas a la dispensación, en concreto aquellas asociadas al procedimiento a seguir para garantizar el acceso y toma diaria de los usuarios de su partida de metadona, la agilidad y rapidez de los programas, la celeridad de la atención e intervención con los usuarios y la adecuación de ésta a la demanda del momento, junto a la existencia de una coordinación eficaz real entre organismos e instituciones implicadas son las definidas como elementos clave para hacer un PTM excelente y de calidad.

Con el segundo objetivo se expone la valoración desfavorable reconocida de la formulación y práctica diaria de los PTM y la distancia existente con ese ideal. La mayor parte de las dimensiones definidas en términos ideales de los PTM obtienen calificaciones medias por debajo de los 5 puntos (escala de 1 a 10). Tan sólo una de ellas se sitúa por encima de este valor, «trabajo con los pacientes y en equipo», es decir, la ligada a su práctica diaria y profesión.

Con relación al tercer objetivo planteado han sido numerosas las medidas y propuestas de mejora recogidas. En el proceso de prioridades se pone de manifiesto que no siempre coincide lo más importante con lo más viable. Por lo general, las medidas que son valoradas como más viables y con posibilidades de ejecución hacen mención a hechos y actuaciones concretas y puntuales, lo que no implica una reformulación ni cuestionamiento del programa.

Los resultados obtenidos para la definición de un PTM ideal y descrito en términos de excelencia y de

calidad van en la línea de lo que otras publicaciones han planteado para lograr su óptimo funcionamiento<sup>30-35,37</sup>. Algunos de los aspectos a destacar radican en la importancia concedida a la dispensación y todo lo que envuelve la prescripción de metadona<sup>5,10,29-32</sup>.

La administración regular de metadona contribuye a la reducción de consumo de opiáceos ilícitos; esto, junto a la prescripción de la dosis adecuada, son factores que ejercen notable influencia en la retención y adherencia a dichos programas<sup>29-34,37</sup>, hechos cruciales a conseguir en este tipo de tratamientos e intervenciones para alcanzar mayores logros<sup>3,6,7,10,30-33</sup>. Por todo ello, parte de los resultados obtenidos reflejan, en consonancia con otras publicaciones, que algunas de las mejoras a incorporar en la situación actual, van en la línea de garantizar el fácil y cómodo acceso a la sustancia y, por tanto, a los centros dispensadores<sup>10,17,30-33,35,37-39</sup> y, de este modo, el primer contacto con los servicios sanitarios<sup>10,17,39-41</sup>. En la actualidad, algunas de las dificultades por las que atraviesa la dispensación van ligadas a la falta de recursos necesarios y de formación relacionada con las drogodependencias, la imposición de la tarea, dispensación como mero hecho de suministro principalmente<sup>42</sup>, siendo éstas, por lo tanto, algunas de las líneas de actuación para la mejora que plantean nuestros profesionales consultados.

Por otro lado, nuestros profesionales destacan la agilidad y rapidez de los programas como labor importante y relativa a la pronta incorporación de los usuarios a los programas de tratamiento, así como la rapidez de acceso a los profesionales como mecanismos con los que acercar a estos usuarios a los servicios sanitarios y a otros recursos. Por ello, la premura en el contacto y la actuación a realizar se convierten en una pieza clave con la que reducir la pérdida de usuarios<sup>10,13,16,17,26,30-33-35,43</sup>. A pesar de la importancia de este hecho, en la actualidad, probablemente por la existencia de dos redes paralelas de tratamiento en Andalucía, la sanitaria y la social, la burocratización y la existencia de listas de espera, conlleva una valoración negativa<sup>43</sup>. Las mejoras a incorporar en este sentido guardan especial significación con el incremento de la calidad de estos programas<sup>30-35</sup>.

La coordinación y la información también adquieren una importancia notable en esa definición de los PTM en términos ideales. Los participantes ofrecen una descripción de la dimensión de información, ligada e interrelacionada con algunos de los aspectos que componen la dimensión de coordinación. Al pertenecer en Andalucía la dispensación a la red sanitaria, y la prescripción y cobertura terapéutica a la red de

bienestar social, la coordinación y el compartir información actualizada se convierten en hechos de vital importancia para articular las intervenciones desarrolladas desde los PTM. De hecho, se recogen propuestas en esta dirección, como son la mejora de la coordinación externa, así como la creación de protocolos, haciendo eco de la literatura al respecto<sup>30-34,43</sup>.

Las dimensiones que adquieren menor protagonismo en la definición de los PTM en términos ideales y de excelencia son las de pruebas diagnósticas, informatización y formación. Las dos primeras son valoradas como elementos complementarios y auxiliares de la intervención terapéutica, y la formación sería parte de su capacitación como profesionales. Los profesionales muestran que, a pesar de los logros y las ventajas que la realización de pruebas diagnósticas tiene (reducción del consumo de sustancias ilícitas, mayor contacto entre los usuarios y el tratamiento, así como con los profesionales, seguimiento y adherencia de los usuarios al programa, entre otras) las desventajas son también notables. Según los resultados obtenidos en otros estudios estas desventajas muestran la existencia de un sentimiento de humillación en algunos usuarios, los costes económicos de los centros y la falta de precisión de dichas pruebas como indicadores del uso de drogas<sup>44</sup>. Estas afirmaciones son recogidas por nuestros profesionales consultados, y consideran oportuno mejorar la comunicación de los resultados de dichos controles para aumentar su eficacia como recurso terapéutico.

En relación con las propuestas formuladas, éstas se hacen eco de las que diversos autores han puesto ya de manifiesto: la importancia de hacer y desarrollar los PTM como tratamientos integrales individualizados desde planteamientos biopsicosociales, con los que atender a aquellas personas que tienen problemas asociados al consumo de opiáceos<sup>3,6,9,10,13-17,30-35,37</sup>.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones, principalmente que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, dado que se centran en el planteamiento, funcionamiento y organización de los PTM en el marco de la comunidad andaluza de parte de los profesionales implicados y adscritos a los CAT de las capitales de provincia. Destacar también que la utilización de la vía correo electrónico y fax para la remisión de las propuestas de mejora provocó la ausencia de respuesta por parte de algunos de los participantes.

Los resultados obtenidos con este trabajo recogen parte de lo expuesto en otras publicaciones. Las líneas de actuación preferentes, así como parte de las medidas y propuestas formuladas por el grupo, ponen de manifiesto la existencia de puntos débiles y la necesi-

dad de incorporar medidas de actuación para la mejora, en buena medida coincidentes con otros trabajos ya publicados en nuestro país<sup>9,26,29,34,35</sup> y de carácter internacional<sup>7,10,11,15,30,32,33</sup>.

Según recogen las aportaciones de Verster<sup>30</sup> y Euro-methwork<sup>33</sup>, guías publicadas por el *Health Canada*<sup>10,17</sup> entre otras, y siguiendo la evidencia científica existente al respecto, el ofrecer tratamientos de calidad, de libre y fácil acceso, supone un ahorro económico para el cuidado de la salud y el bienestar social, así como sus repercusiones positivas dentro del sistema judicial penal.

Los programas de tratamiento con metadona son intervenciones que funcionan, aunque, no obstante, de-

ben ser mejorados para asegurar así su continuidad. Atender a lo que sus protagonistas directos dicen, sus profesionales, es importante y necesario, debido a que sus aportaciones van ligadas a los nuevos planteamientos de los círculos de calidad para, de este modo, lograr adecuar estos recursos al contexto y realidad cambiante.

## Agradecimientos

A todos los profesionales participantes que han colaborado; sin su inestimable participación y contribuciones este trabajo no hubiera sido posible.

## Bibliografía

1. Murray JB. Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psychol Rep.* 1998;83:295-302.
2. Marsch L. The efficacy of methadone maintenance intervention in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction.* 1998, 93:515-32.
3. Yoast R, Williams MA, Deitchman SD, Champion HC. Report of the Council on Scientific Affairs: methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *J Addict Dis.* 2001;20:15-40.
4. Amato L, Davoli N, Ferri M, Gowing L, Perucci CA. Effectiveness of interventions on opiate withdrawal treatment: an overview of systematic reviews. *Drug Alcohol Depend.* 2004;73:219-26.
5. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patient, programs, services, and outcomes. New York: Springer Verlag; 1991.
6. Ward J, Mattick RP, Hall W. Key issues in methadone maintenance treatment. Sydney: New South Wales University Press; 1992.
7. Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D, et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ.* 1994;309(6960):997-1001.
8. Joseph H, Stancliff S, Landrod J. Methadone maintenance treatment (MMT) a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med.* 2000;67:347-64.
9. Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc).* 2001:150-4.
10. Health Canada. Ottawa. Minister of Public Works and Government Services Canada. Literatura review. Methadone Maintenance Treatment; 2002. (Fecha de acceso 10 de agosto 2004) Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/index.htm>
11. Proposal for the inclusion of methadone in the who model list of essential medicines. October 2004. (Fecha de acceso 12 de marzo 2005). Disponible en: [http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/methadone/methadone\\_msd\\_application17nov04.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/methadone/methadone_msd_application17nov04.pdf)
12. Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA.* 1965;193:80-4.
13. Rodríguez-Martos Dauer A. Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones.* 1994;6:353-72.
14. Reggers J, Ansseau M. Practice guidelines in the treatment of opiates addiction. *Rev Med Liege.* 2000;55:409-16.
15. Public Information Branch. National Institute on Drug Abuse – NIDA. NIH consensus panel recommends expanding access to and improving methadone treatment programs for heroin addiction. *Eur Addict Res.* 1999;5:50-1.
16. Torrens Melich M. Programas de Mantenimiento con Metadona: cómo aumentar su eficiencia. *Colq Drogodepend.* 1997;1(2):4-7.
17. Health Canada. Ottawa. Minister of Public Works and Government Services Canada. Best practices – substances abuse treatment and rehabilitation. 1999. (Fecha de acceso 10 de agosto 2004). Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/index.htm>
18. Caplehorn JR, Dalton MSYN, Cluff MC, Petrenas AM. Retention in methadone maintenance and heroin addict risk of death. *Addiction.* 1994;89:203-7.
19. Mikolaenko I, Robinson CA Jr, Davis GG. A review of methadone deaths in Jefferson County, Alabama. *Am J Forensic Med Pathol.* 2002;23:299-304.
20. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med.* 1993;119:23.
21. Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E. Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med.* 1969;280:1372-5.

22. Abdul-Quader AS, Friedman SR, Des Jarlais D, Marmor MM, Maslansky R, Bartelme S. Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV. *Contemporary Drug Problems*. 1987;14:425-33.
23. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K, Rogers M. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. *N Engl J Med*. 1989;321:874-929.
24. Novick DM, Joseph H, Croxson TS, Salsitz EA, Wang G, Rickman BL. Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Arch Intern Med*. 1990;150:97-9.
25. Marmor M, Des Jarlais DC, Cohen H, Friedman S, Beatrice S, Dubin N, et al. Risk factors for infection human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *AIDS*. 1987;1:39-44.
26. Fernández Miranda JJ. Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. *Adicciones*. 2004;16:109-16.
27. Sanclemente C. Evolución de las políticas sobre drogodependencias: la disminución de riesgos. *Interdependencias*. 1994;4-5:7-22.
28. March Cerdá JC, Martín Ruiz E, Oviedo Joeekes E, Rodríguez Reinado C, Rivadeneira Sicilia A. Una web-site para mejorar la calidad de los programas de tratamiento con metadona. *Adicciones*. 2005;17:95.
29. La qualitat de vida dels usuaris dels programes de metadona. Barcelona: Departament de Benestar i Família; 2002.
30. Verster A, Buning E. Manual de Formación: aspectos clave del tratamiento sustitutivo para la dependencia de opiáceos. Netherlands: Directo-rio G de la Salud Pública de la Comisión Europea; 2003. Proyecto: SPC.2002267.
31. Parrino MW. Manual de tratamiento con metadona. Barcelona: Grup Igia; 1997.
32. Seidenger A, Honegger U. Metadona, heroína y otros opioides: manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Ma-drid: Díaz de Santos; 2000.
33. Training Manual. Eurometh-work. (Fecha de acceso 10 de marzo 2005). Disponible en: <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>
34. Ward J, Mattick RP, Hall W. How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. En: Ward J, Mattick RP, Hall W, editores. *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers; 1998.
35. Pascual Fernández C. Calidad asistencial en drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 1999;1:48-63.
36. Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad. En: *Tratado de la calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Dupont Pharma, SA; 1997;3:80-114.
37. Vader JP, Hammig R, Besson J, Eastus C, Eggenberger C, Burnand B, et al. Appropriateness of Methadone Maintenance Treatment for opiate addiction. Evaluation by an expert panel. *Soz Praventivmed*. 2003;48(1):1-14.
38. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Valencia: Institut Valencia d'Estudis en Salut Pública; 1993.
39. Bueno Campos E. Dirección estratégica de la empresa: metodología, técnicas y casos. Madrid: Pirámide; 1993.
40. Silva Ayçaguer LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
41. D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci C, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroin users in Italy: The role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug Alcohol Depend*. 1998;52:167-71.
42. Buenas Prácticas en Tratamiento con Metadona. Resultados del proyecto Mehib (fecha de acceso 25 de enero 2005). Disponible en: <http://www.easp.es/mehib/web/esp/resultados.htm>
43. Rodríguez López JM, Arenas Domínguez FP. Programa de mantenimiento con metadona: manual de orientación/Andalucía. Sevilla: Comisio-nado para la Droga; 1996.