

Este proxecto técnico foi aprobado no Pleno do Consello Galego de Estatística do día 16 de decembro de 2011

**PLAN NACIONAL SOBRE
DROGAS
OBSERVATORIO ESPAÑOL
SOBRE DROGAS**

**Protocolo del Indicador
Admisiones a Tratamiento
por Consumo de Sustancias
Psicoactivas, 2003**

Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2003

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO:

Rosario Ballesta, José Luis Gurucelain	(Andalucía)
Juan Faura	(Aragón)
Margarita Eguiagaray	(Asturias)
Antonia Galmés	(Balears)
Silvia Mendieta	(Cantabria)
Milagros Domínguez, Rafael Claverie	(Canarias)
Elena Rodríguez	(Castilla-La Mancha)
Ana Sánchez, Ana Álvarez	(Castilla y León)
Josep María Suelves, Teresa Brugal, Antonia Domingo	(Cataluña)
Tomás Rodríguez	(Extremadura)
Indalecio Carrera, Manuel Araujo	(Galicia)
Ana Ruiz, Luis Fernando Portales	(Madrid)
J. Francisco Correa	(Murcia)
Miguel Martínez	(Navarra)
Isabel Izarzugaza, Nieves Rodríguez, Mikel Marañón	(País Vasco)
Miguel Ginés, Carmen Gutiérrez	(La Rioja)
Miguel Castellano	(Valencia)
Araceli Camino	(Ceuta)
Flor Roche	(Melilla)
Cristina Infante, Aurora Ruiz, Luis Royuela, Gregorio Barrio, Emiliano Martín (OED). (DGPNSD)	

REDACCIÓN

Observatorio Español sobre Drogas (OED). DGPNSD
Luis Royuela
Gregorio Barrio

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS

Diseño: Observatorio Español sobre Drogas (OED). DGPNSD. Luis Royuela y Gregorio Barrio

Elaboración: INDRA, S.A.

ÍNDICE

- 1.- Introducción
 - 1.1. Características del indicador que permanecen
 - 1.2. Principales modificaciones introducidas
- 2.- Definición del Indicador
- 3.- Objetivos del Indicador
- 4.- Criterios de inclusión y exclusión de los episodios de admisión a tratamiento
 - 4.1. Criterios de inclusión
 - 4.2. Criterios de exclusión
- 5.- Centros notificadores
 - 5.1. Criterios de inclusión
 - 5.2. Criterios de exclusión
 - 5.3. Información anual sobre los centros potencialmente notificadores
- 6.- Definiciones de las variables del Indicador Admisiones a Tratamiento
 - 6.1. Variables individuales de cada admisión a tratamiento notificada
- 7.- Procedimientos de recogida y transmisión de datos
 - 7.1. Procedimientos cuando la comunidad autónoma tiene un indicador igual al estatal
 - 1) De los Centros de Tratamiento
 - 2) De las Unidades Autonómicas
 - 3) De la Unidad Estatal
 - 7.2. Procedimiento cuando la comunidad autónoma tiene un sistema de información distinto al estatal
 - 1) De los Centros de Tratamiento
 - 2) De las Unidades Autonómicas
 - 3) De la Unidad Estatal
- 8.- Programa Informático de Gestión y Explotación del Indicador Tratamiento (PROTRATAMIENTO)
 - 8.1. Si la comunidad autónoma tiene un sistema de información idéntico al estatal
- 9.- Bibliografía
- 10.- Anexos
 - Anexo I. Estándar europeo TDI
 - Anexo II. Hojas de notificación de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas
 - Anexo III. Clasificación de sustancias registrables

1. INTRODUCCIÓN

El Indicador Tratamiento comenzó a funcionar en 1987 en las 17 comunidades autónomas en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Desde entonces ha funcionado de forma ininterrumpida en todas las comunidades, habiéndose incorporado posteriormente al mismo Ceuta y Melilla. Su cobertura es muy amplia y ha ido mejorando con el tiempo.

A lo largo de su andadura, sin considerar la actual, ha sufrido otras dos modificaciones.

1. Una en 1991, que supuso la introducción de dos nuevas variables (vía más frecuente de administración de la droga principal y existencia o no de tratamiento previo por la droga principal), y otras modificaciones menores que apenas afectaron a la comparabilidad interanual de los datos.
2. Otra en 1996, supuso la realización de las siguientes modificaciones:
 - Ampliar la notificación a los tratamientos por abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, con excepción del tabaco. Anteriormente sólo se notificaban los tratamientos por opiáceos o cocaína.
 - Especificar más las sustancias psicoactivas consumidas. Anteriormente sólo era posible obtener información desagregada por principio activo para la heroína y la cocaína. A partir de aquel momento fue posible desagregar la información para cualquier tipo de sustancia psicoactiva.
 - Introducir cuatro nuevas variables: estudios completados, situación laboral principal, tiempo transcurrido desde que se inyectó por última vez cualquier droga y estado serológico objetivo frente al VIH.

La calidad de la información ha sido considerada aceptable, aunque se han detectado incumplimientos de ciertos aspectos del protocolo, en algunos casos persistentes, en algunas comunidades autónomas.

Actualmente, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) ha planteado a los Estados miembros de la Unión Europea la convergencia de los sistemas de información sobre tratamiento de drogodependencias en un protocolo estándar europeo, el *Treatment Demand Indicator (TDI)*. El protocolo TDI fue definido por un grupo de expertos europeos, y su primera versión ha sido aprobada de forma definitiva por el Consejo de Administración del OEDT en su reunión del 5-7 de septiembre de 2001.

En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y las Comunidades Autónomas llevan varios años estudiando la forma en que el indicador español puede converger hacia el TDI. El documento que ahora presentamos es el resultado de esos trabajos, ha sido elaborado de forma

consensuada por un grupo de trabajo con representantes de las instituciones mencionadas, y supone la tercera modificación del indicador.

Hay que tener en cuenta que los criterios y definiciones del TDI son en muchos puntos deliberadamente generales e imprecisos para que los sistemas nacionales que vienen funcionando desde hace bastantes años puedan seguir haciéndolo con modificaciones mínimas. No se busca por tanto una convergencia absoluta, que por otra parte con los criterios imprecisos actuales sería muy difícil de alcanzar incluso para los países que implantan el indicador por primera vez. El Indicador español lleva funcionando 15 años con unos resultados aceptables, por lo que este protocolo representa un compromiso que intenta, por una parte, adaptarse al TDI y, por otra, mantener la comparabilidad con la serie acumulada desde 1987.

Este protocolo deberá ser aprobado por la Comisión Interautonómica, junto con el compromiso de llevar a cabo por parte de todas las comunidades autónomas cuantos cambios sean precisos en sus sistemas de información para adaptarse de forma efectiva al mismo.

A continuación se señalan de forma resumida las características básicas de este nuevo diseño.

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR QUE PERMANECEN

El nuevo indicador tiene un diseño muy similar al que venía funcionando hasta el momento y tiene las siguientes características básicas:

1) Es un conjunto mínimo de datos.

Continúa limitándose deliberadamente la inclusión de un número excesivo de variables por varias razones:

- a)** Para no sobrecargar de trabajo a las unidades que participan en la gestión del indicador y evitar mermas de la calidad de la información. La experiencia viene demostrando insistentemente que para gestionar adecuadamente los sistemas complejos y con gran número de variables es necesario invertir muchos recursos. Aún así, a menudo la calidad de la información se resiente mucho ante cambios imprevistos. Igualmente, existe la valoración de que actualmente algunos sistemas de información disponen de muchos datos, pero de poca información relevante al haberse invertido poco tiempo en el proceso de análisis.
- b)** Porque en el ámbito estatal, las necesidades de información son menores que en el ámbito autonómico, que es donde realmente se planifican y gestionan los recursos asistenciales. En el ámbito estatal el valor añadido lo constituye la posibilidad de analizar las diferencias geográficas, aunque sea sobre un número más reducido de variables, y la posibilidad de analizar algunos fenómenos raros, porque se trabaja con muestras más amplias. Las comunidades autónomas que requieran información más detallada para monitorizar los problemas de drogas o

gestionar los recursos de su territorio pueden ampliar su sistema autonómico cuanto quieran. De todas formas, es aconsejable valorar antes si buena parte de sus necesidades de información no pueden ser cubiertas recurriendo a metodologías menos costosas que los sistemas de información exhaustivos.

- c) Porque paralelamente se desarrolla una encuesta nacional sobre una muestra de consumidores de heroína y cocaína en tratamiento que permitirá profundizar sobre algunos aspectos de interés con un coste mucho menor.

2) Está consensuado entre todas las comunidades autónomas.

De esta forma, si todas cumplen adecuadamente el protocolo, será posible la comparación de los datos de cada una de ellas con el resto y con el conjunto del Estado.

3) Se basa en la notificación individual y exhaustiva de todas las admisiones a tratamiento por parte de los centros cubiertos.

Esta decisión puede obligar a repetir la notificación de las personas que inician más de un tratamiento en el mismo centro y en el mismo año. Sin embargo, simplifica mucho los criterios de notificación para los centros y puede evitar que un mal entendimiento de los mismos produzca infranotificación (como se detectó en el pasado). Además, esta opción podrá ayudar a establecer (sobre todo en las comunidades autónomas) algunos indicadores de frecuentación que pueden ser de utilidad.

4) Cuenta las personas admitidas a tratamiento anualmente y no los episodios de admisión a tratamiento.

A nivel autonómico se seleccionan para enviar a la Unidad Estatal (y por lo tanto, para formar el indicador operativo) únicamente los datos del *primer* tratamiento que inicia cada año una persona en esa comunidad autónoma, eliminándose, por tanto, los tratamientos repetidos en el mismo centro notificador y en otros centros. Se ha rechazado la propuesta del TDI de seleccionar, en caso de tratamientos repetidos, el último tratamiento del año porque el criterio TDI no nos aportaría apenas ventajas, y sí algunos inconvenientes, por ejemplo, obligaría a mantener necesariamente una acumulación anual de todos los episodios de tratamiento y habría que esperar a fin de año para dar datos definitivos por trimestre.

A nivel central, continúa sin ser posible eliminar los tratamientos repetidos entre comunidades autónomas porque no se acepta la transmisión del Código de Identificación Confidencial al nivel central desde las Comunidades Autónomas. Esto en principio parece una limitación importante, pero de esta forma se contribuye a salvaguardar la confidencialidad de los datos sin introducir un gran sesgo, puesto que el volumen de personas que son admitidas a tratamiento en más de una comunidad autónoma en el mismo año parece escaso.

5) Recoge sólo los tratamientos por abuso o dependencia de drogas, y no otras intervenciones.

Este indicador recoge sólo los tratamientos cuyo objetivo principal es la desintoxicación o la abstinencia, o aquéllos otros destinados a controlar el consumo de drogas ilegales (mantenimiento con agonistas opiáceos).

No recoge, como propone el TDI, otras intervenciones, diferentes a los tratamientos mencionados, que intentan mejorar el estado médico, psicológico o social de los consumidores de drogas, como los tratamientos de problemas médicos derivados del consumo (infecciones, accidentes, intoxicaciones agudas, etc.), ni tampoco los programas de reducción del daño o de apoyo social (intercambio de jeringuillas, trabajo de calle, consejo, intervenciones cortas para solucionar una crisis, etc.). Para recoger ese tipo de intervenciones habría que incrementar mucho la cobertura del indicador (lo que supondría un aumento de costes y una disminución de la validez de la información).

6) Monitoriza los centros con financiación pública que realizan tratamientos ambulatorios y los programas de tratamiento de prisiones.

Podemos considerar que este indicador cubre bien los centros públicos y privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias orientados a la desintoxicación o la abstinencia.

Sin embargo, probablemente no cubre, o sólo cubre muy parcialmente, algunas instituciones que el protocolo TDI propone incluir, en concreto:

- Instituciones que realizan tratamientos con internamiento como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) y las comunidades terapéuticas o granjas. No se exige la inclusión de estas instituciones por varias razones: a) Dentro de la organización asistencial de las comunidades autónomas, la mayor parte de las personas que son admitidas en estas instituciones han pasado antes por centros ambulatorios de tratamiento. b) Algunas comunidades terapéuticas no están financiadas con fondos públicos y a veces ni siquiera reconocidas por las autoridades sanitarias. c) Si se incluyeran crecería mucho la proporción de tratamientos duplicados o múltiples correspondientes a la misma persona que no pueden eliminarse. Esto es así, porque en el caso de las comunidades autónomas es frecuente que una persona admitida a tratamiento ambulatorio en una comunidad autónoma sea derivada a otra cuando decide realizar un internamiento en una comunidad terapéutica.
- Instituciones que realizan desintoxicaciones corta o ultracortas. Son difíciles de identificar y cubrir.
- Centros, programas y dispositivos que realizan intervenciones que no van propiamente destinadas a dejar o controlar el consumo de

sustancias psicoactivas como intercambio de jeringuillas, actividades de calle, consejo, apoyo social u ocupacional, tratamiento de otros problemas de salud de consumidores de drogas, etc. La inclusión de estos centros y programas sería dificultosa, incrementaría los costes y seguramente aportarían una información de validez relativa.

- Médicos generales, psicólogos o dispositivos de salud, que realizan tratamientos para dejar o controlar el consumo de drogas. El problema es que se trata de centros o profesionales muy numerosos y dispersos, y además no es factible que pudiera contarse fácilmente con un listado de profesionales o centros acreditados (por ejemplo, para prescribir metadona).
- Centros y profesionales privados que realizan tratamientos de drogodependencias no subvencionados y no acreditados por las autoridades sanitarias. Se estima que en España estas instituciones realizan una proporción del total de tratamientos muy baja, aunque no está claro que esto sea así para la cocaína y otros estimulantes.

7) El criterio de notificación es la apertura de historia clínica

El criterio español de notificar la admisión a tratamiento cuando se abre historia clínica - médica, social o psicológica- en presencia de un técnico cualificado - médico, psicólogo, diplomado en enfermería, trabajador social, etc.-, con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas es algo diferente del criterio TDI (Realización de al menos dos entrevistas cara-a-cara con el terapeuta o el servicio de tratamiento). Es difícil prever la transcendencia práctica de adoptar uno u otro criterio.

8) No permite el seguimiento individualizado de los pacientes registrados a nivel estatal

La posibilidad de seguimiento individualizado de casos en las distintas comunidades autónomas dependerá de sus propios sistemas de información. Las comunidades que se atienen estrictamente al protocolo estatal del indicador tampoco podrán realizar dicho seguimiento y, por lo tanto, nunca podrán obtener resultados sobre la eficacia de tratamiento. Sin embargo, este indicador ofrece una buena base muestral para realizar estudios de evaluación ad hoc.

9) Permite que los datos recogidos a partir de 2003 sean comparables con los recogidos entre 1987 y 2002

Además de persistir las características básicas del indicador, el nuevo protocolo respeta prácticamente todas las definiciones del anterior, limitándose a puntualizar más los criterios de inclusión y exclusión de caso y algunas definiciones. No obstante, en algunas comunidades autónomas la comparabilidad del número absoluto de tratamientos puede verse afectado por la inclusión de nuevos centros notificadores, por lo que habrá que valorar esta circunstancia detenidamente a la

hora de interpretar estos datos.

1.2. PRINCIPALES MODIFICACIONES INTRODUCIDAS

1) Introducir 5 variables del TDI inexistentes en el indicador español

Las cinco variables son las siguientes:

- *Nacionalidad*
- *Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento*
- *Fuente de referencia*
- *Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.*
- *Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.*

2) Aportar información sobre la variable "tipo de centro de tratamiento" del TDI.

Esta variable no se incluirá en la Hoja de Registro Individual, pero se generará a nivel estatal a partir del conocimiento de las características de cada centro notificador.

3) No registrar la metadona ni otros sustitutivos opiáceos prescritos en el marco de programas terapéuticos ni como droga principal ni secundaria

En este punto el indicador español se aparta del criterio TDI, que establece que la metadona y otros sustitutos opiáceos se tratarán de forma especial y habrán de ser registrados como droga principal si son las drogas más consumidas por el sujeto, independientemente que se consuman de forma incontrolada o controlada en el marco de programas de tratamiento. El objetivo de esta variable en el TDI, teniendo en cuenta su definición de droga principal, sería diferenciar el consumo de opiáceos de forma no controlada del consumo prescrito en el marco de un programa terapéutico. Su inclusión en nuestro sistema hubiera creado bastantes complicaciones. De hecho, hubiera obligado a cambiar profundamente la filosofía del actual indicador ya que generalmente en el momento en que el paciente es admitido a tratamiento (que es cuando en teoría ha de realizarse la notificación) no se sabe a qué modalidad terapéutica va a ser asignado. Hubiese habido que esperar un tiempo para realizar la notificación. Esto hubiese conllevado un riesgo importante de retraso u olvido de la notificación, y hubiese obligado de alguna forma a las comunidades que no tienen implantado un sistema de registro con seguimiento

individual a realizar este seguimiento, al menos durante unos meses.

En definitiva, no se ha incluido la variable TDI "Tratamiento actual con sustitutivos opiáceos y tipo de sustitutivo". Si una persona está o ha estado recientemente en tratamiento de mantenimiento con metadona u otro opiáceo y es admitido a un nuevo tratamiento notificable (por traslado, falta de registro anterior, etc.), se registra como droga principal el opiáceo (heroína u otro) que motivó inicialmente el tratamiento de mantenimiento. El opiáceo prescrito en el marco del programa terapéutico (metadona u otro) no se registra ni como droga principal ni como droga secundaria.

4) Otras modificaciones menores

- **Asignar códigos específicos al consumo de la mezcla de heroína+clorhidrato de cocaína, de heroína+base o crack, y de heroína+cocaína en las variables droga principal y drogas secundarias.**

A partir de 2003 el indicador español permitirá registrar como una droga principal más (con sus códigos correspondientes) la mezcla heroína+clorhidrato de cocaína (speedball), la mezcla heroína+base o crack, y la mezcla de heroína+cocaína sin especificar forma química. Idéntico criterio se seguirá con estas drogas a la hora de codificar las drogas secundarias. Posteriormente, en el momento del análisis, a estos casos se les asigna como droga principal la heroína.

En la práctica, entre 1996 y 2002, el indicador ha estado funcionando de forma heterogénea y ambigua con respecto a esta cuestión. El motivo es que del protocolo de 1996 puede deducirse que, cuando se da esta situación, se ha de seleccionar una única droga principal (heroína o cocaína), de acuerdo con una serie de criterios establecidos en el propio protocolo (importancia clínica, droga por la que demanda tratamiento el paciente en primer lugar). Sin embargo, con posterioridad a la redacción del protocolo, por la presión de algunas comunidades autónomas, se abrió un código que permite codificar la mezcla de heroína+cocaína como droga principal. Este código es utilizado sistemáticamente por las comunidades de Andalucía y Murcia. Sin embargo, en el momento del análisis, a los casos codificados como mezcla de heroína+cocaína se les asigna la heroína como droga principal.

El TDI no permite codificar la mezcla heroína+clorhidrato de cocaína o heroína+base o crack como una droga principal diferente. Indica que en estos casos se ha de registrar siempre la heroína como droga principal y la cocaína como droga secundaria. Sin embargo, como en el momento del análisis a estos casos se les asigna como droga principal heroína, no hay problema a la hora de enviar los datos al EMCDDA.

- **Modificar las categorías de la variable vía de administración**

Las modificaciones han consistido en colapsar en una sola las dos categorías referidas a la vía pulmonar: "fumada en cigarrillos o pipa" e "inhalada (incluyendo "chinos o papel de plata)" y en modificar las etiquetas de las distintas categorías. Finalmente el número de categorías pasa de 6 a 5, y la categoría referida a la vía pulmonar queda expresada como "pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)". La modificación se ha planteado para eliminar el término "inhalar" que es ambiguo e interpretado de forma diferencial por los distintos notificadores: para unos hace referencia a "esnifar polvo, vía intranasal" y para otros a "aspirar gases o vapores, vía pulmonar".

- **Modificar las categorías de la variable "país de nacimiento"**

En la versión que entrará en vigor en 2003, se asigna un código a cada país, de acuerdo con el sistema que utiliza el Instituto Nacional de Estadística. En la versión anterior muchos países se agrupaban bajo un código único.

- **Modificar las categorías de la variable "máximo nivel de estudios completado"**

El número de categorías pasa de 9 en la versión anterior a 8 en la nueva versión. La nueva clasificación es una combinación de la Clasificación Nacional de Educación 2000 (CENED-2000, publicada como Real Decreto 269/2000 -BOE 8 marzo 2000-) y de la clasificación incluida en el Censo de Población y Viviendas 2001. La CENED-2000 sirve muy bien para codificar las enseñanzas existentes actualmente, con la filosofía de que las enseñanzas más "atípicas" se sitúan en el grupo a que corresponde la titulación "regular" exigida para comenzar a cursarlas. Sin embargo, no sirve para decidir en qué grupo incluir las enseñanzas de sistemas y ordenaciones educativas anteriores. Por ello, ha sido necesario considerar también la clasificación del Censo de Población y Viviendas 2001. La nueva clasificación propuesta se parece a la del Censo en algunos puntos, pero el Censo deja en categorías aparte las FP (en dos categorías), con lo que no resuelve el problema de en qué nivel de estudios situar la FP en el momento del análisis. En realidad, la clasificación que se propone es análoga a la que está en vigor basada en el protocolo de 1996, adaptando las etiquetas a la realidad actual, cambiando la FP1, que estaba en la categoría 05 junto a la FP2, a la categoría 04, y redistribuyendo la antigua categoría 09 entre las demás.

- **Modificar las categorías de la variable “Situación laboral principal en el momento de la admisión a tratamiento”**

Se ha eliminado la categoría “cumpliendo el Servicio Militar o la Prestación Social Sustitutoria”, porque en España ha desaparecido el servicio militar obligatorio.

2. DEFINICIÓN DEL INDICADOR

Número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en el *Anexo IV* de este protocolo en una comunidad autónoma y en un año dados.

Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año.

El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las comunidades autónomas. No se pueden separar los casos repetidos entre dos o más comunidades diferentes porque, para garantizar la confidencialidad, las variables de identificación individual no se transmiten a la Unidad Estatal.

Al no poderse separar las admisiones a tratamiento repetidas pertenecientes a una misma persona entre comunidades autónomas, se puede producir cierta sobrestimación del indicador a nivel estatal, dado que una misma persona ha podido ser notificada en dos o más comunidades diferentes. Sin embargo, se estima que esta sobrestimación es muy pequeña.

Asimismo, en las comunidades autónomas con un flujo neto positivo de personas admitidas a tratamiento procedentes de otras comunidades se producirá una sobrestimación del indicador si no se controlan los resultados por provincia (o comunidad) de residencia. Por el contrario, en las comunidades con un flujo neto negativo se producirá una infraestimación del indicador.

Se considerará *tratamiento*, cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad, o lo que es lo mismo, para dejar o controlar el consumo de drogas. Puede tratarse de un proceso largo que no tiene por qué finalizar en el mismo centro en que se ha iniciado.

Se considerarán *ambulatorios*, aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro. Hay que tener en cuenta que algunos centros notificadores, además de tratamientos ambulatorios, pueden realizar tratamientos con internamiento o modalidades mixtas. Sin embargo, a efectos de este indicador, sólo se notificarán los tratamientos ambulatorios. Por otra parte, el criterio de pernocta, no se aplicará cuando los tratamientos se realizan en un centro penitenciario, porque, evidentemente, la pernocta en estos centros no está relacionada con el tratamiento.

Siguiendo el DSM-III-R (1987), se entenderá por *dependencia*, un estado caracterizado por los siguientes síntomas (aunque alguno puede faltar):

- 1) Necesidad de consumir una sustancia de manera continuada, a pesar de desear abandonar su uso y ser consciente de que dicho uso le provoca

problemas (sociales, psicológicos o físicos).

- 2) Existencia de tolerancia
- 3) Existencia de síndrome de abstinencia.

Siguiendo el DSM-III-R (1987), se entenderá por *abuso*, un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva consistente en un uso continuado o recurrente que no llega a reunir los criterios para el diagnóstico de dependencia.

3. OBJETIVOS DEL INDICADOR

Los objetivos descritos a continuación se plantean en principio para el ámbito estatal; aunque algunos son planteables para cada una de las comunidades autónomas, y otros para aquellas comunidades que cuenten con una muestra de pacientes suficiente.

- 1) Describir las características sociodemográficas (y sus tendencias temporales) de las personas admitidas a tratamiento por cada sustancia psicoactiva en los centros notificadores.
- 2) Describir algunos patrones de consumo relevantes (y sus tendencias temporales) de las personas admitidas a tratamiento por cada sustancia psicoactiva en los centros notificadores.
- 3) Proporcionar información, aunque limitada, de la utilización de los distintos tipos de servicios por parte de los usuarios de drogas.
- 4) Contribuir, junto con los indicadores Urgencias y Mortalidad, a alcanzar los siguientes objetivos globales:
 - a) Estimar las tendencias temporales de algunos problemas importantes asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
 - b) Estimar las tendencias temporales de la prevalencia de consumo problemático de heroína y otros opiáceos. Dadas las características de la red de servicios que notifican al indicador tratamiento, plantearse este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más plantearse para otras sustancias psicoactivas.
 - c) Estimar las tendencias de las características sociodemográficas y de los patrones de consumo relevantes de los consumidores de heroína y otros opiáceos. Dadas las características de la red de servicios que notifican al indicador, plantearse este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más plantearse para otras sustancias psicoactivas.
 - d) Proporcionar información general para diseñar y evaluar políticas y programas destinados a reducir el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.
 - e) Proporcionar información para realizar estudios de estimación de la prevalencia de consumo de algunas drogas ilegales, como por ejemplo la heroína.
 - f) Servir de fuente de hipótesis y como base muestral para iniciar nuevos estudios de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS EPISODIOS DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

Cada centro deberá notificar todo episodio de admisión a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de opiáceos, cocaína o cualquier otra sustancia psicoactiva incluida en el Anexo IV de este protocolo que cumpla alguno de los criterios de inclusión que se señalan a continuación y ninguno de los de exclusión.

4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE EPISODIO

En la practica se notificará como *episodio de admisión a tratamiento* cualquiera de las situaciones siguientes:

1) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez

Se considerará que se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica (médica, social o psicológica) en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador.

Se notificarán las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento.

Hay algunos casos que pueden plantear dudas, pero que deben notificarse. En concreto, los siguientes:

- *La continuación en un centro notificador de un tratamiento iniciado en servicios que no notifican.*
De hecho, a estas personas se les abre por primera vez historia en el centro notificador, independientemente de que cuenten ya con una historia anterior. Esta situación se produce cuando algunos consumidores inician, por razones de urgencia, tratamientos del abuso o la dependencia en centros o servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social, y posteriormente acuden al centro notificador para continuar el tratamiento. Por ejemplo, deberá notificarse la continuación del tratamiento de un consumidor que acude a un centro notificador después de estar 15 días ingresado para el tratamiento de SIDA en un hospital, donde se le realizó también desintoxicación.
- *La admisión a un tratamiento afectado por una situación judicial o administrativa*
Se notificarán las admisiones a tratamiento del abuso o dependencia (admisión por primera vez en el centro o readmisión o continuación de

un tratamiento iniciado en un centro no-notificador), aunque la persona admitida esté afectada por alguna de las situaciones judiciales o administrativas siguientes:

- a) Suspensión de la ejecución de la pena (Artículo 87 del Código Penal).
 - b) Excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento (Artículo 182 del Reglamento Penitenciario).
 - c) Tratamiento que sustituye a una sanción administrativa (Artículo 25.2 de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana).
 - d) Admisión a tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario.
 - e) Tratamientos impuestos judicialmente a personas en situación de libertad condicional.
 - f) Tratamiento que sustituye a la entrada en prisión impuesto como medida de seguridad (Artículo 96 del Código Penal).
- *Admisión a tratamiento de pacientes derivados por un centro de otra comunidad autónoma.*
Se notificará la admisión a tratamiento de un paciente procedente o derivado desde un centro de otra comunidad autónoma para continuar su tratamiento, aunque se sepa o se sospeche que ha sido notificado en la comunidad de procedencia.

2) La readmisión a tratamiento en el mismo centro

Se considerará que se produce una *readmisión* cuando se admite a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta o abandono.

Los centros de tratamiento notificarán todas las readmisiones de las personas que cumplan los criterios para ser notificados, siempre que ocurran 6 meses después de haber finalizado el tratamiento anterior, independientemente de que la readmisión se produzca dentro del mismo año, o en años distintos. Las readmisiones que ocurren antes de los 6 meses de la finalización del tratamiento anterior sólo se notificarán si la finalización del tratamiento anterior fue por un alta dada por los profesionales del centro.

Para distinguir entre la continuación de un tratamiento y el comienzo de otro, se considerarán, como criterios de alta y abandono, los siguientes:

- a) Los de *alta* serán los propios del centro. Sin embargo, no se considerará alta la simple transferencia o derivación temporal de un paciente a otro servicio en el que va a continuar el mismo tratamiento, siempre que no se rompa el vínculo con el centro anterior, esto es siempre que haya un compromiso por ambas partes de volver a continuar el tratamiento en ese centro tras la interrupción. Estas derivaciones temporales pueden ocurrir por viajes, vacaciones, estancias muy cortas en prisión, etc. En los programas de mantenimiento con sustitutivos no se considerará alta a efectos de notificación una sanción por la que se aparta al paciente del tratamiento durante un período muy breve (por ejemplo, varios días o

una semana). La duración mínima a partir de la cual estos "castigos" se consideraran verdaderas altas lo determinará cada comunidad autónoma, aunque debería comunicarse a la Unidad Estatal con vistas a intentar un consenso.

- b)** Se considerará que existe *abandono* de tratamiento cuando el paciente esté 6 meses sin contactar físicamente con el centro sin indicación expresa de los profesionales.
Se ha optado por un criterio arbitrario exclusivamente temporal, por la dificultad de establecer, desde un sistema de información, unos criterios clínicos homogéneos de interrupción de tratamiento en un fenómeno tan complejo como el tratamiento de las drogodependencias.

De acuerdo con estos criterios:

HAN DE NOTIFICARSE los casos que:

- Han finalizado el tratamiento hace más de seis meses e inician otra vez tratamiento en el mismo centro.
- Han finalizado un tratamiento de mantenimiento con metadona *por alta dada por el centro* y son admitidos antes de 6 meses en el mismo centro a un tratamiento libre de drogas por la misma droga que motivó inicialmente el mantenimiento (por ejemplo, la heroína) o por otra droga (por ejemplo, cocaína). En este segundo caso, la droga principal será la cocaína.
- Han finalizado un tratamiento del abuso o la dependencia de cualquier otro tipo *por alta dada por el centro* y son admitidos de nuevo a tratamiento en el mismo centro antes de 6 meses.

NO HAN DE NOTIFICARSE, en cambio, los casos que:

- Están en un tratamiento de la dependencia de una droga que ya ha sido objeto de notificación y reciben de forma simultánea, concomitante, o consecutiva intervenciones para tratar la dependencia de otra droga diferente. Esta situación puede darse, por ejemplo, cuando se decide tratar una dependencia de cocaína en personas que están en mantenimiento con metadona por su dependencia de heroína. La adopción de este criterio se justifica porque en estos casos las intervenciones para tratar los problemas por la nueva droga no suponen una ruptura temporal del tratamiento ya notificado, ni se le da de alta del tratamiento motivado por la droga inicial.
- Han finalizado un tratamiento de mantenimiento con metadona *por abandono voluntario* y son admitidos antes de que transcurran 6 meses desde la finalización en el mismo centro a un tratamiento libre de drogas por la misma droga que motivó inicialmente el mantenimiento (por ejemplo, la heroína) o por otra droga (por ejemplo, cocaína).

También debe notificarse cualquier readmisión en un centro de un paciente

dudoso de los citados en el criterio de inclusión 1 (continuación de tratamiento iniciado en centro que no notifica o en otra comunidad autónoma, tratamiento afectado por una situación judicial o administrativa), siempre que se cumplan los criterios de notificación de readmisión.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE EPISODIO

No se notificarán como episodios de admisión a tratamiento:

- 1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento ni las demandas de tratamiento que pasan a la lista de espera.
- 2) Los contactos con el **único fin** de solicitar ayudas o prestaciones sociales.
- 3) Los tratamientos o intervenciones cuyo **único objetivo** es tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas sin que persigan de forma explícita tratar el abuso o la dependencia de drogas, buscar la abstinencia o controlar el consumo; por ejemplo, el tratamiento de las sobredosis, síndromes de abstinencia o infecciones en los servicios de urgencias o en los centros de atención primaria de salud.
- 4) Las intervenciones consistentes **exclusivamente** en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros.
- 5) Las admisiones a tratamiento en que se desconozcan variables claves como la fecha de admisión a tratamiento en el centro (Variable 2) o la droga principal por la que es admitido a tratamiento (Variable 11).
- 6) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

5. CENTROS NOTIFICADORES

Teóricamente deberían notificar sus casos todos los dispositivos que realizan tratamientos del abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva registrable. Pero incluir todos los centros que potencialmente pueden realizar estos tratamientos sería muy difícil y costoso.

En la práctica, los responsables del indicador en cada comunidad autónoma seleccionarán al inicio de cada año los centros potencialmente notificadores de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación.

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán como centros notificadores todos los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realicen tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva. La inclusión de los centros específicos privados que no tienen financiación pública puede ser problemática. Sin embargo, estos centros deberían también ser invitados a formar parte del sistema y a realizar la notifi-

cación.

En concreto deberán incluirse los siguientes tipos de centros:

1) Centros específicos de drogodependencias

Se incluirán los centros que realizan tratamientos ambulatorios, independientemente de que también realicen otras modalidades de tratamiento.

2) Centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias

Se incluirán tanto los centros independientes (por ejemplo, centros de salud mental) como los integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros (por ejemplo, servicios de psiquiatría), siempre que tengan programas de tratamiento de drogodependencias.

3) Programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones

Es discutible si estos centros realizan un tratamiento propiamente ambulatorio, pero se incluyen porque los programas de prisiones constituyen una puerta de entrada al tratamiento para bastantes personas.

En el caso de estos programas *sólo se notificarán* las admisiones a tratamiento que cumplan los siguientes criterios:

- a)** Existencia de una petición explícita por parte del paciente para ser admitido a tratamiento y una aceptación explícita de dicho tratamiento.
- b)** Existencia de un programa de actuaciones que tenga continuidad, que cumpla la definición de tratamiento y que esté documentado en la historia clínica.
- c)** Estancia prevista en el centro penitenciario durante un tiempo suficientemente largo para que tenga sentido la admisión a un tratamiento específico por abuso o dependencia de drogas.

Sin embargo, *no se notificarán* los tratamientos que consistan en intervenciones puntuales, fuera de un programa.

Cuando estos tratamientos sean realizados por personal de centros asistenciales externos a la prisión, no deberán ser notificados junto a los tratamientos realizados por dichos profesionales en el centro externo de procedencia, sino como un centro o programa diferenciado.

4) Centros que realizan tratamientos complejos que incluyen una fase ambulatoria

Se incluirán los centros o instituciones que realicen procesos complejos de tratamiento, no propiamente ambulatorios, pero que tienen una primera fase que puede considerarse *ambulatoria*. Este es el caso de algunos proyectos o comunidades terapéuticas en los que la mayor parte del tratamiento se realiza en régimen de internamiento, pero incluyen una fase inicial ambulatoria.

En algunas comunidades, existen unidades móviles de tratamiento que realizan reducción del daño, tratamiento con sustitutivos opioides, que cuentan entre el personal de servicio con un médico y un profesional de enfermería. Estas unidades deben incluirse en la red de servicios cubierta por el indicador, siempre que en ellas se realice tratamiento del abuso o la dependencia.

5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán como centros notificadores los centros, servicios o programas que cumplan alguno de los siguientes criterios:

1) Centros cuya documentación clínica sobre los tratamientos no es accesible

No se incluirán los centros que no disponen de documentación clínica sobre la atención realizada a los pacientes ni aquellos que no permitan acceder a la documentación clínica a las personas autorizadas por los responsables del indicador para realizar los controles de calidad de la información. En cualquier caso, esta revisión de la documentación se realizará con un estricto respeto de la confidencialidad y cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación.

2) Centros que realizan únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento

Este puede ser el caso de muchas unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas y de algunos hospitales o servicios psiquiátricos.

3) Servicios que atienden a los consumidores de drogas sin realizar propiamente tratamiento del abuso o la dependencia

Este es el caso de los siguientes dispositivos:

- a) Servicios que únicamente dispensan información. Por ejemplo, algunos servicios telefónicos que responden cuestiones relacionadas con el consumo de drogas.
- b) Servicios sociales que sólo proveen ayudas sociales, ocupacionales, administrativas o jurídicas.
- c) Programas o dispositivos que sólo realizan intercambio de jeringuillas, distribución de preservativos, consejo sobre modos de administración menos problemáticos, consejo sobre sexo seguro, educación para la salud u otras actividades de prevención.
- d) Servicios que proveen exclusivamente terapias o servicios de tipo ocupacional, por ejemplo, talleres ocupacionales.
- e) Dispositivos que sólo realizan asistencia sanitaria general o de las complicaciones orgánicas asociadas al consumo de drogas (sobredosis, síndrome de abstinencia, infecciones, etc.); por ejemplo, los servicios de urgencia hospitalarios o los servicios de enfermedades infecciosas.

5.3. INFORMACIÓN ANUAL SOBRE LOS CENTROS POTENCIALMENTE NOTIFICADORES

Para evaluar la calidad de la información y ampliar las posibilidades de análisis es conveniente que cada año se disponga en la Unidad Autónoma y en la Unidad Estatal de ciertos datos sobre cada centro notificador. Para ello figura en la Hoja de Notificación individual la variable *Número de identificación del centro*. Este número es asignado a cada centro notificador por la comunidad

autónoma.

Además de esta información que figura en la Hoja de Notificación Individual, para poder desagregar la información según tipo de centro, tal y como la solicita el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), es preciso disponer de información adicional. En concreto, la siguiente:

- *Nombre completo del centro*

Este nombre debería ser suficientemente indicativo de las actividades del centro. En el caso de que el centro tenga características especiales, como los programas de tratamiento en prisión, esta circunstancia debería figurar en el nombre. Lo mismo debería ocurrir en el caso de centros que forman parte de una red específica, por ejemplo, Proyecto Hombre, Cruz Roja, etc.

Además, es muy conveniente que el nombre permanezca constante a lo largo de los años. En caso de cambio de nombre debería asignársele el mismo número de identificación que tenía previamente.

- *Municipio y provincia en que se ubica el centro*

- *Tipo de centro.*

Es necesario remitir los datos al OEDT estratificados en 4 categorías (1. Centro ambulatorio de drogodependencias -CAD, CAS, centro de día, etc.-, 2. Unidad de tratamiento de prisión, 3. Servicio móvil de atención a consumidores de drogas, 4. Otro).

Esta información sobre los centros llegará a la Unidad Estatal al final de cada año, en forma de relación donde se especifique para cada centro, su número de identificación, su nombre completo, el municipio y provincia donde se ubica, y el tipo de centro (4 categorías) de que se trata.

6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL INDICADOR ADMISIONES A TRATAMIENTO

6.1. VARIABLES INDIVIDUALES DE CADA ADMISIÓN A TRATAMIENTO NOTIFICADA

Se presentan inicialmente las variables que tienen que ser cumplimentadas por los centros de tratamiento, bien sea en formularios de papel o en soporte magnético. Se dejan para el final las variables que se asignan o se generan en la Unidad Autónoma de forma automática, mediante el programa de gestión y explotación del indicador tratamiento (PROTRATAMIENTO).

1) Variables rellenas por los centros de tratamiento

Variable 1: Número de historia clínica

Se cumplimenta con el número de historia clínica asignada al paciente admitido a tratamiento. Se envía a la Unidad Autónoma, pero no a la Unidad Estatal. Sólo se recoge por si posteriormente fuera necesario obtener

información complementaria sobre el caso.

Se reservan un total de 10 dígitos para la variable, pudiendo ser números, letras u otros símbolos.

Variable 2: Fecha de admisión a tratamiento en el centro (día, mes, año)

Se considerará como fecha de admisión a tratamiento el momento en que se inicia el proceso terapéutico actual y da comienzo la intervención. No ha de considerarse la fecha en la que únicamente se produce una demanda de tratamiento o el paciente pasa a la lista de espera.

Hay que insistir en que se refiere al tratamiento actual y no al primer tratamiento realizado en el centro ni al primer tratamiento en la vida de esa persona.

Cuando el tratamiento actual es el primero que se realiza en el centro, esta fecha coincide con la apertura de la historia clínica. En el caso de las readmisiones, esta fecha es el momento en que se formaliza el proceso de readmisión a tratamiento (según los centros, este momento puede ser determinado por un acto administrativo o ser una decisión tomada por el terapeuta).

Para la definición de admisión a tratamiento ver el apartado "Criterios de inclusión y exclusión de casos".

Valores: Se cumplimenta con seis dígitos, dos para el día (del 01 al 31), dos para el mes (del 01 al 12) y cuatro para el año. En los días o meses que sólo tengan unidades, la casilla de la izquierda se rellenará con un cero. No se admite el 29 de febrero, debe ser sustituido por el día 28.

Esta variable no admite datos desconocidos. Si no están cumplimentadas sus 8 posiciones no se registrará ni notificará la admisión. En cualquier caso, si se hace, posteriormente, el programa informático (PROTRATAMIENTO) no permitirá continuar y mostrará una ventana de alerta informando al usuario de la unidad autonómica de que deberá recuperar la información del centro de tratamiento.

Variable 3: Número de identificación del centro

Número asignado previamente por la comunidad autónoma a cada centro notificador. Todos los años la comunidad notifica al Plan nacional las bajas y las altas de centros con el código asignado.

Para esta variable se reservan ocho dígitos aunque puede tener menos, los espacios vacíos que queden a la izquierda se rellenaran con ceros.

Esta variable no admite datos desconocidos. Si se desconoce el centro donde se ha iniciado el tratamiento no se registrará ni se notificará la admisión.

□ *Variable 4: DOS primeras letras de los dos apellidos*

Esta variable forma parte del código de identificación personal (CIP), por lo que siempre que sea posible deberá rellenarse a partir de los datos que figuran en el DNI o de otro documento oficial del paciente (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc.).

Para evitar errores de transcripción e interpretación, esta variable se recogerá mediante un sistema de letras preimpreso en la hoja de notificación. En la hoja se incluyen cuatro series, cada una de las cuales incluye un abecedario y un 9.

No se podrá dejar de circular algo en cada serie. La persona que notifica los datos deberá rodear con un círculo una letra (o el 9) en cada serie.

- * En la primera serie, la primera letra del primer apellido o un 9, si se desconoce.
- * En la segunda serie, la segunda letra del primer apellido o un 9, si se desconoce.
- * En la tercera serie, la primera letra del segundo apellido, o un 9, si se desconoce o es inexistente.
- * y en la cuarta serie, la segunda letra del segundo apellido, o un 9, si se desconoce o es inexistente.

Posteriormente, en la comunidad autónoma se transcribirán estas letras y números a las casillas sombreadas

A la hora de anotar las letras de los apellidos no se deberán tener en cuenta los artículos, preposiciones o conjunciones que forman una *palabra separada* de los apellidos.

Ejemplos: *de la Torre:* Se anotará -----> TO
 Latorre: Se anotará -----> LA

Al codificar apellidos complejos, es necesario identificar bien cada uno de los dos apellidos.

Ejemplo: *Pérez de Torrens y Aguinaga:*
 Primer apellido: *Pérez de Torrens.* Se anotará -----> PE
 Segundo apellido: *Aguinaga.* Se anotará----->AG

En el caso de apellidos que empiecen por "Ll" o "Ch", tanto la "elle" como la "che" se considerarán dos letras.

Ejemplos: *Llovet:* Se anotarà-----> LL
 Chávez: Se anotarà-----> CH

Si se desconoce un apellido o no existe (por ejemplo, el segundo apellido en el caso de algunos extranjeros) se circulará 99 en las dos series correspondientes. En general, para cada letra desconocida o inexistente se

circulará 9 en la serie correspondiente.

Variable 5: Sexo

Esta variable forma parte del código de identificación personal (CIP), por lo que siempre que sea posible deberá rellenarse a partir de los datos que figuran en el DNI o de otro documento oficial del paciente (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc.).

Valores:

1. Hombre
2. Mujer
9. Desconocido

Variable 6: Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Esta variable forma parte del código de identificación personal (CIP), por lo que siempre que sea posible deberá rellenarse a partir de los datos que figuran en el DNI o de otro documento oficial del paciente (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc.).

Valores: Se cumplimenta con seis dígitos, dos para el día (del 01 al 31), dos para el mes (del 01 al 12) y cuatro para el año (las cuatro cifras del año). En los días o meses que sólo tengan unidades, la casilla de la izquierda se rellenará con un cero.

No han de utilizarse nunca datos aproximados para cumplimentar esta fecha. Si se desconoce la fecha exacta de nacimiento, deberá tratarse por todos los medios de recuperar la información. Si no se consigue, la parte desconocida (día, mes o año) se cumplimentará con 99 para día y mes y 9999 para el año.

Por ejemplo, si se desconoce día y mes, pero se conoce el año se pondrá: 99-99-año.

Variable 7: Lugar de nacimiento

▪ *Variable 7a: (Para nacidos en España): Provincia de nacimiento*

El código de provincia, añadiéndole un 0 delante, forma parte del código de identificación personal (CIP), por lo que siempre que sea posible deberá rellenarse a partir de los datos que figuran en el DNI o de otro documento oficial del paciente (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc.).

Se anotará el código que corresponda a la provincia de nacimiento, de acuerdo con las siguientes equivalencias:

Álava	01	Guadalajara	19	Salamanca	37
Albacete	02	Guipúzcoa	20	S.C.Tenerife	38
Alicante	03	Huelva	21	Santander	39
Almería	04	Huesca	22	Segovia	40
Ávila	05	Jaén	23	Sevilla	41
Badajoz	06	León	24	Soria	42
Baleares	07	Lleida	25	Tarragona	43
Barcelona	08	Logroño	26	Teruel	44
Burgos	09	Lugo	27	Toledo	45
Cáceres	10	Madrid	28	Valencia	46
Cádiz	11	Málaga	29	Valladolid	47
Castellón	12	Murcia	30	Vizcaya	48
Ciudad Real	13	Navarra	31	Zamora	49
Córdoba	14	Orense	32	Zaragoza	50
Coruña	15	Oviedo	33	Ceuta	51
Cuenca	16	Palencia		Melilla	52
Girona	17			Desconocido	99
Granada	18				
		Palmas, Las	35		
		Pontevedra	36		

Variable 7b: (Para nacidos en el extranjero): País de nacimiento

Se anotará de forma literal el nombre del país de nacimiento.

Posteriormente en la Unidad Autonómica se le asignará un código de tres cifras, de acuerdo con el sistema utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las variables 4, 5, 6 y (7a ó 7b) constituyen el Código de Identificación Personal (CIP) y se utilizan para separar los episodios repetidos de los nuevos, considerando que aquellos casos que tienen estas variables iguales corresponden al mismo caso (o persona).

Para evitar errores, es muy importante que estas variables se rellenen a partir de los datos del DNI del paciente o de otro documento oficial (Carnet de Conducir, Tarjeta Sanitaria, Cartilla de la Seguridad Social, etc.). Si el paciente no lleva ninguno de estos documentos, se le harán las preguntas sobre estas variables directamente a él.

Las preguntas sobre estas variables *nunca se contestarán de forma aproximada o probabilística*. En caso de duda, se dejarán sin contestar.

Variable 8: Nacionalidad

Se anotará literalmente el nombre del país cuya nacionalidad se posee, que no tiene por que coincidir con el país en el que se ha nacido.

Como la inmensa mayoría serán españoles, en este caso se escribirá únicamente la letra mayúscula (E). Si una persona posee otra nacionalidad, además de la española, se anotarán ambas.

Al igual que en la variable 7b, los países se codificarán, según el sistema de tres dígitos del INE, en la Unidad Autonómica.

Variable 9: Provincia de Residencia

Se recogerá la provincia de residencia de hecho; es decir, aquella en la que el paciente ha vivido más tiempo durante los últimos 6 meses antes de iniciar el tratamiento. Ha de coincidir siempre con la provincia a la que pertenece el municipio que se consigne en la variable siguiente (variable 10).

Se utilizarán los códigos de la Variable 7a (provincia de nacimiento), que se encuentran también en el reverso de la Hoja de Notificación Individual.

Variable 10: Municipio de Residencia

Se recogerá el municipio de residencia de hecho, concretamente aquél en el que el paciente ha vivido más tiempo durante los últimos 6 meses antes de iniciar el tratamiento. No se trata necesariamente del municipio en que la persona esta empadronada o tiene su domicilio de derecho.

La codificación se realizará en la Unidad Autonómica con la asistencia del Programa Informático de Indicador PROTRATAMIENTO y se utilizarán los códigos de municipios del INE (Relación de Municipios y Códigos por Provincias, INE, Publicaciones Electrónicas).

Valores:

ddd.	Código del municipio
888.	Si reside en el extranjero
999.	Desconocido

Variable 11: Droga principal por la que es admitido a tratamiento

Se anotará literalmente el nombre de la sustancia psicoactiva que, tras la evaluación diagnóstica, el terapeuta considera que ha producido la dependencia o los problemas clínicos o sociales más importantes que han motivado el tratamiento actual.

Las sustancias psicoactivas que pueden ser anotadas como droga principal son las incluidas en el ANEXO IV: *Lista de Sustancias Registrables*, excepto *No consume más sustancias psicoactivas* y *Sustancia psicoactiva desconocida*. Si no se conoce la droga que motiva el tratamiento, esa admisión a tratamiento no se registrará ni notificará.

Los profesionales que realicen la notificación deberán llegar siempre al máximo grado de especificidad posible en el tipo de sustancia que anotan:

* Si es posible recogerán el *nombre científico de la sustancia concreta*.

Se ha optado por utilizar el término "nombre científico" en vez de "nombre genérico", porque este último se aplica sobre todo a los fármacos, pero no necesariamente a las sustancias de comercio ilegal.

Por ejemplo: pentazocina, cocaína base, diacepam, LSD, etc.

* Cuando no se conozca el nombre científico de la sustancia, pero sí el *nombre comercial o el de argot*, se anotará alguno de estos últimos.

Por ejemplo, Sosegón, crack o basuco, Valium, ácido, etc.

* Si no es posible especificar la sustancia concreta ni el nombre comercial o de argot, recogerán el *nombre del subgrupo farmacológico* al que pertenece.

Por ejemplo: opiáceos sintéticos, cocaína, benzodiazepinas, alucinógenos sintéticos, etc.

* Si no es posible especificar el subgrupo, señalarán el nombre del *grupo farmacológico*.

Por ejemplo: opiáceos, hipnótico-sedantes, estimulantes, alucinógenos, etc.

En la *Clasificación de Sustancias Registrables* que se incluye en el Anexo IV de este Protocolo los nombres de las sustancias aparecen impresos de la siguiente forma:

- * el grupo farmacológico -----> sombreado y en mayúsculas
- * el subgrupo farmacológico -----> en minúsculas y cursiva
- * el nombre científico de la sustancia concreta ---> en minúsculas normales
- * el nombre comercial o de argot ----> en minúsculas normales de menor tamaño

Por ejemplo, pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *Codeína*, es decir, la codeína o derivados de la codeína sin especificar, el linctus de codeína, la hidrocódeína, la dihidrocódeína, la folcodina y otras formas de codeína o derivados especificadas.

También pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *MDMA -Éxtasis- y otros derivados de la feniletilamina*; es decir, los derivados de la feniletilamina -drogas de diseño- sin especificar, la MDMA, la MDA, la MDEA, la MBDB y otros derivados de la feniletilamina especificados.

Siempre se recogerá una única droga principal, aunque el paciente abuse o dependa de varias sustancias psicoactivas.

Si el paciente depende de dos o más sustancias, la decisión de qué droga principal imputar se tomará como sigue:

* Primero, siempre que sea posible el terapeuta, tras la evaluación diagnóstica, seleccionará la droga principal, basándose en la importancia clínica de cada una de las sustancias.

Hay que tener en cuenta que para algunas sustancias, como la heroína o la cocaína, la frecuencia de consumo puede ser un buen indicador de su importancia clínica, pero para otras, como el alcohol o los derivados de la Cannabis, puede no serlo.

Ejemplo: Un paciente solicita tratamiento a causa de su consumo de heroína y cocaína. Sin embargo, el terapeuta tras la evaluación diagnóstica considera que la heroína tiene más importancia clínica en relación con el tratamiento actual porque es la que genera la mayoría de los problemas clínicos y sociales del paciente en la actualidad. En este caso a la hora de rellenar la Hoja de Notificación Individual, se anotará "heroína".

* Segundo, si tras la evaluación diagnóstica el terapeuta no llega a determinar con claridad cuál es la sustancia de mayor importancia clínica en relación con el tratamiento actual, o lo que es lo mismo la sustancia que produce los problemas o clínicos o sociales más importantes del paciente, anotará aquella por la que el paciente solicita tratamiento en primer lugar.

Ejemplos:

Un paciente solicita tratamiento a causa de su consumo de heroína. Sin embargo, el terapeuta tras la evaluación diagnóstica considera que depende tanto de heroína como de cocaína sin que sepa determinar cuál de las dos tiene más importancia clínica. En este caso a la hora de rellenar la Hoja de Notificación Individual, se anotará "heroína" porque es la droga por la que el paciente ha solicitado tratamiento en primer lugar.

Un paciente solicita tratamiento a causa del consumo de tranquilizantes y tras la evaluación diagnóstica se confirma que existe dependencia o abuso de diazepam y flunitrazepam, sin que pueda determinarse cuál de las dos sustancias tiene mayor importancia clínica. En este caso se anotará el nombre del subgrupo farmacológico "benzodiazepinas".

La metadona u otros sustitutivos empleados en programas de mantenimiento sólo se registrarán como droga principal cuando son las drogas que producen los problemas clínicos o sociales más importantes por los que se demanda el tratamiento actual. Por ejemplo, cuando una persona está consumiendo metadona u sustitutivos opioides de forma incontrolada y es admitido a un programa de mantenimiento con estas sustancias o a otro tipo de tratamiento para dejar o controlar el consumo de estas sustancias.

La codificación de las sustancias será realizada en la Unidad Autonómica,

con la asistencia del Programa Informático de Gestión y Explotación del indicador (PROTRATAMIENTO). Cuando el centro de tratamiento transmita los datos a la Unidad Autónoma en soporte electrónico, la codificación se realizará en el propio centro con ayuda del citado programa informático.

A continuación se incluyen algunos ejemplos de cumplimentación y codificación de esta variable:

- Paciente que tiene como droga principal dexedrina.
Se transcribirá "dexanfetamina". Posteriormente se codificará en la U. Autónoma con el código 2202.
En el caso que no se conozca el nombre científico se recogerá "dexedrina", y también se codificará en la U. Autónoma con el código 2202.
Paciente que tiene como droga principal "pastillas" que el terapeuta considera anfetaminas, sin que pueda especificar el tipo exacto.

Se transcribirá "anfetaminas". Posteriormente se codificará en la U. Autónoma con el código 2200.
- Paciente que tiene como droga principal "pastillas" que se consideran derivadas de la feniletilamina, sin que se pueda especificar la sustancia concreta.
Se transcribirá "derivados de la feniletilamina". Posteriormente se codificará en la U. Autónoma con el código 2400.
- Paciente que tiene como droga principal el "Ice" (metilanfetamina fumada)
Se transcribirá "Ice o metanfetamina". Posteriormente se codificará en la U. Autónoma con el código 2204.
- Paciente que tiene como droga principal "valium"
Se transcribirá "diazepam" y se codificará en la U. Autónoma con el código 3210.
En el caso de que en ese momento no se pueda precisar el nombre científico exacto se recogería "valium", y también se codificará en la U. Autónoma con el código 3210.
- Paciente que tiene como droga principal "pastillas" que el terapeuta considera benzodiazepinas, sin que pueda especificar el tipo exacto.
Se transcribirá "benzodiazepinas". Posteriormente se codificará en la U. Autónoma con el código 3200.
- Paciente que tiene como droga principal "pastillas" que se consideran con efectos hipnótico-sedantes, sin que puedan especificarse más sus características.
Se transcribirá "hipnóticos-sedantes" y se codificará en la U. Autónoma con el código 3000.
- Paciente que tiene como droga principal "heroína+cocaína"

afirmando que consume en la misma dosis las dos sustancias mezcladas. En este caso habrá que indagar y aclarar si la cocaína de la mezcla está en forma de base, basuco o crack (en cuyo caso se transcribirá "heroína+cocaína base" y se codificará en la U. Autonómica 1121) o en forma de sal o clorhidrato (en cuyo caso se transcribirá "heroína+clorhidrato de cocaína y en la U. Autonómica se codificará 1199), o si es imposible saber la forma química de la cocaína (en cuyo caso se transcribirá "heroína+cocaína" o "heroína+cocaína sin especificar" y en la U. Autonómica se codificará 1111).

En el caso de que haya dificultades para codificar alguna sustancia, las Unidades Autonómicas consultarán a la Unidad Estatal para mantener criterios uniformes. En el caso de que los centros que realicen la codificación tengan problemas, consultarán a sus respectivas Unidades Autonómicas.

La experiencia permitirá desarrollar normas de codificación para casos particulares inicialmente no previstos que se distribuirán periódicamente a todas las comunidades y centros en documentos anexos al Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento.

Variable 12: Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

Se consignará la frecuencia de consumo con la que el paciente ha consumido la droga principal en los 30 días previos a la admisión.

Si no se había consumido la droga principal durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento, se consignará un 6. Esta circunstancia puede darse en personas que acuden a tratamiento desde hospitales, prisiones u otras instituciones donde se han mantenido abstinentes.

Valores:

1. Todos los días
2. 4-6 días/semana
3. 2-3 días/semana
4. 1 día /semana
5. Menos de 1 día/semana
6. No consumió
9. Desconocida

Variable 13: Año de inicio del consumo de la droga principal

Se consignarán las cuatro cifras del año en que consumió por primera vez la droga principal. Si se desconoce el año exacto, se anotará la mejor aproximación.

Valores: dddd. año de inicio
 9999. desconocido

Variable 14: Tratamiento previo por la MISMA DROGA por la que va a tratarse actualmente.

Se recogerá la respuesta del paciente a la pregunta de si ha realizado o no previamente algún tratamiento por abuso/dependencia de la MISMA DROGA PRINCIPAL. No es necesario evaluar si la información proporcionada por el paciente coincide o no con la información de que dispone el centro obtenida por otros medios (información de otros centros, registros administrativos, información de familiares, etc.), aunque este proceder aportaría indudablemente más calidad a la información.

Por otra parte, se ha de tener en cuenta que cuando se habla de tratamiento anterior por abuso/dependencia de drogas, NO HA DE CONSIDERARSE TRATAMIENTO PREVIO ninguno de los siguientes eventos o situaciones:

- Situaciones en las que el único tratamiento dado fue para complicaciones físicas del abuso de drogas (Ejemplo: ingresos hospitalarios por patología orgánica, etc.).
- Consejo o información realizados por teléfono o carta.
- Consejo o información dados por amigos o familiares.
- Situaciones relacionadas exclusivamente con la provisión de información o ayuda para cuestiones de asistencia social o seguros.
- Programas de intercambio de jeringuillas, provisión de preservativos u otras actuaciones para reducir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos

En cambio, si HAN DE CONSIDERARSE TRATAMIENTO PREVIO, la estancia previa en un programa de mantenimiento con metadona o sustitutivos opiáceos.

Ha de tenerse en cuenta que el paciente ha de haber recibido el tratamiento previo para controlar el abuso o la dependencia de LA MISMA DROGA principal por la que va a tratarse en el momento actual. En caso de haber sido tratado antes exclusivamente por abuso o dependencia de una droga principal distinta, se considerará que no ha realizado tratamiento previo.

Valores:

1. Sí
2. No
9. Desconocido

Variable 15: Vía más frecuente de administración de la droga principal en los últimos 30 días de consumo

Si no se había consumido la droga principal durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento, se consignará la vía más usada en los últimos 30 días que consumió dicha droga. Esta circunstancia puede darse en personas que acuden a tratamiento desde hospitales, prisiones u otras instituciones donde se

han mantenido abstinentes.

Los códigos admitidos para esta variable son:

1. *Oral*: Ingestión de la droga por la boca (se codificará esta vía aunque la absorción se produzca más en la mucosa oral que en el tubo digestivo, por ejemplo, el caso del LSD).
2. *Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)*: Aspiración y posterior absorción pulmonar de vapores de drogas sometidas a combustión en cigarrillos, pipas, papel de aluminio, etc., o de gases sustancias volátiles no sometidas a combustión (butano, gasolina, cola, solventes, etc). Esta vía hay que diferenciarla de la esnifada, en la que se aspira droga en polvo por la nariz. Si en algún documento clínico aparecen expresiones como consumo por vía inhalada" habrá que identificar claramente si se trata de vía pulmonar (fumada) o de vía intranasal (esnifada), porque la experiencia muestra que esta expresión es ambigua y es utilizada con un significado diferente por distintos pacientes y profesionales.
3. *Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la nariz)*: Aspiración por nariz y posterior absorción por la mucosa nasofaríngea de sustancias en forma de polvo o pequeñas partículas o cristales.
4. *Parenteral o inyectada*: Administración de la droga por vía parenteral - intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica -.
5. *Otras (Especificar...)*: Administración de la droga por vías diferentes a las mencionadas en las categorías anteriores - tópica, vaginal, rectal, etc-.
9. *Desconocida*: Cuando en la historia clínica no se menciona ninguna vía de consumo para esa droga.

Variable 16: Otras drogas consumidas en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento (14A-14B-14C-14D)

Se consignarán las cuatro drogas, *distintas de la principal*, consumidas durante los treinta días anteriores a la fecha de admisión al tratamiento, y que tengan mayor importancia clínica con relación al problema de drogas del paciente. Hay que recordar que no hay que volver a citar de nuevo en este apartado la droga principal, porque en ese caso el PROTRATAMIENTO no la considerará y se habrá perdido la oportunidad de señalar el consumo de otra droga.

Si la persona admitida a tratamiento ha estado en los 30 días previos en un programa de mantenimiento con metadona u otro sustitutivo opiáceo, la metadona (o el sustitutivo opiáceo) NO SE REGISTRARÁN como drogas secundarias.

Si no se había consumido la droga principal durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento, se consignarán las drogas secundarias consumidas en los últimos 30 días que consumió la droga principal. Esta circunstancia puede darse en personas que acuden a tratamiento desde hospitales, prisiones u otras instituciones donde se han mantenido abstinentes.

Si el paciente ha consumido más de 4 drogas secundarias, se consignarán las cuatro que a juicio del terapeuta tengan mayor importancia clínica en relación con el problema de drogas del paciente. Para algunas sustancias, como heroína o cocaína, la frecuencia podría ser un buen indicador de su importancia clínica. Para otras, como el alcohol y el cannabis, podría no serlo. En cualquier caso, la nicotina (2890), la cafeína (2831), la teofilina (2832) y la teobromina (2833), sólo se recogerán sólo de forma subsidiaria cuando su inclusión no suponga dejar fuera alguna otra droga secundaria.

Como en la droga principal, conviene llegar al máximo de especificidad posible en la codificación de la sustancia. Si el paciente consume varias drogas del mismo subgrupo farmacológico (por ejemplo, varias benzodiazepinas), se recogerá sólo una. Cuando se pueda identificar claramente la sustancia consumida con más frecuencia, se anotará ésta (por ejemplo, "diazepam"); si no es posible tanta especificación, se anotará el nombre del subgrupo ("*benzodiazepinas*").

No se admitirá una droga secundaria del mismo subgrupo farmacológico que la principal, aunque si del mismo grupo farmacológico.

Tampoco se admitirán dos drogas secundarias del mismo subgrupo farmacológico, pero sí del mismo grupo. En el caso de que en los 30 días previos a la admisión a tratamiento el paciente haya consumido varias drogas secundarias del mismo subgrupo farmacológico se anotará únicamente aquella que haya consumido con mayor frecuencia en ese período.

Por ejemplo, un paciente puede tener como droga principal heroína que forma un subgrupo farmacológico propio y como droga secundaria dextropropoxyfeno que se incluye en el subgrupo de *Opiáceos sintéticos*.

Un paciente puede tener como drogas secundarias dihidrocodeína y dextropropoxyfeno, pero no dextropropoxyfeno y dextromoramida.

La información referente a estas drogas secundarias se recogerá de la misma forma que la de la droga principal, transcribiéndose literalmente a la hoja de notificación y codificándose en la Unidad Autónoma. Las normas de codificación son las mismas que para la droga principal.

Si el paciente consume menos de 4 drogas, se transcribirán sus nombres y en la línea inferior se escribirá "No más drogas".

Si se desconoce completamente la información sobre el consumo de cualquier droga secundaria, se escribirá "desconocidas" en la primera línea.

□ *Variable 17: Tiempo transcurrido desde que se inyectó por última vez cualquier sustancia psicoactiva*

Se refiere al tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó cualquier tipo de sustancia psicoactiva sin prescripción médica o alterando claramente dicha prescripción. Por ejemplo: inyección de una sustancia prescrita para uso oral.

No es imprescindible que la vía inyectada sea la vía principal de consumo ni que se haya utilizado esta vía para el consumo de la droga principal. Sin embargo, la información que se aporte en esta variable ha de ser coherente con lo que se ha contestado en la variable vía principal de administración. En caso contrario, posteriormente el PROTRATAMIENTO detectará datos probablemente incoherentes y hará la advertencia pertinente al grabador.

Valores:

01. Menos de una semana
02. Menos de un mes
03. Menos de seis meses
04. Menos de un año
05. Uno o dos años
06. Tres o cuatro años
07. De cinco a nueve años
08. Diez años o más
09. Nunca se ha inyectado
99. Desconocido

Las categorías son mutuamente excluyentes, pero para simplificar en las categorías 01, 02, 03 y 04 se indica sólo el límite superior de cada una.

Ejemplos: Si se inyectó por última vez hace 8 horas, se considerará que se inyectó hace menos de una semana y se anotará "01".

Si se inyectó hace un mes, se considerará que se inyectó hace menos de 6 meses y se anotará "03".

□ *Variable 18: Estado serológico objetivo frente al VIH*

Esta variable recoge el estado serológico frente a la infección por VIH al comienzo del tratamiento. Para cumplimentar el estado serológico no es suficiente la respuesta del paciente, sino que *debe existir constancia documental del mismo*. Por ejemplo: informe analítico, diagnóstico confirmado de SIDA, historia de tratamiento con antiretrovirales, etc.

Valores:

1. Positivo
2. Negativo con análisis en los últimos 6 meses
3. Negativo sin análisis en los últimos 6 meses
4. Negativo sin saber fecha del análisis
5. Con análisis realizado, pero pendiente del resultado

- 6. No se ha realizado análisis
- 9. Desconocido

Cuando ya se sabe objetivamente (por la historia clínica, analíticas previas, informes hospitalarios de alta u otro documento) que la persona es VIH + se codificará "1", aunque en el centro de tratamiento no se repita la analítica.

Los valores 2, 3 y 4 sólo se aplicarán cuando por cualquier motivo *no se vaya a realizar una nueva analítica* tras la admisión a tratamiento.

* Si la persona se ha realizado analítica al ser admitida a tratamiento y está pendiente de resultados en el momento de hacer la notificación, y además existe información previa, se pueden dar dos posibilidades:

- Que sepa objetivamente que es positivo, en cuyo caso se codificará 1.
- Que se sepa objetivamente que es negativo, en cuyo caso *se codificará provisionalmente 5*, independientemente de que la analítica anterior se haya realizado o no en los últimos 6 meses. El PROTRATAMIENTO sacará estos episodios como dudosos con respecto a la variable estado serológico objetivo frente al VIH y deberá pedirse información adicional a los centros de tratamiento para que informen de los resultados del nuevo análisis y asignarle ya el *código definitivo* (generalmente 1 ó 2).

El código 5 sólo debería permanecer como código definitivo en aquellos casos en que el paciente por abandono del tratamiento o por otras causas no aporta al centro los resultados de los análisis.

* El envío de las notificaciones provisionales no se debe retrasar para recoger esta variable.

NOTA ÉTICA: La inclusión de esta variable en el indicador tratamiento no implica de ninguna forma que una persona esté obligada a realizarse la analítica por VIH para ser admitida a tratamiento. Tampoco implica que el paciente, si no lo desea, tenga que declarar si se ha realizado la analítica con anterioridad, o cuál fue su resultado.

Variable 19: Situación laboral PRINCIPAL en el momento de la admisión a tratamiento

Esta variable recoge la *situación principal de empleo* en la fecha de inicio del tratamiento y no la forma o formas de obtener ingresos.

Se admite *una sola respuesta*. Las respuestas aparecen listadas por orden de preferencia. En caso de que se dé una situación laboral múltiple, se consignará la situada en primer lugar en la lista de respuestas.

Valores:

- 01. Con contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)

02. Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)
03. Trabajando sin sueldo para la familia
04. Parado, NO habiendo trabajado antes
05. Parado, habiendo trabajado antes
06. Incapacitado permanente, pensionista
07. Estudiando u opositando
08. Realizando exclusivamente labores del hogar
09. En otra situación (Especificar_____)
99. Desconocida

Se considerará *contrato o relación laboral temporal* aquélla en la que el fin de la relación laboral o del contrato queda determinado por condiciones objetivas, tales como la expiración de cierto plazo, la realización de una tarea determinada, la reincorporación de un empleado al que se había reemplazado temporalmente, la realización de un período de prácticas o de formación o la sustitución de la parte del trabajo no desarrollada por los parcialmente jubilados. En el caso de un contrato de duración limitada, las condiciones correspondientes para su terminación se mencionan generalmente en el contrato.

Si no existen criterios objetivos para la cesación de un empleo o finalización de un contrato o relación laboral, éste debe considerarse *indefinido*. En este caso el trabajo se puede desarrollar de forma permanente a lo largo del año o sólo durante determinados períodos del mismo.

A efectos de notificación se considerará que una persona está de baja cuando tiene un empleo, pero en el momento de la admisión no está trabajando por diversos motivos como enfermedad (Incapacidad Laboral Transitoria -ILT-), maternidad, permiso, vacaciones, conflicto laboral, etc.

Variable 20: Máximo nivel de estudios completado

En esta variable se recoge el máximo nivel de estudios que ha completado o aprobado el paciente. No se recogen los estudios que el paciente inició, pero no llegó a completar.

Por ejemplo: si abandonó los estudios en 2º de BUP se anotará 04. "Bachiller Elemental, Graduado Escolar o ESO obligatoria", puesto que el Graduado Escolar fue el máximo nivel de estudios que aprobó.

Valores:

01. No sabe leer ni escribir
02. Enseñanza primaria incompleta
03. Enseñanza primaria completa
04. Enseñanza secundaria 1ª etapa. EGB. ESO. FP-1 o de grado medio
05. Enseñanza secundaria 2ª etapa. FP-2, BUP. COU
06. Estudios universitarios medios
07. Estudios universitarios superiores
08. Otros (Especificar_____)
99. No lo sé

Esta clasificación es análoga a la que está en vigor, adaptando las etiquetas a la realidad actual, cambiando la FP1 que estaba en la categoría 05 junto a la FP2 a la categoría 04, y redistribuyendo la antigua categoría 09 entre las demás. La que se propone es una adaptación de la Clasificación Nacional de Educación 2000 (CENED-2000, publicada como Real Decreto 269/2000 (BOE 8 marzo 2000)). Esta clasificación sirve para codificar las enseñanzas existentes actualmente, con la filosofía de que las enseñanzas más "atípicas" se sitúan en el grupo a que corresponde la titulación "regular" exigida para comenzar a cursarlas. Sin embargo, no sirve para decidir en qué grupo incluir las enseñanzas de sistemas y ordenaciones educativas anteriores.

También se ha revisado la clasificación incluida en el Censo de Población y Viviendas 2001. La que se propone se parece a la del Censo en algunos puntos, pero el Censo deja en categorías aparte las FP (en dos categorías), con lo que no resuelve el problema de en qué nivel de estudios situar la FP en el momento del análisis.

Los estudios concretos incluidos en cada categoría son los siguientes:

01. No sabe leer ni escribir
No sabe leer ni escribir en ningún idioma.
02. Enseñanza primaria incompleta
Sabe leer y escribir en algún idioma, pero ha ido menos de 5 años a la escuela.
No aprobó los Estudios Primarios o 5º curso de EGB o la Educación Primaria.
03. Enseñanza primaria completa
Aprobó Est. o Educ. Prim./ 5º de EGB/ Ingreso/ Ens. Iniciales Adultos (alfabetización, educación básica)/ Ens. grado Elemental de Música y Danza/ Prog. Formación-inserción laboral u otros estudios que **No** necesitan título de 1ª etapa de secundaria.
04. Enseñanza secundaria 1ª etapa
Aprobó ESO/ FP-1/ EGB completa/ Graduado Escolar/ Bach. Elemental/ Ens. Secundaria Adultos/ Prog. Formación-inserción laboral u otros estudios que **necesitan** título de 1ª etapa de secundaria/ Ciclos formativos medios.
05. Enseñanza secundaria 2ª etapa
Aprobó Bachiller LOGSE/ BUP/ Bachillerato Superior/ FP-2/Ciclos formativos superiores/ COU/ PREU/ Enseñanza de grado medio de FP específica y equivalentes, artes plásticas y diseño, y deportivas/ Ens. grado medio música y danza/ Enseñanzas artísticas de grado elemental o medio/ Ens. Escuelas Oficiales de Idiomas/ Auxiliar vuelo/ Prog. formación-inserción laboral u otros estudios que necesitan título de secundaria de 2ª etapa.
06. Estudios universitarios medios

Perito/ Aparejador/ Ingenieros y Arquitectos Técnicos/ Diplomado de Escuela Universitaria/ 3 cursos completos de licenciatura o escuela técnica superior aprobados/ Ens. grado superior de FP específica y equivalentes, artes plásticas y diseño y deportivas/ Estudios de Náutica y Pilotos (piloto 2ª, oficial 2ª de marina mercante, piloto de vuelo, controlador tráfico aéreo)/ Prog. de dos o más años que precisan título de bachiller (Títulos propios de universidades no de postgrado, Prog. formación-inserción laboral que precisan título FP de grado superior)/ Suboficiales del ejército/ Prog. de formación-inserción laboral u otros estudios que precisan título universitario medio para su realización.

07. Estudios universitarios superiores

Licenciatura/ Arquitectura e Ingeniería superior/ Ens. superior militar -Oficiales-/Ens. Náutica de segundo ciclo (Capitán piloto 1ª, Maquinista naval jefe) / Doctorado/ Másteres o Prog. oficiales de especialización que precisan título universitario superior para su realización/ Prog. de formación-inserción laboral u otros estudios que precisan título universitario superior para su realización.

08. Otros

Variable 21: Fuente de referencia principal

Se refiere a la persona, institución o servicio que ha influido de forma más intensa o efectiva para que el paciente haya iniciado el tratamiento actual. La influencia puede haber adoptado la forma de exigencia expresa, presión o recomendación.

Valores:

01. Otro servicio de tratamiento de drogodependencias
02. Médico general, atención primaria de salud
03. Hospital, otros servicios de salud
04. Servicios sociales
05. Prisión, centro reforma o internamiento cerrado para menores
06. Servicio legales o policiales
07. Empresa o empleador
08. Familiares o amigos/as
09. Iniciativa propia
10. Otra (Especificar _____)
99. Desconocida

Los servicios legales o policiales incluyen a jueces, juzgados, médicos forenses, policías, etc.

Cuando se inicia un tratamiento para evitar una sanción administrativa o judicial no ha de codificarse "iniciativa propia" sino "servicios legales o policiales".

Si en el hecho de iniciar tratamiento han influido varias fuentes, se codificará

aquella que ha influido de forma más intensa o efectiva, y en caso de que haya más de una con el mismo grado de influencia efectiva, se codificará aquella de la que partió el movimiento inicial.

Variable 22: Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

Valores:

- 01. Solo/a
- 02. Únicamente con pareja
- 03. Únicamente con hijos/as
- 04. Con pareja e hijos/as
- 05. Con padres o familia de origen
- 06. Con amigos/as
- 07. Otros (Especificar _____)
- 99. Desconocida

En caso de que sea posible una respuesta múltiple (por ejemplo, vive con la pareja y con amigos, o con la pareja y con los padres, etc.) se marcará la categoría "Otros".

Si ha cambiado su estado de convivencia durante los 30 días previos al tratamiento, se anotará la más habitual en ese período (la que persistió más tiempo).

Variable 23: Lugar en que ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

Valores:

- 01. Casa, piso, apartamento
- 02. Prisión, centro de reforma o de internamiento cerrado para menores
- 03. Otra institución
- 04. Pensión, hostel, hotel
- 05. Alojamiento inestable/precario
- 06. Otro lugar (Especificar _____)

Si ha cambiado de lugar de residencia durante los 30 días previos al tratamiento, se anotará el más habitual en ese período (en el que vivió más tiempo).

01. Casas, pisos, apartamentos. Incluirá: propios, alquilados, propiedad de padres, pareja, familiares o amigos, cedida gratis o a bajo precio por otro hogar o por la empresa, etc.

03. Otras instituciones. Incluirá: comunidades terapéuticas, pisos de reinserción, pisos tutelados o de apoyo residencial, centros de protección de menores de acogida o centros residenciales de acción educativa, cuarteles, colegios, residencias, hospitales, etc.

05. Alojamiento inestable/precario: Incluirá: casas ocupadas, barracas, chabolas, tiendas de campaña, caravanas, remolques, coches o furgonetas acondicionados, albergues, calles, parques, edificios abandonados, cuevas,

diferentes coches sin acondicionar, etc.

2) Variables que se asignan en la Unidad Autónoma

Algunas de las variables necesarias en la nueva propuesta del Indicador Admisiones a Tratamiento no deberán ser rellenadas a nivel de Centro de Tratamiento.

Se distinguen dos tipos de variables:

a) Variables de cumplimentación manual

Número de Registro de Hoja de Notificación

Esta variable se rellenará al recibir las hojas de notificación en la Unidad Autónoma, o se asignará a las notificaciones que lleguen de los centros en soporte magnético.

Se asignará un número consecutivo de cinco dígitos, que empezará desde 00001 cada año. Esta variable figura sombreada en la cabecera izquierda de la hoja de notificación individual.

b) Variables generadas automáticamente por el PROTRATAMIENTO

Código de paciente (CP)

Es un número único y permanente para cada persona registrada en el Fichero Autonómico Acumulativo de Admisiones a Tratamiento (FACAT); es decir, todos los episodios de admisión a tratamiento de una misma persona registrados en el FACAT tendrán el mismo código.

Será asignado por el PROTRATAMIENTO en la Unidad Autónoma a cada episodio de admisión a tratamiento grabado. Para asignarlo el PROTRATAMIENTO comprobará primero, con ayuda del CIP, si la persona admitida a tratamiento tiene o no grabado en el FACAT algún episodio de admisión a tratamiento previo:

- * Si no lo tiene (es decir, si el PROTRATAMIENTO no encuentra un episodio con un CIP idéntico al actual), generará un nuevo CP para este episodio.
- * Si lo tiene (es decir, si el PROTRATAMIENTO encuentra un episodio con un CIP idéntico al actual), NO generará un nuevo CP y le asignará el CP del episodio (o episodios) con CIP coincidente.

Este número tendrá 9 dígitos y estará formado por dos partes:

- Los cuatro dígitos del año en el que el paciente fue incluido por primera vez en el FACAT.
- Un número secuencial de cinco dígitos, que cada año comienza desde el 00001 en cada comunidad autónoma.

□ *Número de tratamiento de una persona registrados en el FACAT*

Indica el número de tratamiento distinto correspondiente a esa persona registrados en el FACAT desde su punto de inicio.

Este número será asignado automáticamente por el PROTRATAMIENTO en la Unidad Autónoma.

Tiene dos dígitos y es importante distinguir dos situaciones:

- * Cuando se registra un episodio correspondiente a una persona que no tiene ningún episodio registrado previamente en el FACAT (es decir, cuando el PROTRATAMIENTO NO encuentra un episodio con un CIP idéntico al actual) el número de episodios será 01 y se considerará *caso nuevo* para el FACAT.
- * Cuando se registra un episodio correspondiente a una persona que ya tiene algún episodio registrado previamente en el FACAT (es decir, cuando el PROTRATAMIENTO encuentra un episodio con un CIP idéntico al actual) el número de episodios será 02 ó más y se considerará *caso antiguo* para el FACAT.

La información que aporta esta variable sobre caso nuevo o antiguo es independiente del autoinforme de la persona sobre si ha sido tratada previamente o no por su abuso/dependencia de la droga principal (Variable 14); por lo tanto, no debe realizarse ningún proceso tratando de buscar consistencia entre los valores de las variables 14 y 21 antes del momento del análisis.

7. PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS

El circuito de información del Indicador Admisiones a Tratamiento tiene tres elementos con funciones distintas: los Centros de Tratamiento, las Unidades Autonómicas y la Unidad Estatal.

Los *Centros de Tratamiento* son la fuente primaria de información, identifican las admisiones a tratamiento que deben notificarse, recogen la información y la envían a su respectiva Unidad Autónoma.

Las *Unidades Autonómicas* reciben la información enviada por los Centros de Tratamiento, la validan, comprueban los datos dudosos y corrigen los errores en contacto con los centros de tratamiento, extraen los casos para elaborar el indicador estatal separando los repetidos dentro del año y envían los datos a la Unidad Estatal de forma periódica.

La *Unidad Estatal* recibe la información de las Unidades Autonómicas y repite el proceso de validación y corrección de errores, pero no puede separar los casos repetidos entre comunidades, porque a este nivel no llegan los Códigos de Identificación Personal, en concreto las letras de los apellidos ni el número de historia.

Actualmente, la mayor disponibilidad de equipos informáticos permite a los centros de tratamiento grabar los datos y realizar la validación inicial utilizando el PROTRATAMIENTO como gestor de base de datos. Esto permitirá aumentar la calidad de la información y su utilidad para los propios centros de tratamiento. Aunque en este protocolo se describen en principio las tareas concretas que debe realizar cada uno de los tres elementos del sistema para los casos en que la transmisión de datos entre centros y Unidades Autonómicas se realice con formularios de papel, también se hará mención, en los apartados que corresponda, al supuesto de que dicha transmisión se realice en soporte informático. Hay que tener en cuenta que en una misma comunidad autónoma podrían coexistir ambos procedimientos. Por otra parte, en las comunidades que tienen un sistema de información propio distinto al estatal algunos procedimientos son diferentes, por lo que se describen en un apartado separado

7.1. PROCEDIMIENTOS CUANDO LA COMUNIDAD AUTÓNOMA TIENE UN INDICADOR IGUAL AL ESTATAL

El procedimiento que se describe a continuación es para los centros de aquellas comunidades autónomas que tienen un sistema de información idéntico al estatal. Las tareas de cada elemento del sistema son las siguientes:

1) De los centros de tratamiento:

Una condición previa es el mantenimiento de un archivo unificado de

historias clínicas o fichas de pacientes en cada centro. Esta condición es absolutamente imprescindible para el desarrollo del Indicador Admisiones a Tratamiento.

El responsable del cumplimiento de las tareas del centro con respecto a este indicador será el director del centro. Estas tareas son las siguientes:

a) Registrar cada episodio de admisión a tratamiento ambulatorio por sustancias psicoactivas en una *Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas*.

La decisión de registrar o no una admisión deberá partir de un profesional cualificado, siguiendo las indicaciones de los *Criterios de inclusión* y *Criterios de exclusión de episodio*.

El momento de rellenar la Hoja será el siguiente:

- * En el caso de una *admisión nueva para el centro*, cuando se inicia el proceso diagnóstico-terapéutico y se abre la historia clínica.
- * En el caso de una *readmisión* o una *continuación de tratamiento iniciado en otro centro*, cuando se formalice el proceso de reinicio o de continuación de tratamiento.

La forma preferente de recogida de datos será diferente dependiendo de las variables:

- * A partir del DNI o de otros documentos oficiales del paciente (carnet de conducir, cartilla de la Seguridad Social, etc.):
 - Dos primeras letras de cada apellido
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 - Provincia de nacimiento
 - País de nacimiento
 - Nacionalidad
- * Mediante entrevista al paciente:
 - Provincia de residencia.
 - Municipio de residencia.
 - Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.
 - Año de inicio del consumo de la droga principal.
 - Realización previa de algún tratamiento por la droga principal.
 - Vía más frecuente de administración de la droga principal en los últimos 30 días de consumo.
 - Tiempo transcurrido desde que se inyectó por última vez cualquier sustancia psicoactiva.
 - Situación laboral principal en el momento de la admisión a tratamiento.

- Máximo nivel de estudios completado.
- Fuente de referencia principal (esta variable también puede confirmarse a veces de forma documental).
- Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.
- Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.
- * A partir de la evaluación diagnóstica realizada por el profesional responsable del tratamiento o consultando los registros del centro:
 - Droga principal por la que es admitido a tratamiento.
 - Estado serológico objetivo frente al VIH.
 - Otras drogas consumidas en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento.
 - Número de historia clínica.
 - Fecha de admisión a tratamiento.
 - Número de identificación del centro.

La hoja de notificación individual es autocopiativa y tiene dos copias:

- * Una para enviar a la Unidad Autonómica
- * Otra para incluir en la historia clínica

A la hora de cumplimentar la Hoja han de tenerse en cuenta las siguientes indicaciones:

- * Es necesario escribir siempre con letra clara y con mayúsculas.
- * Las diferentes variables deben rellenarse de tres formas distintas:
 - Si aparecen puntos suspensivos (...): se escribirá literalmente la respuesta.
 - Si aparece un abecedario: se rodeará con un círculo la letra que corresponda.
 - Si aparecen cuadros o casillas (□): se escribirá en cada uno un dígito del código o valor que corresponda.
- * Los cuadros sombreados no deben rellenarse en los centros de tratamiento, sino en la comunidad autónoma.

En caso de tener dudas sobre la interpretación de las normas de cumplimentación de las hojas, las personas encargadas de notificar en los centros de tratamiento deberán consultar con la Unidad Autonómica.

b) (Opcional) Tareas de las Unidades Autonómicas que es posible ejecutar en los Centros Notificadores con ayuda del PROTRATAMIENTO

Es posible, si el centro y la Unidad Autonómica así lo deciden, utilizar el PROTRATAMIENTO para realizar en el Centro Notificador las siguientes tareas:

- Grabar en soporte magnético los datos de sus hojas de notificación.
- Validar automáticamente la información de los registros grabados.

En estos casos habrá que ser especialmente cuidadoso para evitar que se produzcan problemas con la asignación del número de hoja de notificación.

En caso de utilización del PROTRATAMIENTO como gestor de base de datos en el centro notificador, es recomendable mantener, al menos temporalmente, la cumplimentación de la Hoja de Notificación en papel y no realizar grabación directa cuando se está entrevistando al sujeto por varias razones varias razones prácticas:

- Como archivo de seguridad, para el caso que por error o accidente se pierdan los datos en soporte informático.
- Porque los datos que se deben notificar no siempre son recogidos por la misma persona ni en un único momento.
- Porque no siempre existe un ordenador disponible durante la entrevista.
- Porque para mantener una copia en la historia clínica habría que imprimirla a partir del fichero de episodios grabado en soporte informático y es muy difícil configurar el PROTRATAMIENTO para todas las posibles impresoras.
- Porque hay datos que no se obtienen por entrevista.

La descripción de los procedimientos de grabación y validación aparece en el apartado dedicado a las tareas de las Unidades Autonómicas y en el Manual del PROTRATAMIENTO.

Si se realiza la grabación de los datos es recomendable realizar siempre también la validación para evitar demoras innecesarias originadas por la devolución del fichero desde la Unidad Autónoma.

c) Enviar la información a la Unidad Autónoma.

La periodicidad y forma de envío de datos a la Unidad Autónoma se especificará en cada comunidad autónoma. Una propuesta orientativa podría ser enviar la primera semana de cada mes:

- Todas las *Hojas de notificación individual de admisión a tratamiento* del mes anterior.
- La información complementaria solicitada por la Unidad Autónoma con respecto a las notificaciones del penúltimo mes.

d) Resolver las solicitudes de confirmación o corrección de datos que haga la Unidad Autónoma.

Es especialmente importante recuperar la información sobre el "Estado serológico objetivo frente al VIH", en aquellos episodios en que se respondió anteriormente "5" (Con análisis realizados, pero pendiente del resultado). Esta respuesta sólo debe darse por definitiva cuando por abandono del tratamiento o por otras razones ajenas al centro es imposible recuperar los resultados de los análisis.

2) De las Unidades Autonómicas

Deberán realizar las siguientes tareas:

a) Seleccionar los centros potencialmente notificadores de la comunidad

Esta selección se realizará al comienzo de cada año. Los criterios para seleccionarlos serán los que figuran en el Apartado *Centros Notificadores*.

- b)** Elaborar el *Listado Anual de Centros Notificadores (LACNO)* y enviarlo a la Unidad Estatal.
- c)** Elaborar el *Fichero Autonómico Acumulativo de Admisiones a Tratamiento (FACAT)*

Será una base de datos interanual acumulativa que incluirá todos los episodios de admisión a tratamiento notificados por todos los centros notificadores de la comunidad autónoma a partir de un momento dado, que será considerado como el *punto de inicio del FACAT* en esa comunidad.

El punto de inicio fijado inicialmente fue el 1 de Enero de 1996, pero en el Protocolo de 1996 se recomendaba que cada comunidad intentara fijarlo en el año más antiguo posible, preferiblemente en 1987 que fue el año en que comenzó a funcionar el indicador tratamiento.

- d)** Asignar un *Número de Hoja de Notificación* a cada Hoja de Notificación Individual recibida de los centros

Este número se anotará en las casillas correspondientes de la Hoja de Notificación Individual. Como se indicó, se asignará un número consecutivo de cinco dígitos, que empezará desde 00001 cada año.

- e)** Controlar la recepción de las Hojas de Notificación (o en su caso los ficheros del PROTRATAMIENTO) procedentes de cada centro de tratamiento.

Este control puede hacerse mediante un libro de registro, una base de datos, una hoja de cálculo, etc., según la práctica habitual en cada comunidad.

Es recomendable que la información que se recoja por cada envío realizado por los centros sea la siguiente:

- Fecha de recepción.
- Número de Identificación del Centro que realiza el envío.
- Número total de Hojas recibidas.
- Primer y último Número de Registro de Hoja de Notificación asignado a las Hojas recibidas.
- En caso de ficheros: período al que corresponde y número de admisiones a tratamiento (registros) que incluye.

En caso de que se detecten anomalías o incorrecciones, se volverán a solicitar al centro.

- f)** Comprobar visualmente que las Hojas recibidas están cumplimentadas correctamente

Las hojas en que se detecten datos incompletos, erróneos o dudosos se separarán para solicitar información complementaria a los centros.

- g)** Mantener un archivo anual de Hojas de Notificación en papel.

Las Hojas de cada año se ordenarán por Número de Registro de Hoja de Notificación, que es el número operativo en el procesamiento informático posterior de los datos, y se conservarán como mínimo hasta que la Unidad Estatal haya elaborado el fichero anual definitivo (aproximadamente hasta el verano del año siguiente).

Es recomendable no incluir en este archivo las Hojas con datos incompletos, erróneos o dudosos hasta que sean corregidas.

- h)** Grabar en soporte magnético los datos de las hojas de notificación recibidas

Si una comunidad autónoma tiene un Indicador Admisiones a Tratamiento idéntico al estatal se recomienda utilizar el PROTRATAMIENTO para grabar los datos.

El PROTRATAMIENTO es el Programa Informático de Gestión y Explotación del indicador Tratamiento y ha sido elaborado para facilitar parte de las tareas de los distintos elementos del sistema. Las utilidades del mismo y la forma de ejecutarlas se describirán detalladamente en un *Manual Operativo del PROTRATAMIENTO*, que en principio se editará independientemente de este Protocolo.

En el momento de la grabación el PROTRATAMIENTO realizará automáticamente tres tareas:

- * Ayuda a la codificación de la mayoría de las variables:
 - Para varias variables el PROTRATAMIENTO incorpora una ventana que, al desplegarse, ofrece todas las categorías posibles de las mismas con su correspondiente código. Al posicionarse sobre la categoría que nos interesa y aceptar se introduce automáticamente su código.
 - Para las variables (municipio de residencia, país de nacimiento, nacionalidad, droga principal y drogas secundarias), que tienen muchísimas categorías, el PROTRATAMIENTO incorpora además un diccionario con los nombres y los códigos. No es necesario desplegar y buscar la categoría concreta que nos interesa, sino simplemente teclear su nombre. El programa automáticamente se posiciona en la categoría de interés y al aceptar introduce el código.

De cualquier forma, siempre es posible grabar directamente el código, lo que permitirá ahorrar tiempo, por ejemplo, en el caso de drogas muy frecuentes como la heroína o la cocaína, o de municipios que se repiten reiteradamente. Es evidente que los grabadores al poco tiempo habrán memorizado los códigos más frecuentes y ya no necesitarán recurrir a la ayuda del PROTRATAMIENTO para codificar, lo que les permitirá una mayor velocidad de grabación. Sin embargo, en algunas ocasiones las ayudas pueden facilitar mucho el trabajo.

En concreto, proporciona ayuda a la codificación de las siguientes variables:

- *Variables 7a y 9 (provincia de nacimiento y provincia de residencia):*

El PROTRATAMIENTO incorpora los códigos de todas las provincias de España y al teclear el nombre de una provincia cualquiera, le asignará automáticamente el código correspondiente.

- *Variable 7b y 8 (País de nacimiento y nacionalidad):* El PROTRATAMIENTO incorpora los códigos de todos los países del mundo según el sistema utilizado por la Organización Mundial de la Salud. Al teclear el nombre de un país le asignará automáticamente el código.

En el caso de que el sujeto haya nacido en España no es necesario introducir esta variable porque el PROTRATAMIENTO la generará automáticamente a partir de la provincia de nacimiento.

- *Variable 10 (municipio de residencia):*

El PROTRATAMIENTO incorpora un diccionario con los códigos de todos los municipios de España utilizados por el Instituto Nacional de Estadística -INE- (Relación de Municipios y Códigos por Provincias, INE, Publicaciones Electrónicas). Al teclear el nombre del municipio en cuestión, el PROTRATAMIENTO asignará automáticamente el código correspondiente.

- *Variable 11 (droga principal por la que es admitido a tratamiento):*

En PROTRATAMIENTO incorpora un diccionario con la *Clasificación de Sustancias Registrables* donde figura un código para cada sustancia registrable; las equivalencias entre los nombres comerciales y de argot y los nombres científicos y el subgrupo y el grupo farmacológico al que pertenece cada sustancia.

Tecleando el nombre científico o el nombre comercial o el nombre de argot de una sustancia, el PROTRATAMIENTO le asignará automáticamente el código correspondiente.

El PROTRATAMIENTO no admite la grabación de los códigos 9988 (No consume más sustancias psicoactivas) y 9999 (sustancia psicoactiva desconocida) en esta variable.

- *Variables 16a, 16b, 16c y 16d (Otras drogas consumidas en los últimos 30 días antes de ser admitido a tratamiento):*

Con ayuda del mismo diccionario utilizado para la Variable 11, el PROTRATAMIENTO asignará automáticamente los códigos de las drogas secundarias.

En cualquiera de las cuatro variables anteriores también es posible grabar directamente el código.

Por ejemplo, la grabación directa del código puede ahorrar tiempo en el caso de drogas muy frecuentes como la heroína o en el caso de municipios que se repiten reiteradamente. Es evidente que los grabadores al poco tiempo habrán memorizado los códigos más frecuentes y ya no necesitarán recurrir a la ayuda del PROTRATAMIENTO para codificar, lo que les permitirá una mayor velocidad de grabación.

- * Control de rango de los valores de cada variable, de forma que sólo permite grabar los valores definidos como posibles para esa variable.
- * Control de consistencia lógica entre los valores de algunas variables, especialmente entre la fecha de admisión a tratamiento, la fecha de nacimiento y el año de inicio en el consumo, entre la droga principal y las drogas secundarias o entre distintas drogas secundarias.

Por ejemplo, para un mismo episodio el PROTRATAMIENTO no admitirá la grabación de una fecha de nacimiento posterior a la fecha de admisión a tratamiento, ni un año de inicio en el consumo posterior a la fecha de admisión a tratamiento, ni un año de inicio en el consumo anterior a la fecha de nacimiento, ni la grabación de una droga secundaria del mismo subgrupo farmacológico que otra que ya fue grabada anteriormente, ni que una persona que ha vivido en una prisión diga que ha vivido sola.

Hay datos que el PROTRATAMIENTO no permite grabar porque detecta algún valor o alguna combinación de valores lógicamente imposible o definida como imposible. Estos datos, y aquéllos relacionados, deben ser corregidos.

i) Validar automáticamente la información de los registros grabados

Esta tarea deberá *realizarse siempre* para evitar demoras innecesarias originadas por la devolución del fichero desde la Unidad Estatal.

En cuanto está listo el fichero de episodios, el PROTRATAMIENTO realizará automáticamente una validación interna de cada episodio grabado, realizando:

- Controles de rango de los valores de cada variable: Para cada variable sólo admite determinados valores, y califica al resto como dudosos o erróneos.

- Controles de consistencia lógica entre los valores de diversas variables: Detecta combinaciones de valores de diferentes variables que son lógicamente imposibles o poco probables y los califica como erróneos o dudosos.

Los datos que el PROTRATAMIENTO ha calificado como erróneos o dudosos se imprimirán en un listado y posteriormente deberán ser confirmados o corregidos.

- j)** Comparar los nuevos episodios grabados con los registros del FACAT y generar automáticamente nuevas variables

Esta tarea será ejecutada siempre con el PROTRATAMIENTO. Es posible realizarla en la Unidad Autonómica, por la existencia de un Código de Identificación Personal (CIP), compuesto por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha de nacimiento, el sexo y el código de la provincia de nacimiento más un 0 delante (o el código de país de nacimiento, si ha nacido en el extranjero). Sin embargo no es posible realizarla en la Unidad Estatal porque no llega el CIP.

Una vez efectuada la comparación, el PROTRATAMIENTO identificará automáticamente admisiones de tres tipos:

- Admisiones con CIP completamente igual a algún CIP ya registrado en el FACAT: una admisiones de este tipo corresponde a una persona ya registrada en el FACAT (caso antiguo) y el programa lo incorporará al FACAT, asignándole el *Código de Paciente* de los tratamientos con CIP coincidente. Al considerar iguales sin más comprobación estos registros existe cierta probabilidad de error, que se estima que es muy pequeña.
- Admisiones con un CIP claramente diferente a cualquier CIP registrado en el FACAT: una admisiones de este tipo corresponde a una persona que no estaba registrada (caso nuevo) y el programa lo incorpora al FACAT asignándole un Código de paciente nuevo.
- Admisiones con un CIP *casi igual* a un CIP ya registrado en el FACAT: una admisiones de este tipo corresponde a una persona que probablemente que ya está registrada en el FACAT; pero, como hay dudas, el programa NO lo incorpora al FACAT y lo califica como admisión con *de identidad dudosa*.

Ejemplos:

El PROTRATAMIENTO calificaría como admisiones de identidad dudosa aquellos registros que tengan valores nulos en algún atributo del CIP.

El PROTRATAMIENTO generará un listado con las admisiones de identidad dudosa para confirmación o corrección.

Además de generar un nuevo Código de paciente o asignar uno antiguo, cada vez que el programa incorpora una admisión al FACAT, se generarán automáticamente los valores de la *Variable: Número de admisión de una persona registrados en el FACAT*.

En definitiva, en el FACAT quedará registrada la información de todos las admisiones a tratamiento grabados y se podrá conocer:

- Cuáles son las admisiones correspondientes a la misma persona.
- Cuál de ellos fue el primero registrado en el FACAT.
- qué admisiones corresponden a casos nuevos y antiguos para el FACAT
- Cuál es la primera admisión registrado cada año, que es el único que se enviará a la Unidad Estatal.

Ejemplos:

Si a lo largo de 5 años se han notificado 7 admisiones a tratamiento distintas de una persona, quedarán registradas como tales, constando que corresponden a la misma persona y en qué orden se han producido a lo largo de los años.

Si dentro de un mismo año se han notificado 2 admisiones a tratamiento distintas de una misma persona, quedarán registradas como tales, aunque se envíe sólo la primera a la Unidad Estatal.

k) Solicitar información adicional sobre los episodios con datos incompletos o erróneos y sobre los episodios de identidad dudosa.

Se pedirá información adicional o confirmación a los centros notificadores de todos aquellos episodios con datos incompletos, erróneos o dudosos, tanto si estos datos se refieren al CIP, como al resto de las variables.

Es especialmente importante volver a solicitar información sobre los resultados de los análisis serológicos en aquellos episodios que en la variable "Estado serológico objetivo frente al VIH" figuran codificados provisionalmente con "5" (Con análisis realizados, pero pendiente del resultado).

l) Corregir las hojas y los registros grabados con las rectificaciones que lleguen de los centros.

La corrección hay que hacerla tanto si el proceso de validación detecta datos incompletos, erróneos o dudosos como si los centros envían rectificaciones por iniciativa propia.

En el caso de los episodios que en la variable "Estado serológico objetivo frente al VIH" figuran codificados provisionalmente con "5", tras recibir las rectificaciones de los centros se les asignará ya el código definitivo (generalmente 1 ó 2). El código 5 sólo deberá permanecer como definitivo en aquellos episodios en que el paciente, por abandono del tratamiento o por otras

causas, no aporta al centro los resultados de los análisis.

m) Enviar los datos a la Unidad Estatal con periodicidad trimestral.

El PROTRATAMIENTO extraerá automáticamente del FACAT los Ficheros Trimestrales que se deben enviar a la Unidad Estatal. De cada persona el PROTRATAMIENTO extraerá automáticamente la primera admisión de tratamiento que se ha producido ese año, aunque se trate de una persona con episodios de tratamiento en años anteriores. Por tanto, si en un año dado han sido notificados más de un episodio de tratamiento correspondientes a la misma persona, sólo se selecciona para enviar a la Unidad Estatal el primero, y permanecen en el FACAT los demás.

Por ejemplo, si de una misma persona (identificada ya por un Número de Registro de Caso) se han notificado 2 episodios de tratamiento a lo largo del año: el primero en enero por parte del Centro A, el segundo en diciembre por parte del Centro B, el PROTRATAMIENTO sólo seleccionará para enviar a la Unidad Estatal la admisión de enero del Centro A, permaneciendo en el FACAT la información correspondiente a la segunda admisión.

Con los episodios extraídos el PROTRATAMIENTO obtiene un Fichero Trimestral en código ASCII, listo para enviar a la Unidad Estatal. El Fichero Trimestral contiene todas las variables de la Hoja Individual de Admisión a Tratamiento, excepto dos, que para garantizar la confidencialidad permanecen en la Unidad Autónoma. Estas dos variables son:

- * Número de historia clínica
- * Dos primeras letras de los dos apellidos

Para poder agregar posteriormente en la Unidad Estatal los Ficheros Autonómicos Trimestrales y obtener el *Fichero Autonómico Anual* y el *Fichero Estatal Anual*, es imprescindible que todos los ficheros enviados por todas las comunidades autónomas tengan formato ASCII y una estructura idéntica definida previamente en el PROTRATAMIENTO y que hayan sido sometidos al proceso de validación del PROTRATAMIENTO.

La transmisión de datos entre las unidades autonómicas y la Unidad Estatal se realizará mediante el envío de ficheros vía E-mail o por correo ordinario (ficheros en disquetes 3 1/2 o CD-ROM).

n) Garantizar el cumplimiento del protocolo común del indicador en el ámbito de su comunidad autónoma.
Para ello deberá asegurarse de que los centros de tratamiento cumplen el protocolo a la hora de notificar.

o) (Opcional) Asesorar a los centros en la utilización del PROTRATAMIENTO

3) De la Unidad Estatal

Las tareas que debe realizar son las siguientes:

- a) Recibir y registrar todos los Ficheros Autonómicos Trimestrales enviados por las Unidades Autonómicas.
- b) Repetir la validación de todos los ficheros y si es necesario pedir información extra a las Unidades Autonómicas.
- c) Realizar las correcciones necesarias en los ficheros tras recibir la información extra de las Unidades Autonómicas.
- d) Integrar los Ficheros Trimestrales de cada comunidad autónoma para formar el *Fichero Autonómico Anual* para cada comunidad autónoma y finalmente agregar los datos de las distintas comunidades para formar el *Fichero Estatal Anual de Admisiones a Tratamiento*.

En la Unidad Estatal solamente se agregan los episodios notificados por las Unidades Autonómicas. Para garantizar la confidencialidad de los datos, no se recibe el Código de Identificación Personal (CIP) completo ni el número de historia clínica por lo que no se pueden eliminar los posibles casos repetidos entre comunidades autónomas.

- e) Tabular los resultados de los Ficheros Autonómicos Trimestrales como forma final de validar la información
- f) Explotar y analizar la información del Fichero Estatal Anual y publicar la información anual del indicador (y eventualmente otros informes), donde se recogerán la metodología del mismo, los resultados más importantes y el análisis de la cobertura.
- d) Distribuir el Fichero Estatal Anual de Admisiones a Tratamiento y los resultados del indicador a las Unidades Autonómicas. Se elaborará un Informe Anual con los resultados de los Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad y se distribuirá en papel y en soporte magnético. Por su parte, el Fichero Estatal Anual de Admisiones a Tratamiento se distribuirá en soporte magnético una vez presentados a nivel nacional.
- h) Asegurar el cumplimiento del protocolo y proponer las modificaciones que sean necesarias
- i) Asesorar a las Unidades Autonómicas en aspectos relacionados con:
 - Problemas en la aplicación del protocolo del Indicador
 - Funcionamiento de las aplicaciones informáticas del indicador (PROTRATAMIENTO).
 - Otros problemas relacionadas con la recogida y transmisión de los datos del Indicador

7.2. PROCEDIMIENTO CUANDO LA COMUNIDAD AUTÓNOMA TIENE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN *DISTINTO* AL OED

1) De los centros de tratamiento:

Realizarán las tareas que le asigne la Unidad Autónoma en relación con su propio sistema de información.

2) De las Unidades Autónomas

- * Las Tareas (a), (b) y (c), definidas en el Apartado 7.1., deberán realizarlas igual que el resto de las comunidades y tal y como figuran en dicho Apartado.
- * Las Tareas (d), (e), (f), (g) y (h), definidas en el Apartado 7.1., deberán realizarlas de acuerdo con el procedimiento definido para su propio sistema de información. Para garantizar la comparabilidad de los datos entre comunidades a la hora de grabar los datos es necesario asegurarse de que el programa de grabación incluye:
 - Controles de entrada de datos (controles de rango, controles de consistencia lógica, sistemas deterministas o probabilísticos de comparación del CIP, etc.) definidos con los mismos criterios que los del PROTRATAMIENTO.
 - Sistemas de codificación idénticos al PROTRATAMIENTO para las variables municipio de residencia, droga principal y drogas secundarias.
- * La Tarea (i) -validación-, definida en el Apartado 7.1., deberá *realizarse siempre con el PROTRATAMIENTO*. Como en estas comunidades, la grabación y una primera validación se realiza con el programa informático de su propio sistema de información, para asegurar la comparabilidad y la eficiencia de los procesos posteriores, la Unidad Autónoma deberá obtener un fichero con una estructura idéntica al obtenido después de grabar los episodios con el PROTRATAMIENTO y validarlo nuevamente con el PROTRATAMIENTO.
- * Las Tareas (j), (k), (l), (m), definidas en el Apartado 7.1., deberán realizarlas igual que el resto de las comunidades. Es importante garantizar que no se envían de forma repetida ficheros supuestamente correctos, pero cuya estructura no corresponde con la definida en el PROTRATAMIENTO o ficheros que no han sido adecuadamente validados (filtro inadecuado de los códigos imposibles o dudosos). Si se envían ficheros incorrectos se producirán pérdidas de tiempo y gastos de correo innecesarios.

La utilidad de la Unidad Estatal del PROTRATAMIENTO lo primero que comprobará al recibir un fichero trimestral de una comunidad autónoma es si dicho fichero ha sido sometido o no a la utilidad de validación y si ha sido extraído con la utilidad del PROTRATAMIENTO. Si no es así, no permitirá su lectura y será devuelto sin más comprobación a la Unidad Autónoma, aunque teóricamente su estructura y contenidos sean correctos.

- * Las Tareas (n) y (o), definidas en el Apartado 7.1. tienen especificidades en

estas comunidades.

La Unidad Autónoma deberá en este caso adaptar su sistema propio de información para aplicar unos criterios de recogida, transmisión y validación de datos idénticos a los establecidos en este Protocolo para el conjunto del Estado.

En la práctica esto supone:

- Aplicar los criterios de selección de Centros de Notificadores definidos en el Capítulo 5 de este Protocolo.
- Elaborar una nueva Hoja de Notificación que incluya todas las variables de la Hoja de Notificación Individual del Indicador estatal, con sus mismas definiciones y categorías (Capítulo 6), y aplicar los criterios de inclusión y exclusión de episodio de admisión a tratamiento descritos en el Capítulo 4 de este Protocolo.
- Modificar los procedimientos de recogida y transmisión de datos para adaptarlos a las necesidades y recomendaciones señaladas en el Capítulo 7 de este Protocolo. En este sentido, es absolutamente imprescindible modificar el programa informático de gestión del sistema autonómico de información con la finalidad de que el programa:
 - Establezca controles de entrada de datos similares a los del PROTRATAMIENTO.
 - Genere un fichero de episodios grabados idéntico al del PROTRATAMIENTO y listo para realizar la validación y todos los procesos posteriores con este último programa.

3) De la Unidad Estatal

Si la Unidad Autónoma asegura el cumplimiento de los procedimientos comunes del Indicador estatal, el que la comunidad autónoma tenga un sistema de información propio no tiene por qué suponer mayores problemas para la Unidad Estatal ni para la calidad de la información del Indicador Admisiones a Tratamiento. En caso contrario, la Unidad Autónoma puede sobrecargar mucho de trabajo a la Unidad Estatal y provocar una merma considerable de la calidad de la información del Indicador a nivel estatal.

8. PROGRAMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL INDICADOR

Hasta 2002 se disponía de un programa informático que permitía realizar varias tareas relacionadas con la gestión de este indicador, tanto en las unidades primarias, como en las unidades autonómicas y en la Unidad Estatal. Se trataba de una aplicación elaborada en 1996 en MS Visual Basic 4.0, que gestionaba ficheros *.mbd V2.0, y que requería para su instalación un PC486 66MHz o superior y 100MB de espacio libre en disco duro. Esta aplicación era bastante rígida y no permitía la creación de nuevas variables, sus correspondientes controles de valor y rango, y la creación del campo en el

formulario de entrada de datos. Además, sólo contemplaba dos posiciones para los campos con datos sobre años, lo cual dificultaba la introducción de valores superiores a 1999.

El nuevo programa que comenzará a funcionar en 2003 solventará las limitaciones del programa anterior. Para facilitar parte de las tareas de los distintos elementos del sistema se elaborará un Programa Informático de Gestión del indicador Tratamiento (PROTRATAMIENTO).

El programa se elaborara utilizando MS Visual Basic 6 y la tablas de datos y catálogos se almacenarán en MS ACCESS versión 97 o superior. El código del programa será distribuido a todas las comunidades que podrán, respetando el núcleo básico del programa, modificar las etiquetas de variables para adecuarlas a su propia lengua o añadir utilidades que no estén contempladas en el original y sean útiles para la gestión de sus datos.

El programa se elaborará siguiendo un modelo lógico relacional. La información se representará explícitamente a un nivel lógico y de una sola forma como valores de una tabla, las filas representarán admisiones a tratamiento, y las columnas representarán variables o características de la persona que es admitida.

Se podrá acceder a los registros por medio de clave primaria (código de identificación personal -CIP-), y claves alternativas o secundarias. Los valores nulos son soportados por el sistema, excepto en las variables de obligada cumplimentación, es decir, fecha de admisión a tratamiento y droga principal que lo motiva. También quedan garantizadas las restricciones que se imponen a los datos sobre control de rangos e inconsistencias entre variables, y los datos mantendrán una independencia tanto física como lógica del sistema de gestión.

En la unidad autonómica y en los centros el sistema de gestión de admisiones a tratamiento la clave primaria (CIP) permitirá el acceso al registro, asignar un código de paciente, y asignar un número de tratamiento, que identificará todos los episodios de admisión a tratamiento de un mismo paciente. Esto último permitirá, a su vez seleccionar los primeros episodios de tratamiento del año en curso en el indicador tratamiento para su exportación a la Unidad Estatal.

Por último el programa contará con todos los recursos, ayudas, mensajes y listas desplegadas, que garanticen la calidad de los datos grabados. Así se pretende eliminar al máximo los errores generados en la grabación.

Las comunidades autónomas que no utilicen el programa de gestión, deberán importar sus datos al programa y desde este generar el fichero para enviar a la Unidad Estatal. Los ficheros que no hayan sido generados por el programa de gestión son rechazados por la aplicación de la Unidad Estatal y, por lo tanto, no podrán ser procesados.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Requejo A, Suelves JM, Brugal MT, Correa JF. Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: perspective over a decade. *Eur Addict Res* 1999; 5: 179-184.
- Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Medicina Clínica* 1993; 101: 344-355.
- Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, De la Fuente L. The epidemiology of cocaine use in Spain. *Drug and Alcohol Dependence* 1993; 34: 45-57.
- COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL. *Estimación de la prevalencia de la adicción a la heroína en la Comunidad de Madrid durante 1992*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.
- De La Fuente L, Antó JM. La información sobre el uso indebido de drogas ilegales y sus problemas asociados. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65:371-376.
- De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli P. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23: 805-811.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Protocolo. Enero 1989*. 20 Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Actualización del Protocolo que recoge las modificaciones introducidas a partir de enero de 1991*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1988*. (20 Edición). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1989*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- 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.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1991*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.

Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1992. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.

- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1993.* Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. State Information System on Drug Abuse (SEIT). 1993 Report. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1994.* Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. State Information System on Drug Abuse (SEIT). 1994 Report. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1996.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1996.* Madrid: Ministerio del Interior, 1996.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1996.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1996.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 1996.* Madrid: Ministerio de Interior, 1997.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 1997.* Madrid: Ministerio de Interior, 1998.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 1998.* Madrid: Ministerio de Interior, 1999.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 1999.* Madrid: Ministerio de Interior, 2000.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 2000.* Madrid: Ministerio de Interior, 2001.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe de indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. *Informe año 2001.* Madrid: Ministerio de Interior, 2002.
- Domingo A. *Evolució temporal, distribució geogràfica i prevalença dels addictes a opioïdes a Barcelona-Ciutat* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1992.

- Domingo A, Hartnoll R, Maguire A, Suelves JM, Antó JM. Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona (Spain), 1989. *American Journal of Epidemiology* 1995; 141: 567-574.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *The Treatment Demand Indicator (TDI). Standard protocol 1.1*. Lisboa: EMCDDA, 2001.
- Flanagan RJ, Ives RJ. El abuso de sustancias volátiles. *Boletín de Estupefacientes* 1994; 46 (2): 41-66.
- Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología humana. 20 edición*. Barcelona: Masson, S.A, 1996.
- Font Quer P. *Plantas medicinales. El Dioscorides renovado*. Barcelona: Labor, S.A., 1981.
- García Rollán M. *Setas venenosas. Intoxicaciones y prevención*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Grupo de Trabajo del SEIT. Admisiones a tratamiento por consumo opiáceos y cocaína en España. *Gaceta Sanitaria* 1990; 16:4-11.
- Grupo de Trabajo del SEIT. Evaluación de la calidad del Indicador Tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1993; 67: 385-399.
- Hardman JG, Goodman A, Limbird LE. *Goodman & Gilman's. The Pharmacologic basis of therapeutics -9th ed.-* New York: McGraw-Hill, 1995.
- Hartnoll R. *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator. Definitive protocol*. Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe, 1994.
- Hartnoll R et al (Drug Indicators Project 1985). *Problemas de droga: Valoración de necesidades locales*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- Hartnoll R et al. Estimating the prevalence of opioid dependence. *Lancet* 1985; 1:203-5.
- Klaucke DN et al. Guidelines for evaluating Surveillance Systems. *MMWR*, may 6, 1988/Vol.37/N1 s-5. Supplement.
- Pompidou Group. *Multi-city study: drug misuse trends in thirteen European cities*. Strasbourg: council of europe, 1995.
- Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6: 9-38.
- Rootman I. Registers as contributors to estimation. En: Rittenhouse JD. *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland: NIDA 1977: 117-21 (NIDA Research Monograph N1 16).

- Rootman I, Hughes PH. *Abus des drogues: Systèmes de notifications*. Genève: OMS, 1983 (Publication offset n1 55).
- Sánchez J. Romo T, Rodríguez B, Barrio G. Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el periodo 1984-1990. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65:395-412.
- Urtiaga M, Extramiana E, Moreno C, Ardanaz E, Martínez M. Aproximación a la prevalencia de usuarios de heroína en Navarra en 1990. *Gac Sanit* 1993; 7:56-62.

ANEXO I

ANEXO III

HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ANEXO IV

CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS REGISTRABLES

Esta clasificación esta tomada, con algunas adaptaciones, de la utilizada por el Grupo Pompidou del Consejo Europa para el desarrollo de un indicador de admisiones a tratamiento por drogas en diversas ciudades europeas. El protocolo de este estudio, incluida esta clasificación, se encuentra publicado en el documento Hartnoll R. "*Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive protocol*". Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe, 1994.

En el protocolo original, la clasificación se presenta en una "Lista Desarrollada" y una "Lista Resumida" (Hartnoll, 1994. Opus cit.). Aquí se utiliza únicamente la clasificación completa contenida en la Lista Desarrollada.

Las principales diferencias de la clasificación de drogas que se incluye en el presente este protocolo y la clasificación del Grupo Pompidou son las siguientes:

1. En la clasificación del indicador español las drogas tienen un dígito más que en la del Grupo Pompidou.

La clasificación del Grupo Pompidou utiliza *tres dígitos*: el primero, para el Grupo farmacológico de las drogas, el segundo, para el Subgrupo farmacológico y, el tercero, para las drogas específicas.

En la clasificación del indicador español, en cambio, se utilizan *cuatro dígitos*:

- Los dos primeros tienen el mismo significado que en la clasificación del Grupo Pompidou y definen el *Grupo y subgrupo farmacológico* al que pertenece la sustancia.
- Los dos últimos corresponden a las *drogas específicas*, que en el caso de las sustancias de comercio legal equivalen, salvo en los grupos inespecíficos o residuales, al nombre científico, al nombre genérico o al nombre de la especialidad farmacéutica, y en el caso de sustancias ilegales, corresponden tal nombre científico o al nombre "de calle" o de argot.

2. En la clasificación del indicador español se han añadido, en determinados subgrupos (por ejemplo, benzodiazepinas), todas las sustancias pertenecientes a ellos y que se encuentran comercializadas en España. Para otros subgrupos (por ejemplo, antidepresivos), se incluyen específicamente sustancias para las que se conoce o se sospecha la posibilidad de uso no médico, dejándose las restantes incluidas en el grupo residual.

Se han mantenido las especialidades farmacéuticas del listado original no comercializadas en España, señalándolas con el signo (-).

3. En la clasificación española se ha modificado la denominación y el contenido del subgrupo *MDMA*.

En la clasificación del Grupo Pompidou, el subgrupo *MDMA* se engloba dentro del grupo *Cocaína, anfetaminas y otros estimulantes* y contiene únicamente una droga específica, la MDMA, mientras que los otros derivados de la feniletilamina, sin especificar y especificados, se incluyen en el grupo *Alucinógenos*, subgrupo *Drogas sintéticas*, bajo dos epígrafes: *Drogas sintéticas o drogas de diseño sin especificar* y *Otras drogas de diseño o alucinógenos sintéticos especificados*.

Esta clasificación no resulta satisfactoria para clasificar los derivados de la feniletilamina porque parece que actualmente no hay evidencias suficientes para situar en grupos diferentes a la MDMA y a los otros derivados de la feniletilamina como la MDA, la MDEA u otras sustancias similares.

En consecuencia, se tomó la decisión de modificar la clasificación del Grupo Pompidou, incluyendo en la nueva clasificación del OED tanto la MDMA como otros derivados de la feniletilamina (MDA, MDEA y sustancias similares) en un mismo subgrupo denominado *MDMA (Éxtasis) y otros derivados de la feniletilamina* que se engloba en el grupo de los *Estimulantes*.

4. En la clasificación española se elimina el epígrafe *Opiáceos o sustitutivos opiáceos prescritos para el tratamiento de drogas*, que la clasificación del Grupo Pompidou incluye como una droga específica más.

En el caso del indicador admisiones a tratamiento del OED no se prevé que las sustancias utilizadas terapéuticamente sean consideradas droga principal, sino que lo sea la sustancia que motivó inicialmente el tratamiento.

5. Se reformulado el nombre y el contenido de los subgrupos farmacológicos incluidos dentro del grupo *hipnóticos y sedantes*.

La clasificación del Grupo Pompidou incluía cuatro subgrupos: barbitúricos y otros hipnóticos, benzodiazepinas, tranquilizantes mayores y otros sedantes/ansiolíticos no benzodiazepinas.

En la clasificación del OED se han incluido cinco subgrupos:

- * barbitúricos
- * otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas
- * benzodiazepinas
- * otros ansiolíticos o tranquilizantes menores no barbitúricos ni benzodiazepinas
- * tranquilizantes mayores o antipsicóticos

Esta clasificación del OED parece más lógica y más fácil de utilizar que la del Grupo Pompidou; además la conversión entre ambas continúa siendo posible con algunos matices.

6. Se ha reformulado el nombre y el contenido de los subgrupos farmacológicos incluidos en el grupo *estimulantes del sistema nervioso central*.

El Grupo Pompidou incluía en este grupo cinco subgrupos: cocaína, anfetaminas, estimulantes parecidos a las anfetaminas, MDMA (éxtasis), y otros estimulantes especificados.

En la clasificación del OED se incluyen seis subgrupos

- * Cocaína
- * Anfetaminas
- * Anorexígenos de acción central
- * MDMA (éxtasis) y otros derivados de las feniletilaminas
- * Estimulantes del sistema nervioso central no clasificados
- * Otros estimulantes del sistema nervioso central especificados

Al igual que se señaló anteriormente, la clasificación española parece más lógica, más rica y más fácil de utilizar que la del Grupo Pompidou; además la conversión entre ambas continúa siendo posible con algunos matices.

En relación con la clasificación de 1996 se han introducido algunos cambios, que en parte ya venían funcionando, en concreto:

- La introducción de un código específico para la mezcla de heroína+cocaína sin especificar, otro para la mezcla de heroína+clorhidrato de cocaína y otro para la mezcla de heroína+crack.
- Se eliminan los códigos correspondientes a ludopatía y adicción a la comida
- Se han corregido algunos errores, por ejemplo el GHB ha sido pasado al grupo de los ansiolíticos/hipnóticos y se le ha asignado un nuevo código, y se han introducido códigos para algunas sustancias nuevas.

OPIOIDES (1000)

Heroína

1101 Heroína

Diamorfina
Diacetilmorfina
Caballo
Jaco

1111 Heroína+cocaína sin especificar (Mezcla)

Revuelto
Rebujo
Rebujado
Mezcla de heroína+cocaína

1121 Heroína+cocaína base (Mezcla)

Revuelto
Rebujo
Rebujado
Mezcla de heroína+crack

1199 Heroína+clorhidrato de cocaína (Mezcla)

Speedball

Opio y morfina

1201 Morfina

Morfina clorhidrato
Cloruro Mórfico
Morfina
MST-continus
Oblioser
Sevredol
Oglos
Skenan
Uni Mist

1202 Opio

1203 Cocciones caseras de cabezas o paja de adormidera

Té de adormidera
Papaver somniferum

Codeína

1300 Codeína o derivados de codeína sin especificar

Metilmorfina
Morfina metil eter
Codeisan
Perduretas codeína
Bisoltus
Fludan codeína
Histaverín
Solcodeín
Analgiol
Apiretal codeína
Cod efferalgan
Dolgesic codeina
Dolomedil
Fludeten

	Gelocatil codeína Termalgin codeína Algidol Analgilasa Aydolid codeína Calmoplex Disdolen codeína Dolmen Dolodens Dolviran Fiorinal codeína Meloka
1301(-)	Linctus de codeína
1302(-)	Hidrocodeína
1303	Dihidrocodeína
	Contugesic Paracodina Tosidrín
1304	Folcodina
	Homocodeína Trophires
1388	Otras formas de codeína o derivados especificadas

Opioides sintéticos

1400	Opioides sintéticos sin especificar
1401	Fentanilo y análogos
	Fentanest China white Alfentanilo Alfa-metil-fentanilo Fanaxal Limifen Mefentanilo 3-metil-fentanilo 3-metil-fentanil Remifentalino Ultiva Durogesic
1402	Butorfanol
	Verstadol
1403(-)	Dextromoramida
	Palfium
1404	Dextropropoxifeno
	Darvon Deprancol
1405(-)	Dipipanona
	Diconal
1406	Etilmorfina
	Demusin Neodemusin Sedalmerk
1408	Metadona
	Metasedin Sedo Rapide
1409	Petidina y análogos
	Meperidina Dolantina Petigan Miro [petidina+prometazina] MPPP (1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina) MPTP
1410	Tilidina
	Tiltrate
1411	Tramadol
	Adolonta Tralgiol

- Tioner
Tradonal
- 1412** **Levo-alfa-acetil-metadol**
- LAAM
Levacetilmetadol
Acetilmetadol
Metadilo acetato
Levo-metadilo acetato
- 1413** **Dextrometorfano**
- 1488** **Otros opioides sintéticos especificados**

Opioides agonistas-antagonistas y agonistas parciales

- 1500** **Opioides agonistas-antagonistas o agonistas parciales sin especificar**
- 1501** **Buprenorfina clorhidrato**
- Buprex
Prefin
Subutex
- 1502** **Pentazocina**
- Sosegon
Pentazocina Fides
- 1588** **Otros opioides agonistas-antagonistas o agonistas parciales especificados**
- Ciclazocina
Ketociclazocina
butorfanol
nalorfina
nalbufina
- 1988** **Otros opioides especificados**

ESTIMULANTES (2000)

Cocaína

- 2100** **Cocaína sin especificar**
- Metiléster de benzoilecgonina
- 2101** **Cocaína (Clorhidrato)**
- Cocaína en polvo
Perico
- 2102** **Base libre de cocaína**
- Crack
Base
Basuco
Bóliches
- 2103** **Pasta de coca**
- Sulfato de cocaína
- 2104** **Hojas de coca**
- Erythroxylon coca*
- 2188** **Otros derivados de la coca especificados**

Anfetaminas

- 2200** **Anfetaminas sin especificar**
- 2201** **Sulfato de anfetamina**
- Centramina
Levanfetamina
Speed

- Anfetamina en polvo
- 2202 Dexanfetamina**
d-anfetamina
dextroanfetamina
Dexedrina Spansule
- 2203 Sal de metilanfetamina**
Metanfetamina
Desoxyn
Levomentanfetamina
Metanfetamina racemato
- 2204 Metilanfetamina base**
Metanfetamina base
Metanfetamina fumable
Ice
hielo
cristal
- 2288 Otras anfetaminas especificadas**

Anorexígenos de acción central

- 2300 Anorexígenos de acción central sin especificar**
- 2301 Anfepramona**
Dietilpropion
Delgamer
- 2302 Benfluorex**
- 2303 Clobenzorex**
Finedal
- 2304 Dexfenfluramina**
Dipondal
d-fenfluramina
- 2305 Fenfluramina**
Ponderal
- 2306(-) Fenmetracina**
Preludin
Filon
- 2307 Fenproporex**
Antiobes
Falagan
Dicel
Grasmin
Tegisec
- 2308 Fenilpropanolamina**
Minilip
- 2309 Mefenorex**
- 2310 Fentermina**
1-fenil-2-metil-2-propanamina
- 2311 Mefentermina**
- 2312 Clorfentermina**
- 2313 Fendimetracina**
- 2314 Mazindol**
- 2315 Aminorex**
- 2316 4-metil-aminorex**
- 2388 Otros anorexígenos de acción central especificados**
Fenitilina

MDMA (Éxtasis) y otros derivados de la feniletilamina

- 2400 Derivados de la feniletilamina sin especificar**
Drogas de diseño

Drogas de síntesis
Bichos
Delfines
Essence
Fidodidos
Ovnis
Palomas
Pirulas
Pirulo
Pastis
Tanques
Tapones
Tortugas

2401

MDMA

3,4-Metilenodioximetanfetamina
5-Metoxi-3,4-metilenodioxianfetamina
(R,S)-N-Metil-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Éxtasis
Adán
Tortugas
Tapones
XTC
X

2402

MDA

3,4-metilenodioxianfetamina
(R, S)-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Tenanfetamina
Droga del amor
Píldora del amor

2403

MDEA

(R, S)-N-etil-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Eva
3,4-metilenodioxietilanfetamina
N-etilMDA
MDE

2404

MBDB

(R, S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-butanamida
MDP-2-MB
Metil-benzodioxol-butanamida

2405

PMA

Parametoxianfetamina
p-metoxianfetamina
(R, S)-1-(4-Metoxifenil)-2-propanamina

2406

PMMA

(R, S) N-Metil-1-(4-Metoxifenil)-2-propanamina
p-metoxi-metanfetamina
Parametoximetanfetamina

2407

TMA

3,4,5-Trimetoxianfetamina
(R, S)-1-(3,4,5-Trimetoxifenil)-2-propanamina

2408

Etilanfetamina

(R, S)-N-Etil-1-fenil-2-propanamina

2409

MMDA

3-metoxi-4,5, metilendioxianfetamina

2410

Lefetamina

SPA
(R)-N, N-Dimetil-1,2-difenil-2-propanamina

2411

DOB

Brolanfetamina
(R, S)-1-(4-Bromo-2,5-dimetoxifenil)-2-propanamina

2412

Benzfetamina

(R, S)-N-Bencil-N-metil-1-fenil-2-propanamina

2413

N-Hidroxi MDA

(R, S)-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-propanhidroxilamina

2414

MDMMA

(R, S)-N, N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-propanamina

2415

BDB

MDP-2-B

- (R, S)-1-(3,4-Metilendioxfenil)-2-butanamina
2416 BDMPEA
 1-(4-Bromo-2,5-dimetoxifenil)-2-etanamina
2417 MDP-2-EB
 (R, S)-N, N-Metil-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanamina
2418 MDP-2-MMB
 (R, S)-N, N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanamina
2419 MDP-2-OHB
 (R, S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanhidroxilamina
2420 MDP-3-B
 (R, S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
2421 MDP-3MB
 HMDMA
 (R, S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
2422 MDP-3-EB
 (R, S)-N-Etil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
2423 MDP-3-MMB
 (R, S)-N, N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
2424 MDP-3-OH
 (R, S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanhidroxilamina
2425 MMDA
 3-Metoxi-4,5 metilendioxfanfetamina
2426 2C-I
 2,5-dimetoxi-4-yodo-feniletilamina
 2C
2427 2C-T-2
 2,5-dimetoxi-4-etiltio-feniletilamina
 2C
2428 2C-T-7
 2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltio-feniletilamina
 2C
2429 4-MTA
 p-MTA
 p-metiltioanfetamina
 4-metiltioanfetamina
 MTA
 Metiltioanfetamina
 Flat-liner
2488 Otros derivados de la feniletilamina especificados

Estimulantes del sistema nervioso central no especificados anteriormente

- 2801 Metilfenidato**
 Rubifen
2802 Pemolina
 Dynamin
 Neurocordín
2803 Prolintano
 Katovit
2831 Cafeína
 Durvitan
 Prolert
 Lipograsil
2832 Teofilina
2833 Teobromina
2841 Efedrina y pseudoefedrina
 Sulfato de efedrina
 Ephedra mayor (efedra fina)
 Ephedra distachya
 Ephedra sinica

- 2842 Norefedrina y norpseudoefedrina**
 (R, S)-fenil-propanolamina
 Catina
 Norpseudonorefedrina
 (R, R)-fenil-propanolamina
- 2843 Catinona**
 (S)-1-Fenil-2-amino-propanona
 Catha edulis
 Khat (hojas)
 Cat
 Efedrona
 Metcatinona
 Goob
- 2890 Nicotina**
 Tabaco
- 2988 Otros estimulantes del sistema nervioso central especificados**

HIPNÓTICOS Y SEDANTES (3000)

Barbitúricos

- 3100 Barbitúricos sin especificar**
- 3101 Amobarbital**
 Isoamitil Sedante
 Amytal
- 3102 Febarbamato**
 G Tril
- 3103 Fenobarbital**
 Acido fenil etil barbitúrico
 Luminal
 Gardenal
 Luminaletas
 Gratusminal
 Asminsedante
 Disfil
 Distovagal
 Epanutin fenobarbitona
 Epilantin
 Equidan
 Gaboril Complex
 Natisedina
 Oasil Relax
 Redutona
 Sinergina S
 Solufilina Sedante
 Tedral
 Comital
- 3104 Metilfenobarbital**
 Prominal
 Comital
- 3105 Primidona**
 Mysoline
- 3106 Secobarbital**
 Somatarax
 Seconal
- 3107 Tiopental sódico**
 Pentothal sódico
 Tiobarbital
- 3108 Aprobarbital**
 Alurate
- 3109 Albarbital**
- 3110 Bralobarbital**
 Somatarax

- 3111 Butobarbital**
Butabarbital
Butisol
- 3112 Butalbital**
- 3113 Metohexital**
Brevital
- 3114. Pentobarbital**
Nembutal
- 3188 Otros barbitúricos especificados**

Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiacepinas

- 3200 Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiacepinas sin especificar**
- 3211 Clometiazol**
Distraneurine
Clormetiazol
Cloretiazol
- 3221 Doxilamina**
Donormyl
Dormacil
Dormidina
Duebien
Unisom
Upsadex
Doxilaminio
Histadoxilamina
- 3231(-) Glutetimida**
- 3241 Hidroxizina**
Atarax
Somatarax
- 3251 Metacualona**
Pallidan Berna
- 3261 Piritildiona**
Soñodor
- 3288 Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiacepinas especificados**
Paraldehido
Hidrato de cloral
Etinamato
Metiprilon

Benzodiacepinas o análogos

- 3300 Benzodiacepinas sin especificar**
Rulas
- 3301 Alprazolam**
Trankimazin
Alprazolam Cinfa
Alprazolam Géminis
Alprazolam Merck
Alprazolam Qualix
- 3302 Bentazepam**
Tiadipona
- 3303 Bromacepam**
Lexatin
- 3304 Brotizolam**
Sintonal
- 3305 Camazepam**
Albego
- 3306 Clobazam**
Clarmyl

- Noiafren
- 3307 Clonacepam**
Rivotril
Tegretol
Clonazepam
- 3308 Cloracepato dipotásico**
Dorken
Nansius
Tranxilium
Clorazepato dipotásico
- 3309 Clordiazepóxido**
Huberplaex
Librium
Clordiazepoxido estersa
Omnalio
Normide
Relaxedans
- 3310 Clotiazepam**
Distensan
- 3311 Diazepam**
AneuroI
Ansium Lesvi
Aspaserine B6 tranq
Calmaven
Complutine
Diaceplex
Diazepam Elmu
Diazepam Leo
Diazepan Normon
Diazepam Prodes
Dicepin B6
Drenian
Edym sedante
Gobanal
Pacium
Podium
Pertranquil
Valium
Sico relax
Stesolid
Podium
Tepazepan
Tropargal
Vincosedan
- 3312 Flunitrazepam**
Rohipnol
- 3313 Flurazepam**
Dormodor
- 3314 Halazepam**
Alapryl
- 3315 Ketazolam**
Marcen
Sedotime
Unakalm
- 3316 Loprazolam**
Somnovit
- 3317 Lorazepam**
Lorazepam medical
Idalprem
Donix
Sedicepan
Orfidal Wyeth
Piralone
Placinoral
Divial
- 3318 Lormetazepam**
Loramet
Noctamid
Sedobrina

- 3319 Midazolam**
Dormicum
Midazolam Rovi
- 3320 Nitrazepam**
Pelson
Nitrazepan prodes
Serenade
Mogadom
- 3321 Oxazepam**
Buscopax
Psiquiwas
Adumbran
Aplakil
- 3322 Pinazepam**
Duna
- 3323 Prazepam**
Demetrin
- 3324 Quazepam**
Quiedorm
- 3325 Tetrazepam**
Myolastan
- 3326 Temazepam**
Desmetil-diazepam
Tenso
Dasuen
- 3327 Triazolam**
Halcion
Novodorm
- 3328 Nordiazepam**
N-desmetildiazepam
- 3329 Cloxazolam**
- 3330 Delorazepam**
- 3331 Estazolam**
- 3332 Etil-loflazepato**
- 3333 Fludiazepam**
- 3334 Haloxazolam**
- 3335 Medazepam**
- 3336 Nimetazepam**
- 3337 Oxazolam**
- 3338 Demoxepam**
- 3351 Zopiclona**
Detolan
Limovan
Siaten
- 3352 Zolpidem**
Cedrol
Dalparan
Stilnox
- 3388 Otras benzodicepinas especificadas**
- Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos ni benzodicepinas***
- 3400 Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos ni benzodicepinas sin especificar**
- 3401 Bupiriona**
Narol
Ansial
Buspisal
Buspar
Effiplen

- 3402 Difenhidramina**
 Dormplus
 Nytol
 Soñodor
 Antistomina
 Antomina
 Difenilhidramina
- 3403 Espino albar**
 Crataegus monogyna
 Crataegus oxyacantha
 Crataegus laevigata
 Majuelo
 Espino blanco
 Espino cambrón
 Elusanes espino albar extracto seco
 Passiflorine
 Soñofit
- 3411 Meprobamato**
 Ansiowas
 Meprospan
 Miltown
 Sedans orravan
 Dapaz
 Oasil
 Relax
 Procalmidol
- 3412 Tetrabamato**
 Sevirium
 Antabus
- 3413 Pasionaria**
 Passiflora incarnata
 Baldrian
 Passiflorine
 Soñofit
- 3415 Valeriana**
 Valeriana officinalis
 Cirkused
 Elusanes valeriana
 Tauval
 Valdispert
 Valeriana orto
 Baldrian
- 3450 Ácido Gamma-hidroxi-butírico**
 Gamma-hidroxibutirato sódico
 Oxibato sódico
 GHB
 Éxtasis líquido
 X líquido
 GHBeers
 Fantasía
 Xyrem
 Max
 Scoop
 Easy lay
 Georgia Home Boy
 Great Hormones at Bedtime
 Grievous Bodily Harm
 Alcover
 Gamma-OH
 Somatomax-PM
 Somsanit
 Anectamine
 Natural Sleep 500
- 3451 Gamma-butirolactona**
 GBL
 Furanona
 Dihidrofuranona
 Lactona
 Gamma Ram
 Nu-Life
 RenewTrient

Renewsolvent
Revivarant G
Jolt
Verve
GH Gold
Eclipse
Furan
G3
V3
GenX
Remedy GH
ReActive
Rest-Eze
Rate
Insom-X
GH Revitalizer
Gamma G
Remforce
Firewater
Regenerize
Verve

3452 Butanediol

1,4-Butanediol
1,4 - B
BD
Tetrametilenglicol
Butilenglicol
Sucol-B
Rejuv@Nite
Ultradial
Enliven
N-force
Liquid Gold
Zen
Soma Solutions
BlueRaine
Thunder
Serenity
NRG3
Thunder Nectar
InnerG
SomatoPro
Weight belt Cleaner
X-12
Rest-Q
Biocopia PM
Dormir
Amino Flex
Mystik
Midnight

3488 Otros ansiolíticos o tranquilizantes menores e hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepínicos especificados

Tranquilizantes mayores o antipsicóticos

3500 Tranquilizantes mayores o antipsicóticos sin especificar

3501 Clorpromacina

Largactil

3502 Risperidona

Risperdal

3588 Otros tranquilizantes mayores o antipsicóticos especificados

ALUCINÓGENOS (4000)

Drogas alucinógenas sintéticas

- 4100 Drogas alucinógenas sintéticas sin especificar**
4101 Dietilamida del ácido lisérgico
 LSD
 Ácido
 Tripi
 Ajos
 Secante
- 4102 Etriptamina**
4103 Dimetiltriptamina
 DMT
- 4104 Dietiltriptamina**
 DET
- 4105 DOM**
 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina
 STP
- 4106 Dimetoxianfetamina**
 DMA
 1-(2,5-Dimetoxifenil)-2-propanamina
- 4107 DOET**
 2,5-Dimetoxi-4-etilanfetamina
- 4108 TMA-2**
 2,4,5-trimetoxifenilisopropilamina
- 4111 Fenciclidina**
 PCP
 Polvo de Angel
 Píldora de la paz
- 4188 Otros alucinógenos de síntesis especificados**

Hongos y otras plantas y derivados

- 4200 Hongos alucinógenos sin especificar**
4201 Amanita muscaria y Amanita pantherina
 Muscimol (agarina, pantherina, ácido piroiboténico)
- 4202 Otros hongos alucinógenos y psilocibina**
 Psilocibina (éster fosfórico de la hidroxil-4-dimetil-triptamina)
 Precursores de la psilocibina (Norbaeocistina, baeocistina, psilocina)
 Especies que han producido casos de intoxicación con predominio alucinógeno:
 Especies del género *Psilocybe*
Psilocybe mexicana
Psilocybe caerulescens
Psilocybe cyanescens
Psilocybe serbica
Psilocybe semilanceata
Psilocybe callosa
 Especies del género *Panaeolus*
Panaeolus tropicalis
Panaeolus subalteatus
Panaeolus sphinctrinus
Panaeolus campanulatus
Panaeolus papilionaceus
Panaeolus cyanescens
Panaeolus ater
Panaeolus retirugis
Panaeolus fimicola
Panaeolus foenicicii
 Especies del género *Inocybe*
Inocybe haemacta
Inocybe corydalina
Inocybe tricolor
 Otras especies
Mycena pura
Pluteus salicinus
Pholiota squarrosoidiposa
Gymnopilus spectabilis
Pholiotina cyanopus
Stropharia cubensis

Especies que podrían producir intoxicaciones con predominio alucinógeno (sospechosas)
Psilocybe coprophila, *Psathyrella fimetaria*, *Clitocybe gallinacea*, *Psilocybe tuberculosa*, *Psilocybe lucifera*, *Psilocybe flammans*, *Psilocybe aurivella*, *Psilocybe montana*, *Psilocybe souarrosa*, *Cortinarius infractus*, *Stropharia aeruginosa*, *Stropharia cyanea*, *Stropharia semiglobata*, *Stropharia stercorearia*, *Stropharia coronilla*, *Inonotus hispidus*, *Lycoperdon marginatum*, *Lycoperdon mixtecorum*, *Gymnopilus liquiritiae*, *Pholiota alnicola*

4203 Peyote y mescalina

Mescalina (sulfato)
Grinis
3,4,5 Trimetoxifeniletamina

4204 Derivados de la *Corydalis cava*

Bulbocapnina

4288 Otras plantas alucinógenas especificadas

Datura stramonium (estramonio)
Datura metel (métel)
Ololihuqui (manto del cielo, morning glory)
Nuez moscada

Fármacos con efectos alucinógenos

4300 Fármacos con efectos alucinógenos sin especificar

4301 Ketamina

2-(2-clorofenil)-2-metilamino)-ciclohexanona
Ketolar (anestésico de uso hospitalario)
Imalgene 1000 (medicamento de uso veterinario)
Special-K
KitKat
K
KK
Ket
Cat valium
Vitamina K
Super K
Special Calvin Klein (en asociación con cocaína)

4388 Otros fármacos con efectos alucinógenos especificados

4988 Otras sustancias alucinógenas especificadas

SUSTANCIAS VOLÁTILES (5000)

5000 Sustancias volátiles sin especificar

5201 Pegamentos/colas

Pegamentos para madera (acetato etílico, xilenos)
Pegamentos de contacto (butanona, hexano, tolueno y ésteres)
Pegamento para reparar neumáticos (Tolueno y xilenos)
Pegamento de polímero de cloruro de polivinilo (acetona, butanona, ciclohexanona, tricloroetileno)

5202 Gasolinás y gases combustibles

Butano
Gas natural (metano y otros)
Gas de petróleo licuado -GPL- a base de butano y otros gases como isobutano y propano (gas de encendedores, camping gas, sopletes pequeños)
Metano
Propano

5203 Propulsores de aerosoles

Purificadores de aire (GPL, éter dimetílico -EDM y/o fluorocarbonados)
Desodorantes, antitranspirantes (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Matamoscas (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Rociadores para el cabello (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Rociadores de pintura (GPL, EDM y/o fluorocarbonados y ésteres)
Rociadores de analgésicos tópicos (F 11, F12, monocloroetano)

5204 Pinturas, disolventes de pinturas y quitapinturas

Acetona
Butanona
Disolventes
Ésteres
Hexano
Tolueno
Tricloroetileno
Xilenos
Diclorometano
Metanol
Esmalte de uñas y quitaesmalte

5205 Nitritos vasodilatadores

Poppers
Nitrito de amilo
Nitritos de butilo e isobutilo
Odorantes de habitaciones

5206 Gases y líquidos anestésicos

Óxido nitroso
Éter etílico
Cloroformo
Cloruro de etilo (cloretilo)
Tricloroetileno
Enflurano
Isoflurano
Halotano
Ciclopropano

5207 Gas de extintores de incendios

Bromoclorodifluorometano
FC 11, FC 12.

5208 Quitamanchas y productos para limpieza en seco y desengrase

Diclorometano
FC 113
Metanol
1,1,1-tricloroetano
Tetracloroetileno
Tolueno, Tricloroetileno

5209 Líquidos correctores de errores mecanográficos y diluyentes

1,1,1 tricloroetano

5288 Otros inhalantes volátiles especificados

Quitapolvos a base de sopladores de aire comprimido (EDM, FC 22)

CANNABIS (6000)

6101 Planta

Cannabis sativa
Marihuana
María
Hierba
Grifa
Kif
Cáñamo

6102 Resina

Hachís
Chocolate
Costo

6103 Aceite

Aceite de hachís

6104 Tetrahidrocannabinol

THC
Delta-9-Tetrahidrocannabinol (Delta-9-THC)
Delta-8-Tetrahidrocannabinol (Delta-8-THC)

6988 Otras formas de cannabis especificadas

ALCOHOL (7000)

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (8000)

Medicamentos antiparkinsonianos

8100 Medicamentos antiparkinsonianos sin especificar

8101 Biperideno

Akineton

8102 Trihexifenidilo

Artane

8103 Prociclina

Kemadren

8188 Otros medicamentos antiparkinsonianos especificados

Medicamentos antidepresivos

8200 Medicamentos antidepresivos sin especificar

8201 Fluoxetina

Prozac

Adofen

Reneuron

Docutrix

8202 Fluvoxamina

Dumirox

8203 Citalopram

Prisdaal

Seropran

8204 Paroxetina

Seroxat

Froxinor

Casbol

8205 Venlafaxina

Vandral

8229 Otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina especificados

8231 Amineptina

Survector

8259 Otros antidepresivos tricíclicos y afines especificados

Amitriptilina

Mianserina. Lantanon

8260 Inhibidores de la monoamino oxidasa

IMAO

8288 Otros medicamentos antidepresivos especificados

8800 Otras sustancias psicoactivas para mejorar el rendimiento deportivo

8988 Otras sustancias psicoactivas especificadas

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SIN ESPECIFICAR (9979)

9979 Sustancias psicoactivas sin especificar

9980 Analgésicos no opiáceos

NO CONSUME MÁS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (9988)

9988 No más drogas

9990 Aditivos tóxicos

SUSTANCIA PSICOACTIVA DESCONOCIDA (9999)

9999 Desconocida/s