



OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza
Osasun Plangintzaeta
Antolamenduko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Viceconsejería de Sanidad
Dirección de Planificación y
Ordenación Sanitaria

**INFORME DEL Sistema Estatal de Información
sobre Toxicomanías SEIT
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO,
2002-2003**

Diciembre 2004

M. Isabel Izarzugaza
Nieves Rodríguez-Sierra
Sabino San José

Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria
Departamento de Sanidad



OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza
Osasun Plangintza eta
Antolamenduko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Viceconsejería de Sanidad
Dirección de Planificación y
Ordenación Sanitaria

INFORME DE LOS INDICADORES TRATAMIENTO, URGENCIAS Y MORTALIDAD POR TOXICOMANÍAS

CAPV 2002-2003

INTRODUCCION

El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) se pone en marcha en 1987 dentro del Plan Nacional sobre Drogas. Este Sistema de Información, que en su inicio se basaba en indicadores indirectos del consumo de opiáceos y cocaína, se amplía a partir de 1996 al resto de sustancias psicoactivas. En este momento los indicadores del SEIT están integrados junto con otros indicadores en lo que se conoce como Observatorio Español de Drogas (OED).

En estos últimos años el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) venía planteando a los estados miembros de la Unión Europea la convergencia de los sistemas de información sobre tratamiento de drogodependencias en un protocolo estandar europeo, el Treatment Demand Indicator (TDI). Las Comunidades Autónomas junto con el Plan Nacional de Drogas estudiaron la forma en la que el indicador español podía converger hacia el TDI y elaboraron un nuevo protocolo que supone la última modificación del Indicador.

La nueva versión del indicador entra en vigor a partir del año 2003, siendo una de las principales modificaciones establecidas la introducción de 5 nuevas variables: nacionalidad, frecuencia de consumo, fuente de referencia, convivencia y lugar donde vive.

También en 2003 se ha modificado el protocolo del Indicador Urgencias pasándose a recoger todos los episodios de urgencia en que se menciona el uso de sustancias psicoactivas y no solo los relacionados directamente con el consumo. De esta forma es posible obtener una información más útil y completa que la obtenida hasta ahora sobre las urgencias hospitalarias, añadiendo nuevos objetivos al Indicador y aumentando la validez de la información obtenida.

En el Indicador de Mortalidad también se realizan pequeñas modificaciones como el aumento del rango de edad que pasa de 15-49 años a 10-64 años.

Los indicadores utilizados son:

El INDICADOR DE **TRATAMIENTO** tiene como objetivo conocer el número anual de personas que inician tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en un año dado, en los centros de tratamiento de toxicomanías, tanto de Osakidetza como de centros privados concertados con la Red Asistencial Sanitaria pública.

El INDICADOR DE **URGENCIAS** pretende conocer el número de episodios de urgencia hospitalaria relacionados directamente con el consumo no médico de drogas (opiáceos, cocaína y otras sustancias psicoactivas) motivados por la búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de dependencia, en personas de 15 a 49 años. A partir de 2003 se recogerán los episodios de urgencia hospitalaria en personas de 15 a 54 años en los que se menciona el uso de sustancias o drogas psicoactivas.

El INDICADOR DE **MORTALIDAD** tiene como objetivo conocer el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en nuestra Comunidad en personas de 15 a 49 años. A partir de 2003 se amplía el rango a 15-54 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

La información se recoge según el protocolo establecido por el SEIT y modificado en 1996 y 2003. La recogida de datos es diferente según los indicadores.

Para el INDICADOR DE **TRATAMIENTO** la recogida de los datos se hace de forma pasiva. Los centros envían las hojas de notificación de admisiones a tratamiento en régimen ambulatorio al Servicio de Registros e Información Sanitaria de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad donde, tras comprobar los datos y corregir los errores se procesan y se eliminan los duplicados. En estas hojas de notificación se recogen, tanto datos socio-demográficos (sexo, fecha y provincia de nacimiento, municipio y provincia de residencia, nivel de instrucción y la situación laboral), como datos sobre el consumo (droga principal que motiva la admisión a tratamiento, año de inicio del consumo, realización previa de algún tratamiento por la droga principal, otras drogas que se consumen, vía de administración y estado serológico frente al VIH)¹. En el año 2003 se recogen además, nacionalidad, frecuencia de consumo de la droga principal, fuente de referencia, convivencia y lugar donde ha vivido. Además se ven modificadas las categorías de: País de nacimiento, máximo nivel de estudios completado y situación laboral².

Los resultados que se presentan en este informe proceden de la notificación de los centros e instituciones, recogidos en el Anexo 1, durante los años 2002 y 2003 y que corresponden a un total de 38 y 36 centros respectivamente tanto pertenecientes a Osakidetza como concertados con la red Asistencial pública.

En el INDICADOR DE **URGENCIAS** se hace una búsqueda activa de episodios de urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los hospitales que se han considerado de referencia de la CAPV para este registro (Cruces, Basurto y Galdakao) y en personas de 15 a 49 años en 2002³ y de episodios en los que se menciona el uso de drogas en personas de 15 a 54 en 2003⁴. Desde la coordinación del OED se establece la semana de cada mes en la que se recogerán estos episodios. Se incluyen todas las sustancias psicoactivas excepto el tabaco y el alcohol, a menos que vaya asociado al consumo de otras sustancias psicoactivas.

El INDICADOR DE **MORTALIDAD** se recoge desde 1996 según el protocolo del SEIT^{5,6} en todos los partidos judiciales de la Comunidad Autónoma Vasca. A partir de 2001, con la puesta en marcha del Instituto Vasco de Medicina Legal, las notificaciones de los fallecimientos se realizan a través de los forenses de las subdirecciones de este Instituto en Álava Gipuzkoa y Bizkaia. Para calcular las tasas hasta el año 2002 y 2003 la población utilizada se ha obtenido por extrapolación lineal entre el padrón de 1996 y el censo de 2001 suministrado por el Instituto Vasco de Estadística/EUSTAT.

RESULTADOS

AÑO 2002

INDICADOR DE TRATAMIENTO

En el año 2002 se notificaron 2.560 admisiones a tratamiento. De ellas, el 15,5% en centros de Álava, el 25,8% en centros de Gipuzkoa y el mayor número en los de Bizkaia con el 58,7% de las admisiones. Hay que señalar la incorporación en este año de dos centros notificadores uno en Bizkaia y otro en Gipuzkoa.

Del total de admisiones a tratamiento, 2.514 se produjeron en residentes en la CAPV.

En la [tabla 1](#) se pueden observar las características de las personas que han sido admitidas a tratamiento distribuidas según la droga que ha motivado el inicio. En la mayoría (43,6%) la droga por la que inician tratamiento es el alcohol seguidos por los que inician por heroína (28,4%).

Como se puede observar, 8 de cada 10 son hombres y el grupo de edad que mayor nº de inicios tiene es el de 35-39 años.

En cuanto al nivel de estudios, aproximadamente las tres cuartas partes no alcanzan el nivel de bachiller superior y menos del 7% tienen estudios universitarios. La mayoría tiene un trabajo fijo. En mas de la mitad de los casos ya habían realizado tratamiento previamente.

El estado serológico frente al VIH es positivo en el 7% de los casos aunque hay que señalar que esta variable no ha sido rellenada en más de la mitad de los casos.

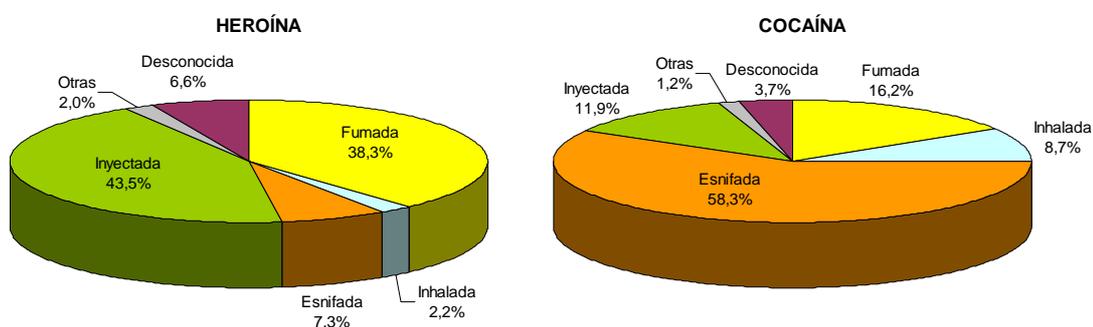
Tabla 1.- Características de las personas que han sido admitidas a tratamiento según la droga que causa dicha admisión. CAPV 2002.

	Heroína	Cocaína	Anfetam.	Speed	Éxtasis	Hipnótic. sedantes	Cannabis	Alcohol	Total	
N TOTAL	728	438	85	44	14	10	115	1.117	2.560	
	%	%	%	%	%	%	%	%	N	%
TOTAL	28,4	17,1	3,3	1,7	0,6	0,4	4,5	43,6	2.560	100,0
SEXO										
Hombres	81,2	87,0	74,1	70,5	85,7	20,0	84,3	80,8	2.087	81,5
Mujeres	18,8	13,0	25,9	29,5	14,3	80,0	15,7	19,2	473	18,5
GRUPO DE EDAD										
15-19	0,7	1,8	15,3	11,4	28,6	0,0	19,1	0,3	61	2,4
20-24	7,7	16,9	34,1	38,6	64,3	20,0	33,9	1,3	242	9,5
25-29	20,3	25,8	21,2	15,9	7,1	20,0	19,1	3,6	352	13,8
30-34	28,4	27,4	20,0	15,9	0,0	10,0	13,0	10,7	489	19,1
35-39	28,2	22,4	5,9	13,6	0,0	30,0	8,7	16,9	519	20,3
40-44	10,0	4,1	3,5	4,5	0,0	0,0	3,5	19,6	319	12,5
45-49	2,7	0,9	0,0	0,0	0,0	10,0	0,9	16,7	213	8,3
50-54	1,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	13,9	167	6,5
55-59	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	93	3,6
Más de 60	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	8,8	99	3,8
ESTUDIOS										
No sabe leer ni escribir	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	22	0,9
No aprobó 5º educación primaria	1,1	0,7	1,2	4,5	14,3	0,0	0,0	0,1	17	0,7
Estudios primarios	31,9	26,5	20,0	25,0	0,0	10,0	19,1	44,8	903	35,3
Bachiller elemental	42,9	42,0	43,5	31,8	57,1	40,0	38,3	28,3	924	36,1
Bachiller superior	16,5	21,2	23,5	27,3	21,4	40,0	29,6	15,7	461	18,0
Otros estudios de grado medio	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3	0,1
Universitarios medios	2,5	5,0	8,2	9,1	7,1	10,0	10,4	2,8	96	3,8
Universitarios superiores	1,4	1,4	2,4	2,3	0,0	0,0	1,7	3,8	64	2,5
TRATAMIENTO PREVIO										
Sí	76,2	45,9	27,1	18,2	21,4	40,0	20,9	49,3	1.375	53,7
No	18,4	48,2	69,4	75,0	78,6	30,0	75,7	46,3	1.057	41,3
SITUACIÓN LABORAL										
Fijo o autonomo	27,3	42,0	36,5	47,7	28,6	30,0	33,9	51,7	1.062	41,5
Temporal	0,7	3,7	1,2	0,0	21,4	0,0	0,9	0,0	26	1,0
Parado no habiendo trabajado antes	43,4	26,7	23,5	27,3	0,0	40,0	22,6	19,4	717	28,0
Parado habiendo trabajado antes	14,4	14,2	12,9	11,4	28,6	0,0	12,2	4,3	249	9,7
Incapacidad permanente / pensionista	5,1	1,4	2,4	4,5	0,0	10,0	2,6	11,5	180	7,0
Estudiante	2,3	5,0	16,5	2,3	14,3	0,0	18,3	0,8	86	3,4
Labores del hogar	1,4	0,7	1,2	0,0	0,0	10,0	0,9	7,5	100	3,9
Otros	2,5	4,1	5,9	6,8	7,1	10,0	6,1	2,2	78	3,0
VALOR VIH										
Positivo	19,4	5,9	1,2	0,0	0,0	0,0	2,6	0,9	183	7,1
Negativo CON análisis últimos 6 meses	19,0	18,7	8,2	9,1	0,0	20,0	9,6	3,1	280	10,9
Negativo SIN análisis últimos 6 meses	15,5	11,0	3,5	11,4	7,1	10,0	7,8	3,5	221	8,6
Negativo sin saber fecha de análisis	8,8	8,0	2,4	4,5	0,0	0,0	1,7	2,8	136	5,3
Con análisis, pendiente resultado	0,5	1,4	2,4	0,0	0,0	0,0	1,7	0,2	16	0,6
No se ha realizado análisis	5,2	16,9	35,3	15,9	42,9	20,0	27,0	20,0	412	16,1
Desconocido	31,6	38,1	47,1	59,1	50,0	50,0	49,6	69,6	1.312	51,3

En el los **gráficos 1 y 2** se muestra la distribución de la vía de administración en las admisiones a tratamiento por heroína y cocaína. Como se puede observar en las admisiones por heroína, la vía de administración mayoritaria es la inyectada seguida de la fumada, sin embargo en las admisiones por cocaína la vía más habitual es la esnifada seguida de la fumada.

Gráficos 1 y 2

Distribución de las admisiones a tratamiento por heroína y cocaína según vía de administración. CAPV, 2002.



INDICADOR DE URGENCIAS

En el año 2002 se registraron 86 urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los hospitales de referencia de la CAPV y en las 12 semanas que se señalaron desde la coordinación del OED.

Teniendo en cuenta que son las urgencias registradas en las 12 semanas de referencia, podría **estimarse** en 424 el total de urgencias ocurridas por este motivo en los tres hospitales de referencia durante el año 2002. En la **tabla 2** se describen las características de estos episodios.

Tabla 2.- Características del indicador de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. CAPV 2002.

	Número	%
TOTAL	86	100
Hospital		
Basurto	46	53,5
Cruces	16	18,6
Galdakao	24	27,9
Sexo		
Hombre	62	72,1
Mujer	22	25,6
Desconocido	2	2,3
Edad media (en años)		
Hombres	(31,7)	
Mujeres	(29,6)	
Grupo de edad		
15-19	4	4,7
20-24	10	11,6
25-29	22	25,6
30-34	22	25,6
35-39	16	18,6
40-44	11	12,8
45-49	1	1,2
Diagnóstico		
Sobredosis o intoxicación aguda	38	44,2
Síndrome de abstinencia	19	22,1
Reacción orgánica aguda no infecciosa	2	2,3
Reacción psicopatológica aguda	23	26,7
Desconocido	4	4,7
VIH		
Positivo	15	17,4
Negativo	3	3,5
No se ha realizado análisis	45	52,3
Desconocido	23	26,7
Resolución		
Alta médica	63	73,3
Alta voluntaria	6	7,0
Ingreso hospitalario	16	18,6
Traslado a otro centro sanitario	1	1,2

El 72,1% de los casos fueron hombres con una edad media de casi 31,7 años. Las mujeres, en cambio eran más jóvenes y tenían una edad media de 29,6 años.

El diagnóstico que más frecuentemente causa la urgencia es la sobredosis o intoxicación aguda en el 44% de los casos y la mayoría de los episodios se resolvieron con alta médica.

Las sustancias que más frecuentemente se relacionaron con la urgencia se describen en la **tabla 3** donde se aprecia cómo la cocaína es la sustancia que en mayor medida se relaciona con la urgencia, seguida muy de cerca por las benzodiacepinas.

Tabla 3.- Número y porcentaje de drogas relacionadas con la urgencia. CAPV 2002.

DROGA	Número	%*
COCAÍNA	41	47,7
BENZOCIACEPINAS	30	34,9
ALCOHOL	24	27,9
HEROÍNA	20	23,3
CANNABIS	13	15,1
METADONA	11	12,8
ANFETAMINAS	9	10,5
OTRAS	14	16,3

* Porcentaje realizado sobre los 86 episodios de urgencia que se han producido.

INDICADOR DE MORTALIDAD

En el año 2002 se registraron 34 fallecimientos por reacción adversa a sustancias psicoactivas. De ellos, 33 eran residentes en la CAPV.

En la **tabla 4** se describen datos sociodemográficos e información clínica de los fallecidos. De esta forma se puede observar que la mayoría de los fallecidos eran hombres y que la edad media fue de 33,6 años para los hombres y 37 años para las mujeres.

En cuanto a la distribución geográfica, se produjeron el mismo número de fallecimientos en Bizkaia y en Gipuzkoa, 15 en cada uno de los Territorios, y 4 en Álava.

La muerte se produjo en el domicilio en mas de la mitad de los casos, encontrándose signos recientes de venopunciones en mas de la tercera parte de ellos, aunque hay una proporción elevada de datos desconocidos para esta variable. En cuanto a evidencias de suicidio, en 9 de cada 10 casos no existe ninguna evidencia.

La proporción de casos con valores desconocidos para el estado serológico frente al VIH es así mismo bastante elevada (79,4%) por lo que los resultados han de analizarse con cautela.

Tabla 4.- Características del indicador de mortalidad por reaccion aguda a sustancias psicoactivas. CAPV 2002.

	Número	%
TOTAL	34	100
Institución		
IVML Subdirección Álava	4	11,8
IVML Subdirección Gipuzkoa	15	44,1
IVML Subdirección Bizkaia	15	44,1
Sexo		
Hombre	30	88,2
Mujer	4	11,8
Edad media (en años)		
Hombres	(33,3)	
Mujeres	(37)	
Grupo de edad		
20-24	2	5,9
25-29	6	17,7
30-34	11	32,4
35-39	8	23,5
40-44	6	17,7
45-49	1	2,9
Procedencia del cadáver		
Domicilio	20	58,8
Hotel o pensión	3	8,8
Calle	3	8,8
Establecimiento público	1	2,9
Hospital	3	8,8
Otra o desconocida	4	11,8

	Número	%
VIH		
Positivo	5	14,7
Negativo	2	5,9
Desconocido	27	79,4
Suicidio		
Sí	2	5,9
Sospecha	1	2,9
Ninguna evidencia	31	91,2

En la **tabla 5** se describen las sustancias que se han encontrado en los análisis toxicológicos de los fallecidos encontrándose heroína en la mayoría de ellos.

Tabla 5.- Sustancias psicoactivas que se han notificado como causantes de la muerte. CAPV 2002.

DROGA	Número	%*
HEROÍNA	20	58,8
METADONA	14	41,2
COCAÍNA	13	38,2
ALPRAZOLAM	13	38,2
NORDIAZEPAM	12	35,3
CANNABIS	8	23,5
ALCOHOL	7	20,6
OTRAS	11	32,4

* Porcentaje realizado sobre el nº total de fallecidos

La tasa bruta de mortalidad por reacción adversa a drogas en ambos sexos fue de 3,05 por 100.000 habitantes y la tasa estandarizada con la población europea de 2,79 por 100.000 habitantes (IC95% 1,84 a 3,74).

Para los hombres la tasa estandarizada fue de 5,29 por cada 100.000 habitantes (IC95% 3,06 a 6,57) y mucho menor para las mujeres, de 0,70 por cada 100.000 habitantes (IC95% 0,01 a 1,38).

RESULTADOS

AÑO 2003

INDICADOR DE TRATAMIENTO

En el año 2003 se notificaron 2.803 admisiones a tratamiento. De ellas, el 13,6% en centros de Álava, el 26,9% en centros de Gipuzkoa y el mayor número en los de Bizkaia con el 59,5% de las admisiones. Hay que señalar que este año ha habido un centro en Álava y otro en Bizkaia que no han notificado ninguna admisión.

Del total de admisiones a tratamiento, 2.726 se produjeron en residentes en la CAPV.

En la [tabla 6](#) se pueden observar las características de las personas que han sido admitidas a tratamiento distribuidas según la droga que ha motivado el inicio. En la mayoría (38,4%), la droga por la que inician tratamiento es el alcohol seguidos por los que inician por cocaína (26,2).

Como se puede observar, 8 de cada 10 son hombres y el grupo de edad que mayor número de inicios tiene es el de 30-34 años.

En cuanto al nivel de estudios, aproximadamente las tres cuartas partes no alcanzan el nivel de enseñanza secundaria y menos del 5% tienen estudios universitarios. Aproximadamente una tercera parte tiene trabajo fijo y otra tercera parte está en paro habiendo trabajado antes. En aproximadamente la mitad de los casos ya habían realizado tratamiento previamente.

El estado serológico frente al VIH es positivo en el 6,3% de los casos aunque hay que señalar que en 6 de cada 10 casos no se ha realizado análisis o bien la información no se conoce.

En cuanto a la frecuencia de consumo varía mucho según sea la droga por la que inician tratamiento. Por ejemplo, en las admisiones por consumo de alcohol y cannabis, la mayoría consume todos los días, y en las admisiones por anfetaminas, speed o extasis mayoritariamente lo hacen 2-3 días/semana.

La nacionalidad de las personas admitidas a tratamiento era española en el 94,6% de los casos y el resto eran de otras nacionalidades, principalmente de Marruecos, Portugal, Argelia, Colombia, Reino Unido y Brasil.

Respecto al lugar donde han vivido los 30 días previos a la admisión, el 84% lo han hecho en casas, pisos o apartamentos y aproximadamente la mitad viven o bien con padres o familia de origen o bien con pareja e hijos.

Tabla 6.- Características de las personas que han sido admitidas a tratamiento según la droga que causa dicha admisión. CAPV 2003.

	Otros opiáceos	Heroína	Cocaína	Anfetam.	Speed	Éxtasis	Hipnótic. sedantes	Cannabis	Alcohol	Total	
N TOTAL	57	636	735	68	55	5	15	150	1.075	2.803	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	N	%
TOTAL	2,0	22,7	26,2	2,4	2,0	0,2	0,5	5,4	38,4	2.803	100,0
SEXO											
Hombres	75,4	78,1	86,5	85,3	85,5	80,0	73,3	82,7	78,7	2.272	81,1
Mujeres	24,6	21,5	13,5	14,7	14,5	20,0	26,7	16,7	20,9	524	18,7
GRUPO DE EDAD											
15-19	0,0	0,6	3,4	11,8	10,9	60,0	6,7	26,0	0,5	94	3,4
20-24	8,8	6,8	18,8	35,3	29,1	40,0	6,7	33,3	1,4	296	10,6
25-29	14,0	18,4	25,3	20,6	34,5	0,0	20,0	17,3	5,4	431	15,4
30-34	15,8	26,4	24,1	20,6	18,2	0,0	13,3	13,3	9,7	504	18,0
35-39	35,1	26,6	17,6	5,9	3,6	0,0	13,3	5,3	15,6	503	17,9
40-44	17,5	15,6	7,8	2,9	3,6	0,0	26,7	3,3	17,1	363	13,0
45-49	5,3	3,6	2,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	16,7	226	8,1
50-54	1,8	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	13,3	0,0	12,7	151	5,4
Más de 60	1,8	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	121	4,3
ESTUDIOS											
No sabe ni leer ni escribir	1,8	2,0	1,1	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	1,5	39	1,4
Enseñanza primaria incompleta	19,3	14,5	9,5	2,9	7,3	0,0	26,7	3,3	18,5	389	13,9
Enseñanza primaria completa	17,5	24,7	23,0	22,1	14,5	0,0	20,0	17,3	32,0	735	26,2
Enseñanza secundaria 1ªetapa, EGB, ESO, FP1 o de grado medio	33,3	37,7	42,7	54,4	54,5	60,0	40,0	55,3	24,0	992	35,4
Enseñanza secundaria 2ª etapa, FP2, BUP, COU	15,8	12,6	18,0	11,8	16,4	20,0	0,0	18,0	14,2	419	14,9
Estudios universitarios medios	3,5	3,0	1,8	4,4	3,6	0,0	0,0	2,7	3,4	80	2,9
Estudios universitarios superiores	3,5	0,9	1,8	1,5	1,8	0,0	13,3	2,7	2,2	53	1,9
TRATAMIENTO PREVIO											
Sí	68,4	80,2	34,0	33,8	25,5	40,0	26,7	15,3	46,6	1.369	48,8
No	28,1	14,8	61,9	63,2	70,9	60,0	73,3	82,0	50,9	1.335	47,6

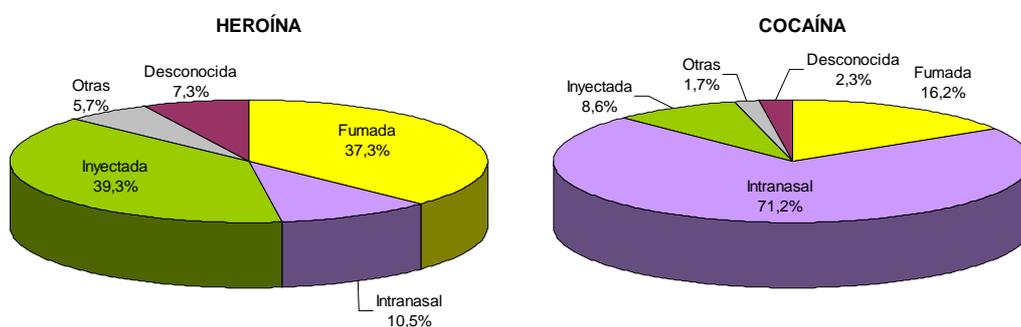
	Otros opiáceos	Heroína	Cocaína	Anfetam.	Speed	Éxtasis	Hipnótic. sedantes	Cannabis	Alcohol	Total	
SITUACIÓN LABORAL											
Relación laboral indefinida o autónomo	17,5	20,0	35,9	29,4	34,5	0,0	33,3	20,7	37,5	879	31,4
Relación laboral temporal	8,8	11,9	16,3	16,2	16,4	0,0	13,3	17,3	10,2	360	12,8
Trabajando sin sueldo para la familia	1,8	0,6	1,5	0,0	1,8	0,0	0,0	1,3	1,7	38	1,4
Parado no habiendo trabajado antes	7,0	10,8	5,6	4,4	9,1	20,0	0,0	6,7	1,9	155	5,5
Parado habiendo trabajado antes	42,1	40,4	31,4	32,4	27,3	40,0	40,0	24,0	24,7	859	30,6
Incapacidad permanente / pensionista	5,3	6,8	3,0	2,9	1,8	0,0	6,7	2,7	13,9	226	8,1
Estudiando u opositando	0,0	0,5	2,2	13,2	7,3	40,0	0,0	24,0	0,4	74	2,6
Realizando exclusivamente labores del hogar	1,8	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	5,3	68	2,4
En otra situación	7,0	3,6	2,9	0,0	1,8	0,0	0,0	2,7	1,7	71	2,5
FRECUENCIA DE CONSUMO											
Todos los días	63,2	55,7	30,7	10,3	12,7	0,0	60,0	67,3	72,5	1.522	54,3
4-6 días/semana	3,5	6,3	13,5	13,2	14,5	0,0	0,0	4,7	5,6	225	8,0
2-3 días/semana	5,3	5,8	26,0	44,1	41,8	60,0	13,3	10,0	7,3	386	13,8
1 día/semana	5,3	2,4	7,5	14,7	9,1	20,0	6,7	5,3	2,4	124	4,4
Menos de 1 día/semana	3,5	4,7	6,5	4,4	10,9	0,0	0,0	2,7	3,1	126	4,5
No consumió	8,8	16,8	11,3	10,3	9,1	20,0	6,7	7,3	7,1	297	10,6
LUGAR DONDE HA VIVIDO LOS 30 DÍAS PREVIOS ADMISIÓN											
Casas, pisos, apartamento	68,4	74,8	90,1	86,8	92,7	80,0	80,0	91,3	85,3	2.364	84,3
Prisión, centro reforma o internamiento menores	8,8	5,3	2,3	4,4	3,6	0,0	6,7	2,7	0,7	73	2,6
Otras instituciones	3,5	3,0	1,2	2,9	1,8	0,0	0,0	0,7	2,7	63	2,2
Pensiones, hoteles, hostales	1,8	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,6	41	1,5
Alojamiento inestable/precario	7,0	8,3	3,0	4,4	0,0	20,0	6,7	2,0	4,7	137	4,9
Otro lugar	3,5	3,8	1,9	1,5	0,0	0,0	6,7	2,0	1,3	59	2,1
VIH											
Positivo	33,3	15,7	5,0	2,9	1,8	0,0	13,3	2,7	1,1	177	6,3
Negativo CON análisis últimos 6 meses	29,8	21,5	15,5	11,8	9,1	0,0	33,3	7,3	5,7	359	12,8
Negativo SIN análisis últimos 6 meses	19,3	20,8	18,1	11,8	10,9	20,0	20,0	8,7	6,3	376	13,4
Negativo sin saber fecha análisis	1,8	8,8	5,9	13,2	1,8	0,0	0,0	5,3	3,7	158	5,6
Con análisis, pendiente resultado	1,8	1,9	2,9	1,5	3,6	0,0	0,0	1,3	1,0	50	1,8
No se ha realizado análisis	8,8	7,5	38,6	51,5	56,4	40,0	20,0	52,7	39,4	915	32,6
Desconocido	5,3	23,7	14,0	7,4	16,4	40,0	13,3	22,0	42,7	768	27,4
VÍA DE ADMINISTRACIÓN											
Oral	26,3	3,5	1,2	22,1	5,5	100,0	80,0	6,0	99,1	1.156	41,2
Pulmonar o fumada	17,5	37,3	16,2	10,3	3,6	0,0	6,7	88,7	0,1	511	18,2
Intranasal o esnifada	7,0	10,5	71,2	64,7	87,3	0,0	0,0	2,7	0,0	695	24,8
Parenteral o inyectada	38,6	39,3	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	336	12,0
Otros	1,8	2,2	0,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	25	0,9

*El número y % de casos por cada variable, no suma el total ya que no se han sumado los casos en los que esta variable ha sido cumplimentada como "desconocido".

En el los **gráficos 3 y 4** se muestra la distribución de la vía de administración en las admisiones a tratamiento por heroína y cocaína. Como se puede observar en las admisiones por heroína, la vía de administración mayoritaria es la inyectada seguida de la fumada, sin embargo en las admisiones por cocaína la vía más habitual es la intranasal seguida de la fumada.

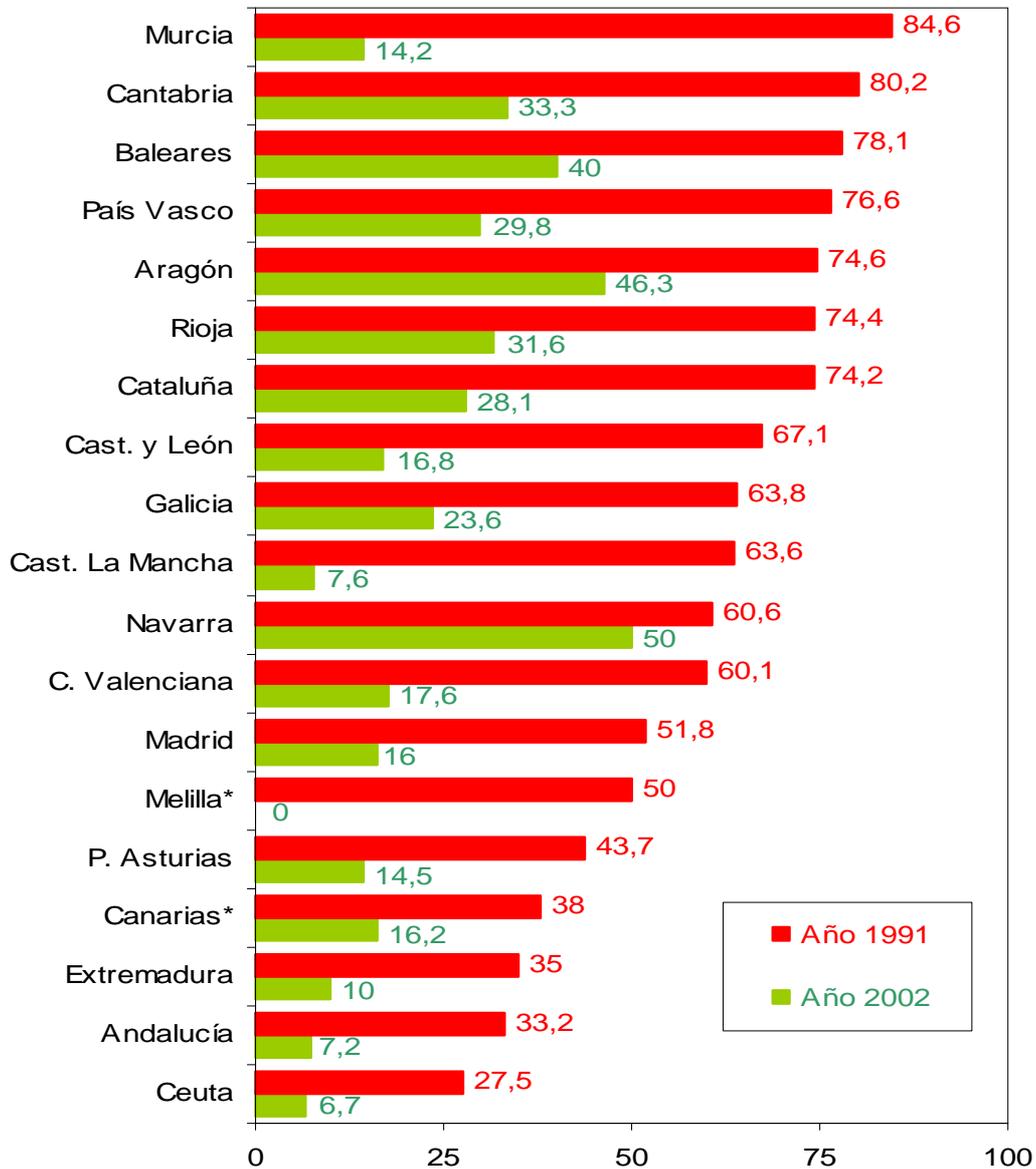
Gráficos 3 y 4

Distribución de las admisiones a tratamiento por heroína y cocaína según vía de administración. CAPV, 2003.



En el **gráfico 5** se muestra la proporción de admisiones a tratamiento por heroína que utilizan la vía parenteral en cada una de las CCAA en los años 1991 y 2002. Podemos observar un descenso generalizado de la vía inyectada en todas las CCAA aunque la proporción del descenso es diferente en cada una de ellas. En la CAPV se pasa del 76,6% en 1991 al 29,8% en 2002.

Gráfico 5.- Proporción de tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España (%), 1991-2002.



NOTA: (*) En las CA de Canarias y en la ciudad Melilla se presentan los datos de 1992 en lugar de los de 1991, bien porque en 1991 no se recogieron (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

En la **tabla 7** se observa el número de inicios a tratamiento por toxicomanías desde el año 1993 hasta el 2003 en la CAPV según la droga principal que lo motiva. Hay que tener en cuenta que hasta 1995 solamente se registraban las admisiones por heroína o cocaína. Como se puede observar desde 1996 donde se registra el mayor número de admisiones hay un descenso progresivo del número total de admisiones hasta el año 2000 paralelo al descenso de las admisiones por heroína. Sin embargo a partir de 2001, vuelve a aumentar el número total debido al aumento de la cocaína y el cannabis.

Tabla 7.- Evolución del número de inicios de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según droga que motiva la admisión*. CAPV, 1993-2003.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nº DE INICIOS**	2.030	1.135	1.375	2.058	1.886	1.652	1.494	1.408	1.432	1.443	1.728
DROGA PRINCIPAL											
Heroína	1.942	1.068	1.319	1.755	1.502	1.233	945	897	849	728	636
Otros opiáceos	1	1	5	11	19	13	9	13	9	7	57
Cocaína	77	51	41	95	139	195	326	322	377	438	735
Otras sustancias psicoactivas	10	15	10	7	0	0	0	0	0	0	0
Anfetaminas				51	62	42	46	40	41	85	68
Speed				28	51	50	53	32	19	44	55
Éxtasis				17	15	15	10	13	21	14	5
Otros estimulantes				1	2	7	6	2	1	0	3
Hipnóticos y sedantes				13	22	10	7	15	8	10	15
Alucinógenos				8	5	3	1	1	1	2	3
Sustancias volátiles				4	1	0	1	0	0	0	1
Cannabis				68	68	84	90	73	106	115	150

* A partir de 1996 se comienzan a notificar los inicios de tratamiento por otras sustancias psicoactivas además de heroína y cocaína.

** Admisiones a tratamiento totales (Residentes y no residentes en la CAPV).

En los **gráficos 6 y 7** se muestra la evolución de los inicios de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV y en el Estado, observándose una figura parecida en la evolución desde 1996. Así se observa una disminución progresiva de los inicios por heroína y un aumento de la cocaína en ambos gráficos.

Gráfico 6.- Evolución del número total de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. CAPV, 1991-2003.

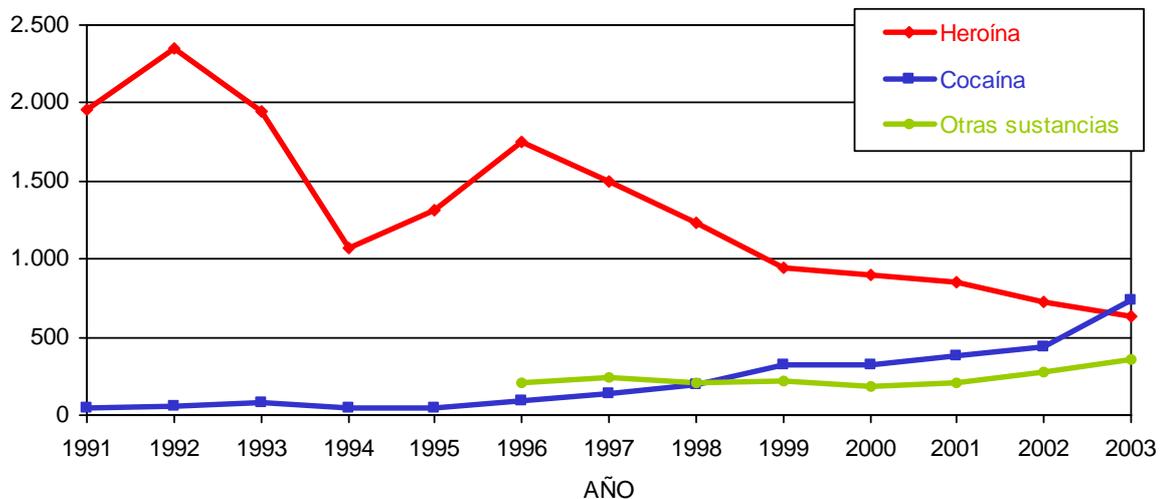
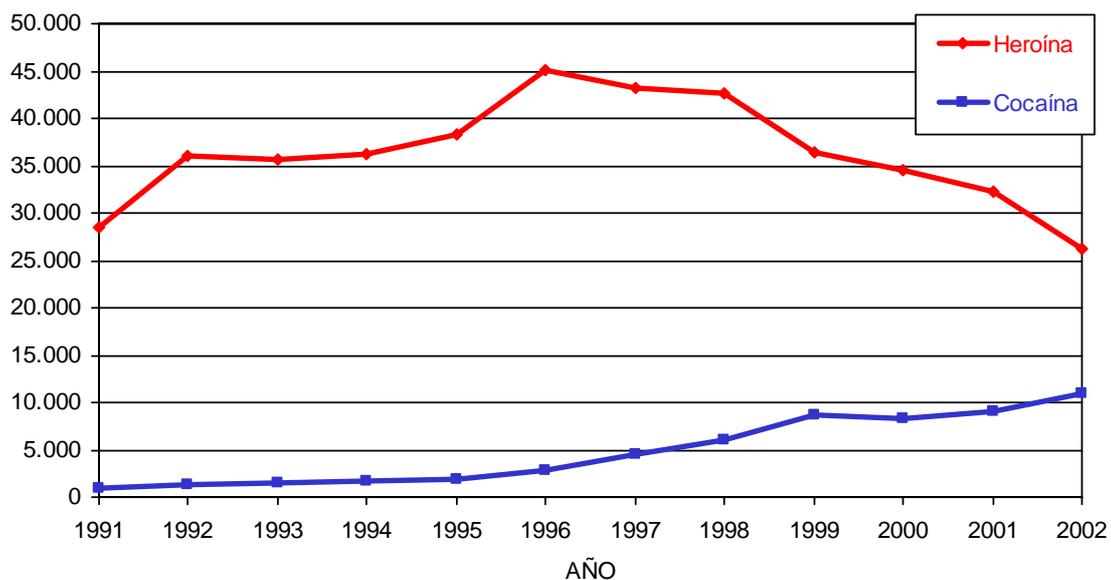


Gráfico 7.- Evolución del número de admisiones a tratamiento por consumo de heroína o cocaína. Estado Español, 1991-2002*.



* Fuente: Plan Nacional de Drogas (últimos datos disponibles)

INDICADOR DE URGENCIAS

En el año 2003 se registraron 235 episodios de urgencias hospitalarias en los que se menciona el uso de sustancias psicoactivas en los hospitales de referencia de la CAPV y en las 12 semanas que se señalaron desde la coordinación del OED.

Teniendo en cuenta que son las urgencias registradas en las 12 semanas de referencia, podría **estimarse** en 1.021 el total de urgencias en las que se menciona el uso de sustancias psicoactivas en los tres hospitales de referencia durante el año 2003. En la **tabla 8** se describen las características de estos episodios.

Tabla 8.- Características del indicador de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. CAPV 2003.

	Número	%
TOTAL	235	100
Hospital		
Basurto	125	53,2
Cruces	43	18,3
Galdakao	67	28,5
Sexo		
Hombre	155	66,0
Mujer	79	33,6
Desconocido	1	0,4
Edad media (en años)		
Hombres	(32,6)	
Mujeres	(30,6)	
Grupo de edad		
15-19	16	6,8
20-24	34	14,4
25-29	46	19,6
30-34	49	20,9
35-39	40	17,0
40-44	34	14,5
45-49	13	5,5
50-54	3	1,3

	Número	%
Nacionalidad		
Española	225	95,7
Marruecos	1	0,4
Brasil	2	0,9
Colombia	1	0,4
Desconocido	6	2,6
Resolución		
Alta médica	201	85,5
Alta voluntaria	4	1,7
Ingreso hospitalario	22	9,4
Traslado a otro centro sanitario	8	3,4

El 66%% de los casos fueron hombres con una edad media de casi 32,6 años. Las mujeres, en cambio, eran más jóvenes y tenían una edad media de 30,6 años.

La distribución de los diagnósticos que causan la urgencia se observan en la **tabla 9** El diagnóstico que más frecuentemente causa la urgencia es “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de múltiples sustancias psicoactivas” en un 20% del total de diagnósticos registrados.

Tabla 9.- Distribución de los diagnósticos registrados en los episodios de urgencia hospitalaria en los que se menciona el consumo de sustancias psicoactivas. (Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10). Hospitales de referencia-2003.

CIE-10	Diagnóstico	Número	%
A15	Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente.	1	0,3
B16	Hepatitis aguda tipo B	1	0,3
B18	Hepatitis viral crónica	8	2,1
B20	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0,3
E01	Trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo y afecciones relacionadas	1	0,3
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	42	10,8
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos	33	8,5
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	13	3,5

CIE-10	Diagnóstico	Número	%
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	51	13,6
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	32	8,3
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes	13	3,5
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos	2	0,5
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles	1	0,3
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de múltiples sustancias psicoactivas	75	20,0
F20	Esquizofrenia	4	1,0
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios	7	1,8
F41	Otros trastornos de ansiedad	25	6,4
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	2	0,5
F48	Otros trastornos neuróticos	1	0,3
F60	Trastornos específicos de la personalidad	6	1,6
F63	Trastornos de los hábitos y de los impulsos	1	0,3
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado	4	1,0
G40	Epilepsia	6	1,6
I35	Trastornos no reumáticos de la válvula aórtica	1	0,3
I47	Taquicardia paroxística	2	0,5
J00	Rinofaringitis aguda	2	0,5
J20	Bronquitis aguda	2	0,5
J42	Bronquitis crónica no especificada	1	0,3
J45	Asma	1	0,3
J96	Insuficiencia respiratoria no clasificada en otra parte	1	0,3
J98	Otros trastornos respiratorios	1	0,3
K62	Otras enfermedades del ano y del recto	1	0,3
K70	Enfermedad alcohólica del hígado	1	0,3

CIE-10	Diagnóstico	Número	%
K72	Insuficiencia hepática no clasificada en otra parte	1	0,3
K74	Fibrosis y cirrosis del hígado	1	0,3
K82	Otras enfermedades de la vesícula biliar	1	0,3
L02	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	1	0,3
M79	Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte	1	0,3
N30	Cistitis	1	0,3
R06	Anormalidades de la respiración	1	0,3
R07	Dolor de garganta y en el pecho	6	1,6
R17	Ictericia no especificada	1	0,3
R42	Mareo y desvanecimiento	1	0,3
R55	Síncope y colapso	1	0,3
R56	Convulsiones, no clasificadas en otra parte	2	0,5
S00	Traumatismo superficial de la cabeza	1	0,3
T00	Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo	2	0,5
Z21	Estado de infección asintomática por el virus VIH	11	2,8
Z91	Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte	1	0,3
TOTAL		388	100,0

Las sustancias que más frecuentemente se relacionaron con la urgencia se describen en la [tabla 10](#). Como se puede observar, las benzodiacepinas son las sustancias que en mayor medida se relacionan con el episodio de urgencia en un 40%, seguidas del alcohol en casi uno de cada tres episodios.

Tabla 10.-Número y porcentaje de drogas relacionadas con la urgencia.

DROGA	Número	%*
BENZOCIACEPINAS	94	40,0
COCAÍNA	64	27,2
ALCOHOL	57	24,3
CANNABIS	38	16,2
ANFETAMINAS	22	9,4
METADONA	21	8,9
HEROÍNA	19	8,1
OTRAS	40	18,7

* Porcentaje realizado sobre los 235 episodios de urgencia que se han producido.

INDICADOR DE MORTALIDAD

En el año 2003 se registraron 35 fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En la **tabla 11** se describen datos sociodemográficos e información clínica de los fallecidos. De esta forma se puede observar que el 88,6% de los fallecidos eran hombres y que la edad media fue de 37,4 años para los hombres y 33 años para las mujeres.

En cuanto a la distribución geográfica, la mayoría de los fallecimientos (74,3%) se produjeron ese año en Bizkaia.

La muerte se produjo en el domicilio en la mayoría de los casos, encontrándose signos recientes de venopunciones en uno de cada tres de ellos, aunque hay una proporción elevada de datos desconocidos para esta variable. En cuanto a evidencias de suicidio, en 9 de cada 10 casos no existe ninguna evidencia.

La proporción de casos con valores desconocidos para el estado sexológico frente al VIH es muy elevada (88,6%).

Tabla 11.-Características del indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. CAPV 2003.

	Número	%
TOTAL	35	100
Institución		
IVML Subdirección Álava	1	2,9
IVML Subdirección Gipuzkoa	8	22,9
IVML Subdirección Bizkaia	26	74,3
Sexo		
Hombre	31	88,6
Mujer	4	11,4
Edad media		
Hombre	(37,4)	
Mujer	(33)	
Grupo de edad		
20-24	1	2,9
25-29	3	8,6
30-34	9	25,7
35-39	11	31,4
40-44	6	17,1
45-49	3	8,6
50-54	2	5,7
Procedencia del cadáver		
Domicilio	24	68,6
Hotel o pensión	3	8,6
Calle	3	8,6
Establecimiento público	1	2,9
Hospital	1	2,9
Otra o desconocida	3	8,6
VIH		
Positivo	3	8,6
Negativo	1	2,9
Desconocido	31	88,6
Suicidio		
Sí hay evidencias	3	8,6
No hay evidencias	32	91,4

En la **tabla 12** se describen las sustancias que se han encontrado en los análisis toxicológicos de los fallecidos encontrándose en la mayoría de ellos cocaína.

Tabla 12.- Sustancias psicoactivas que se han notificado como causantes de la muerte. CAPV 2003.

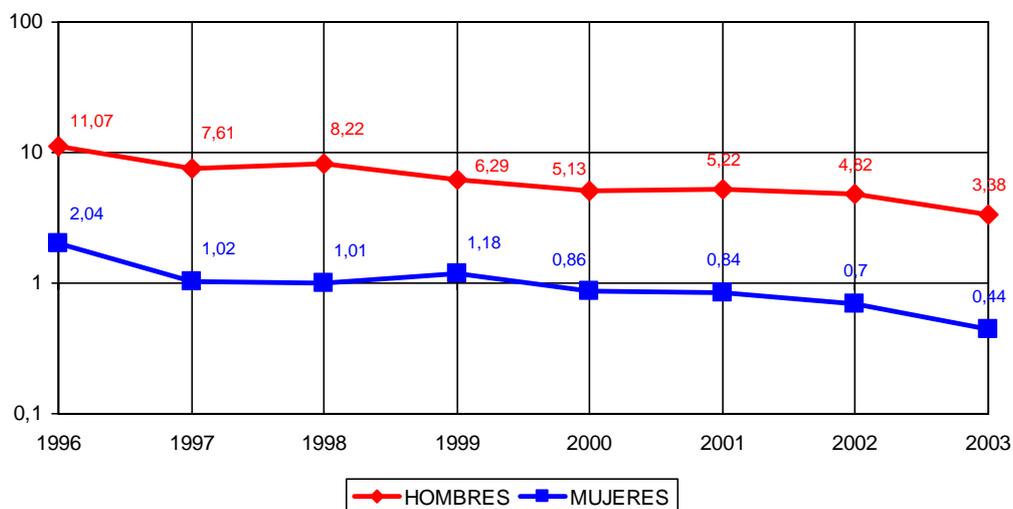
DROGA	Número	%
COCAÍNA	20	57,1
METADONA	17	48,6
HEROÍNA	15	42,9
ALCOHOL	10	28,6
NORDIAZEPAM	10	28,6
CANNABIS	6	17,1
ALPRAZOLAM	6	17,1
BENZODIACEP. SIN ESPEC	6	17,1
OTRAS SUSTANCIAS	15	42,9

La tasa de mortalidad por reacción adversa a drogas en ambos sexos fue de 2,24 por 100.000 habitantes y la tasa estandarizada con la población europea de 1,92 por 100.000 habitantes (IC 95% 1,27 a 2,57).

Para los hombres la tasa estandarizada fue de 3,38 por cada 100.000 habitantes (IC 95% 2,16 a 4,59) y bastante menor para las mujeres, 0,44 por cada 100.000 habitantes (IC 95% 0,01 a 0,08).

En el **gráfico 8** se observa la evolución de la mortalidad por reacción adversa a sustancias psicoactivas desde 1996 a 2003.

Gráfico 8.- Evolución de las tasas de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. CAPV, 1996-2003.



COMENTARIOS

La descripción de los datos de los tres indicadores nos permite obtener, en su conjunto, una visión general de los problemas del consumo de drogas en la CAPV.

Las nuevas admisiones a tratamiento han aumentado. En el año 2002 se notificaron 197 admisiones a tratamiento más que el año anterior y en 2003 se notificaron 243 más que el anterior. Hay que tener en cuenta que en 2002 se incorporaron al registro dos nuevos centros notificadores pero en 2003 hubo dos centros que no notificaron ninguna admisión a tratamiento.

En la evolución de los últimos años, ya apuntada en informes anteriores⁷, se venía observando un descenso progresivo del número de admisiones por heroína y un aumento de las admisiones por cocaína. Por primera vez, en 2003, se han registrado más inicios por cocaína que por heroína. También sigue la tendencia ascendente de las de admisiones por cannabis.

En 2003 se registra por primera vez la frecuencia de consumo de la droga principal, destacando el consumo mayoritario de fin de semana en drogas como anfetaminas, speed y éxtasis. El resto de drogas, heroína, otros opiáceos, cocaína, hipnóticos y sedantes, cannabis y alcohol se consumen mayoritariamente todos los días.

En general se observa a través de los años un cambio tanto en la droga que motiva la admisión a tratamiento como en la vía de administración. Este cambio es similar en todas las CCAA mostrándose una disminución progresiva de los inicios por heroína y un aumento de los inicios por cocaína disminuyendo también el uso de la vía parenteral⁸.

En la Unión Europea (UE), todos los países en general comunicaron en 2001⁹, un aumento del total de personas tratadas por problemas relacionados con la droga. En la mayoría de los países, los opiáceos (en particular la heroína) siguen siendo la principal sustancia consumida entre todos los pacientes que solicitan tratamiento. Entre un 50% y un 70% de los pacientes que solicitan tratamiento son consumidores de heroína, pero las cifras varían ampliamente.

Existen tendencias comunes en los países europeos en materia de demanda de tratamiento por consumo de heroína y cannabis; al parecer el consumo de heroína se ha estabilizado o ha disminuido en todos los países, en tanto que el consumo de cannabis está aumentando en casi todas partes, esto se refleja en particular entre los nuevos pacientes.

Sin embargo las tendencias que presenta el uso de la cocaína son muy diferentes entre los países de la UE. España y Países Bajos son las que presentan mayor demanda de tratamiento por consumo de cocaína.

Respecto a la droga más frecuentemente relacionada con la urgencia hospitalaria, en 2002 aparece la cocaína en primer lugar desbancando a la heroína como sucedía en años anteriores.

En 2003, con el cambio de criterio de inclusión de los episodios de urgencia se han registrado más casos. En la mayor parte de ellos están relacionados con el uso de benzodiazepinas y con la cocaína en segundo lugar. La heroína es la droga que con menor frecuencia se relaciona con la urgencia.

También en 2003 se registran por primera vez los diagnósticos de los episodios de urgencia siendo el más frecuente el de "*Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas*" y en segundo lugar los relacionados con hipnóticos y sedantes en concordancia con la droga relacionada que se registra en primer lugar (benzodiazepinas).

Debido a que el indicador cubre una muestra de hospitales durante una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, puede que no sea representativo para el conjunto de la CAPV, pero nos da una información que es la mejor estimación y complementa la de los Indicadores Tratamiento y Mortalidad.

El indicador Mortalidad nos venía mostrando en los últimos años⁷ un descenso progresivo de la tasa de mortalidad por reacción adversa a drogas, tanto en el Estado Español como en Europa, observándose en 2003 la tasa más baja de los últimos ocho años tanto para hombres como para mujeres. Por otro lado se observa que la edad media del fallecido por reacción adversa a drogas sigue aumentando siendo en los hombres en 2003 de 37,4 años.

El conjunto de los tres indicadores nos muestra una continuidad en las tendencias observadas en años anteriores evidenciándose una disminución en los inicios de tratamiento por heroína y un aumento de los inicios por cocaína así como un cambio en la vía de administración. Estos cambios son comunes en el resto de las CCAA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
2. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (2003). Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 2002.
3. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Urgencias Hospitalarias Directamente Relacionadas con el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
4. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (2003). Protocolo del Indicador Urgencias Hospitalarias Directamente Relacionadas con el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 2002.
5. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
6. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (2003). Protocolo del Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas. Madrid, 2002.
7. Informe del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. CAPV, 2001. Documento de trabajo.
8. Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 6 , de noviembre 2003.
9. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.2003. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.

ANEXO 1

CENTROS O SERVICIOS QUE REALIZAN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS Y QUE HAN APORTADO SUS DATOS AL SEIT

CAPV 2002-2003

OSAKIDETZA	PRIVADOS
Araba	
Centro de Tratamiento de Toxicómanos Álava Servicio de alcoholismo y ludopatía	Proyecto Hombre Araba *
Gipuzkoa	
C.S.M. de Azpeitia C.S.M. de Beasain C.S.M. de Donostia-Antiguo C.S.M. de Donostia-Gros C.S.M. de Eibar C.S.M. de Mondragón C.S.M. de Irún C.S.M. de Rentería C.S.M. de Tolosa C.S.M. de Zarautz C.S.M. de Zumárraga BITARTE	A.G.I.P.A.D. Proyecto Hombre Gipuzkoa
Bizkaia	
C.S.M. de Basauri C.S.M. de Bermeo C.S.M. de Durango C.S.M. de Gernika C.S.M. de Ortuella C.S.M. de Portugalete C.S.M. de Santurce C.S.M. de Sestao C.S.M. de Uribe C.S.M. de Zalla C.S.M. de Otxarkoaga C.S.M. de Galdakao Centro de Drogodependencias de Barakaldo Centro de Toxicómanos Julián de Ajuriaguerra Unidad de Drogodependencias Novia Salcedo	Etorkintza Proyecto Hombre Bizkaia M.A.P.S. Auzolan M.A.P.S. de Cruces* M.A.P.S. de Rekalde M.A.P.S. Deusto-San Ignacio

* Centros que solamente aportaron datos en 2002