

Cuantificación dos custos sociais do consumo
de drogas ilegais na comunidade autónoma de Galicia



CUANTIFICACIÓN DOS CUSTOS SOCIAIS DO CONSUMO DE DROGAS ILEGAIS NA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA

AUTORES:

BERTA RIVERA CASTIÑEIRA
UNIVERSIDADE DA CORUÑA
(DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA)

JUAN OLIVA MORENO
UNIVERSIDADE CARLOS III DE MADRID
(DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA)

XUNTA DE GALICIA

Edita:

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde
Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

© da edición: Xunta de Galicia
1.ª edición: 2006

Autores:

Berta Rivera Castiñeira
Juan Oliva Moreno

Colaboradores:

Indalecio Carrera Machado
Jesús Osorio López

Imprime:
Difux, S.L.

Tirada: 1.000 exemplares

I.S.B.N.: 978-84-453-4493-4
Depósito legal: C 3117-2007

O estudo dos custos, tanto económicos como sociais, que xera a enfermidade na sociedade, sempre constituíu un tema difícil de abordar. Por isto o reto suscitado nesta investigación, cos resultados que se amosan a continuación, ten máis mérito. Non esquezamos que se trata do primeiro estudo destas características que se realiza en Galicia.

Nesta publicación intenta facerse un acercamento cuantificado aos custos sociais xerados polo consumo de drogas ilegais en Galicia. É dicir, traducir en cifras os gastos que esta enfermidade orixina na sociedade galega. O innovador deste acercamento é que non se abordarán soamente aspectos sanitarios senón tamén os sociais. O obxectivo é que estes últimos custos deixen de ser “invisibles” (termo empregado no ámbito da socioloxía para destacar o feito de que dificilmente queda constancia documental deles).

Por outra parte, non se abordan soamente os custos directos como, por exemplo, o custo do tratamento dun drogodependente nun centro especializado, senón tamén os indirectos, máis difíciles de cuantificar, relativos a aspectos como a perda de produtividade laboral.

Aínda que este tipo de investigacións recibiu críticas acerca da relevancia da estimación dos custos totais dunha enfermidade, considérase que, en todo caso, achegan unha valiosísima información, de moita utilidade de cara a coñecer de maneira axeitada un problema de saúde e asignar as prioridades de intervención.

Espero que este estudo lles proporcione aos profesionais sanitarios un maior e máis completo coñecemento sobre os custos reais dunha enfermidade como a drogodependencia e estimule a investigación nesta liña con respecto aos demais problemas de saúde.

M^a José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

1. INTRODUCCIÓN	7
2. REVISIÓN DA LITERATURA RELEVANTE SOBRE O TEMA	13
3. OBXECTIVOS DO ESTUDO	21
4. METODOLOXÍA	25
4.1. Metodoloxía xeral.....	27
4.2. Partidas de custos considerados.....	28
4.3. Poboación de referencia	30
5. RESULTADOS	37
5.1. Custos directos	39
5.1.1. Custos sanitarios de enfermidades relacionadas co consumo de drogas ilegais. Custos hospitalarios	39
5.1.2. Custos non hospitalarios do VIH/SIDA.....	46
5.1.3. Recursos específicos para a atención aos drogodependentes	48
5.1.4. Custos directos non sanitarios	50
5.2. Custos indirectos	52
5.2.1. Mortalidade prematura	52
5.2.2. Produtividade reducida	60
5.3. Custos totais	63
6. CONCLUSIÓN	67
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
8. ANEXOS	77
Anexo I	79
Anexo II.....	92
VERSIÓN CASTELÁ	97

I. INTRODUCCIÓN

A adición a substancias ilegais representa unha forte carga para consumidores e sociedade. Por iso, a estimación dos custos económicos provocados polas adicións a substancias ilegais non pode senón representar un achegamento parcial á dita carga. Non obstante, ademais dos custos puramente económicos, as drogas tamén ocasionan custos sociais, cuantificables en maior ou menor medida. Así, podemos falar de mortalidade prematura, perdas de produtividade ou emprego, maior probabilidade de cometer actos delituosos ou custos intanxibles como a dor ou o sufrimento ocasionado polo abuso destas substancias. Contemplar os efectos das enfermidades sen ter en conta este tipo de custos supón unha grave infravaloración do seu impacto.

Obviamente, os estudos de custo de enfermidade non se atopan exentos de críticas. As máis relevantes pódense resumir en tres argumentos:

- 1** O que importa non é o custo total da enfermidade, senón o que se pode facer para mitigala ou evitala e os recursos necesarios para iso.
- 2** A estimación dos custos totais dunha enfermidade é útil como medida dos beneficios de programas de prevención e tratamento só se as intervencións son capaces de previr ou erradicar a enfermidade (análise marxinal).
- 3** O feito de que os custos dunha enfermidade sexan maiores que os doutras, non implica que os beneficios vaian ser maiores ao lle destinar máis recursos á primeira.

Aínda que é certo que os recursos non se deberían asignar en función do impacto dunha determinada enfermidade, senón alí onde maiores beneficios en termos de saúde produza o seu emprego, os estudos de custos permiten en moitos casos presentar a verdadeira dimensión dun problema de saúde, achegan información valiosa para a sociedade e os decisores sobre a importancia relativa e absoluta da dita enfermidade e, polo tanto, contribúen á correcta ordenación das prioridades. Así, a utilidade dun estudo de custos consiste en cuanti-

ficar o impacto económico dunha enfermidade, mediante a contabilización da carga social que impoñen a mortalidade e a morbilidade por ela xeradas e dos recursos, sanitarios ou non utilizados para soportala.

A economía aproxímorese ao consumo de substancias nocivas para a saúde, fosen ilegais ou non, mediante dúas vías (Rodríguez Cabrero, 1990):

- a) A análise institucional. Mediante a cal se realiza unha análise dos mercados, sexan drogas legais, como na maioría dos países industrializados son tabaco e alcohol, sexan ilegais. Nesta aproximación estudaríanse determinantes da demanda, así como condicionantes da oferta, incluíndo a intervención dos poderes públicos.
- b) A avaliación microeconómica dos custos xerados polo consumo destas substancias e a avaliación da efectividade, en primeiro termo, e a eficiencia, en último termo, de medidas concretas e políticas e programas dirixidas a reducir o impacto do consumo das drogas (análise custo-beneficio e análise custo-efectividade).

En calquera caso, dous elementos parecen ser comúns a tales aproximacións. A primeira é a toma de conciencia de que o estudo deste tipo de mercados se deben abordar dende unha perspectiva multidisciplinar. Así, dentro da ciencia económica, as diferentes visións que poden achegar tanto a economía da saúde como a economía laboral, a economía das organizacións ou unha rama recente que poderíamos denominar como economía do delito ou do crime pódense complementar á hora de estudar estes mercados. Por outra parte, reducir o estudo empregando unicamente ferramentas económicas sen recorrer a outras disciplinas como son o dereito, a socioloxía, a medicina ou a farmacoloxía, por citar só as máis evidentes, poden nesgar claramente a análise. En segundo lugar, a análise ou estudo do consumo das substancias ilegais virán condicionados fortemente pola falta de información existente sobre estes mercados e polo intento de ocultar a dita información por parte dun importante número dos axentes implicados (tanto dende o punto de vista da oferta coma dende o punto de vista da demanda).

A continuación, preséntase a metodoloxía e os resultados da análise desenvolvida para estimar o custo do consumo de drogas ilegais en Galicia. O estudo organízase do seguinte xeito. En primeiro lugar, realízase unha revisión das achegas máis relevantes ao tema ofrecidas pola literatura. Posteriormente, enmárcanse os obxectivos do estudo seguidos da metodoloxía xeral utilizada así como os diferentes tipos de custos considerados e a poboación de referencia. Continúase coa presentación dos resultados obtidos agrupados en función das distintas categorías de custos que se inclúen na análise, para finalizar coas principais conclusións.

2. REVISIÓN DA LITERATURA RELEVANTE SOBRE O TEMA

2. Revisión da literatura relevante sobre o tema

1 Neste caso poderíase falar máis concretamente de estudos de custo de adicción.

2 "Care costs", literalmente.

3 Crime careers.

4 Os autores calcularon esta cifra en 97.700 millóns de dólares pero Harwood revisou a cifra posteriormente (Harwood, 2000).

Dentro do corpo dos estudos de custo da enfermidade sobre substancias ilegais, un dos traballos máis interesantes da literatura polo seu valor metodolóxico é o levado a cabo por Rice et al. (1991).¹ As autoras distinguen entre unhas partidas de custo directamente relacionadas co consumo destas substancias (hospitalizacións, custos de tratamentos, programas de apoio, custos indirectos derivados de hospitalizacións e mortes prematuras...) e outras partidas que gardan relación.² Neste segundo grupo atopáranse os gastos ocasionados ao sistema policial, ao xudicial e ao penal, así como as perdas de produtividade derivadas das vítimas de delitos, encarceración dos consumidores destas substancias e a perda de produtividade que representa desenvolver unha carreira delituosa.³ O custo estímase en algo máis de 43.000 millóns de dólares para Estados Unidos no ano 1985. O custo directo representou o 35% do custo total, e os custos indirectos son o 65% restante. Dentro dos custos directos, o gasto sanitario representou un 12,3% do custo directo (un 4,4% do custo total), mentres que os gastos ocasionados ao sistema policial, xudicial e penal supoñen o 86% do custo directo (un 30,6% do custo total).

Outro traballo de interese é o realizado en Australia en 1996 (Collins e Lapsley, 1996). Neste caso, o maior interese do traballo é comparar os custos do consumo de substancias prexudiciais para a saúde, sexan legais ou non. Así, tamén se inclúen no estudo estimacións de custos relacionados co consumo do tabaco e do alcohol. Para o ano 1992, os custos tanxibles (directos e indirectos) das tres partidas sumaban 11.289 millóns de dólares, dos cales un 31,3% corresponderon ao consumo de alcohol, un 57,9% ao consumo de tabaco e un 11,1% ao consumo de drogas ilegais. Dentro destas últimas, 538 millóns de dólares corresponderon a custos indirectos (o 43% do custo total xerado polo consumo de drogas ilegais), 42,7 millóns a custos sanitarios (o 3% do custo total) e 667 millóns corresponden a outras partidas de custo (o 53% do custo total).

Empregando a mesma metodoloxía que Rice et al. (1991), Harwood et al. (1998) estiman que o custo total do abuso de drogas ilegais en Estados Unidos no ano 1992 ascende a aproximadamente 102.200

millóns de dólares⁴. Os custos directos representan o 29% do custo total. O gasto sanitario é o 19,6% dos custos directos totais (o 5,7% do custo total), os custos directos relacionados cos delitos son o 65% dos custos directos totais (o 18,7% dos custos totais) e outros gastos representan o 15,7% dos custos directos (o 4,5% dos custos totais). Pola súa banda, os custos indirectos representan a maior parte do custo total, o 71%. Pola súa banda, o custo estimado do abuso de alcohol cifrábase para o mesmo período en 184.600 millóns de dólares (Harwood et al., 1998).

Na mesma liña, Fenoglio et al. (2003) estiman os custos sociais do consumo de alcohol, tabaco e drogas ilegais en Francia para o que toman como ano de referencia 1997. O custo social das drogas ilegais cifrouse en 13.350 millóns de francos ou un 0,16% dos PIB, dos cales, 6.099 millóns (o 45,7%) se deberon a perdas de produtividade, os custos sanitarios ascenderon a 1.524 millóns de euros (o 11,4%) e 3.911 millóns de euros (un 29,3%) foron outros custos relacionados coa lei (encarceramento, custos xudiciais, policiais etc.). O resto ata alcanzar o 100% foron outras partidas menores. Hai que subliñar que, como no traballo australiano, o custo social estimado das drogas ilegais foi notablemente inferior ao do alcohol (115.421 millóns de francos ou un 1,42% do PIB) e ao do tabaco (89.257 millóns de francos ou un 1,1% do PIB).

Xie et al. (1998) estiman o custo social provocado polo uso de drogas ilegais na provincia canadense de Ontario no ano 1992. O custo estimado supera os 489 millóns de dólares canadenses, dos cales 292 (case o 60%) son debido a custos indirectos. No ámbito dos custos directos, distínguese entre custos sanitarios (39.2 millóns), programas de resinserción laboral (1,32 millóns), investigación e prevención (3,3 millóns), custos administrativos por transferencias (0,54 millóns), accidentes de vehículos (4,2 millóns) e outros custos relacionados co carácter delituooso da venda e consumo destas substancias (prisión/correccionais; policías; gastos xudiciais). Estes últimos suman case 134 millóns e representan o 68% dos custos directos e o 27% dos custos totais.

Un dos traballos máis relevantes realizados neste campo foi o levado a cabo pola *Office of National Drug Control Policy* (2001). No dito traballo estúdase o custo que o consumo de drogas ilegais provocou en Estados Unidos entre os anos 1992–1998 e realízase unha proxección para os anos 1999 e 2000. Para o ano 1998 o custo estímase en 143.400 millóns de dólares, e esta cifra elévase a 160.700 millóns de dólares para o ano 2000. Por categorías de custo, as perdas de produtividade supo-

ñen un 69% do custo, os custos sanitarios o 9% e o 22% restante debeuse a outras partidas de custos directos non sanitarios.

Os autores seguen as liñas marcadas polos traballos previos, Harwood et al. (1992), e empregan a metodoloxía de custo da enfermidade proposta por Rice (1990) e por Hodgson e Meimerns (1982). Ademais da robustez metodolóxica do traballo, os autores do informe dispuxeron de boas fontes de información, o cal lles permite precisar con gran detalle as súas estimacións.

Dentro do custo sanitario, os autores do traballo distinguen varias categorías: tratamentos baseados en apoio comunitario; tratamentos provistos a nivel federal (Departamento de Defensa, Oficina de Prisións, Servizo de Saúde Indio, Departamentos de Veteranos), programas de apoio (programas de prevención federal; programas de prevención no ámbito estatal e local; investigación en prevención e tratamento...); consecuencias médicas (custos hospitalarios e ambulatorios; custos asociados a enfermidades concretas: VIH/SIDA, hepatitis B e C, tuberculose, enfermidades en nenos expostos a drogas; coidados sanitarios a vítimas de delitos relacionados con drogas e gastos de aseguramento sanitario).

Dentro da partida doutros custos, destacan os custos privados de defensa legal, danos a propiedades de vítimas de delitos, protección policial, custos legais, encarceramento e actuacións tendentes a reducir a oferta de drogas.

Pola súa banda, dentro dos custos indirectos ou perdas de produtividade distínguese entre custos indirectos asociados a mortes prematuras, asociados a enfermidades derivadas do consumo de drogas, relacionados con hospitalizacións e ingresos de longa estanza, perdas de produtividade das vítimas de delitos, custos indirectos debidos ás encarceracións relacionadas con drogas e carreiras delituosas.

Obviamente, moitas das partidas sinaladas gardan relación co componente ilegal que presenta o consumo e a venda das ditas substancias, así como dos delitos nos que incorren vendedores e compradores destas. No informe analízanse as partidas asociadas a delitos e realízase unha análise paralela. Dentro da categoría de custos sanitarios inclúese a partida de coidados sanitarios a vítimas de delitos relacionados con drogas. Dentro da partida de custos indirectos inclúense as partidas de perdas de produtividade das vítimas de delitos e os custos indirectos debidos ás encarceracións relacionadas con drogas carreiras delituosas.

Finalmente, dentro da categoría doutros custos inclúese a maior parte destes. Como resultado, os custos totais asociados aos delitos ascenderon en 1998 a 88.887 millóns de dólares, é dicir, máis do 60% do total.

O traballo de referencia en España é o García Altés et al. (2002). Utilizando como ano de referencia 1997, distínguese entre tres grandes grupos de custos directos: custo directo sanitario (ingresos hospitalarios, urxencias, coidados de longa duración, atención primaria, medicamentos e transporte sanitario); outros custos directos non sanitarios (programas de prevención, educación e reinserción, administración); e custos relacionados con delitos. En relación cos custos indirectos identifícanse aqueles asociados a mortes prematuras e ás estanzas dos pacientes en hospitais xerais e psiquiátricos. Os resultados indican un custo que oscila entre os 88.000 e os 134.300 millóns de pesetas (de 467 a 707 millóns de dólares). Aproximadamente, o 75,6% dos custos serían directos. Un 65,5% dos custos directos serían custos sanitarios (un 49,5% dos custos totais), e a partida máis importante son os medicamentos (un 46% do custo directo sanitario). Un 24,2% dos custos directos correspondería a custos relacionados con delitos (un 18% dos custos totais) e un 10,3% dos custos directos corresponde a custos directos non sanitarios (un 7,8% dos custos totais). Os custos indirectos representarían un 24,4%, aínda que os autores sinalan que este resultado estaría infraestimado debido á falta de acceso a boas fontes de información. Neste sentido, as perdas de produtividade laboral distintas das ocasionadas pola mortalidade prematura son relativamente pequenas en comparación cos resultados do resto de estudos xa comentados.

Pódese comparar este resultado co doutros traballos realizados sobre o custo do abuso do alcohol e o tabaquismo en España. Así, o custo económico do alcohol cifrouse nuns 3.800 millóns de euros anuais, incluído o gasto sanitario, as secuelas de accidentes, baixas laborais e enfermidades asociadas (Portella et al. 1998). Pola súa banda, só o efecto do tabaquismo sobre a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC), a asma, as enfermidades cardiovasculares e cerebrovasculares, o cancro de pulmón e o baixo peso ao nacer supón un custo sanitario cifrado entre 2.600 e 3.600 millóns de euros (López Nicolás, 2001).

A táboa 1 resume os resultados dos principais traballos que existen sobre o tema, expresados en función do peso de cada partida. Dous aspectos destacan sobre o resto. En primeiro lugar, o forte peso dos custos indirectos sobre o custo total. Nos traballos consultados esta por-

centaxe varía entre o 43% (Collins e Lapsley, 1996) para o estudo australiano e o 71% de Harwood et al. (1998) nun dos estudos estadounidenses. O resto dos estudos móvese nestas cifras, salvo o español de García Altés et al. (2002), aínda que os autores xa xustifican a razón nos problemas existentes para estimar certas partidas de custos indirectos.

Un dos traballos máis sólidos ao respecto é o da Office of National Drug Control Policy (2001), que cifra o peso dos custos indirectos nun 69% do custo total. O segundo aspecto destacado é o forte peso dos custos directos relacionados con delitos sobre os custos directos totais. As cifras oscilan entre un 50% dos custos directos totais (Mark et al., 2001, para o caso do consumo de heroína) a un 86% (Rice et al., 1991). De novo, a excepción é o traballo español (García Altés et al., 2002) polos problemas sinalados. No traballo realizado pola Office of National Drug Control Policy (2001), o custo desta partida supón o, 71% dos custos totais directos e un 22% do custo total. Ante o peso dos custos directos relacionados con delitos e os custos indirectos, o custo directo sanitario, aínda que é de crucial importancia, representa unha pequena parte do custo social total estimado.

Táboa 1. Resumo dos traballos máis relevantes sobre custos ocasionados polo consumo de substancias ilegais

Autor/ Ano de estimación	Custos totais e directos	Custo sanitario	Custos directos relacionados con delitos	Outros	Custos directos total	Custos indirectos total	Custos totais
Rice et al. (1991) Estados Unidos Ano estimación: 1985	C. Directos	12,30%	86,34%	1,35%	100,00%		
	C. Totais	4,37%	30,64%	0,48%	35,49%	64,51%	100,00%
Collins e Lapsley (1996) Australia Ano estimación: 1992	C. Directos	6,02%	63,49%	30,49%	100,00%		
	C. Totais	3,42%	36,10%	17,34%	56,86%	43,14%	100,00%

(Continúa na pág. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Autor/ Ano de estimación	Custos totais e directos	Custo sanitario	Custos relacio- nados con delitos	Outros	Custos directos total	Custos indirectos total	Custos totais
Harwood et al. (1998) Estados Unidos Ano estimación: 1992	C. Directos	19,56%	64,74%	15,70%	100,00%		
	C. Totais	5,66%	18,74%	4,54%	28,94%	71,06%	100,00%
Xie et al. (1998) Ontario Ano Estimación: 1992	C. Directos	19,90%	68,02%	12,07%	100,00%		
	C. Totais	8,01%	27,37%	4,86%	40,24%	59,76%	100,00%
Office of National Drug Control Policy (2001) Estados Unidos Ano estimación: 1998	C. Directos	24,75%	71,39%	3,86%	100,00%		
	C. Totais	7,76%	22,38%	1,21%	31,35%	68,67%	100,00%
Rehm J- Summary report (2001) Canadá Ano estimación: 1992	C. Directos	16,06%	73,06%	10,88%	100,00%		
	C. Totais	6,42%	29,20%	4,35%	39,96%	60,04%	100,00%
García Altés et al. (2002) Cataluña Ano estimación: 1997	C. Directos	78,61%	16,37%	5,02%	100,00%		
	C. Totais	44,70%	9,31%	2,85%	56,85%	43,15%	100,00%
García Altés et al. (2002) España Ano estimación: 1997	C. Directos	65,50%	24,20%	10,31%	100,00%		
	C. Totais	49,49%	18,28%	7,79%	75,57%	24,43%	100,00%
Mark et al. (2001) Estados Unidos (heroína) Ano estimación: 1996	C. Directos	48,65%	50,39%	0,96%	100,00%		
	C. Totais	23,04%	23,87%	0,45%	47,36%	52,64%	100,00%

Notas:

- a *Inclúe custos legais, custos de encarceramento, custos policiais, destrución de propiedade...*
- b *"Outros" inclúe: programas de reinserción laboral, custos administrativos de transferencias; investigación, prevención e rehabilitación; accidentes de circulación...*

3. OBJECTIVOS DO ESTUDO

3. Obxectivos do estudo

O obxecto xeral deste estudo é a cuantificación dos custos do consumo de drogas ilegais na Comunidade Autónoma de Galicia, así como do peso relativo das súas principais partidas, a partir da información dispoñible para este fin. Para iso, basearémonos na identificación conceptual dos custos susceptibles de medición e a súa localización nas diferentes áreas de actuación. O estudo contemplará ademais da perspectiva do sistema sanitario como xestor de recursos, unha perspectiva social, polo que un aspecto básico no que se centra o presente traballo é a existencia doutros custos distintos dos gastos sanitarios e que, a diferenza destes últimos, non teñen un reflexo directo nas contas nacionais. Dende o ámbito da socioloxía estes custos foron denominados “invisibles”, no sentido de que dificilmente queda constancia documental deles (Durán, 2002). O obxectivo formulado é facer visibles unha parte destes dende a óptica económica posto que unha asignación de recursos non pode ser óptima dende a perspectiva social se non ten en conta todos os custos e efectos involucrados nesta.

O consumo de certas substancias legais, tamén de carácter aditivo e prexudiciais para a saúde como son o tabaco e o abuso do alcohol non son obxecto de análise aínda que se comentan resultados doutros estudos que analizan e comparan os custos que comportan estas dúas condutas co consumo de substancias ilegais. En calquera caso, a consideración social ante o consumo das substancias ilegais difire da que teñen o consumo de tabaco e alcohol, o cal supón unha carga engadida para os consumidores daquelas, ante a situación de incorrer en actividades perseguidas pola lei e ver ao tempo como a súa conduta é rexeitada pola sociedade.

4. METODOLOGÍA

4. Metodoloxía

4.1. Metodoloxía xeral

Á hora de afrontar un estudo de custo da enfermidade hai que tomar unha decisión sobre a súa formulación. Así, é posible empregar dúas metodoloxías ben diferenciadas:

Estudos de custo da enfermidade formulados dende a óptica da prevalencia. Neste tipo de traballos estímense os custos que ocasionan todos os casos coñecidos dunha enfermidade ou un problema de saúde nun período dado, xeralmente un ano de referencia. Polo tanto, estúdase o impacto económico relacionado con toda a poboación que padece o problema, tanto os soportados exclusivamente por eles como os soportados por familiares, amigos e a sociedade.

Estudos de custo da enfermidade formulados dende a óptica da incidencia. Este tipo de traballos intentan representar o custo dunha enfermidade ou un problema de saúde ao longo de todo o ciclo vital do paciente ou da enfermidade. Por iso, adóitase traballar con novos casos diagnosticados/identificados nun ano base e calcular o custo destes casos, tomando como referencia o seu ciclo vital.

A maior parte dos estudos de custo da enfermidade empregan o método de prevalencia debido aos maiores requirimentos en termos de información que precisa o método de incidencia. Así, no método de incidencia requiriríase coñecer o curso (probable) dun problema de saúde, incluíndo a súa duración e a probabilidade de transición entre distintos estadios, taxas de supervivencia e custos, sanitarios ou non que se producirían ao longo do citado curso. Iso tamén incluíría efectos sobre a produtividade (laboral ou non) da persoa que sofre o problema se desexamos incluír a partida de custos indirectos.

No presente traballo decidiuse traballar co método de prevalencia por dúas razóns:

O método de prevalencia considera toda a poboación consumidora de substancias ilegais. Iso é coherente co obxectivo proposto para o traballo.

Partindo da natureza da información dispoñible, os resultados son máis robustos empregando o enfoque de prevalencia en vez do enfoque de incidencia.

A metodoloxía utilizada, polo tanto, concrétese na identificación dos diferentes tipos de custos asociados á adicción para, posteriormente, asignarlles un valor monetario a estes, o que configuraría unha análise de custo da enfermidade. Seguindo a literatura previa neste tipo de estudos a hipótese alternativa á realización do custo sería a ausencia de adicción a este tipo de drogas. O ámbito territorial do estudo será a Comunidade Autónoma galega e o período temporal considerado o ano 2003.

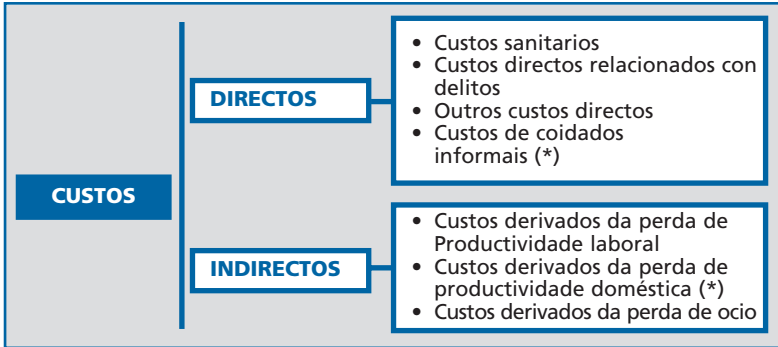
4.2. Partidas de custos considerados

A continuación, detállanse todas aquelas partidas que poden ser consideradas como un custo dende o punto de vista da sociedade. A este respecto, paga a pena destacar, tal e como viamos no resumo dos traballos máis relevantes realizados sobre o tema, que os custos sanitarios son só unha partida máis (e quizais non a máis importante), en relación co consumo de drogas ilegais. Obviamente, unha partida de gran relevancia é a dor e o sufrimento de amigos, familias e dos propios usuarios deste tipo de substancias. Este tipo de custos coñécese co nome de *"intanxibles"*, e debido á gran dificultade que estraña a súa estimación, non se aconsella intentar realizar unha valoración monetaria deles. Non obstante, si que deben ser mencionados explicitamente e débese ter en conta a súa existencia polos decisores públicos.

Na figura 1 relaciónanse as partidas consideradas de custos directos (sanitarios e non sanitarios) e indirectos asociados ao consumo de substancias ilegais. As figuras 2 e 3 presentan, en maior detalle, os custos asociados a cada unha das categorías. En cada caso menciónanse aquelas partidas que foi posible incluír no estudo, e quedan pendentes as restantes dunha posterior análise.

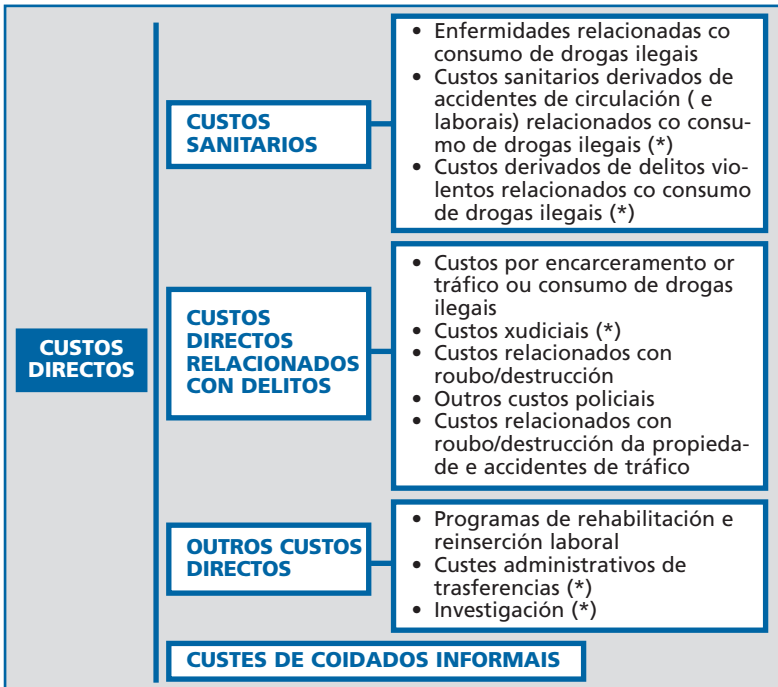
Nota: (*) Non considerados

Figura 1. Diagrama de custos



Fonte: elaboración propia

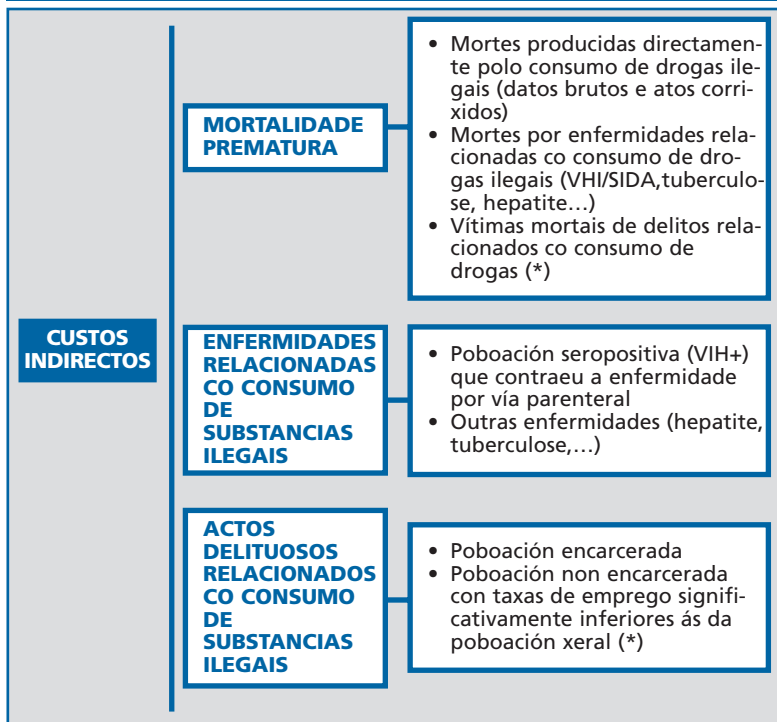
Figura 2. Diagrama de custos directos



Fonte: elaboración propia

Figura 3. Diagrama de custos indirectos

Nota: (*) Non considerados



Fonte: elaboración propia

4.3. Poboación de referencia

A poboación obxecto deste estudo refírese a usuarios de drogas ilegais que utilizaron os dispositivos integrados na rede galega de atención aos drogodependentes. O Sistema Asistencial de Drogodependencias en Galicia abrangue diferentes tipos de centros que ofrecen as súas prestacións de forma gratuíta. Predomina a xestión pública a través de concellos e do Servizo Galego de Saúde, aínda que tamén existen servizos coordinados por ONG. Funcionalmente todos estes servizos son dependentes e están xestionados a través do

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. A rede asistencial está formada por catro tipos de servizos especializados:

- A Unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD) pódese considerar o núcleo da rede ao actuar como referencia para o diagnóstico, tratamento e seguimento do paciente. A partir de aquí o paciente é remitido a diferentes servizos como pode ser a atención primaria, especializada ou a outros centros da rede de drogodependencias.
- As unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) son dispositivos específicos de tratamento cuxo obxectivo é realizar a desintoxicación física de pacientes en réxime de internamento hospitalario, cando se considera que non procede unha desintoxicación ambulatoria.
- A unidade de día (UD) é un centro de tratamento psicoterapéutico, farmacolóxico e de formación ocupacional e profesional situado no medio urbano de tipo semiresidencial diúrno.
- A comunidade terapéutica (CT), é un centro residencial que se sitúa nas proximidades das cidades con similares funcións terapéuticas e ocupacionais que as unidades de día.

No ano 2003 un total de 41 centros formaban a rede asistencial galega, segundo se recolle na táboa 2, das que a maior parte eran unidades asistenciais. No anexo I preséntase, ademais a actividade e cobertura destes no ámbito provincial (táboas 1 a 3).

Táboa 2. Área de Asistencia, Formación e Investigación. Número de centros segundo titularidade e funcionalidade. Ano 2003.

Carácter	Unidades asistenciais	Centros de día	Comunidades terapéuticas	Outros UDMs	Total
Público	13	5	6	0	24
Privado/ Concertado	4	5	4	4	17
Total	17	10	10	4	41

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Durante o ano 2003, producíronse un total de 3.429 admisións a tratamento nos centros integrados na rede do Plan de Galicia sobre drogas (PGD). Do total de admisións 239 tiveron como motivo principal o alcohol (6,97%), 88 o tabaco (2,57%) e 32 ludopatías (0,93%), e as restantes (89,53%) son debidas a drogas ilegais. A idade de inicio do consumo sitúase entre os 14 e os 20 anos, e concéntranse ao redor dun 30% entre os 15 e os 19 anos.⁵

Polo que respecta ás características sociodemográficas dos pacientes admitidos a tratamento obsérvase un predominio dos homes fronte ás mulleres, unha gran maioría de individuos solteiros e sen fillos. Con respecto ao nivel de estudos a maior parte teñen completados estudos de grao medio e a súa situación laboral caracterízase por se atopar parado aínda que traballou con anterioridade. Así mesmo, a maioría conviven cos seus pais ou familia de orixe.

En canto ao volume asistencial do ano 2003 abrangue 10.923 pacientes dos cales a maior parte son homes (9.095). As principais características destes resúmense na táboa 3.

Se consideramos as principais variables relacionadas co acceso ao tratamento (táboa 4) observamos que a maior parte da demanda se refire a tratamento con metadona (41%) e desintoxicación (23%). Así mesmo, a maior parte dos pacientes declaran acudir a realizar o tratamento por iniciativa propia (50%). As principais drogas consumidas son drogas ilegais, fundamentalmente a heroína (80%) seguida a gran distancia da cocaína (7%). En conxunto, o consumo de drogas legais supón unicamente un 4% do total de causas de tratamento. Polo que respecta ao VIH un 11%, aínda que unha importante porcentaxe con resultado negativo non ten data de análise ou esta supera os 6 meses. Ao redor dun 7% padecen hepatitis B, mentres que a hepatitis C duplica estes valores, e destaca un gran número de pacientes que descoñece o padecemento tanto dun ou outro tipo de hepatitis, situado arredor dun 70%.

⁵ *Para unha información en maior detalle sobre diferentes indicadores consultar os informes xerais de periodicidade anual do Observatorio de Galicia sobre Drogas.*

Táboa 3. Características sociodemográficas do volume asistencial de pacientes por consumo de drogas. PGD. Ano 2003

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	PORCENTAXE
Sexo	
Home	83,26
Muller	16,74
Idade media	30,04 anos
Estado civil	
Solteiro	65,54
Casado	19,52
Separado/Divorciado	10,58
Nivel de estudos	
Sen estudos ou primaria incompleta	8,08
Primaria	27,09
Secundaria	56,73
Universitaria	1,58
Outros niveis ou descoñecido	6,52
Situación laboral	
Con contrato laboral ou autónomo	33,82
Parado	40,34
Outras e descoñecido	25,84
Fonte de ingresos	
Traballo	35,21
Axudas e prestacións	41,25
Actividades marxinais	12,36
Outras e descoñecido	11,18
Convivencia	
Familia de orixe	52,69
Só	8,38
Con parella e fillos	21,34
Outras convivencias e descoñecido	17,59
Con fillos	33,49
Parella drogo dependente	16,66

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre drogas.

**Táboa 4. Variables relacionadas co acceso ao tratamento.
Volume asistencial 2003**

VARIABLES	ESTADÍSTICA	
Tratamento previo	59,52 (Media tratamentos previos = 2,62)	
Demanda formulada		
Metadona	41,04	
Desintoxicación	23,28	
Psicoterapia	7,28	
Fonte de referencia		
Familiaries/amigos	13,36	
Iniciativa propia	49,97	
Atención primaria	7,43	
Outros servizos de tratamento de drog.	10,42	
ÁREA DE CONSUMO		
Droga consumida como:	Principal	Co-principal
Heroína, diamorfina	79,73	1,72
Cocaína	7,31	22,04
Cannabis	2,46	13,68
Tabaco	1,06	20,54
Heroína + Cocaína	1,28	0,66
Ningunha	-	19,26
Media anos de consumo droga principal	10,66 anos	
Idade media de inicio ao consumo droga principal	19,76 anos	
Droga co-principal consumida últimos 30 días		
Tabaco	24,00	
Benzodiazepinas	6,85	
Cannabis	11,37	
Alcohol	10,11	
Ningunha	31,68	
Tempo máximo sen consumir	19,30 meses de media	

(Continúa na páx. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

ÁREA MÉDICA		
Prevalencia de enfermidades infecciosas		
Positivo por VIH/Enfermo de SIDA	11,64	
Hepatite B	6,74	
Hepatite C	14,61	
Tratamento psiquiátrico	17,87	
Tabaco	24,00	
Benzodiazepinas	6,85	
Cannabis	11,37	
Alcohol	10,11	
Ningunha	31,68	
Tempo máximo sen consumir	19,30 meses de media	
Emerxencias hospitalarias	26,62 (2,37 media de episodios)	
Media tratamentos previos	2,62 tratamentos	
ÁREA XUDICIAL		
Delitos	45,59 (20,43 ano de media no primeiro)	
Antecedentes xudiciais (detencións)	55,26 (6,62 media de detencións)	
Ingresos en prisión	35,97 (3,08 veces de media)	
Media anos en prisión	3,24 anos	
Procesos	Pendientes	Cumpridos
Porcentaxe procesados	23,45	31,75
Media	1,90	3,53

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

5. RESULTADOS

5. Resultados

A continuación, preséntanse os resultados obtidos de acordo cos distintos cálculos e estimacións realizados para cada categoría de custos considerados. Así mesmo, descríbese a metodoloxía específica empregada en cada caso, ademais das fontes utilizadas para a obtención dos ditos datos.

5.1. Custos directos

5.1.1. Custos sanitarios de enfermidades relacionadas co consumo de drogas ilegais. Custos hospitalarios.

Os usuarios de drogas ilegais teñen unha serie de enfermidades relacionadas directamente co consumo destas substancias e coa ausencia de consumo. Así, síndrome de abstinencia, dependencia a opioides, cocaína, cannabis, anfetaminas etc., trastornos mentais inducidos polo consumo destas drogas, delirios inducidos polas drogas etc. Son algunhas destas enfermidades relacionadas directamente co consumo de drogas. Unha lista detallada proporcionada polo Sergas pódese consultar na táboa 5.

Ademais daqueles ingresos hospitalarios directamente relacionados co consumo de drogas ilegais, existen outras enfermidades directamente relacionadas co consumo destas substancias.

No caso da hepatite C, a prevalencia da infección por virus da hepatite C (VHC) é superior que a do VIH, en case todos os países da Unión Europea, con taxas entre usuarios de drogas de entre o 40% e o 90%. En España, a prevalencia de portadores de anticorpos anti VHC no colectivo de usuarios de drogas ilegais é do 74%. A infección cronifícase na maioría dos casos (70% -80%) e poderá ocasionar considerables problemas de saúde a longo prazo, como dano hepático severo e a morte prematura, así como seguir sendo unha fonte de infección potencial.

Táboa 5. Enfermidades directamente relacionadas co consumo de drogas ilegais

Código enfermidade	Diagnóstico da enfermidade
292.0	SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE DROGAS
292.11	SÍNDROME DELIRANTE ORGÁNICA INDUCIDA POR DROGAS
292.12	ALUCINOSE INDUCIDA POR DROGAS
292.2	INTOXICACIÓN PATOLÓXICA POR DROGA
292.81	DELIRIO INDUCIDO POR DROGAS
292.84	SÍNDROME AFECTIVA ORGÁNICA INDUCIDA POR DROGAS
292.89	OUTRO TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO INDUCIDO POR DROGAS NCO
292.9	TRASTORNO MENTAL INDUCIDO POR DROGAS E NON ESPECIFICADO
304.00	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - NON ESPECIFICADA
304.01	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - CONTINUA
304.03	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - EN VÍAS DE REMISIÓN
304.21	DEPENDENCIA DE COCAÍNA - CONTINUA
304.23	DEPENDENCIA DE COCAINA - EN VÍAS DE REMISIÓN
304.30	DEPENDENCIA DE CANNABIS – NEOM
304.31	DEPENDENCIA DE CANNABIS – CONTINUA
304.41	DEPENDENCIA DE ANFETAMINAS E PSICOESTIMULANTES - CONTINUA
304.70	COMBINACIÓN OPIOIDES/OUTRA DROGA – NEOM
304.71	COMBINACIÓN OPIOIDES/OUTRA DROGA - CONTINUA
304.73	COMBINACIÓN OPIOIDES/OUTRA DROGA - EN VÍAS DE REMISIÓN
304.81	COMBINACIÓN DE DROGAS/EXCLUSIÓN OPIOIDES - CONTINUA
304.90	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM – NEOM
304.91	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM – CONTINUA
304.92	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM – EPISÓDICA
304.93	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM - EN REMISIÓN
305.20	ABUSO DE CANNABIS – NEOM
305.21	ABUSO DE CANNABIS – CONTINUO
305.32	ABUSO DE ALUCINOGENOS - EPISODICO
305.51	ABUSO DE OPIOIDES - CONTINUO

(Continúa na páx. seguinte)

(Ven da pax. anterior)

Código enfermidade	Diagnóstico da enfermidade
305.60	ABUSO DE COCAÍNA - NEOM
305.61	ABUSO DE COCAÍNA - CONTINUO
305.62	ABUSO DE COCAÍNA - EPISÓDICO
305.90	OUTRO ABUSO DE DROGAS, MIXTOS OU NEOM - NEOM
305.91	OUTRO ABUSO DE DROGAS, MIXTOS OU NEOM - CONTINUO
648.31	DEPENDEN DROGA EMB./PART./PUERP.-PARIDA C/S PATOL. ANTEPAR./PART.
648.33	DEPENDENC DROGAS EMB./PART./PUERP.-COMPLICACIÓN ANTEPARTO
760.72	NARCÓTICOS MATERNOS-AFECTACIÓN RN OU FETO
779.5	SÍNDROME DE ABSTINENCA DE DROGAS RN
965.00	ENVELENAMENTO POR OPIO (ALCALOIDES), NON ESPECIFICADO
965.01	ENVELENAMENTO POR HEROÍNA
965.02	ENVELENAMENTO POR METADONA
965.09	ENVELENAMENTO POR OUTROS OPIÁCEOS OU NARCÓTICOS RELACIONADOS
965.8	ENVELENAMENTO POR OUTROS ANALXÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS ESPECÍF.
968.5	ENVELENAMENTO POR ANESTÉSICOS SUPERFICIE E DE INFILTRACIÓN
969.6	ENVELENAMENTO POR PSICODISLÉPTICOS (ALUCINÓXENOS)
969.7	ENVELENAMENTO POR PSICOESTIMULANTES
970.8	ENVELENAMENTO POR OUTROS ESTIMULANTES ESPECIFICADOS DO SNC

Fonte: Sergas (2004).

Polo que respecta á hepatite B, na Unión Europea, entre o 20% e o 60% dos usuarios de drogas por vía parenteral ten anticorpos da hepatite B. Destes, parece que unicamente entre o 1% e o 30% correspondería a vacinacións correctas. Na maioría dos casos, a infección por VHB resólvese espontaneamente, pero nunha proporción de entre o 2% e o 8% nos adultos, e o 15% nos adolescentes, pode dar lugar a unha hepa-

tite crónica. Como a hepatite B se transmite por vía parenteral, por vía sexual ou de nai a fillo, estes portadores crónicos constitúen unha fonte de posible contaxio.

A tuberculose aféctalles con frecuencia aos consumidores de drogas, particularmente aos infectados polo VIH, e eríxese nun problema de saúde pública importante. En España, é escasa aínda a información dispoñible sobre a incidencia e as características da tuberculose con grupos específicos de alto risco, como os usuarios de drogas. Nun estudo de 1999, en 13 comunidades autónomas, cunha cobertura poboacional do 67%, detectábase que, entre os casos de tuberculose diagnosticados, o factor risco detectado con maior frecuencia era o consumo de drogas nun 26,9% dos casos; destes, un 13,8% correspondería a usuarios por vía parenteral e un 11,6% tiña antecedentes de alcoholismo. Un 17,7% dos pacientes con tuberculose estaban á súa vez infectados polo VIH.

Obviamente, non se poden atribuír todos os ingresos hospitalarios por VIH/SIDA, tuberculose e hepatite vírica ao consumo de drogas ilegais. Por iso se realizou unha estimación sobre a porcentaxe de defuncións atribuíble de cada grupo ás drogas ilegais. Para o caso do VIH/SIDA asúmese que entre un 50% e un 67% das persoas vivas infectadas por VIH adquiriron o virus por vía parenteral. A cota superior corresponde aos casos de SIDA na poboación contaxiada por vía parenteral fronte ao total de casos de SIDA. A cota inferior (unha estimación conservadora) establécese a partir dos datos do Ministerio de Sanidade e Consumo (DX de Saúde Pública e Consumo, Secretaría do Plan Nacional sobre a SIDA) sobre a porcentaxe de persoas vivas infectadas por VIH que adquiriron o virus por vía parenteral.

No caso da tuberculose e da hepatite vírica empréganse as fraccións calculadas nun traballo previo (García Altés et al. 2001, citando a: Departamento de Sanidade e Seguridade Social, 2000; Servizo de Vixilancia Epidemiolóxica, Departamento de Sanidade e Seguridade Social, comunicación persoal, 2001; del Río et al. 2000). Así, considérase que un 8,2% dos ingresos hospitalarios por tuberculose e un 9,42% dos ingresos hospitalarios por hepatite vírica son imputables ao consumo de drogas.

Ademais daqueles ingresos cuxa causa principal é algunha das causas sinalas con anterioridade, os usuarios habituais de drogas ilegais presentan unha maior prevalencia doutros trastornos de saúde, tales como alte-

racións nos hábitos nutricionais, síndrome de dependencia do alcohol, trastornos bucodentais, enfermidades mentais, enfermidades do aparato respiratorio, enfermidades cardiovasculares, enfermidades do aparato dixestivo, enfermidades cutáneas... Partindo de datos sobre diagnósticos secundarios relacionados co consumo de drogas ilegais recollidos no CMBD (salvo no caso de tuberculose, hepatite e VIH/SIDA xa recollidos previamente), é posible identificar aqueles casos de comorbilidade no ámbito hospitalario e estimar unha porcentaxe da utilización de recursos hospitalarios imputable ao seu maior risco (Dickey et al., 1996).

Outro tipo de enfermidades como as enfermidades de transmisión sexual (ETS) non se inclúen nas estimacións. Aínda que parece que existe unha relación entre consumo de drogas ilegais e prácticas sexuais de risco, non está claro que os usuarios teñan unha maior probabilidade de incurrir en prácticas sexuais de risco só polo feito de ser consumidores deste tipo de drogas ou polos seus hábitos de vida en xeral. Esta relación aínda debe ser investigada para sacar conclusións máis claras ao respecto.

En total contabilizáronse 2.070 episodios hospitalarios relacionados co consumo de drogas ilegais a partir do dato do diagnóstico principal. Estes episodios tradúcense 23.998 días de estanza hospitalaria.

Táboa 6. Episodios hospitalarios e días de estanza relacionados co consumo de drogas ilegais (datos sen corrixir)

Enfermidade	Episodios	Días de estanza
Tuberculose	629	9.870
Hepatite	584	2.588
VIH	519	8.010
Enfermidades directas	338	3.530
Total	2.070	23.998

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Sergas

Unha vez que se aplican os coeficientes sinalados na parte metodolóxica (considérase que entre un 50%-67% dos ingresos por VIH, un 8,2% dos ingresos hospitalarios por tuberculose e un 9,42% de ingresos hospitalarios por hepatite vírica son imputables ao consumo de drogas), os episodios hospitalarios directamente relacionados co consumo de

drogas ilegais varían entre os 704 e 792, e corresponden entre 8.588 e 9.950 días de estancia (véxase táboa 7).

O custo hospitalario anual estimado para os episodios hospitalarios directamente relacionados co consumo de drogas ilegais (diagnóstico principal) oscila entre os 2.548.226 e os 3.041.332 euros. Actualmente, non se dispón de información sobre os episodios e días de estancia relacionados coa comorbilidade (diagnósticos secundarios).

Táboa 7. Episodios hospitalarios e días de estancia directamente relacionados co consumo de drogas ilegais (datos corrixidos).

Enfermidade	Episodios	Días de estancia
Tuberculose (modificado)	52	809
Hepatite (modificado)	55	244
VIH (modificado_1: 50%)	260	4.005
VIH (modificado_2: 67%)	348	5.367
Enfermidades directas	338	3.530
Total_1	704	8.588
Total_2	792	9.950

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Sergas

Atención Primaria

Ademais das estancias hospitalarias, as persoas consumidoras de drogas ilegais son usuarias dos servizos sanitarios da rede de Atención Primaria (AP). Obviamente, non todas as súas consultas teñen por que estar relacionadas directamente cos problemas de saúde causados polas drogas. De aí que sexa difícil a cuantificación desta partida.

Un estudo realizado pola Fundació Jordi Gol i Gorina entre os anos 1996 e 1997 revelou que nun 0,12% das consultas realizadas a centros de AP tiñan como motivo de consulta un diagnóstico relacionado co consumo de drogas ilegais (citado en García Altés et al., 2002). Esta cifra coincide coa dun traballo anterior realizado entre os anos 1986-1990 (Bolívar et al., 1996).

Polo tanto, dispoñendo do número total de consultas a centros de AP en Galicia e se se parte dun custo unitario por visita, é posible realizar un cálculo aproximado das consultas a AP relacionadas co consumo de drogas ilegais.

É importante salientar que aínda que a porcentaxe de consultas relacionadas co consumo de drogas ilegais parece irrelevante, o elevado número de consultas anuais á rede de AP fai que, en termos absolutos, supoña unha partida de custos relevante.

Aplicouse a porcentaxe xa sinalada previamente dun 0,12% sobre o total de consultas de Atención Primaria realizadas en Galicia no ano 2003, excluídas as consultas pediátricas (Memoria Sergas 2003). Así, dun total de 19.439.434 consultas totais, estímase que 23.327 consultas están directamente relacionadas cun diagnóstico de consumo de drogas ilegais. Se se asume un custo medio de entre 12 e 15 euros por visita, o custo anual estimado oscila entre os 279.928 e os 349.910 euros.

Medicamentos

Os estudos realizados sobre o consumo de drogas ilegais mostran que o custo dos fármacos relacionados co tratamento dos problemas directos do consumo e, sobre todo, co tratamento do VIH/SIDA son unha partida de grande importancia.

No presente estudo calcúlase o custo en medicamentos que precisan as persoas portadoras do virus de inmunodeficiencia humano (VIH) a partir da estimación das persoas vivas en Galicia portadoras de VIH e a partir do custo farmacéutico anual dos pacientes portadores do VIH, calculado nun estudo previo (Montañés et al., 2004).

Recoñécese que existen outros medicamentos como a naltrexona, a metadona e outros medicamentos (por exemplo, benzodiazepinas e ansiolíticos) que son consumidos frecuentemente por estes pacientes. Non obstante, o esperable é que a maior parte dos gastos en fármacos sexan os relacionados co tratamento das persoas con VIH contaxiadas por vía parenteral.

O gasto en metadona contabilizarase nos recursos específicos destinados aos drogodependentes realizados polos distintos centros na Área Asistencial.

5.1.2. Custos non hospitalarios do VIH/SIDA

Malia que a SIDA é unha enfermidade de declaración obrigatoria e, como tal, existe un rexistro epidemiolóxico de casos novos e acumulados de SIDA dende o inicio da epidemia, non existe un rexistro de similares características para o conxunto da poboación portadora do VIH. Iso fai que non se coñeza exactamente o número de persoas portadoras de VIH senón que esta poboación sexa estimada a partir de estudos de carácter epidemiolóxico (Castilla e de la Fuente, 2000).

Dada a maior fiabilidade dos rexistros de SIDA comparamos o número de casos declarados da enfermidade en Galicia en relación co total nacional. Así, na Comunidade Autónoma de Galicia, o 31 de decembro de 2003, rexistráronse dende comezo da epidemia 3.173 casos mentres que en España o número de casos acumulado ascende a 67.466. O número de casos de SIDA en Galicia cuxa vía de contaxio foi por vía parenteral (CDVP) é de 2.120 persoas, e o total nacional ascende a 43.168 persoas. Se se estima un número de casos coñecidos de VIH de entre 82.500 e 112.500, e supoñendo que os patróns de rexistro de SIDA se manteñen para os casos prevalentes de VIH, habería entre 3.880 e 5.291 casos coñecidos de VIH en toda Galicia, dos cales entre 2.592 e 3.535 serían persoas contaxiadas por vía parenteral.⁶

Táboa 8. Casos de VIH en Galicia.

	España	Galicia	Galicia/ España
Casos totais rexistrados de sida	67.466	3.173	4,70%
Casos rexistrados de sida (CDVP)	43.168	2.120	4,91%
Casos rexistrados SIDA (CDVP)/casos totais rexistrados SIDA	63,98%	66,81%	
Casos totais considerados de VIH	110.000- 150.000	5.173- 7.055 (*)	4,70% (*)
Casos totais considerados de VIH coñecido	82.500- 112.500	3.880- 5.291 (*)	4,70% (*)
Casos VIH coñecidos (CDVP)/casos VIH coñecidos totais (**)	63,98%	66,81%	
Casos totais estimados de VIH coñecido (CDVP)	52.787- 71.983	2.592- 3.535	4,91%

Fonte: elaboración propia a partir dos datos de vixilancia epidemiolóxica da SIDA en España. Rexistro Nacional de Casos de SIDA (2003), da Secretaría do Plan Nacional sobre a SIDA (2001) e de Castilla e de la Fuente (2000).

6 Suponse que un 25% das persoas portadoras do VIH descoñecen que son seropositivos. Polo tanto, de entre 110.000 a 150.000 persoas que se estima que son seropositivas, entre 27.500 e 37.500 descoñecen este feito.

Notas:

(*) Os resultados para Galicia son obtidos aplicando a porcentaxe do 4,7% calculado previamente.

(**) A porcentaxe aplicada é a mesma que expresa a relación entre casos de SIDA totais rexistrados e casos de SIDA rexistrados cuxa causa de contaxio foi a vía parenteral (CDVP).

7 O 82% do custo é imputable a medicamentos.

Notas:

(*) Os resultados para Galicia son obtidos ao aplicar a porcentaxe do 4,7% calculado previamente.

(**) A porcentaxe aplicada é a mesma que expresa a relación entre casos de SIDA totais rexistrados e casos de SIDA rexistrados cuxa causa de contaxio foi a vía parenteral (CDVP).

Asumindo un custo directo sanitario de 8.308 euros/ano (Montañés et al., 2004), o custo directo sanitario anual das persoas VIH+ que foron contaxiadas por vía parenteral oscila entre as 21.533.688 e os 29.367.896 euros anuais.⁷

Non obstante, dadas as condicións sociosanitarias das persoas que adquiriron o VIH polo uso de drogas por vía parenteral con material non estéril, a porcentaxe destes pacientes que desenvolven a fase de SIDA podería ser superior ao do resto de contaxiados por outras causas. Así, de acordo cos datos do Ministerio de Sanidade e Consumo (DX de Saúde Pública e Consumo, Secretaría do Plan Nacional sobre a SIDA), entre un 50% e un 60% das persoas vivas infectadas por VIH adquiriron o virus por vía parenteral. Polo tanto, refacendo os cálculos de acordo con estas cifras:

Táboa 9. Casos de VIH en Galicia (datos corrixidos).

	España	Galicia	Galicia/ España
Casos totais rexistrados de SIDA	67.466	3.173	4,70%
Casos rexistrados de SIDA (CDVP)	43.168	2.120	4,91%
casos rexistrados SIDA (CDVP)/casos totais rexistrado SIDA	63,98%	66,81%	
Casos totais considerados de VIH	110.000- 150.000	5.173- 7.055 (*)	4,70% (*)
Casos totais considerados de VIH coñecido	82.500- 112.500	3.880- 5.291 (*)	4,70% (*)
Casos VIH coñecidos (CDVP)/casos VIH coñecidos totais (**)	50-60%	50-60%	
Casos totais considerados de VIH coñecido (CDVP)	41.250- 67.500	1.940- 3.175	4,70%

Fonte: elaboración propia a partir dos datos de Vigilancia Epidemiolóxica da SIDA en España. Rexistro Nacional de Casos de SIDA (2003), da Secretaría do Plan Nacional sobre a SIDA (2001) e de Castilla e de la Fuente (2000).

De acordo con esta segunda estimación o custo directo sanitario anual das persoas VIH+ que foron contaxiadas por vía parenteral oscila entre os 16.117.035 e os 26.373.783 euros anuais.

5.1.3. Recursos específicos para a atención aos drogodependentes

Como comentamos anteriormente, a atención aos drogodependentes comprende un amplo conxunto de actividades desenvolvidas por diferentes servizos que se estruturan en diferentes niveis. Na táboa 10 preséntanse as diferentes partidas de gastos producidos pola elaboración, execución e xestión de programas e actividades da Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Os diferentes gastos quedarán incluídos na parte correspondente deste estudo segundo a súa finalidade: asistencia, investigación e avaliación, formación, prevención, reinserción e coordinación. Por iso esta táboa unicamente se presenta de forma ilustrativa e considérase cada un dos seus custos nos distintos puntos para o cálculo do gasto total.

Táboa 10. Custos das actividades do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas asignados a cada área de actuación segundo finalidade. Ano 2003.

ÁREA	CUSTO
Asistencia	8.526.426,75
Investigación e avaliación	105.625,66
Formación	162.350,20
Prevención, reinserción e coordinación	1.944.564,62
TOTAL	10.738.967,23

Fonte: Comisionado do PGD.

Programas asistenciais

Polo que respecta de forma directa á parte asistencial na táboa 11 recóllese o gasto da Área de Asistencia das asociacións de carácter privado/concertado, concellos e do PGD no ano 2003. Unha maior desagregación do gasto, por tipo de unidade así como polos diferentes conceptos preséntase no anexo I táboas 4 e 5.

Ademais, cando un usuario de drogas dá comezo a un tratamento nunha UAD, realízanse un conxunto de estudos complementarios co

Notas: no ano 2003 contabilizáronse un total de 3.429 admisións das cales 2.856 eran homes e 573 mulleres. Estes datos utilizáronse para o cálculo dos estudos complementarios.

obxecto de diagnosticar posibles complicacións. Estes estudos xeran un custo por cada admisión a tratamento nunha UAD de 194,12 euros, no caso de que o paciente sexa un home, e de 329,96 euros se o paciente é muller, debido á realización a maiores dunha citoloxía vaginal e de proba do embarazo. Se a proba de tuberculina é positiva (PPD+) realízase unha radioloxía de tórax, cuxo custo é de 26,42 euros, para o estudo na Unidade de Tuberculose Hospitalaria. No caso de que haxa que finalizar a pauta de vacinación da hepatite B, supón 22 euros en caso de pauta normal ou 33,24 euros en caso de pauta acelerada. Para o cálculo destes custos externos tívose en conta o número de admisións no ano 2003 en función do sexo do individuo.

Dado que do total de 10.923 pacientes no 2003, 10.281 o son a causa do consumo de drogas ilegais (94%) considerouse que o custo da asistencia ás drogas ilegais representa o custo total de asistencia ás drogodependencias.

Non se incluíron no cálculo dos custos dos recursos específicos de atención aos drogodependentes ás UHD, ao estar incluídas no CMBD e, polo tanto, no cálculo do custo da atención hospitalaria.

Táboa 11. Custos da actividade asistencial da Rede de Atención aos Drogodependentes

ÁREA ASISTENCIAL	CUSTO
Rede de tratamento: asociacións	6.884.275,96
Rede de tratamento: concellos	4.809.873,87
Proxecto Home	749.107,67
Reactivos	222.134,04
Transp. metadona	31.754,16
Capítulo VII	204.268,59
Custos externos (estudos complementarios)	743.473,80
TOTAL	13.644.888,09

Fonte: Comisionado do PGD: memorias dos concellos, asociacións e datos propios.

5.1.4. Custos directos non sanitarios

Programas de prevención, reinserción e coordinación

Entendemos por prevención o conxunto de medidas destinadas a atrasar, reducir ou eliminar o consumo de drogas, así como as súas consecuencias, por medio do fortalecemento dos factores de protección e a diminución da influencia dos factores de risco que poden actuar sobre os individuos. Polo que respecta aos programas de reinserción o seu obxectivo é facilitar a incorporación social e laboral do drogodependente.

A continuación, na táboa 12, describíense os custos destinados á Área de Prevención, Reinserción e Coordinación en Galicia, que abranguen unha gran diversidade de programas e actividades en distintos ámbitos, tanto comunitarios, como familiares, penais ou escolares, entre outros (un maior detalle do gasto analizado de concellos e asociacións por programas pódese ver no anexo 1, táboas 6 e 7).

Táboa 12. Gastos da Área de Prevención, Reinserción e Coordinación 2003

ÁREA DE PREVENCIÓN, REINSERCIÓN E COORDINACIÓN	CUSTO
Concellos	1.551.507,26
Asociacións	3.902.856,58
Programa CINENSINO	135.820,49
Edición de materiais didácticos	24.000,00
Asistencia técnica para elaboración do catálogo de programas de prevención	11.211,46
Apoio técnico e documental	42.372,60
Asistencia técnica supervisión plans comunitarios	6.600,00
TOTAL	5.674.368,39

Fonte: Comisionado do PGD: memorias concellos, asociacións e datos propios.

Programas de formación, investigación e avaliación

Como custos de formación inclúense os gastos dos programas formativos, premios, organización de congresos e xornadas, e a edición de publicacións tanto científicas como divulgativas relacionadas co consumo de drogas ilegais. Así se excluíron os gastos que de forma directa se relacionaban co consumo de drogas legais como, por exemplo, a edición de manuais de atención primaria de alcoholismo. Nos custos de investigación e avaliación incluíronse aquelas investigacións específicas sobre o consumo de drogas, materializadas fundamentalmente en convenios con universidades e centros de investigación. No ano 2003, os gastos correspondentes á Área de Formación ascenden a un total de 162.350,20 euros, segundo se pode apreciar na táboa 13. Así mesmo, o custo imputado a investigación e avaliación cífrase en 105.625,66 euros, e representa unicamente un 1,84% e un 1,20% do total de recursos específicos para a atención a drogodependentes, que incluíría ademais a parte asistencial, comentada con anterioridade e que absorbería aproximadamente un 97% de gasto total da área no seu conxunto.

Táboa 13. Gastos de formación, investigación e avaliación. Ano 2003

Investigación e avaliación	Gasto
Convenio USC	48.899,66
XECEAS-XEPAXS-XEPIP	44.726,00
Premios Innovación Educativa	3.000,00
Convenio Inst. Saúde Carlos III	9.000,00
Total investigación e avaliación	105.625,66
Formación	Gasto
Edición estudo EDIS VII	10.522,00
FEGAS	83.000,00
Edición boletíns PGD	11.939,20
Edición catálogo PIP	5.542,00

(Continúa na páx. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Formación	Gasto
Edición catálogo asistencial	11.310,00
Programación páxina web	11.890,00
Deseño páxina web	10.440,00
Asistencia técnica	7.807,00
Total formación	152.450,20
TOTAL ÁREAS	258.075,86

Fonte: Oficina do Comisionado do PGD.

5.2. Custos indirectos

5.2.1. Mortalidade prematura

Co fin de valorar a magnitude da mortalidade derivada do consumo de drogas ilegais calculáronse os anos potenciais de vida perdidos (APVP). Os APVP ofrecen unha información suplementaria ás simples taxas de mortalidade, xa que estas poden menosprezar a importancia da mortalidade por unha causa determinada.

O Observatorio Europeo de Drogas e Toxicoloxía (OEDT) define as mortes relacionadas coas drogas como aquelas causadas directamente polo consumo de drogas de abuso, e sinala que estas mortes acontecen xeralmente pouco despois do consumo da substancia. Un traballo recente (Brugal et al., 1999) sinalaba que as estatísticas infraestimaban en boa medida a mortalidade real debido a estas substancias. Segundo os autores, esta discrepancia é debida a problemas de rexistro e codificación das defuncións directamente relacionadas con drogas no Rexistro Xeral de Mortalidade. Co fin de reducir a discrepancia entre falecementos reais e falecementos rexistrados, o Observatorio sobre Drogas desenvolveu un “índice corrector de subestimación” que permite reducir a discrepancia. O método consiste en multiplicar as mortes rexistradas polo índice corrector, o cal oscila entre un valor de 1,35 e 1,88 (Informe do Observatorio sobre Drogas, 2003).

Os datos necesarios para o cálculo das defuncións e os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por causa de reaccións agudas ao consumo de substancias psicoactivas foron proporcionados polo Sergas.

As mortes por VIH/SIDA, tuberculose, hepatite vírica e endocardite infecciosa foron identificadas na *Estatística de defuncións* segundo a causa de morte de 2000 e 2001. A dita fonte proporciona información anual sobre os falecementos acaecidos dentro do territorio nacional atendendo á causa básica que os determinou. Para iso emprégase a clasificación internacional de enfermidades (CIE) da Organización Mundial da Saúde, e a partir de 1999 utilízase a 10.^a revisión da dita clasificación.

Por *causa básica de defunción* enténdese aquela enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal.

Obviamente, non se poden atribuír todos os falecementos por VIH/SIDA, tuberculose, hepatite vírica e endocardite infecciosa ao consumo de drogas ilegais. Por iso, realizouse unha estimación sobre a porcentaxe de defuncións atribuíble de cada grupo ás drogas ilegais. Para o caso do VIH/SIDA asúmese que un 66,81% dos falecementos correspondían aos contaxios por vía parenteral. Esta porcentaxe corresponde aos casos de SIDA na poboación contaxiada por vía parenteral fronte ao total de casos de SIDA. No caso da tuberculose, hepatite vírica e endocardite infecciosa empréganse as fraccións calculadas nun traballo previo (García Altés et al. 2001, citando a: Departamento de Sanidade e Seguridade Social, 2000; Servizo de Vixilancia Epidemiolóxica, Departamento de Sanidade e Seguridade Social, comunicación persoal, 2001; del Río et al. 2000). Así, considérase que un 8,2% das mortes por tuberculose, un 9,42% das defuncións por hepatite vírica e un 33% dos falecementos por endocardite infecciosa son atribuíbles ao consumo de drogas por vía parenteral.

Outras causas de mortalidade como accidentes cerebrovasculares, suicidios ou accidentes de tráfico non se inclúen no estudo ao se descoñecer as porcentaxes atribuíbles ao consumo de drogas. Tamén se descoñece o número de mortes violentas atribuíbles a actividades delituosas relacionadas coas drogas ilegais.

A táboa 14 recolle os falecementos imputables ao consumo de drogas ilegais. A principal causa de morte débese a reaccións agudas a substancias psicoactivas e ao VIH/SIDA. Na primeira destas partidas, cuantifí-

canse 38 falecementos confirmados a causa do consumo de drogas ilegais. Se aplicamos os coeficientes correctores suxeridos polo Observatorio sobre Drogas (Informe do Observatorio sobre Drogas, 2003), as mortes aumentan ata 51 falecementos (índice corrector igual a 1,35) e ata 71 mortes. As defuncións por VIH/SIDA imputables a contaxios do virus por vía parenteral estimáronse en 53 casos. Así, o VIH/SIDA sería a principal causa de falecemento imputable ao consumo de drogas ilegais se aceptamos como válida a cifra de mortes confirmadas por reaccións agudas a substancias psicoactivas. Se aceptamos como máis próximo á realidade o resultado de aplicar un coeficiente corrector de 1,35 ás mortes por reaccións agudas a substancias psicoactivas, ambas as dúas causas de falecemento terían practicamente o mesmo peso. Finalmente, se se aplica o coeficiente corrector de 1,88 ás mortes por reaccións agudas a substancias psicoactivas, esta sería a principal causa de morte, seguida das defuncións ocasionadas polo VIH/SIDA. A moita distancia ségueno as mortes imputables á tuberculose e á hepatite vírica. En total, os falecementos relacionados co consumo de drogas ilegais polas causas citadas oscila entre 98 e 131 persoas anuais.⁸

⁸ O número de falecementos totais poderíase corrixir unha vez que se reciba a información sobre os falecementos debidos á endocardite infecciosa.

Táboa 14. Defuncións relacionadas co consumo de drogas ilegais

Concepto	Casos
Reacción aguda a substancias psicoactivas (casos confirmados)	38
Reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector =1,35) (*)	51
Reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector =1,88) (*)	71
VIH/SIDA total	79
VIH/SIDA corrixido (contaxios CDVP) (**)	53
Tuberculose (Total)	37
Tuberculose corrixida (usuarios drogas vía parenteral) (***)	3
Hepatite vírica (Total)	44
Hepatite vírica corrixida (usuarios drogas vía parenteral) (***)	4
Total mortes relacionadas co consumo de drogas ilegais	98-131

Fonte: * Observatorio das drogas
 ** Elaboración propia
 *** García-Altés et al.

Para o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) séguese o mesmo proceso que o consignado nas notas metodolóxicas recollidas polo Instituto Nacional de Estatística (INE). Este indicador recolle a medida de mortalidade que teoricamente se podería evitar, tendo en conta os anos que unha persoa deixa de vivir se falece a unha idade que non é a habitual de defunción fixada teoricamente para ese colectivo.

Unha vez determinado o método para calcular os APVP entre dúas idades determinadas, levouse a cabo a conversión de anos de vida perdidos a anos potenciais de vida laboral perdidos (APVLP). Para iso, calculouse o número de falecementos en idade laboral ou en idade previa ao momento de acceso ao mercado de traballo (menores de 16 anos). A idade límite de permanencia no mercado de traballo considerouse que era a idade legal de xubilación, é dicir, os 65 anos. Iso implica que os APVLP son 49 para cada falecemento producido á idade de 16 anos ou a unha idade máis temperá e que os APVLP son igual a cero para cada falecemento producido a unha idade igual ou superior aos 65 anos. Na seguinte táboa represéntanse as posibles situacións.

Táboa 15. Cálculo dos APVLP a partir da idade de falecemento

Idade no momento do falecemento	Idade media	APVLP por idade de falecemento
< 1	0,5	49
1 a 4	2,5	49
5 a 9	7	49
10 a 14	12	49
15 a 19	17	48
20 a 24	22	43
25 a 29	27	38
30 a 34	32	33
35 a 39	37	28
40 a 44	42	23
45 a 49	47	18
50 a 54	52	13
55 a 59	57	8
60 a 64	62	3

Fonte: elaboración propia

Outros autores suxiren outra metodoloxía para o cálculo dos APVLP que consiste en seguir o método antes descrito e realizar un axuste a partir das taxas de emprego para cada tramo de idade perdido (Gisbert et al., 1998), pois existe a probabilidade de que o individuo pase parte da súa idade laboralmente activa sen traballo (inactivo ou en paro). A utilización dun método ou outro supón un cambio nos APVLP calculados (serían menores de acordo con este segundo enfoque) pero non nos resultados obtidos en termos de produtividade laboral perdida, pois no noso caso, o axuste das taxas de emprego contéplase *a posteriori*.

Considérase que unha medida razoable á produtividade laboral é o salario bruto que obtén o traballador e co dito criterio estímase a corrente de salarios futuros que deixa de percibir se abandona hoxe o mercado de traballo por causa dunha enfermidade ou problema de saúde.⁹ A teoría do capital humano, desenvolvida por Becker, enriqueceu notablemente esta formulación neoclásica, e permitiu establecer unha relación entre produtividade e variables como o nivel de estudos, a experiencia no mercado laboral e no propio posto de traballo (véxase Mincer, 1974). Así, podemos supoñer unha produtividade e un salario crecentes coa idade e aplicar unha taxa de crecemento que recolla esas variables que alteran ao longo do tempo o fondo de “capital humano” das persoas. Este enfoque utilízase hoxe na maioría de estudos. (Hodgson e Meiners, 1982; Max et al., 1990; Robinson, 1986).

As primeiras análises custo-beneficio que se levaron a cabo na Área Sanitaria consideraban que os beneficios de evitar unha morte ou unha enfermidade podían ser recollidos mediante a valoración da produtividade que se deixaba de perder. Esta formulación foi fortemente criticada dende a óptica da economía do benestar (por exemplo, ver Mishan, 1971), pois esa produtividade perdida (laboral, pero tamén doméstica), sexa cal fose o método de cálculo, é só unha parte do benestar social que se perdería por causa da enfermidade (defuncións e morbilidade).

O erro neste caso sería confundir a parte co todo. As perdas de produtividade serían un custo máis que se debe recoller e non pode ser confundido co custo total. Os modelos de capital humano aplicados á saúde defenden que o valor da saúde perdida non é igual ao valor dos salarios perdidos (Grossman 1972 e 2000; Jacobson 2000).

⁹ *Aínda que isto é bastante discutible nun contexto de mercados laborais intervidos ou condicionados pola actividade (asimétrica respecto a empresas e sectores) dos sindicatos.*

Existen outros compoñentes que se deben ter en conta, entre os cales os custos intanxibles son de extraordinaria importancia.

En último termo, idealmente trataríase de revelar a utilidade que lles reporta aos individuos a súa propia saúde, intentando que estes revelasen a súa disposición a pagar (a recibir) ante cambios positivos (negativos) desta. Non obstante, estes métodos, sólidos dende o punto de vista teórico, son complicados de levar á práctica (véxase, por exemplo, Olsen e Smith, 2002).

Outros autores, como Johansson (1995) defenden que a partir dos valores dos custos calculados mediante o enfoque do capital humano se pode establecer un límite inferior para o valor económico do cambio dun estado de saúde a outro. Unha tese similar é defendida por Johannesson (1996), quen sinala que os custos estimados mediante esta metodoloxía poden ser interpretados como un límite inferior da disposición a pagar dun individuo por unha mellora do seu estado de saúde.

A cuantificación das ganancias medias obtense da Enquisa de estrutura salarial (EES), onde vén dada en termos brutos, é dicir, incluíndo o salario base e os diferentes complementos salariais (persoais, por postos de traballo etc.), e antes da dedución de impostos e cotizacións á Seguridade Social a cargo do traballador. Os datos sobre ocupación extraéronse da Enquisa de poboación activa (EPA) do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Unha vez que se coñece a idade de falecemento de cada individuo e a ganancia media esperada en toda a súa vida laboral activa (mediante o método xa explicado baseado na teoría do capital humano), realízase o cálculo actualizado do fluxo futuro da produtividade laboral perdida por unha morte prematura.

O procedemento foi o seguinte: para cada morte producida nun grupo de idade e xénero determinado, irase aplicando a taxa de emprego a cada período posterior ata o límite determinado (65 anos). Para o cálculo dos salarios perdidos (produtividade, dados nosos supostos) aplícase unha taxa do 1% de incremento de produtividade, e aplícanse tamén taxas alternativas do 0% e do 2% para a correspondente análise de sensibilidade. Para actualizar os valores obtidos aplícase unha taxa de desconto do 3%, con taxas alternati-

vas do 0 e o 6% para contrastar. Todos os custos se actualizaron ao ano 2003.

O número de falecementos debido ao consumo de drogas ilegais oscila nun arco que vai de 98 a 131 mortes. Traducido a anos potenciais de vida perdidos, perdéronse entre 3.088 e 4.309 anos de vida. O número de defuncións mortes en menores de 65 anos (idade legal de xubilación) oscilou entre 97 e 130 falecementos. Estas cifras supoñen entre 2.661 e 3.771 anos potenciais de vida laboral perdidos. A tradución destas cifras a perdas de produtividade laboral, estímase un custo que se move en termos medios, e en función das hipóteses consideradas, entre os 24 e os 34,4 millóns de euros anuais.

Notas:

Táboa 16. Resumo dos resultados de mortalidade prematura

(*) Custos: o caso base referido a unha taxa anual de crecemento da produtividade laboral do 1% e a unha taxa de desconto anual do 3%; os valores extremos (entre paréntese) fan referencia a unha taxa de crecemento de produtividade de 0% e a unha taxa de desconto do 6% (valor menor) e a unha taxa de crecemento da produtividade do 2% e a unha taxa de desconto do 0% (valor maior).

(**) Asíse que un 66,81% do custo corresponde aos contaxios por vía parenteral. Esta porcentaxe corresponde aos casos de SIDA na poboación contaxiada por vía parenteral fronte ao total de casos de SIDA.

Concepto					Custo (**) (Unidades: euros, 2003)
Reacción aguda a substancias psicoactivas (casos confirmados)	38	38	1.406	1.216	11.982.782 (8.127.654 - 19.468.381)
Reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector =1,35)	51	51	1.887	1.632	16.086.530 (10.911.132 - 26.135.779)
Reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector =1,88)	71	71	2.627	2.272	22.323.266 (15.141.406 - 36.267.704)
VIH/SIDA total	79	78	2.276	1.964	16.660.262 (12.469.061 - 25.565.192)
VIH/SIDA corrixido (contaxios CDVP) (**)	53	52	1.521	1.312	11.131.344 (8.331.046 - 17.081.061)
Tuberculose (Total)	37	11	288	238	1.647.058 (1.234.316 -2.665.012)
Tuberculose corrixida (usuarios drogas vía parenteral)	3	3	79	67	499.977 (375.448 - 815.144)
Hepatite vírica (Total)	44	8	183	129	893.211 (729.442 - 1.302.408)
Hepatite vírica corrixida (usuarios drogas vía parenteral)	4	4	82	66	413.838 (339.584 - 594.776)
Total (hipótese A)	98	97	3.088	2.661	24.027.941
Total (hipótese B)	111	110	3.569	3.077	28.131.689
Total (hipótese C)	131	130	4.309	3.717	34.368.425

Fonte: elaboración propia.

As hipóteses consideradas son as seguintes:

- *Hipótese A:* Σ [custos mortes por reacción aguda a substancias psicoactivas (casos confirmados) + custos mortes VIH/SIDA corrixido (contaxios CDVP) + custos mortes tuberculose corrixida (usuarios drogas vía parenteral) + custos mortes hepatite corrixida (usuarios drogas vía parenteral)]
- *Hipótese B:* Σ [custos mortes por reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector: 1,35) + custos mortes VIH/SIDA corrixido (contaxios CDVP) + custos mortes tuberculose corrixida (usuarios drogas vía parenteral) + custos mortes hepatite corrixida (usuarios drogas vía parenteral)]
- *Hipótese C:* Σ [custos mortes por reacción aguda a substancias psicoactivas (índice corrector: 1,88) + custos mortes VIH/SIDA corrixido (contaxios CDVP) + custos mortes tuberculose corrixida (usuarios drogas vía parenteral) + custos mortes hepatite corrixida (usuarios drogas vía parenteral)]

10 Tamén cabe a posibilidade de que o traballador enfermo se reincorpore ao seu posto cunha capacidade produtiva minguada, e de que sexa asignado a postos ou tarefas distintos aos que ocupaba antes de que a enfermidade aparecese, pero non refinamos os cálculos para ter en conta esta posibilidade por non contar con datos que permitisen unha estimación razoable.

5.2.2. Produtividade reducida

As perdas de produtividade laboral ocasionadas polas drogas ilegais non só se deben aos falecementos provocados por esta enfermidade. Entre os superviventes, moitos deles quedan incapacitados, ben durante un período de tempo limitado, ben de xeito permanente, para o desenvolvemento das súas actividades laborais.¹⁰

Para a estimación do custo da morbilidade non sería metodoloxicamente correcto incluír os importes das pensións de xubilación ou das prestacións por incapacidade aboadas polas administracións públicas (López Nicolás A., 2001). Pódese argumentar que, dende a óptica das administracións públicas, as ditas partidas compensatorias si son un custo e que o financiamento das ditas partidas é unha cuestión de gran relevancia para a sociedade. Non obstante, nótese que o mesmo argumento podería levar a que se considerase como un beneficio o pagamento evitado de pensións que nunca se chegará a realizar debido ás mortes prematuras. Esta lóxica non considera que a intervención pública non ten como obxectivo final o aforro duns gastos monetarios ou o control orzamentario, senón a prolongación e a mellora da calidade da vida dos cidadáns. A consideración de que as mortalidades prematuras teñen un compoñente de aforro (pensións evitadas) compromete a con-

secución do dito obxectivo. Expresado doutro xeito, as administracións públicas poden ser analizadas como un axente ou mandatario dos cidadáns aos que os une un contrato ou relación de axencia. Para que a relación sexa perfecta, as AAPP non deben maximizar a súa utilidade ou beneficio propio, senón o benestar social (Oliva J. et al., 2004).

Por outro lado, os nosos cómputos realízanse do lado dos “empregos”, é dicir, valoramos os custos reais que xera o consumo das drogas ilegais (que non só inclúen gastos monetarios), como por exemplo as perdas de produción. Outra cousa é o lado dos “recursos ou fontes de financiamento” que se poden aplicar para cubrir as partidas de custo e entre elas as transferencias que poida facer o sector público.

Así pois, compararíanse as taxas de emprego da poboación galega, axustando por xénero e por idade, coas taxas de emprego da poboación de referencia. Deste xeito é posible establecer a diferenza entre o número de persoas da nosa poboación de referencia que se atopaban traballando efectivamente e o número de persoas que se deberían atopar traballando no caso de presentar as mesmas características que o resto de poboación galega. Neste punto é necesario facer salvidades:

Pódese ter ou non en conta o nivel de estudos da poboación como factor adicional á idade e ó xénero á hora de estudar a taxa de emprego. A decisión depende en considerar se o nivel de estudos é unha variable que se pode ver afectada ou non polo feito de ser usuario de drogas ilegais.

Non se conta con información sobre os salarios daquelas persoas da nosa poboación que se atopaban empregadas. Polo tanto, non é posible saber se o seu nivel salarial é similar, superior ou inferior ao salario medio dos traballadores galegos (varóns e mulleres).

Débense excluír os casos cuxa adicción principal está relacionada con condutas e drogas legais (xogo, tabaco e alcohol).

Como comentamos anteriormente, a poboación de referencia son usuarios de drogas ilegais que utilizaron os dispositivos asistenciais do Sergas. Para establecer a diferenza entre o número de persoas da nosa poboación de referencia que se atopaban traballando efectivamente e o número de persoas que se deberían atopar traballando no caso de presentar as mesmas características que o resto de poboación galega

comparáronse as taxas de emprego da poboación galega, axustadas por xénero e por idade, coas taxas de emprego da poboación de referencia.

Se se consideran as tres puntualizacións expresadas na metodoloxía do estudo (non considerar o nivel de estudos da poboación; ausencia de información sobre os salarios da poboación de referencia empregada e a exclusión de casos cuxa adición principal está relacionada con condutas e drogas legais) identificáronse un total de 3.355 persoas empregadas sobre unha poboación válida de 8.958 persoas. Excluíronse do estudo as persoas menores de 16 anos (idade legal mínima para comezar a traballar) e as persoas de 65 ou máis anos. Así mesmo, houbo un grupo da poboación de referencia sobre o cal se descoñece a súa situación laboral. Así pois, estes tres grupos máis aquelas persoas que recibiron asistencia por un hábito legal (xogo, tabaco ou alcohol) suman 1.965 persoas que non se consideran na análise.

Das 8.958 persoas válidas para a análise, 7.570 eran varóns e 1.388 mulleres. Das 3.355 persoas que se atopaban empregadas, 3.022 eran varóns e 333 mulleres. Se as taxas de emprego desta poboación fosen similares ás da poboación galega, deberíanse atopar empregadas 6.373 persoas, 5.684 varóns e 689 mulleres.

Se se aplica o salario bruto anual que lles correspondeu aos traballadores residentes en Galicia polos traballos que se deixaron de realizar (3.018 empregos), atópase que a perda salarial ascende a 57.935.862 euros.^{11, 12}

¹¹ Fonte: Enquisa de salarios; valores actualizados no ano 2003.

¹² A perda salarial é unha aproximación á perda de produtividade laboral.

Nota: VIH/SIDA*:
valores medios
das dúas
estimacións
realizadas

5.3. Custos totais

A táboa 17 resume os custos sociais asociados ao consumo de drogas ilegais en Galicia durante o ano 2003 a partir dos cálculos e as estimacións realizados no estudo. Os distintos custos agrupáronse segundo as categorías consideradas e os resultados varían en función das hipóteses utilizadas que foron descritas previamente.

Táboa 17. Custos totais asociados ao consumo de drogas ilegais

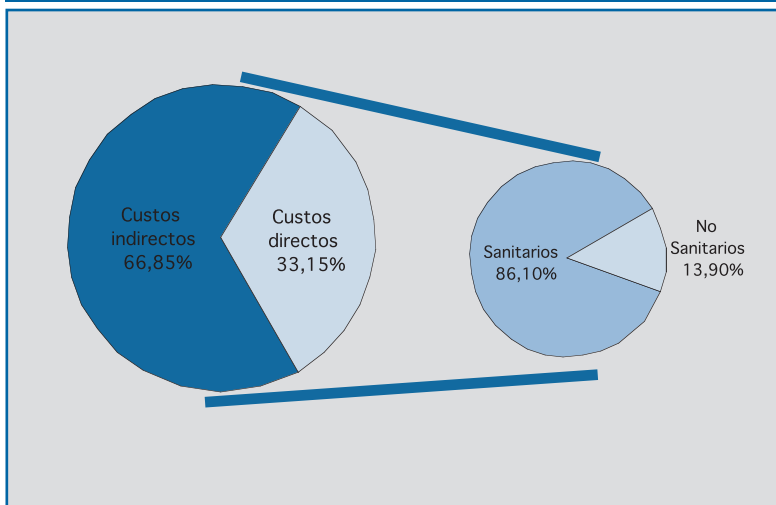
Custos directos sanitarios	Hospitalizacións (diagnóstico principal)		2.548.226 - 3.041.332
	VIH/SIDA* (salvo hospitalizacións)		20.272.945- 24.285.835
	Recursos específicos asistenciais		13.644.888
	Atención Primaria		279.928- 349.910
	Total		36.745.987- 41.321.965
Custos directos non sanitarios	Prevención, reinserción, coordinación		5.674.368
	Formación e investigación		258.076
	Total		5.932.444
Custos directos	Total		42.678.431- 47.245.409
Custos indirectos	Mortalidade prematura	Hipótese A	24.027.941
		Hipótese B	28.131.689
		Hipótese C	34.368.425
	Produtividade laboral reducida		57.935.862
	Total custos indirectos	Hipótese A	81.963.803
		Hipótese B	86.067.551
Hipótese C		92.304.287	
Custos totais	Límite inferior + Hipótese B		128.745.982
	Límite superior + Hipótese B		133.312.960

Fonte: elaboración propia.

Os custos totais calculáronse, polo que respecta aos custos indirectos, a partir da hipótese B (hipótese intermedia) por considerala a máis realista. Así mesmo, tivéronse en conta o límite inferior e superior dos intervalos utilizados nas hospitalizacións, VIH/SIDA e atención primaria. De acordo coa estimación máis conservadora o custo social do consumo de drogas ilegais achegaríase a 129 millóns de euros, mentres que se consideramos o límite superior alcanzaría a cifra de 133 millóns de euros.

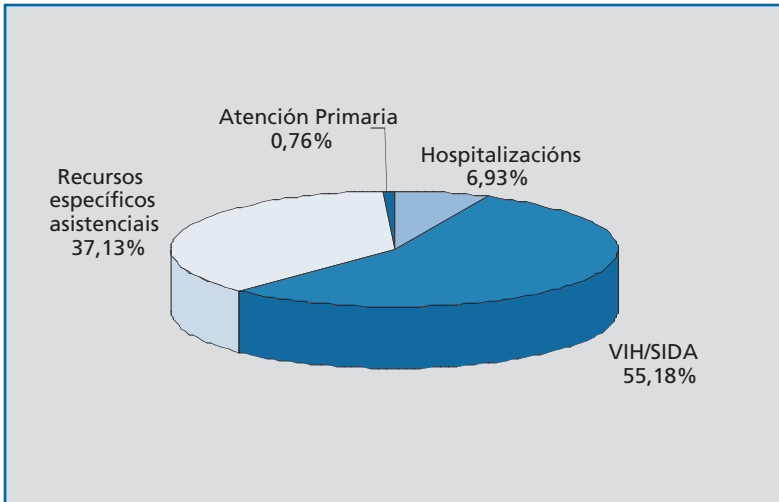
No gráfico 1 podemos observar a distribución porcentual do custo, considerando a estimación máis conservadora. Obsérvase que o 33% lles corresponde aos custos directos, e os custos indirectos representan unha gran parte do custo total. Dentro dos custos directos destacan os custos sanitarios e dentro destes os custos orixinados polo VIH/SIDA e os recursos específicos asistenciais (gráfico 2). Polo que respecta aos custos indirectos cabe destacar o importante peso da redución de perdas de produtividade laboral reducida a causa da incapacidade ou outro tipo de limitacións que superan as perdas de produtividade debidas á mortalidade prematura.

Gráfico 1. Distribución dos custos directos e indirectos.
Galicia. Ano 2003



Fonte: elaboración propia.

Gráfico 2. Distribución dos custos sanitarios directos. Galicia.
Año 2003.



Fonte: elaboración propia.

6. CONCLUSIÓN

6. Conclusións

O consumo de drogas ilegais supón, ademais dun grave problema desde o punto de vista persoal, familiar e social, un elevado custo para a sociedade. Con todo, a análise destes problemas supón importantes dificultades metodolóxicas que trataron de superarse e foron detalladas en cada unha das partes correspondentes.

A pesar de utilizar criterios conservadores, o custo total anual imputable ao consumo de drogas ilegais oscila entre os 129 e os 133 millóns de euros. Das cifras obtidas destaca o peso dos custos indirectos (un 67% do total). Iso resulta de especial interese, posto que este tipo de custo (a perda de produtividade laboral que ocasiona o consumo destas substancias) non adoita ser percibido nin cuantificado, xa que non figura nas partidas orzamentarias ao uso. Con todo, maniféstase como un importante custo que asumen individuos e sociedade ao incorreren no consumo de drogas ilegais.

Polo que respecta aos custos sanitarios, ascenderon a 37 millóns de euros, sendo o tratamento das persoas infectadas por vía parenteral de VIH a principal partida de gasto, seguida dos recursos específicos asistenciais. Os custos directos non sanitarios supuxeron case 6 millóns de euros.

A pesar das elevadas cifras obtidas, debe terse en conta que existen outras partidas de custo que non puideron recollese nesta fase do estudo. Así, o custo sanitario relacionado co consumo de drogas ilegais correspondente a urxencias hospitalarias, hospitais psiquiátricos, hospitalizacións (diagnóstico secundario) e outros medicamentos diferentes dos antirretrovirais non se puideron computar. Así mesmo, sería de grande interese realizar unha aproximación ao custo directo doutras partidas de custos de gran relevancia en traballos internacionais, como son aquelas relacionadas co sistema policial, xudicial e carcerario.

En calquera caso, é destacable o importante potencial deste tipo de estudos co obxectivo de profundar nas consecuencias, tanto epidemiolóxicas como económicas, do consumo de drogas ilegais e facilitar a implantación de medidas que posibiliten o establecemento de políticas sanitarias e sociais axeitadas para a diminución deste importante problema.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Referencias bibliográficas

- Bolíbar B., Carrillo E., García A., Juncosa S., Martínez C. (1996). *Morbiditat atesa en l'Atenció Primària. Informe del registre ANAC-II*. Barcelona: Servei Català de la Salut..
- Brugal M. T., Barrio G., Royuela L., Bravo M. J., de La Fuente L., Regidor E. (2004). Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)*. 123 (20): 775-777.
- Castilla J., de la Fuente L. (2000). "Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998". *Med Clin (Barc)*, 115: 85-89.
- Dickey B, Azeni H. (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care. *Am J Pub Health*; 86:973-7.
- Durán M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA. Madrid.
- Fenoglio P., Parel V., Kopp P. (2003). The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997. *European Addiction Research*. Vol. 9. N.º 1.
- Gisbert R., Brosa M., Figueras M., Mindan E., Rovira J. (1998). *El coste de la enfermedad en España: el coste de las enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Merch Sharp & Dohme de España, S. A.
- Grossman, M. (1972). *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. Columbia University Press, 1972.
- Grossman M. (2000) "The Human Capital Model of the Demand for Health". In AJ. Culyer and JP Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*. North-Holland.
- Harwood, H.; Fountain, D.; and Livermore, G. (1998). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of*

- Health, Department of Health and Human Services*. NIH Publication No. 98-4327. Rockville, MD: National Institutes of Health (disponible en: <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>).
- Harwood H. (2000, June). Updating Estimates of the Economic Cost of Alcohol Abuse: Estimates, Updating Methods, and Data. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Hodgson T. A., Meiners MR. (1982). "Cost-of-illness methodology: a guide to assessment practices and procedures". *Milbank Mem Fund Q.* 60:429-91.
- Jacobson L. (2000). "The family as producer of health — an extended Grossman model". *Journal of Health Economics*, Volume 19, Issue 5, September: 611-637.
- Johannesson M. (1996), "The willingness to pay for health changes, the human-capital approach and the external costs", *Health Policy*, 36: 232-244.
- Johannesson M., Jönsson B., Karlsson G. (1996), "Outcome measurement in economic evaluation". *Health Economics*, 5: 279-296.
- Johannesson, M. and Karlsson, G. (1997). "The friction cost method: A comment", *Journal of Health Economics*, 16: 249-255.
- Johansson P. O. (1995), *Evaluating Health Risks: an economic approach*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Liljas B. (1998). "How to calculate indirect costs in economic evaluation". *Pharmacoeconomics*; 13:1-7.
- López Nicolás A. (2001). *El coste sanitario derivado del consumo de tabaco en España*. Mimeo. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Max W., Rice D. P., Mackenzie E. J. (1990) "The lifetime cost of injury". *Inquiry*; 27:332-343.
- Mishan E. J. (1971) "Evaluation of life and limb: a theoretical approach". *J Polit Econ*; 79:687-705
- Moore R. S., Mao Y., Zhang J., Clarke R. (1997) *Economic burden of illness in Canada*, 1993. Ottawa: Health Canada, Laboratory Centre for Disease Control.

- Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Informe n.º 6*. MINISTERIO DO INTERIOR Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría Xeral Técnica.
- Office of National Drug Control Policy (2001). *The economic costs of drug abuse in the United States: 1992-1998*. Washington DC: Office of National Drug Control Policy; 2001. Publication number 190636.
- Oliva J., Lobo F., López-Bastida J., Osuna R., Duque B (2004). "Costes no sanitarios de las enfermedades isquémicas del corazón en España". *Cuadernos Económicos ICE*. N.º 67.
- Olsen J. A. and Smith R. D. (2001), "Theory versus practice: A review of 'willingness-to-pay' in health and health care", *Health Economics*, 10: 39-52.
- Portella E., Ridao M., Salvat M., Carrillo E. (1998). Costes sanitarios del alcoholismo. *Atención Primaria*; 22:279-284.
- Registro Autonómicos de Casos de SIDA y Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA*. Actualización o 31 de diciembre de 2003. Informe semestral n.º 2, ano 2003.
- RICE, DOROTHY P., SANDER KELMAN AND LEONARD S. MILLER (1991). 'Economic Costs of Drug Abuse,' in William Cartwright and James Kaple (eds.), *Economic Costs, Cost-Effectiveness, Financing, and Community-Based Drug Treatment (Research Monograph N.º. 113)*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. (disponible en <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/download113.html>).
- Robinson J. C. (1986) "Philosophical Origins of the Economic Valuation of Life". *Milbank Q*; 64:133-55.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (a). *INFECCIÓN POR VIH Y SIDA EN ESPAÑA. PLAN MULTISECTORIAL 2001- 2005. INDICADORES*. Noviembre, 2001. Dirección Xeral de Saúde Pública e Consumo. Ministerio de Sanidade e Consumo.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (b). *ENCUESTA HOSPITALARIA DE PACIENTES VIH/SIDA. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN 1995-2000*. Ministerio de Sanidade e Consumo 2001.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo, 2001. (<http://www.msc.es/sida>).

Serrano P., López Bastida J., Oliva J. et al. (2004). *Impacto socioeconómico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ambulatorios con enfermedad VIH/SIDA*. Proxecto Financiado pola Fundación Canaria de Investigación e Saúde: FUNCIS (mimeo)

Xie X., Rehrn J., Single E., Robson L., Paul J. The economic costs of illicit drug use in Ontario, 1992. *Health Econ.* 1998 Feb; 7 (1): 81-5.

8. ANEXOS

Táboa 1. Actividade e cobertura dos programas de asociacións e concellos. Distribución de provincias. Ano 2003.

Provincia	Asociacións	Concellos	Programas	Actividades	Profesionais	Orzamento PGD	Poboación Diana	Cobertura Potencial
A Coruña	8	43	97	360	39	689.537,2	143.152	669.237
Lugo	1	16	25	82	11	150.681,50	25.413	197.952
Ourense	3	34	25	73	17	167.856,33	17.736	213.282
Pontevedra	12	25	115	374	44	639.817,82	125.814	677.922
Totais	24	118	262	889	111	1.647.892,94	312.115	1.758.393

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Táboa 2. Memoria dos programas de concellos e asociacións. Distribución por provincias. Ano 2003.

PROVINCIA	PROGRAMAS								
	Prevención						Incorporación social	Plans comunitarios	Totais
	Escolar	Familiar	Comunitaria	Laboral	Xuvenil	Información Formación			
A Coruña	36	17	5	1	11	15	8	4	97
Lugo	10	5		2	3	4	1		25
Ourense	11	6			2	2	4		25
Pontevedra	39	21	6		18	13	14	4	115
TOTAIS	96	49	11	3	34	34	27	8	262

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Táboa 3. Memoria das actividades de concellos e asociacións.
Distribución por provincias. Ano 2003.

PROVINCIA	ACTIVIDADES									
	Prevención					Incorporación social				
	información sensibilización	Formación	Tempo libre	coordinación	Edición materiais	Sociais	Formación	Laboral	Xudiciais	Totais
A Coruña	142	66	11	98	27	6	4	2	4	360
Lugo	39	6	2	25	9				1	82
Ourense	24	8	6	21	7	1	5		1	73
Pontevedra	115	80	33	94	25	9	15	1	2	374
TOTAIS	320	160	52	238	68	16	24	3	8	889

Fonte: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Táboa 4. Área de asistencia, formación e investigación. Desagregación do gasto por asociacións de carácter privado/concertado. Ano 2003.

CENTRO	TIPO DE UNIDADE	PERSONAL	PROD. FARMACÉUTICOS SANITARIOS	PRODUTOS ALIMENTICIOS	VESTUARIO	OUTROS APROVISIONAMENTOS	SERVIZOS EXTERIORES	TRIBUTOS	PRENSA, REVISTAS, LIBROS	OUTROS SERVIZOS	GASTOS FINANCIROS
Aciad	U.Asistencial	664.089,10	20.124,98		2.209,24		100.789,05		29,95		38.787,85
	U. de Día	93.272,22			16.211,77		6.757,39		277,32		7.354,81
	U. Terapéutica	320.327,40	2.945,36	25.714,42	2.758,83		16.453,01				
	Reduc. dano/ U. móbil	70.541,55	11.966,00				55.132,71				
Total	1.148.685,27	35.036,34	25.714,42			21.179,84	179.132,16		307,27		46.142,66
Memoria ACLAD	1.148.685,27	35.036,34	25.714,42			21.179,84	179.132,16		307,27		46.142,66
Asfedro	U.Asistencial	417.976,03	4.063,00			8.469,00	16.117,14		2.134,49	20.435,08	
	U. de Día U. Terapéutica	42.000,00 250.000,00	700,48	25.769,14		7.033,64	49.751,00		12.457,95 19.487,55	11.880,56	
Total	709.976,03	4.7763,48	25.769,14			15.502,64	65.868,14		2.134,49	52.380,58	11.880,56
Memoria Asfedro	779.530,07	4.763,48	25.769,14			15.502,64	65.868,14		2.134,49	81.145,76	11.880,56
Cruz Vermella	U.Asistencial	323.474,46	201,38			11.887,83	31.229,21		98,43		
	U. de Día U. Terapéutica	71.856,11 45.094,71				5.256,45	18.509,44 564,00		344,83		
Total	440.425,28	201,38				17.144,28	50.302,65		443,26		
Memoria Cruz Vermella	1.711.119,26	208,37				136.014,82	264.999,95		741,81	196.317,19	18.594,01
Alborada	U.Asistencial	451.317,91	2.266,28		377,55	18.259,58	63.374,43	194,45	733,20	54.526,05	6.069,26
	U. de Día U. Terapéutica	167.995,69 317.326,30	524,13	29.219,02		9.804,31 21.308,17	7.884,77		491,12	1.234,69	
Total	936.639,90	2.790,41	29.219,02		377,55	49.372,06	71.259,20	194,45	1.224,32	55.760,74	6.069,26
Memoria Alborada	936.640,50	2.790,41	29.219,02		377,55	49.372,06	71.259,20	194,45	1.224,32	55.760,74	6.069,26
Total asociacións	U.Asistencial	1.856.857,50	26.655,64		377,55	38.616,41	211.509,83	194,45	2.996,07	74.961,13	56.737,67
	U. de Día	375.579,02	4.169,97	80.702,58		17.270,00	25.266,83		344,83	12.457,95	
	U. Terapéutica	887.653,70	45.094,71			44.553,58	74.088,78		766,44	20.722,24	7.354,81
	Por. Centro Pena. Reduc. dano/ U. móbil	70.541,55	11.966,00			2.758,83	55.132,71				
Total	3.235.726,48	42.791,61	80.702,58		377,55	103.198,82	366.562,15	194,45	4.109,34	108.141,32	64.092,48
Memoria asociacións	4.575.975,10	42.798,60	80.702,58		377,55	222.069,36	581.259,45	3.408,03	4.407,89	333.223,69	82.686,49

Fonte: memorias económicas de concellos e asociacións. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Táboa 5. Área de Asistencia, Formación e Investigación. Desagregación do gasto por concellos. Ano 2003.

CONCELLO	TIPO DE UNIDADE	PERSONAL	PROD. FARMACÉUTICOS SANITARIOS	PRODUTOS ALIMENTICIOS	VESTUARIO	OUTROS APROVISIÓ NAMENTOS	SERVIZOS EXTERIORES	TRIBUTOS	PRENSA, REVISTAS, LIBROS	OUTROS SERVIZOS	GASTOS PERDAS EXTERIORES ANTERIORES	GASTOS EXTRA-ORDINARIOS
Vilagarcía	U.A.D.	233.942,14	20.356,86	280,07	154,35	1.156,84	38.091,84		18,00	607,01	1.985,10	4.023,27
TOTAL	U.D.	63.216,44	20.356,86	280,07	231,95	766,32	6.542,27		18,00	2.592,11	1.779,94	4.023,27
Carballo	U.A.D.	164.097,22	3.005,32			2.265,68	3.886,22			4.922,89		
TOTAL	U.A.D.	164.097,22	3.005,32			2.265,68	3.886,22			4.922,89		
Cangas	U.A.D.	233.019,67	2.742,23			2.983,73	1.562,00					
TOTAL	U.A.D.	233.019,67	2.742,23			2.983,73	1.562,00					
Riveira	U.A.D.	280.416,80	396,51			4.805,44	19.833,57	158,96	772,37	6.719,83		
TOTAL	U.A.D.	41.248,30	396,51			851,56	17.660,71	158,96	772,37	140,64		
Burela	U.A.D.	131.495,63	1.626,11	86,68	166,68	6.018,60	5.618,62			6.860,47		
TOTAL	U.A.D.	131.495,63	1.626,11	86,68	166,68	6.018,60	5.618,62			6.860,47		
Monforte	U.A.D.	175.433,82	744,70			1.175,53	8.350,39					
TOTAL	U.A.D.	175.433,82	744,70			1.175,53	8.350,39					
Noia	U.A.D.	168.828,66	364,79			598,38	1.231,55			295,80		
TOTAL	U.A.D.	168.828,66	364,79			598,38	1.231,55			295,80		
Porrillo	U.A.D.	191.934,53	10.737,65	200,00	630,00	6.089,43	41.075,00					
TOTAL	U.A.D.	191.934,53	10.737,65	200,00	630,00	6.089,43	41.075,00					
Cedro	U.A.D.	402.705,48	64.656,06			9.048,00	345.383,64		1.565,00	21.145,47		
TOTAL	U.D.	61.188,78	64.656,06			3.072,45	75.530,00		200,00	19.218,23		
Ourense	U.A.D.	303.755,91	4.726,25			12.120,45	421.913,64		1.765,00	40.363,70		
TOTAL	U.D.	146.374,71	4.726,25			3.644,49	34.598,32		430,83			
Santiago	U.A.D.	450.130,62	4.848,72			5.479,54	46.396,09		711,82			
TOTAL	U.D.	490.241,88	4.850,16			1.200,01	16.657,18		104,60	25.534,01		
O Grove	U.A.D.	195.882,26	648,59	398,45	217,00	2.968,32	18.485,66		1.905,00			535,16
TOTAL	U.A.D.	195.882,26	648,59	398,45	217,00	2.968,32	18.485,66		1.905,00			535,16
Pontevedra	U.A.D. + U.D.	383.827,74	3.390,07			15.987,74						607,08
TOTAL	U.A.D. + U.D.	383.827,74	3.390,07			15.987,74						607,08
Total Concellos	U.A.D.	2.971.753,80	114.586,23	684,51	1.168,03	42.948,45	534.773,99	158,96	4.771,80	59.225,01		4.558,43
Pontevedra	U.D.	429.324,88	1.224,7	280,07	77,60	6.524,38	112.537,75		498,99	21.343,97	177,94	
TOTAL	U.A.D. + U.D.	383.827,74	3.390,07			15.987,74						607,08

Fonte: memorias económicas de concellos e asociacións. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

Táboa 6. Área de Prevención, Reinserción e Coordinación. Desagregación do gasto por asociación segundo memoria económica. Ano 2003.

ASOCIACIÓN	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	XERAIS	INVESTIMENTO	FINANCEIRO	OUTROS GASTOS (PROGRAMAS)	TOTAL ASOCIACIÓN
ABEIRO OURENSE	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
ABEIRO ÁS PONTES	13.421,01		229,87	129,47		39,47		13.819,82
ALIADÉ	29.974,88		2.125,33	15.410,01		3.591,74		51.101,96
ANTONIO NOITE	56.999,11		4.485,41	15.805,65	6.257,17			83.547,34
ASFEDRO	779.530,07		32.667,11	112.701,25	49.815,29	43.640,44		1.018.354,16
ATOX	111.275,40		8.597,42	49.628,45		58,06	3.343,04	172.902,37
AVANTE	19.006,26		6.154,93	9.707,83	506,86	133,95		35.509,83
CASCO VELLO	12.678,76		145,03	1.038,50			20.481,92	34.344,21
CIMO	389.554,28		38.837,77	127.891,46	25.819,54	46.647,86		628.750,91
CONXUGA	127.061,63		14.571,43	30.639,99	11.585,67	1.731,00		185.589,72
CURRÍCULO VITAE	18.522,49	3.220,74	525,00	850,00			3.625,00	26.743,23
DISTRITO QUINTO	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
ÉRGUETE B. MIÑO	32.147,24		1.789,55	3.962,02	767,70	16,20	2.489,90	41.172,61
ÉRGUETE O GROVE	18.245,00		6.875,56	7.566,96	1.025,60	72,00		33.785,12
ÉRGUETE VIGO	138.327,57		1.977,21	15.127,28	89.090,61	16.261,60		260.784,27
FEGAD	5.642,48		933,00	3.822,17				10.397,65
MADRO	40.879,32	12.150,52	1.498,29	28.571,32		899,00		83.998,45
MONTEPORREIRO	11.675,00		1.250,00	3.950,00			12.000,00	28.875,00
NERIA	289.703,05		13.485,90	99.609,22		23.700,74	340.495,84	766.994,75
RENACER	46.478,33	773,93	2.240,59	3.037,31			1.810,10	54.340,26
REXURDIR MARÍN	69.486,23		5.056,50	14.106,67	750,81			89.400,21
REXURDIR PROVINCIAL	7.790,44		2.773,48	6.360,57	2.037,18			18.961,67
PLAN COMUNITARIO TEIS	27.864,08			35.786,82				63.650,90
PLAN COMUNITARIO vinche	50.787,21		551,22	10.948,03		13,01	17.740,01	80.039,48
TOTAL ASOCIACIÓN	2.397.424,00	16.145,19	149.231,05	608.799,03	192.466,43	136.805,07	401.985,81	3.902.856,58

Fonte: memorias económicas de concellos e asociacións. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

**Táboa 7. Área de Prevención, Reinserción e Coordinación. Desagregación do
gasto de asociacións por programas. Ano 2003.**

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PEOAL	DÉFICIT	MATERIAL	XERAIS	INVESTIMENTO	FINANCEIRO	OUTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
MEMORIA ABEIRO OURENSE	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
<i>Escola de país</i>			25,00	280,00				305,00
<i>Reinserción social</i>	52.200,00		565,00	7.625,00	4.810,00			65.200,00
Total Programa 2003	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
MEMORIA ABEIRO AS PONTES	13.421,01		229,87	129,47		39,47		13.819,82
<i>Apoio ou proceso terapéutico</i>	6.500,00		170,47	129,47				6.799,94
<i>Taller de saúde e de senvolvemento persoal</i>	845,00							845,00
<i>Escola de país e nais</i>	2.526,00							2.526,00
<i>Prevención escolar</i>	1.984,00							1.984,00
<i>Video e saúde</i>	662,00							662,00
<i>Taller de habilidades sociais</i>	839,54							839,54
Total Programa 2003	13.356,54		170,47	129,47				13.656,48
MEMORIA ALIAD	29.974,88		2.125,33	15.410,01		3.591,74		51.101,96
MEMORIA ANTONIO NOITE	56.999,11		4.485,41	15.805,65	6.257,17			83.547,34
Total Programa 2003	16.252,67		661,29	3.262,40				20.176,36
MEMORIA ASFEDRO	779.530,07		32.667,11	112.701,25	49.815,29	43.640,44		1.018.354,16
<i>Programa comunitario de Caranza</i>	70.214,44			6.660,40				76.874,84
<i>reversión comunitaria concellos com.</i>				22.104,78				22.104,78
Total Programa 2003	70.214,44			28.765,18				98.979,62
MEMORIA ATOX	111.275,40		8.597,42	49.628,45		58,06	3.343,04	172.902,37
Total programa at. xurídico-social e incorporación laboral de drogodependentes	17.542,44		2.065,36	7.908,09				27.515,89
MEMORIA AVANTE	19.006,26		6.154,93	9.707,83	506,86	133,95		35.509,83
<i>Prevención de drogodependencias</i>	11.913,57		4.027,17	5.256,86	506,86			21.704,46

(Continúa pág. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	XERAIIS	INVESTIMENTO	FINANCEIRO	OUTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
<i>Incorporación socio-laboral grupos de risco</i>	6.703,67		2.115,96	3.114,56				11.934,19
Total Programa 2003	18.617,24		6.143,13	8.371,42	506,86			33.638,65
MEMORIA CASCO VELLO	12.678,76		145,03	1.038,50			20.481,92	34.344,21
Total Programa 2003	12.678,76							12.678,76
MEMORIA CIMO	389.554,28		38.837,77	127.891,46	25.819,54	46.647,86		628.750,91
Total Programa 2003	20.429,56		149,52					20.579,08
MEMORIA CONXUGA	127.061,63		14.571,43	30.639,99	11.585,67	1.731,00		185.589,72
Total Programa 2003	7.122,45		1.334,43				2.114,60	10.571,48
MEMORIA CURRÍCULO VITAE	18.522,49	3.220,74	525,00	850,00			3.625,00	26.743,23
<i>Prevenção</i>			595,00	1.140,00				1.735,00
<i>Incorporación social</i>			870,00	1.020,00				1.890,00
Total Programa 2003			1.465,00	2.160,00				3.625,00
MEMORIA DISTRITO QUINTO	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
<i>Plan comunitario</i>	46.134,64		389,03	1.809,02				48.332,69
<i>Hábitos saudables</i>			76,53					76,53
<i>Encontros formativos para pais e nais</i>	1.038,72			101,72				1.140,44
<i>Dinamización social</i>			1.168,00	238,63				1.406,63
<i>Intervención con rapaces</i>	1.000,80		236,89	2.093,68				3.331,37
Total Programa 2003	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
MEMORIA ÉRGUETE B. MIÑO	32.147,24		1.789,55	3.962,02	767,70	16,20	2.489,90	41.172,61
Total Programa 2003	17.150,94		1.024,95	1.230,71			2.489,90	21.896,50
MEMORIA ÉRGUETE O GROVE	18.245,00		6.875,56	7.566,96	1.025,60	72,00		33.785,12
Total Programa 2003	12.909,78		1.306,07	1.556,28				15.772,13
MEMORIA ÉRGUETE VIGO	138.327,57		1.977,21	15.127,28	89.090,61	16.261,60		260.784,27
Total Programa 2003	138.287,78		1.055,46	15.349,02				154.692,26

(Continúa páx. seguinte)

(Ven da pág. anterior)

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	XERVAIS	INVESTIMENTO	FINANCEIRO	OUTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
MEMORIA FEGAD	5.642,48		933,00	3.822,17				10.397,65
MEMORIA MADRO	40.879,32	12.150,52	1.498,29	28.571,32		899,00		83.998,45
<i>Asesoramento, información e atención a drogodependentes</i>	4.763,26			1.099,31				5.862,57
<i>Apoio e asesoramento ou preso</i>	4.489,11							4.489,11
<i>Escola de pais e nais</i>	3.831,16		249,99					4.081,15
<i>Grupo de autoapoio de pais e nais</i>	4.489,11		352,18	2.238,34				7.079,63
Total Programa 2003	17.572,64		602,17	3.337,65				21.512,46
MEMORIA MONTEPORREIRO	11.675,00		1.250,00	3.950,00			12.000,00	28.875,00
MEMORIA NERIA	289.703,05		13.485,90	99.609,22		23.700,74	340.495,84	766.994,75
Total Programa 2003	59.827,72		2.646,65	9.843,70			7.997,99	80.316,06
MEMORIA RENACER	46.478,33	773,93	2.240,59	3.037,31			1.810,10	54.340,26
<i>Formac.-Inform./Programa preventivo escolar</i>	22.616,98						1.810,10	24.427,08
<i>Escola de pais</i>	1.736,65		378,47					2.115,12
<i>Atención xurídico-social ao drogodependente</i>	11.131,35							11.131,35
Total Programa 2003	35.484,98		378,47				1.810,10	37.673,55
MEMORIA REXURDIR MARIN	69.486,23		5.056,50	14.106,67	750,81			89.400,21
Total Programa 2003	45.304,33		1.562,80	7.095,99	573,27			54.536,39
MEMORIA REXURDIR PROVINCIAL	7.790,44		2.773,48	6.360,57	2.037,18			18.961,67
Total Programa 2003	7.790,44		1.571,46	6.360,57	2.037,18			17.759,65
MEMORIA PLAN COMUNITARIO TEIS	27.864,08			35.786,82				63.650,90
Total Programa 2003	19.085,65			552,32				19.637,97
MEMORIA PLAN COMUNITARIO VITE	50.787,21		551,22	10.948,03		13,01	17.740,01	80.039,48
TOTAL PROGRAMAS	630.002,52		24.597,68	108.070,85	7.927,31		14.412,59	785.010,95
TOTAL MEMORIAS	2.397.424,00	16.145,19	149.231,05	608.799,03	192.466,43	136.805,07	401.985,81	3.902.856,58

Fonte: memorias económicas de concellos e asociacións. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

**Táboa 8. Área de Prevención, Reinserción e Coordinación.
Desagregación do gasto de concellos por programas. Ano 2003.**

Concello/Programa	Poboación destinataria	Orzamento total
O Barco		
Total programas O Barco 2003/2004	2.852	
Betanzos		
Total programas Betanzos 2003/2004	9.857	23.754
Boqueixón		
<i>Prevención ámbito escolar</i>	1.218	14.250
<i>Información/Sensibilización</i>	464	16.609
Total programas Boqueixón 2003/2004	1.682	30.859
Burela		
<i>Ámbito escolar</i>	4.100	8.848
<i>Colectivos mozos/rapaces</i>	190	4.587
<i>Ámbito familiar</i>	90	4.077
<i>Ámbito información/Formación</i>	30	3.950
<i>Ámbito estudos/Investigación</i>	100	3.938
<i>Ámbito comunitario</i>	325	6.318
<i>Ámbito formativo/laboral</i>	68	4.134
Total programas Burela 2003/2004	4.903	35.853
Cangas		
<i>Programa escolar</i>	4.100	29.205
<i>Información/Sensibilización</i>	3.000	29.205
<i>Programa familiar</i>	80	29.205
Total programas Cangas 2003/2004	7.180	87.615
Mancomunidade do Carballiño		
Total programas O Carballiño 2003/2004	7.222	33.632
Carballo		
<i>Información/formación</i>	10.600	6.135
<i>Ámbito familiar</i>	3.271	11.403
<i>Ámbito reinserción</i>	1.710	6.781
<i>Programa rapaces en idade de risco</i>	11.000	11.941
<i>Ámbito laboral</i>	384	3.489
<i>Ámbito escolar</i>	3.687	9.688

(Continúa pág. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Concello/Programa	Poboación destinataria	Orzamento total
Total programas Carballo 2003/2004	30.652	49.436
Catoira		
Total programas Catoira 2003/2004	3.942	47.593
A Coruña		
Prevenção escolar	5.238	10.904
Prevenção comunitaria	20	15.308
Total programas A Coruña 2003/2004	5.258	26.213
Culleredo		
Total programas Culleredo 2003/2004	3.132	21.467
A Estrada		
Programas 2003/2004	2.795	8.965
Prevenção ámbito familiar e exconsumidores	33	8.965
Total programas A Estrada 2003/2004	2.828	17.930
Fene		
Total programas Fene 2003/2004	3.800	37.834
Ferrol		
Información, orientación, asesoramento e sensibilización	5.913	35.653
Educación en valores	1.927	31.345
Prevenção consumo de drogas na escola	4.635	11.998
Total programas Ferrol 2003/2004	12.475	78.996
O Grove		
Prevenção escolar	1.484	23.323
Prevenção familiar	205	4.116
Total programas O Grove 2003/2004	1.689	27.439
Lugo		
Total programas Lugo 2003/2004	7.234	44.206
Marín		
Programas 2003/2004	15.000	1.172
Ámbito escolar	520	4.859
Rehabilitación e inserción social	15	7.200
Total programas Marín 2003/2004	15.535	13.231

(Continúa páx. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Concello/Programa	Poboación destinataria	Orzamento total
Monforte		
<i>A experiencia de educar para a saúde na escola</i>	3.963	2.800
<i>CINENSINO 03-04</i>	236	2.417
<i>Redución de danos producidos polo tabaco nas empresas</i>	666	600
<i>Prevenición e intervención con adolescentes</i>	40	700
<i>Se eu digo, tabaco, alcohol ... ¿Ti que imaxinas?</i>	193	1.200
<i>Tabaco non, tabaco si</i>	41	1.000
<i>Prevenición = saúde</i>	256	900
<i>Programa comunitario de prevención de drogas</i>	1.250	2.500
<i>¿Dubidas?Pregunta e infórmate</i>	621	4.000
<i>Mocidade e alcohol</i>	19	1.200
<i>O ocio como espazo de prevención</i>	223	2.800
Total programas Monforte 2003/2004	7.508	20.117
Noia		
<i>Información/ formación</i>	8.095	1.865
<i>Prevenición do consumo de drogas na escola</i>	2.561	2.092
<i>CINENSINO 03-04</i>	443	630
<i>Escola de pais e nais</i>	80	2.571
<i>Prevenición xuvenil do VIH-SIDA</i>	92	504
<i>Obradoiro de habilidades sociais e prevención do consumo de tabaco e alcohol na educación primaria obrigatoria</i>	69	1.563
<i>Obradoiro de prevención do consumo indebido de drogas e habilidades sociais na ESO</i>	492	3.453
<i>Prevenición selectiva con menores de 3.º e 4.º da ESO en situación de risco</i>	531	3.907
Total programas Noia 2003/2004	12.363	16.584
Ourense		
<i>Escola de pais e nais</i>	820	23.207
<i>Cinema e saúde</i>	3.426	13.590
<i>Prevenición do VIH/SIDA en usuari@s de drogas por vía parenteral e persoas que exercen a prostitución</i>	186	6.010
<i>A experiencia de educar para a saúde na escola</i>	1.582	450
<i>Deshabitación tabáquica</i>	69	7.382

(Continúa páx. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Concello/Programa	Poboación destinataria	Orzamento total
<i>Deshabitación tabáquica</i>	69	7.382
<i>Apoio a moz@s de alto risco "Besbello"</i>	20	3.000
<i>Prevenición do abuso do alcohol</i>	Sen determinar	37.602
<i>O valor dun conto</i>	1.224	5.276
<i>Campañas</i>	80.000	6.400
<i>CINENSINO 03-04</i>	889	13.152
<i>Publicacións</i>	4.221	24.972
<i>A familia hoxe: os pais nunha sociedade en evolución</i>	180	6.500
Total programas Ourense 2003/2004	92.617	147.541
Ribadeo		
<i>CINENSINO 03-04</i>	239	500
<i>Pais informados</i>	90	-
<i>Xornadas sobre drogodependencias</i>	78	3.000
<i>Prevenición consumo de drogas na escola</i>	1.602	-
Total programas Ribadeo 2003/2004	2.009	3.500
Ribeira		
Total programas Ribeira 2003/2004	15.300	42.817
Santiago		
<i>Prevenición escolar</i>	8.169	56.481
<i>Prevenición familiar</i>	260	3.531
<i>Prevenición comunitaria</i>	11.120	13.693
Total programas Santiago 2003/2004	19.549	73.705
Sanxenxo		
<i>Prevenición na escola</i>	2.511	16.640
<i>Prevenición na familia</i>	4.000	3.341
<i>Información/Información</i>	5.000	35.873
<i>Inserción laboral</i>	60	28.814
Total programas Sanxenxo 2003/2004	11.571	84.668
Tui		
Total programas Tui 2003/2004	17.182	16.227

(Continúa páx. seguinte)

(Ven da páx. anterior)

Concello/Programa	Poboación destinataria	Orzamento total
Mancomunidade do Val Miñor		
Total programas Val Miñor 2003/2004	16.700	42.111
Mancomunidade de Verín		
Total programas Verín 2003/2004	3.895	12.356
Vilagarcía de Arousa		
Prevenção de drogodependencias na escola	7.495	31.853
Prevenção do VIH/SIDA: "Obradoiros de sexo seguro"	785	9.257
Prevenção do uso/abuso de alcohol	1.298	5.644
Prevenção de drogodependencias na familia	914	5.445
Información e sensibilización	2.199	5.037
Formación en prevención de drogodependencias	20	4.764
Total programas Vilagarcía de Arousa 2003/2004	12.711	62.000
Vigo		
Xornadas do Plan local sobre drogas e outras adicións en Vigo	450	11.918
Prevenção do consumo de drogas na escola	8.978	7.000
CINENSINO 03-04	2.106	2.092
E ti ¿de que vas?	1.570	64.709
Prevenção con rapaces xitanos	41	24.900
Creative	2.000	30.000
Outreach, centro de redución de danos	336	48.000
Oficina técnica do Plan local sobre drogodependencias e outras adicións en Vigo	30	11.975
Total programas Vigo 2003/2004	15.511	200.594
Vilalba		
Prevenção Área Educativa	1.632	1.962
CINENSINO 03-04	460	7.847
Prevenção xuvenil	60	1.863
Prevenção Área Familiar	58	6.032
Total programas Vilalba 2003/2004	2.210	17.704
Total concellos	407.333	1.551.507

Fonte: memorias económicas de concellos e asociacións. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

ANEXO II: MODELO DE CAPITAL HUMANO

Seguindo o modelo formulado por Grossman (Grossman, 1972, 2000), temos unha función de utilidade intertemporal dun consumidor típico:

$$U = U(\phi_t H_t, Z_t), \quad t = 0, 1, 2, \dots, n. \quad (1)$$

Onde H_t é o *stock* de saúde á idade t ou no período t , t é o *fluxo de servizos por unidade de stock*, $h_t = \phi_t H_t$ é o *consumo total de servizos de saúde* e Z_t é o *consumo doutros bens*. O *stock* de saúde inicial H_0 está dado, aínda que o *stock* de saúde en calquera outro período é endóxeno. O problema de decisión estriba na elección, para a cantidade de tempo de vida restante, de senllas temporais para a saúde (capital humano), así como para o consumo de bens e servizos dun xeito óptimo. Suponse que o momento en que se remata a vida é determinado endoxenamente e alcánzase cando o *stock* de saúde é igual a (ou cae por debaixo de) un nivel mínimo. O individuo decide a combinación óptima do número de anos e o consumo de bens, tal que maximice a súa utilidade total. A morte acontece cando $H_t \leq H_{min}$.

O cambio no *stock* de saúde ao longo do tempo vén dado pola diferenza entre o investimento bruto de cada período menos a depreciación do *stock* de saúde existente:

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta_t H_t. \quad (2)$$

Onde I_t é o investimento bruto e δ_t é a taxa de depreciación durante o período t ($0 < \delta_t < 1$). As taxas de depreciación son esóxenas pero dependen da idade. Os consumidores producen investimento bruto en saúde e outros bens de acordo ás seguintes funcións de produción domésticas:

$$I_t = I_t(M_t, TH_t, E), \quad (3)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t, E), \quad (4)$$

M_t é un vector de inputs dispoñible no mercado e que contribúe ao investimento en saúde; X_t é un vector similar de inputs que contribúe á produción de Z_t , T_t é o *tempo dedicado a producir saúde* e E é o *stock*

de capital humano do individuo excluída a saúde. Este último *stock* suponse esóxeno ou predeterminado. Supoñemos que un aumento no capital humano aumenta a produtividade, tanto a laboral como a doméstica. Tamén asumimos que todas as funcións de produción son homoxéneas e lineais no mercado de bens.

Tanto os bens do mercado como o tempo son recursos escasos. A restrición orzamentaria dos bens iguala o valor presente do consumo de bens co valor presente dos ingresos ao longo do ciclo vital máis a riqueza inicial (descontada):

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t T W_t}{(1+r)^t} = A_0 \quad (5)$$

P_t e Q_t son os prezos de M_t e X_t , W_t é o salario hora, $T W_t$ son as horas traballadas, A_0 son os activos iniciais e r é o tipo de interese do mercado.

En cada período, por definición, a restrición temporal total (Ω) debe ser satisfeita por todos os seus posibles usos:

$$\Omega = T W_t + T H_t + T_t + T L_t \quad (6)$$

onde $T L_t$ é o tempo perdido en actividades de mercado e domésticas debidas a enfermidades ou malos estados de saúde. Supoñemos que este tempo de enfermidade está inversamente correlacionado co *stock* de saúde, isto é, $\delta T L_t \rho \delta H_t < 0$. Se Ω é medido en horas ($W = 8760$ horas/ano, é dicir, 365 días/ano por 24 horas/día) e sef_t é definida como a cantidade de tempo sen enfermidade por unidade de H_t , h_t iguala o número total de horas saudables ou horas sen enfermidade nun ano dado. É dicir,

$$\Omega = h_t + T L_t \quad (7)$$

Se substituímos as horas de traballo (TW_t) da ecuación (6) na ecuación (5), obtemos unha única restrición:

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t + W_t(TL_t + TH_t T_t)}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t \Omega_t}{(1+r)^t} = A_0 \quad (8)$$

A riqueza total (lado dereito da ecuación) (8) iguala os activos iniciais máis o valor descontado das ganancias que un individuo obtería se pasase todo o seu tempo traballando. Parte desta riqueza é gastada no mercado de bens, parte na produción doméstica e parte pérdese debido a enfermidades. As cantidades de equilibrio de H_t e Z_t poden ser obtidas a partir da maximización da ecuación (1) suxeita ás restricións dadas polas ecuacións (2), (3) e (8). Dado que o *stock* inicial de saúde e a taxa de depreciación están dados, o investimento bruto óptima determina as cantidades óptimas de saúde.

Condições de equilibrio

As condicións de primeira orde para o investimento bruto no período $t-1$ son:

$$\begin{aligned} \frac{\pi_{t-1}}{(1+r)^{t-1}} &= \frac{W_t G_t}{(1+r)} + \frac{(1-\delta_t)W_{t+1}G_{t+1}}{(1+r)^{t-1}} + \dots + \frac{(1-\delta_t)\dots(1-\delta_{n-1})W_n G_n}{(1+r)^n} \\ &+ \frac{Uh_t}{\lambda} G_t + \dots + (1-\delta_t)\dots(1-\delta_{n-1}) \frac{Uh_n}{\lambda} G_n \end{aligned} \quad (9)$$

$$\frac{P_{t-1}}{\delta l_{t-1} / \delta M_{t-1}} = \frac{W_{t-1}}{\delta l_{t-1} / \delta TH_{t-1}} \quad (10)$$

$Uh_t = \partial \delta U / \partial \delta H_t$ é a utilidade marxinal do tempo saudable; λ é a utilidade marxinal da riqueza; $G_t = \partial \delta h_t / \partial \delta H_t = -(\partial \delta TL_t / \partial \delta H_t)$, é o produto marxinal do *stock* de saúde na produción de tempo sen enfermidade; e π_{t-1} é o custo marxinal do investimento bruto en saúde no período $t-1$.

¹³ Isto xa o facemos en certo sentido ao tratar o tema dos cuidados informais. Para aqueles lectores interesados é un modelo de capital humano e saúde que adopta como unidade de análise a familia en vez do individuo, poden acudir a Jacobson (2000). Para ver unha adaptación do modelo onde se incorpora incerteza, véxase o traballo de Selden (1993).

A ecuación (9) establece que o valor presente do custo marginal do investimento bruto en saúde no período $t-1$ debe ser igual ao valor presente do beneficio marginal. Os beneficios marginais descontados en t son iguais a:

$$G_t \frac{W_t}{(1+r)^t} + \frac{U_{h_t}}{\lambda}, \quad (11)$$

onde G é o produto marginal da saúde (capital), isto é, o incremento na cantidade de tempo sen enfermidade causada polo aumento nunha unidade do *stock* de saúde. O salario-hora descontado mide o valor monetario dun incremento nunha unidade da cantidade de tempo dispoñible para actividades de mercado e domésticas, mentres que o termo (U_{h_t}/λ) mide o valor monetario descontado dun incremento na utilidade debido ao aumento nunha unidade de tempo sen enfermidade.

Polo tanto, na ecuación 11 podemos ver como este modelo de capital humano non reduce o valor da saúde ao salario obtido no mercado de traballo nin ao salario sombra da produción doméstica. Iso faise aínda máis evidente se temos en conta que cambios na saúde dun individuo pode xerar externalidades noutros membros da sociedade. Polo tanto, se ampliamos a nosa análise máis alá do ámbito individual veríase reforzada a idea de que nos modelos de capital humano non se valora un cambio negativo (ou positivo) no estado de saúde dunha persoa exclusivamente como o salario perdido (ou gañado).¹³

CUANTIFICACIÓN
DE LOS COSTES
SOCIALES DEL CONSUMO
DE DROGAS
ILEGALES EN LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE GALICIA

AUTORES:

BERTA RIVERA CASTIÑEIRA
UNIVERSIDADE DA CORUÑA
(DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA)

JUAN OLIVA MORENO
UNIVERSIDADE CARLOS III DE MADRID
(DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA)

El estudio de los costes, tanto económicos como sociales, que genera la enfermedad en la sociedad, siempre constituyó un tema difícil de abordar. Por esto, el reto planteado en esta investigación, con los resultados que se muestran a continuación, tiene más mérito. No olvidemos que se trata del primer estudio de estas características que se realiza en Galicia.

En esta publicación intenta hacerse un acercamiento cuantificado a los costes sociales generados por el consumo de drogas ilegales en Galicia. Es decir, traducir en cifras los gastos que esta enfermedad origina en la sociedad gallega. Lo novedoso de este acercamiento es que no se abordarán solamente aspectos sanitarios sino también sociales. El objetivo es que estos últimos costes dejen de ser “invisibles” (término empleado en el ámbito de la sociología para destacar el hecho de que difícilmente queda constancia documental de ellos).

Por otra parte, no se abordan solamente los costes directos como, por ejemplo, el coste de tratamiento de un drogodependiente en un centro especializado, sino también los indirectos, más difíciles de cuantificar, relativos a aspectos como la pérdida de productividad laboral.

Aunque este tipo de investigaciones recibieron críticas acerca de la relevancia de la estimación de los costes totales de una enfermedad, se considera que, en todo caso, aportan una valiosísima información, de mucha utilidad para dimensionar adecuadamente un problema de salud y asignar las prioridades de intervención.

Espero que este estudio aporte a los profesionales sanitarios un mayor y más completo conocimiento sobre los costes reales de una enfermedad como la drogodependencia y estimule la investigación en esta línea con respecto a los demás problemas de salud.

M^a José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

1. INTRODUCCIÓN	103
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA RELEVANTE SOBRE EL TEMA	109
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	117
4. METODOLOGÍA	121
4.1. Metodología general	123
4.2. Partidas de costes considerados.....	124
4.3. Población de referencia	126
5. RESULTADOS	133
5.1. Costes directos.....	135
5.1.1. Costes sanitarios de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas ilegales. Costes hospitalarios	135
5.1.2. Costes no hospitalarios del VIH/SIDA	142
5.1.3. Recursos específicos para la atención a los drogodependientes	144
5.1.4. Costes directos no sanitarios	147
5.2. Costes indirectos	149
5.2.1. Mortalidad prematura	149
5.2.2. Productividad reducida	157
5.3. Costes totales	160
6. CONCLUSIONES	163
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
8. ANEXOS	173
Anexo I	175
Anexo II.....	189

I. INTRODUCCIÓN

La adicción a sustancias ilegales representa una fuerte carga para consumidores y sociedad. Por ello, la estimación de los costes económicos provocados por las adicciones a sustancias ilegales no puede sino representar un acercamiento parcial a dicha carga. Sin embargo, además de los costes puramente económicos, las drogas también ocasionan costes sociales, cuantificables en mayor o menor medida. Así, podemos hablar de mortalidad prematura, pérdidas de productividad o empleo, mayor probabilidad de cometer actos delictivos o costes intangibles como el dolor o el sufrimiento ocasionado por el abuso de estas sustancias. Contemplar los efectos de las enfermedades sin tener en cuenta este tipo de costes supone una grave infravaloración de su impacto.

Obviamente, los estudios de coste de enfermedad no se hallan exentos de críticas. Las más relevantes se pueden resumir en tres argumentos:

- 1** Lo que importa no es el coste total de la enfermedad, sino lo que se puede hacer para mitigarla o evitarla y los recursos necesarios para ello.
- 2** La estimación de los costes totales de una enfermedad es útil como medida de los beneficios de programas de prevención y tratamiento sólo si las intervenciones son capaces de prevenir o erradicar la enfermedad (análisis marginal).
- 3** El hecho de que los costes de una enfermedad sean mayores que los de otras, no implica que los beneficios vayan a ser mayores destinando más recursos a la primera.

Si bien es cierto que los recursos no deberían asignarse en función del impacto de una determinada enfermedad, sino allí donde mayores beneficios en términos de salud produzca su empleo, los estudios de costes permiten en muchos casos presentar la verdadera dimensión de un problema de salud, aportan información valiosa para la sociedad y los decisores sobre la importancia relativa y absoluta de dicha enfermedad y, por tanto, contribuyen a la correcta ordenación de las prioridades. Así, la utilidad de un estudio de costes consiste en cuantificar el impacto económico de una enfermedad, mediante la contabilización de la carga

social que imponen la mortalidad y la morbilidad por ella generadas y de los recursos, sanitarios o no, utilizados para sobrellevarla.

La economía se ha aproximado al consumo de sustancias nocivas para la salud, fueran ilegales o no, mediante dos vías (Rodríguez Cabrero, 1990):

- a) El análisis institucional. Mediante el cual se realiza un análisis de los mercados, sean drogas legales, como en la mayoría de los países industrializados son tabaco y alcohol, sean ilegales. En esta aproximación se estudiarían determinantes de la demanda, así como condicionantes de la oferta, incluyendo la intervención de los poderes públicos.
- b) La evaluación microeconómica de los costes generados por el consumo de estas sustancias y la evaluación de la efectividad, en primer término, y la eficiencia, en último término, de medidas concretas y políticas y programas dirigidas a reducir el impacto del consumo de las drogas (análisis coste-beneficio y análisis coste-efectividad).

En cualquier caso, dos elementos parecen ser comunes a tales aproximaciones. La primera es la toma de conciencia de que el estudio de este tipo de mercados deben abordarse desde una perspectiva multidisciplinar. Así, dentro de la ciencia económica, las diferentes visiones que pueden aportar tanto la economía de la salud como la economía laboral, la economía de las organizaciones o una rama reciente que podríamos denominar como economía del delito o del crimen pueden complementarse a la hora de estudiar estos mercados. Por otra parte, el reducir el estudio empleando únicamente herramientas económicas sin recurrir a otras disciplinas como son el derecho, la sociología, la medicina o la farmacología, por citar sólo las más evidentes, pueden sesgar claramente el análisis. En segundo lugar, el análisis o estudio del consumo de las sustancias ilegales vendrá condicionado fuertemente por la falta de información existente sobre estos mercados y por el intento de ocultar dicha información por parte de un importante número de los agentes implicados (tanto desde el punto de vista de la oferta como desde el punto de vista de la demanda).

A continuación, se presenta la metodología y los resultados del análisis desarrollado para estimar el coste del consumo de drogas ilegales en Galicia. El estudio se organiza de la siguiente forma. En primer lugar,

se realiza una revisión de las aportaciones más relevantes al tema ofrecidas por la literatura. Posteriormente, se enmarcan los objetivos del estudio seguidos de la metodología general utilizada así como los diferentes tipos de costes considerados y la población de referencia. Se continúa con la presentación de los resultados obtenidos agrupados en función de las distintas categorías de costes que se incluyen en el análisis, para finalizar con las principales conclusiones.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA RELEVANTE SOBRE EL TEMA

2. Revisión de la literatura relevante sobre el tema

1 *En este caso se podría hablar más concretamente de estudios de coste de adicción.*

2 *"Core costs", literalmente.*

3 *Crime careers.*

4 *Los autores calcularon esta cifra en 97,700 millones de dólares pero Harwood revisó la cifra posteriormente (Harwood, 2000).*

Dentro del cuerpo de los estudios de coste de la enfermedad sobre sustancias ilegales, uno de los trabajos más interesantes de la literatura por su valor metodológico es el llevado a cabo por Rice et al. (1991).¹ Las autoras distinguen entre unas partidas de coste directamente relacionadas con el consumo de estas sustancias (hospitalizaciones, costes de tratamientos, programas de apoyo, costes indirectos derivados de hospitalizaciones y muertes prematuras,...) y otras partidas que guardan relación.² En este segundo grupo se encontrarían los gastos ocasionados al sistema policial, al judicial y al penitenciario, así como las pérdidas de productividad derivadas de las víctimas de delitos, encarcelación de los consumidores de estas sustancias y la pérdida de productividad que representa el desarrollar una carrera delictiva.³ El coste se estima en algo más de 43.000 millones de dólares para EEUU en el año 1985. El coste directo representó el 35% del coste total, siendo los costes indirectos el 65% restante. Dentro de los costes directos, el gasto sanitario representó un 12,3% del coste directo (un 4,4% del coste total), mientras que los gastos ocasionados al sistema policial, judicial y penitenciario suponen el 86% del coste directo (un 30,6% del coste total).

Otro trabajo de interés es el realizado en Australia en 1996 (Collins y Lapsley, 1996). En este caso, el mayor interés del trabajo es comparar los costes del consumo de sustancias perjudiciales para la salud, sean legales o no. Así, también se incluye en el estudio estimaciones de costes relacionados con el consumo del tabaco y del alcohol. Para el año 1992, los costes tangibles (directos e indirectos) de las tres partidas sumaban 11.289 millones de dólares, de los cuales un 31,3% correspondieron al consumo de alcohol, un 57,9% al consumo de tabaco y un 11,1% al consumo de drogas ilegales. Dentro de éstas últimas, 538 millones de dólares correspondieron a costes indirectos (el 43% del coste total generado por el consumo de drogas ilegales), 42,7 millones a costes sanitarios (el 3% del coste total) y 667 millones corresponden a otras partidas de coste (el 53% del coste total).

Empleando la misma metodología que Rice et al (1991), Harwood et al (1998) estiman que el coste total del abuso de drogas ilegales en EEUU en el año 1992 asciende a aproximadamente 102.200 millones de dóla-

res⁴. Los costes directos representan el 29% del coste total. El gasto sanitario es el 19,6% de los costes directos totales (el 5,7% del coste total), los costes directos relacionados con los delitos son el 65% de los costes directos totales (el 18,7% de los costes totales) y otros gastos representan el 15,7% de los costes directos (el 4,5% de los costes totales). Por su parte, los costes indirectos representan la mayor parte del coste total, el 71%. Por su parte, el coste estimado del abuso de alcohol se cifraba para el mismo periodo en 184.600 millones de dólares (Harwood et al, 1998).

En la misma línea, Fenoglio et al. (2003) estiman los costes sociales del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en Francia tomando como año de referencia 1997. El coste social de las drogas ilegales se cifró en 13.350 millones de francos ó un 0,16% del PIB, de los cuales, 6.099 millones (el 45,7%) se debieron a pérdidas de productividad, los costes sanitarios ascendieron a 1.524 millones de euros (el 11,4%) y 3.911 millones de euros (un 29,3%) fueron otros costes relacionados con otros costes relacionados la ley (encarcelamiento, costes judiciales, policiales, etc.). El resto hasta alcanzar el 100% fueron otras partidas menores. Hay que subrayar que, como en el trabajo australiano, el coste social estimado de las drogas ilegales fue notablemente inferior al del alcohol (115.421 millones de francos ó un 1,42% del PIB) y al del tabaco (89.257 millones de francos ó un 1,1% del PIB).

Xie et al (1998) estiman el coste social provocado por el uso de drogas ilegales en la provincia canadiense de Ontario en el año 1992. El coste estimado supera los 489 millones de dólares canadienses, de los cuales 292 (casi el 60%) son debido a costes indirectos. En el ámbito de los costes directos, se distingue entre costes sanitarios (39.2 millones), programas de reinserción laboral (1,32 millones), investigación y prevención (3,3 millones), costes administrativos por transferencias (0,54 millones), accidentes de vehículos (4,2 millones) y otros costes relacionados con el carácter delictivo de la venta y consumo de estas sustancias (prisión/correccionales; policías; gastos judiciales). Estos últimos suman casi 134 millones y representan el 68% de los costes directos y el 27% de los costes totales.

Uno de los trabajos más relevantes realizados en este campo fue el llevado a cabo por la Office of National Drug Control Policy (2001). En dicho trabajo se estudia el coste que el consumo de drogas ilegales provocó en EEUU entre los años 1992-1998 y se realiza una proyección para los años 1999 y 2000. Para el año 1998 el coste se estima en 143.400 millones de dólares, elevándose esta cifra a 160.700 millones de dólares para el año

2000. Por categorías de coste, las pérdidas de productividad suponen un 69% del coste, los costes sanitarios el 9% y el 22% restante se debió a otras partidas de costes directos no sanitarios.

Los autores siguen las líneas marcadas por los trabajos previos Harwood et al (1992) empleando la metodología de coste de la enfermedad propuesta por Rice (1990) y por Hodgson y Meimerns (1982). Además de la robustez metodológica del trabajo, los autores del informe dispusieron de buenas fuentes de información, lo cual les permite precisar con gran detalle sus estimaciones.

Dentro del coste sanitario, los autores del trabajo distinguen varias categorías: tratamientos basados en apoyo comunitario; tratamientos provistos a nivel federal (Departamento de Defensa, Oficina de Prisiones; Servicios de Salud Indio; Departamentos de Veteranos), programas de apoyo (programas de prevención federal; programas de prevención a nivel estatal y local; investigación en prevención y tratamiento;...); consecuencias médicas (costes hospitalarios y ambulatorios; costes asociados a enfermedades concretas: VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, enfermedades en niños expuestos a drogas; cuidados sanitarios a víctimas de delitos relacionados con drogas y gastos de aseguramiento sanitario).

Dentro de la partida de otros costes, destacan los costes privados de defensa legal, daños a propiedades de víctimas de delitos, protección policial, costes legales, encarcelamiento y actuaciones tendentes a reducir la oferta de drogas.

Por su parte, dentro de los costes indirectos o pérdidas de productividad se distingue entre costes indirectos asociados a muertes prematuras, asociados a enfermedades derivadas del consumo de drogas, relacionados con hospitalizaciones e ingresos de larga estancia, pérdidas de productividad de las víctimas de delitos, costes indirectos debidos a las encarcelaciones relacionadas con drogas y carreras delictivas.

Obviamente, muchas de las partidas señaladas guardan relación con el componente ilegal que presenta el consumo y la venta de dichas sustancias, así como de los delitos en los que incurren vendedores y compradores de éstas. En el informe se desglosan las partidas asociadas a delitos y se realiza un análisis paralelo. Dentro de la categoría de costes sanitarios se incluye la partida de cuidados sanitarios a víctimas de delitos relacionados con drogas. Dentro de la partida de costes indirectos se incluye las partidas de pérdidas de productividad de las víctimas de delitos y los cos-

tes indirectos debidos a las encarcelaciones relacionadas con drogas carreteras delictivas. Finalmente, dentro de la categoría de otros costes se incluye la mayor parte de éstos. Como resultado, los costes totales asociados a los delitos ascendieron en 1998 a 88.887 millones de dólares, es decir, más del 60% del total.

El trabajo de referencia en España es el García Altés et al (2002). Utilizando como año de referencia 1997, se distingue entre tres grandes grupos de costes directos: coste directo sanitario (ingresos hospitalarios, urgencias, cuidados de larga duración, atención primaria, medicamentos y transporte sanitario); otros costes directos no sanitarios (programas de prevención, educación y reinserción, administración); y costes relacionados con delitos. En relación con los costes indirectos se identifican aquellos asociados a muertes prematuras y a las estancias de los pacientes en hospitales generales y psiquiátricos. Los resultados indican un coste que oscila entre los 88.000 y los 134.300 millones de pesetas (de 467 a 707 millones de dólares). Aproximadamente, el 75,6% de los costes serían directos. Un 65,5% de los costes directos serían costes sanitarios (un 49,5% de los costes totales), siendo la partida más importante los medicamentos (un 46% del coste directo sanitario). Un 24,2% de los costes directos correspondería a costes relacionados con delitos (un 18% de los costes totales) y un 10,3% de los costes directos corresponde a costes directos no sanitarios (un 7,8% de los costes totales). Los costes indirectos representarían un 24,4%, si bien los autores señalan que este resultado estaría infraestimado debido a la falta de acceso a buenas fuentes de información. En este sentido, las pérdidas de productividad laboral distintas de las ocasionadas por la mortalidad prematura son relativamente pequeñas en comparación con los resultados del resto de estudios ya comentados.

Se puede comparar este resultado con el de otros trabajos realizados sobre el coste del abuso del alcohol y el tabaquismo en España. Así, el coste económico del alcohol se ha cifrado en unos 3.800 millones de euros anuales, incluyendo el gasto sanitario, las secuelas de accidentes, bajas laborales y enfermedades asociadas (Portella et al. 1998). Por su parte, sólo el efecto del tabaquismo sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (EPOC), el asma, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer de Pulmón y el bajo peso al nacer supone un coste sanitario cifrado entre 2.600 y 3.600 millones de euros (López Nicolás, 2001).

La Tabla 1 resume los resultados de los principales trabajos que existen sobre el tema, expresados en función del peso de cada partida. Dos aspec-

tos destacan sobre el resto. En primer lugar, el fuerte peso de los costes indirectos sobre el coste total. En los trabajos consultados este porcentaje varía entre el 43% (Collins y Lapsley, 1996) para el estudio australiano y el 71% de Harwood et al (1998) en uno de los estudios estadounidenses. El resto de los estudios se mueve en estas cifras, salvo el español de García Altés et al (2002), si bien los autores ya justifican la razón en los problemas existentes para estimar ciertas partidas de costes indirectos.

Uno de los trabajos más sólidos al respecto es el de la Office of National Drug Control Policy (2001), cifrando el peso de los costes indirectos en un 69% del coste total. El segundo aspecto destacado es el fuerte peso de los costes directos relacionados con delitos sobre los costes directos totales. Las cifras oscilan entre un 50% de los costes directos totales (Mark et al., 2001, para el caso del consumo de heroína) a un 86% (Rice et al., 1991). De nuevo, la excepción es el trabajo español (García Altés et al., 2002) por los problemas señalados. En el trabajo realizado por la Office of National Drug Control Policy (2001), el coste de esta partida supone el, 71% de los costes totales directos y un 22% del coste total. Ante el peso de los costes directos relacionados con delitos y los costes indirectos, el coste directo sanitario, si bien es de crucial importancia, representa una pequeña parte del coste social total estimado.

Tabla 1. Resumen de los trabajos más relevantes sobre costes ocasionados por el consumo de sustancias ilegales

Autor/ Año de estimación	Costes Totales y Directos	Coste sanitario	Costes directos relacionados con delitos ^a	Otros ^b	Costes directos total	Costes indirectos total	Costes totales
Rice et al (1991) EEUU	C. Directos	12,30%	86,34%	1,35%	100,00%		
Año Estimación: 1985	C. Totales	4,37%	30,64%	0,48%	35,49%	64,51%	100,00%
Collins y Lapsley (1996) Australia	C. Directos	6,02%	63,49%	30,49%	100,00%		
Año Estimación: 1992	C. Totales	3,42%	36,10%	17,34%	56,86%	43,14%	100,00%
Harwood et al. (1998) EEUU	C. Directos	19,56%	64,74%	15,70%	100,00%		
Año Estimación: 1992	C. Totales	5,66%	18,74%	4,54%	28,94%	71,06%	100,00%

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de pág. anterior)

Autor/ Año de estimación	Costes Totales y Directos	Coste sanitario	Costes directos relacionados con delitos ^a	Otros ^b	Costes directos total	Costes indirectos total	Costes totales
Xie et al (1998) Ontario Año Estimación: 1992	C. Directos	19,90%	68,02%	12,07%	100,00%		
	C. Totales	8,01%	27,37%	4,86%	40,24%	59,76%	100,00%
Office of National Drug Control Policy (2001) EEUU Año Estimación: 1998	C. Directos	24,75%	71,39%	3,86%	100,00%		
	C. Totales	7,76%	22,38%	1,21%	31,35%	68,67%	100,00%
Rehm J- Summary report (2001) Canadá Año Estimación: 1992	C. Directos	16,06%	73,06%	10,88%	100,00%		
	C. Totales	6,42%	29,20%	4,35%	39,96%	60,04%	100,00%
García Altés et al (2002) Cataluña Año Estimación: 1997	C. Directos	78,61%	16,37%	5,02%	100,00%		
	C. Totales	44,70%	9,31%	2,85%	56,85%	43,15%	100,00%
García Altés et al (2002) España Año Estimación: 1997	C. Directos	65,50%	24,20%	10,31%	100,00%		
	C. Totales	49,49%	18,28%	7,79%	75,57%	24,43%	100,00%
Mark et al (2001) EEUU (heroína) Año Estimación: 1996	C. Directos	48,65%	50,39%	0,96%	100,00%		
	C. Totales	23,04%	23,87%	0,45%	47,36%	52,64%	100,00%

Notas:

a Incluye costes legales, costes de encarcelamiento, costes policiales, destrucción de propiedad,...

b "Otros" incluye: programas de reinserción laboral, costes administrativos de transferencias; investigación, prevención y rehabilitación; accidentes de circulación,...

Fuente: elaboración propia

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3. Objetivos del estudio

El objeto general de este estudio es la cuantificación de los costes del consumo de drogas ilegales en la Comunidad Autónoma Gallega, así como del peso relativo de sus principales partidas, a partir de la información disponible para este fin. Para ello, nos basaremos en la identificación conceptual de los costes susceptibles de medición y su localización en las diferentes áreas de actuación. El estudio contemplará además de la perspectiva del sistema sanitario como gestor de recursos, una perspectiva social, por lo que un aspecto básico en el que se centra el presente trabajo es la existencia de otros costes distintos de los gastos sanitarios y que, a diferencia de éstos últimos, no tienen un reflejo directo en las Cuentas Nacionales. Desde el ámbito de la sociología estos costes han sido denominados “invisibles”, en el sentido de que difícilmente queda constancia documental de ellos (Durán, 2002). El objetivo planteado es hacer visibles una parte de éstos desde la óptica económica puesto que una asignación de recursos no puede ser óptima desde la perspectiva social si no tiene en cuenta todos los costes y efectos involucrados en ésta.

El consumo de ciertas sustancias legales, también de carácter adictivo y perjudiciales para la salud como son el tabaco y el abuso del alcohol no son objeto de análisis si bien se comentan resultados de otros estudios que analizan y comparan los costes que comportan estas dos conductas con el consumo de sustancias ilegales. En cualquier caso, la consideración social ante el consumo de las sustancias ilegales difiere de la que tienen el consumo de tabaco y alcohol, lo cual supone una carga añadida para los consumidores de aquellas, ante la situación de incurrir en actividades perseguidas por la ley y ver al tiempo como su conducta es rechazada por la sociedad.

4. METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1. Metodología General

A la hora de afrontar un estudio de coste de la enfermedad hay que tomar una decisión sobre el planteamiento del mismo. Así, es posible emplear dos metodologías bien diferenciadas:

Estudios de coste de la enfermedad planteados desde la óptica de la prevalencia. En este tipo de trabajos se estiman los costes que ocasionan todos los casos conocidos de una enfermedad o un problema de salud en un periodo dado, generalmente un año de referencia. Por tanto, se estudia el impacto económico relacionado con toda la población que padece el problema, tanto los soportados exclusivamente por ellos como los soportados por familiares, amigos y la sociedad.

Estudios de coste de la enfermedad planteados desde la óptica de la incidencia. Este tipo de trabajos intentan representar el coste de una enfermedad o un problema de salud a lo largo de todo el ciclo vital del paciente o de la enfermedad. Por ello, se suele trabajar con nuevos casos diagnosticados/identificados en un año base y calcular el coste de estos casos, tomando como referencia su ciclo vital.

La mayor parte de los estudios de coste de la enfermedad emplean el método de prevalencia debido a los mayores requerimientos en términos de información que precisa el método de incidencia. Así, en el método de incidencia se requeriría conocer el curso (probable) de un problema de salud, incluyendo su duración y la probabilidad de transición entre distintos estadios, tasas de supervivencia y costes, sanitarios o no, que se producirían a lo largo del citado curso. Ello también incluiría efectos sobre la productividad (laboral o no) de la persona que sufre el problema si deseamos incluir la partida de costes indirectos.

En el presente trabajo se decidió trabajar con el método de prevalencia por dos razones:

El método de prevalencia considera a toda la población consumidora de sustancias ilegales. Ello es coherente con el objetivo propuesto para el trabajo.

Partiendo de la naturaleza de la información disponible, los resultados son más robustos empleando el enfoque de prevalencia en vez del enfoque de incidencia.

La metodología utilizada, por tanto, se concreta en la identificación de los diferentes tipos de costes asociados a la adicción para, posteriormente, asignar un valor monetario a los mismos, lo que configuraría un análisis de coste de la enfermedad. Siguiendo la literatura previa en este tipo de estudios la hipótesis alternativa a la realización del coste sería la ausencia de adicción a este tipo de drogas. El ámbito territorial del estudio será la Comunidad Autónoma Gallega y el período temporal considerado el año el 2003.

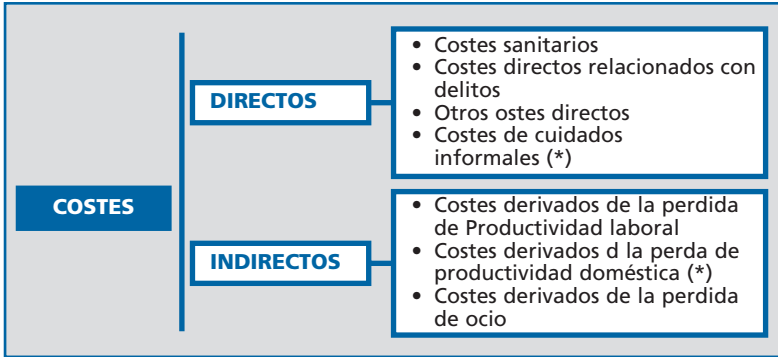
4.2. Partidas de Costes Considerados

A continuación, se detallan todas aquellas partidas que pueden ser consideradas como un coste desde el punto de vista de la sociedad. A este respecto, merece la pena destacar, tal y como veíamos en el resumen de los trabajos más relevantes realizados sobre el tema, que los costes sanitarios son sólo una partida más (y quizás no la más importante), en relación con el consumo de drogas ilegales. Obviamente, una partida de gran relevancia es el dolor y el sufrimiento de amigos, familias y de los propios usuarios de este tipo de sustancias. Este tipo de costes se conoce con el nombre de *"intangibles"*, y debido a la gran dificultad que extraña su estimación, no se aconseja intentar realizar una valoración monetaria de ellos. Sin embargo, sí deben ser mencionados explícitamente y tenida en cuenta su existencia por los decisores públicos.

En la Figura 1 se relacionan las partidas consideradas de costes directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos asociados al consumo de sustancias ilegales. Las Figuras 2 y 3 presentan, en mayor detalle, los costes asociados a cada una de las categorías. En cada caso se mencionan aquellas partidas que fue posible incluir en el estudio, quedando pendientes las restantes de un posterior análisis.

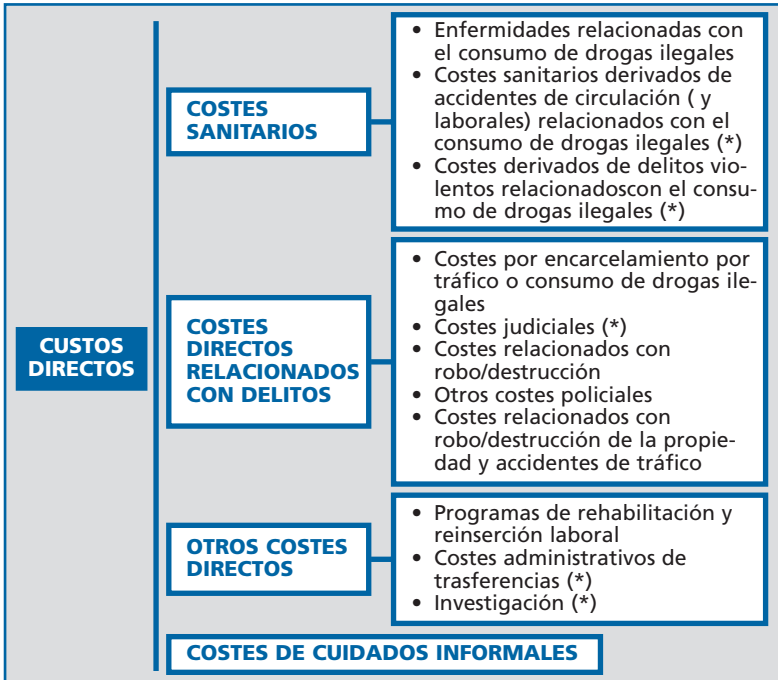
Nota: (*) No considerados

Figura 1. Diagrama de costes



Fuente: elaboración propia

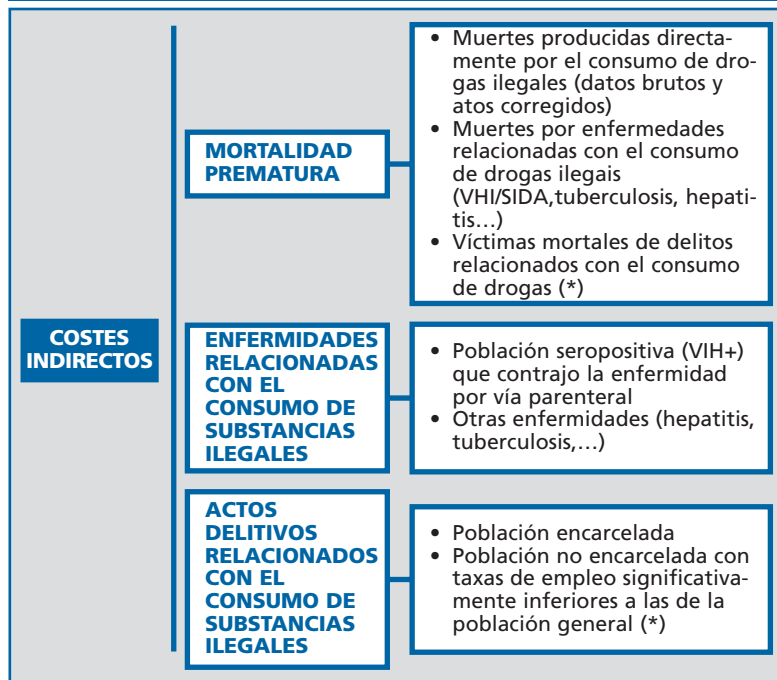
Figura 2. Diagrama de costes directos



Fuente: elaboración propia

Figura 3. Diagrama de costes indirectos

Nota: (*) No considerados



Fuente: elaboración propia

4.3. Población de Referencia

La población objeto de este estudio se refiere a usuarios de drogas ilegales que han utilizado los dispositivos integrados en la red gallega de atención a los drogodependientes. El sistema asistencial de Drogodependencias en Galicia abarca diferentes tipos de centros que ofrecen sus prestaciones de forma gratuita. Predomina la gestión pública a través de Ayuntamientos y del Servicio Galego de Saúde, aunque también existen servicios coordinados por ONGs. Funcionalmente todos estos servicios son dependientes y están gestionados a través del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. La red asistencial está formada por cuatro tipos de servicios especializados:

- La Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) puede considerarse el núcleo de la red al actuar como referencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. A partir de aquí el paciente es remitido a diferentes servicios como puede ser la atención primaria, especializada o a otros centros de la red de drogodependencias.
- Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) son dispositivos específicos de tratamiento cuyo objetivo es realizar la desintoxicación física de pacientes en régimen de internamiento hospitalario, cuando se considera que no procede una desintoxicación ambulatoria.
- La Unidad de Día (UD) es un centro de tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y de formación ocupacional y profesional situado en el medio urbano de tipo semiresidencial diurno.
- La Comunidad Terapéutica (CT), es un centro residencial que se sitúa en las afueras de las ciudades con similares funciones terapéuticas y ocupacionales que las Unidades de Día.

En el año 2003 un total de 41 centros formaban la red asistencial gallega, según se recoge en la Tabla 2, siendo la mayor parte Unidades Asistenciales. En el Anexo I se presenta, además la actividad y cobertura de los mismos a nivel provincial (Tablas 1 a 3).

Tabla 2. Área de asistencia, formación e investigación. Número de centros según titularidad y funcionalidad. Año 2003.

Carácter	Unidades Asistenciales	Centros de Día	Comunidades Terapéuticas	Otros	Total
Público	13	5	6	0	24
Privado/ Concertado	4	5	4	4	17
Total	17	10	10	4	41

Fuente: *Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.*

Durante el año 2003, se produjeron un total de 3.429 admisiones a tratamiento en los centros integrados en la red del Plan de Galicia sobre Drogas (PGD). Del total de admisiones 239 tuvieron como moti-

vo principal el alcohol (6,97%), 88 el tabaco (2,57%) y 32 ludopatías (0,93%), siendo las restantes (89,53%) debidas a drogas ilegales. La edad de inicio del consumo se sitúa entre los 14 y los 20 años, concentrándose alrededor de un 30% entre los 15 y los 19 años.⁵

Por lo que respecta a las características sociodemográficas de los pacientes admitidos a tratamiento se observa un predominio de los hombres frente a las mujeres, una gran mayoría de individuos solteros y sin hijos. Respecto al nivel de estudios la mayor parte tienen completados estudios de grado medio y su situación laboral se caracteriza por encontrarse parado aunque trabajó con anterioridad. Asimismo, la mayoría conviven con sus padres o familia de origen.

En cuanto al volumen asistencial del año 2003 abarca 10.923 pacientes de los cuales la mayor parte son hombres (9.095). Las principales características de los mismos se resumen en la Tabla 3.

Si consideramos las principales variables relacionadas con el acceso al tratamiento (Tabla 4) observamos que la mayor parte de la demanda se refiere a tratamiento con metadona (41%) y desintoxicación (23%). Asimismo, la mayor parte de los pacientes declaran haber acudido a realizar el tratamiento por iniciativa propia (50%). Las principales drogas consumidas son drogas ilegales, fundamentalmente la heroína (80%) seguida a gran distancia de la cocaína (7%). En conjunto, el consumo de drogas legales supone únicamente un 4% del total de causas de tratamiento. Por lo que respecta al VIH un 11%, aunque un importante porcentaje con resultado negativo no tiene fecha de análisis o ésta supera los 6 meses. Alrededor de un 7% padecen Hepatitis B, mientras que la Hepatitis C duplica estos valores, destacando un gran número de pacientes que desconoce el padecimiento tanto de uno u otro tipo de Hepatitis, situado en torno a un 70%.

⁵ Para una información en mayor detalle sobre diferentes indicadores consultar los Informes Generales de periodicidad anual del Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Tabla 3. Características sociodemográficas del volumen asistencial de pacientes por consumo de drogas. PGD. Año 2003

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA		PORCENTAJE
Sexo		
	Hombre	83,26
	Mujer	16,74
Edad media		30,04 años
Estado civil		
	Soltero	65,54
	Casado	19,52
	Separado/Divorciado	10,58
Nivel de estudios		
	Sin estudios o primaria incompleta	8,08
	Primaria	27,09
	Secundaria	56,73
	Universitaria	1,58
	Otros niveles o desconocido	6,52
Situación laboral		
	Con contrato laboral o autónomo	33,82
	Parado	40,34
	Otras y desconocido	25,84
Fuente de ingresos		
	Trabajo	35,21
	Ayudas y prestaciones	41,25
	Actividades marxgnales	12,36
	Otras y desconocido	11,18
Convivencia		
	Familia de origen	52,69
	Solo	8,38
	Con pareja e hijos	21,34
	Otras convivencias y desconocido	17,59
Con hijos		33,49
Pareja drogodependiente		16,66

Fuente: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas

**Tabla 4. Variables relacionadas con el acceso al tratamiento.
Volumen Asistencial 2003**

VARIABLES	ESTADÍSTICA	
Tratamiento previo	59,52 (Media tratamientos previos = 2,62)	
Demanda formulada		
Metadona	41,04	
Desintoxicación	23,28	
Psicoterapia	7,28	
Fuente de referencia		
Familiares/amigos	13,36	
Iniciativa propia	49,97	
Atención primaria	7,43	
Otros servicios de tratamiento de drog.	10,42	
ÁREA DE CONSUMO		
Droga consumida como:	Principal	Co-principal
Heroína, diamorfina	79,73	1,72
Cocaína	7,31	22,04
Cannabis	2,46	13,68
Tabaco	1,06	20,54
Heroína + Cocaína	1,28	0,66
Ninguna	-	19,26
Media años de consumo droga principal	10,66 años	
Edad media de inicio en el consumo droga principal	19,76 años	
Droga co-principal consumida últimos 30 días		
Tabaco	24,00	
Benzodiazepinas	6,85	
Cannabis	11,37	
Alcohol	10,11	
Ninguna	31,68	
Tiempo máximo sin consumir	19,30 meses de media	

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

ÁREA MÉDICA		
Prevalencia de enfermedades infecciosas		
Positivo por VIH/Enfermo de SIDA	11,64	
Hepatitis B	6,74	
Hepatitis C	14,61	
Tratamiento psiquiátrico	17,87	
Urgencias hospitalarias	26,62 (2,37 media de episodios)	
Media tratamientos previos	2,62 tratamientos	
Tabaco	24,00	
Benzodiazepinas	6,85	
Cannabis	11,37	
Alcohol	10,11	
Ningunha	31,68	
Tempo máximo sen consumir	19,30 meses de media	
Emerxencias hospitalarias	26,62 (2,37 media de episodios)	
Media tratamientos previos	2,62 tratamientos	
ÁREA JUDICIAL		
Delitos	45,59 (20,43 ano de media no primeiro)	
Antecedentes xudiciais (detencións)	55,26 (6,62 media de detencións)	
Ingresos en prisión	35,97 (3,08 veces de media)	
Media anos en prisión	3,24 anos	
Procesos	Pendientes	Cumpridos
Porcentaxe procesados	23,45	31,75
Media	1,90	3,53

Fuente: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

5. RESULTADOS

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con los distintos cálculos y estimaciones realizados para cada categoría de costes considerados. Asimismo, se describe la metodología específica empleada en cada caso, además de las fuentes utilizadas para la obtención de dichos datos.

5.1. Costes directos

5.1.1. Costes sanitarios de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas ilegales. Costes Hospitalarios.

Los usuarios de drogas ilegales tienen una serie de enfermedades relacionadas directamente con el consumo de estas sustancias y con la ausencia de consumo. Así, síndrome de abstinencia, dependencia a opioides, cocaína, cannabis, anfetaminas, etc., trastornos mentales inducidos por el consumo de estas drogas, delirios inducidos por las drogas, etc. Son algunas de estas enfermedades relacionadas directamente con el consumo de drogas. Una lista detallada proporcionada por el SERGAS se puede consultar a en la Tabla 5.

Además de aquellos ingresos hospitalarios directamente relacionados con el consumo de drogas ilegales, existen otras enfermedades directamente relacionadas con el consumo de estas sustancias.

En el caso de la Hepatitis C, la prevalencia de la infección por virus de la hepatitis C (VHC) es superior que la del VIH, en casi todos los países de la Unión Europea, con tasas entre usuarios de drogas de entre el 40% y el 90%. En España, la prevalencia de portadores de anticuerpos anti-VHC en el colectivo de usuarios de drogas ilegales es del 74%. La infección se cronifica en la mayoría de los casos (70% - 80%) pudiendo ocasionar considerables problemas de salud a largo plazo, como daño hepático severo y la muerte prematura, así como seguir siendo una fuente de infección potencial.

Tabla 5. Enfermedades directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales

Código Enfermedad	Diagnóstico de la enfermedad
292.0	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DROGAS
292.11	SINDROME DELIRANTE ORGANICO INDUCIDO POR DROGAS
292.12	ALUCINOSIS INDUCIDA POR DROGAS
292.2	INTOXICACION PATOLOGICA POR DROGA
292.81	DELIRIO INDUCIDO POR DROGAS
292.84	SINDROME AFECTIVO ORGANICO INDUCIDO POR DROGAS
292.89	OTRO TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO INDUCIDO POR DROGAS NCOC
292.9	TRASTORNO MENTAL INDUCIDO POR DROGAS Y NO ESPECIFICADO
304.00	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - NO ESPECIFICADA
304.01	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - CONTINUA
304.03	DEPENDENCIA DE OPIOIDES - EN VIAS DE REMISION
304.21	DEPENDENCIA DE COCAINA - CONTINUA
304.23	DEPENDENCIA DE COCAINA - EN VIAS DE REMISION
304.30	DEPENDENCIA DE CANNABIS - NEOM
304.31	DEPENDENCIA DE CANNABIS - CONTINUA
304.41	DEPENDENCIA DE ANFETAMINAS Y PSICOESTIMULANTES - CONTINUA
304.70	COMBINACION OPIOIDES/OTRA DROGA - NEOM
304.71	COMBINACION OPIOIDES/OTRA DROGA - CONTINUA
304.73	COMBINACION OPIOIDES/OTRA DROGA - EN VIAS DE REMISION
304.81	COMBINACION DE DROGAS/EXCLUSION OPIOIDES - CONTINUA
304.90	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM - NEOM
304.91	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM - CONTINUA
304.92	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM - EPISODICA
304.93	DEPENDENCIA DE DROGAS NEOM - EN REMISION
305.20	ABUSO DE CANNABIS - NEOM
305.21	ABUSO DE CANNABIS - CONTINUO
305.32	ABUSO DE ALUCINOGENOS - EPISODICO

(Continúa en la pág. siguiente)

Código Enfermedad	Diagnóstico de la enfermedad
305.60	ABUSO DE COCAINA - NEOM
305.61	ABUSO DE COCAINA - CONTINUO
305.62	ABUSO DE COCAINA - EPISODICO
305.90	OTRO ABUSO DE DROGAS, MIXTOS O NEOM - NEOM
305.91	OTRO ABUSO DE DROGAS, MIXTOS O NEOM - CONTINUO
648.31	DEPENDEN DROGA EMBA/PART/PUERP-PARIDA C/S PATOL ANTEPAR/PART
648.33	DEPENDENC DROGAS EMBA/PART/PUERP-COMPLICACION ANTEPARTO
760.72	NARCOTICOS MATERNOS-AFECTACION RN O FETO
779.5	SINDROME DE ABSTINENCA DE DROGAS RN
965.00	ENVENENAMIENTO POR OPIO (ALCALOIDES), NO ESPECIFICADO
965.01	ENVENENAMIENTO POR HEROINA
965.02	ENVENENAMIENTO POR METADONA
965.09	ENVENENAMIENTO POR OTROS OPIACEOS O NARCOTICOS RELACIONADOS
965.8	ENVENENAMIENTO POR OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETIICOS ESPECIF
968.5	ENVENENAMIENTO POR ANESTESICOS SUPERFICIE Y DE INFILTRACION
969.6	ENVENENAMIENTO POR PSICODISLEPTICOS (ALUCINOGENOS)
969.7	ENVENENAMIENTO POR PSICOESTIMULANTES
970.8	ENVENENAMIENTO POR OTROS ESTIMULANTES ESPECIFICADOS DEL SNC

Fuente: SERGAS (2004).

Por lo que respecta a la Hepatitis B, en la Unión Europea, entre el 20% y el 60% de los usuarios de drogas por vía parenteral tiene anticuerpos de la hepatitis B. De estos, parece que únicamente entre el 1% y el 30% correspondería a vacunaciones correctas. En la mayoría de los casos, la infección por VHB se resuelve espontáneamente, pero en una proporción de entre el 2% y el 8% en los adultos, y el 15% en los ado-

lescentes, puede dar lugar a una hepatitis crónica. Como la hepatitis B se transmite por vía parenteral, por vía sexual o de madre a hijo, estos portadores crónicos constituyen una fuente de posible contagio.

La Tuberculosis afecta con frecuencia a los consumidores de drogas, particularmente a los infectados por el VIH, erigiéndose en un problema de salud pública importante. En España, es escasa todavía la información disponible sobre la incidencia y las características de la tuberculosis con grupos específicos de alto riesgo, como los usuarios de drogas. En un estudio de 1999, en 13 Comunidades Autónomas, con una cobertura poblacional del 67%, se detectaba que, entre los casos de tuberculosis diagnosticados, el factor riesgo detectado con mayor frecuencia era el consumo de drogas en un 26,9% de los casos; de éstos, un 13,8% correspondería a usuarios por vía parenteral y un 11,6% tenía antecedentes de alcoholismo. Un 17,7% de los pacientes con tuberculosis estaban a su vez infectados por el VIH.

Obviamente, no pueden atribuirse todos los ingresos hospitalarios por VIH/SIDA, tuberculosis y hepatitis vírica al consumo de drogas ilegales. Por ello, se realizó una estimación sobre el porcentaje de defunciones atribuible de cada grupo a las drogas ilegales. Para el caso del VIH/SIDA se asume que entre un 50% y un 67% de las personas vivas infectadas por VIH adquirieron el virus por vía parenteral. La cota superior corresponde a los casos de SIDA en la población contagiada por vía parenteral frente al total de casos de SIDA. La cota inferior (una estimación conservadora) se establece a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (DG de Salud Pública y Consumo, Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA) sobre el porcentaje de personas vivas infectadas por VIH que adquirieron el virus por vía parenteral.

En el caso de la tuberculosis, hepatitis vírica se emplean las fracciones calculadas en un trabajo previo (García Altés et al. 2001, citando a: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 2000; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, comunicación personal, 2001; del Río et al. 2000). Así, se considera que un 8,2% de los ingresos hospitalarios por tuberculosis y un 9,42% de ingresos hospitalarios por hepatitis vírica son imputables al consumo de drogas.

Además de aquellos ingresos cuya causa principal es alguna de las causas señaladas con anterioridad, los usuarios habituales de drogas ile-

gales presentan una mayor prevalencia de otros trastornos de salud, tales como alteraciones en los hábitos nutricionales, síndrome de dependencia del alcohol, trastornos bucodentales, enfermedades mentales, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades cutáneas,... Partiendo de datos sobre diagnósticos secundarios relacionados con el consumo de drogas ilegales recogidos en el CMBD (salvo en el caso de tuberculosis, hepatitis y VIH/SIDA ya recogidos previamente), es posible identificar aquellos casos de comorbilidad en el ámbito hospitalario y estimar un porcentaje de la utilización de recursos hospitalarios imputable a su mayor riesgo (Dickey et al., 1996)

Otro tipo de enfermedades como las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) no se incluyen en las estimaciones. Aunque parece que existe una relación entre consumo de drogas ilegales y prácticas sexuales de riesgo, no es claro que los usuarios tengan una mayor probabilidad de incurrir en prácticas sexuales de riesgo sólo por el hecho de ser consumidores de este tipo de drogas o por sus hábitos de vida en general. Esta relación aún debe ser investigada para sacar conclusiones más claras al respecto.

En total se contabilizaron 2.070 episodios hospitalarios relacionados con el consumo de drogas ilegales a partir del dato del diagnóstico principal. Estos episodios se traducen 23.998 días de estancia hospitalaria.

Tabla 6. Episodios hospitalarios y días de estancia relacionados con el consumo de drogas ilegales (datos sin corregir)

Enfermedad	Episodios	Días de estancia
Tuberculosis	629	9.870
Hepatitis	584	2.588
VIH	519	8.010
Enfermedades directas	338	3.530
Total	2.070	23.998

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SERGAS

Una vez que se aplican los coeficientes señalados en la parte metodológica (se considera que entre un 50%-67% de los ingresos por VIH, un 8,2% de los ingresos hospitalarios por tuberculosis y un 9,42% de ingresos hospitalarios por hepatitis vírica son imputables al consumo de drogas), los episodios hospitalarios directamente relacionados con el consumo de drogas ilegales varían entre los 704 y 792, correspondiendo entre 8.588 y 9.950 días de estancia (véase Tabla 7).

El coste hospitalario anual estimado para los episodios hospitalarios directamente relacionados con el consumo de drogas ilegales (diagnóstico principal) oscila entre los 2.548.226 y los 3.041.332 euros. Actualmente, no se dispone de información sobre los episodios y días de estancia relacionados con la comorbilidad (diagnósticos secundarios).

Tabla 7. Episodios hospitalarios y días de estancia directamente relacionados con el consumo de drogas ilegales (datos corregidos).

Enfermedad	Episodios	Días de estancia
Tuberculosis (modificado)	52	809
Hepatitis (modificado)	55	244
VIH (modificado_1: 50%)	260	4.005
VIH (modificado_2: 67%)	348	5.367
Enfermedades directas	338	3.530
Total_1	704	8.588
Total_2	792	9.950

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SERGAS

Atención Primaria

Además de las estancias hospitalarias, las personas consumidoras de drogas ilegales son usuarios de los servicios sanitarios de la red de Atención Primaria (AP). Obviamente, no todas sus consultas tienen por qué estar relacionadas directamente con los problemas de salud causados por las drogas. De ahí que sea difícil la cuantificación de esta partida.

Un estudio realizado por la Fundació Jordi Gol i Gorina entre los años 1996 y 1997 reveló que en un 0,12% de las consultas realizadas a centros de AP tenían como motivo de consulta un diagnóstico relacionado con el consumo de drogas ilegales (citado en García Altés al et., 2002). Esta cifra coincide con la de un trabajo anterior realizado entre los años 1986-1990 (Bolívar et al., 1996).

Por tanto, disponiendo del número total de consultas a centros de AP en Galicia y partiendo de un coste unitario por visita, es posible realizar un cálculo aproximado de las consultas a AP relacionadas con el consumo de drogas ilegales.

Es importante reseñar que aunque el porcentaje de consultas relacionadas con el consumo de drogas ilegales parece irrelevante, el elevado número de consultas anuales a la red de AP hace que en términos absolutos suponga una partida de costes relevante.

Se aplicó el porcentaje ya señalado previamente de un 0,12% sobre el total de consultas de Atención Primaria realizadas en Galicia en el año 2003, excluidas las consultas pediátricas (Memoria SERGAS 2003). Así, de un total de 19.439.434 consultas totales, se estima que 23.327 consultas están directamente relacionadas con un diagnóstico de consumo de drogas ilegales. Asumiendo un coste medio de entre 12 y 15 euros por visita, el coste anual estimado oscila entre los 279.928 y los 349.910 euros.

Medicamentos

Los estudios realizados sobre el consumo de drogas ilegales muestran que el coste de los fármacos relacionados con el tratamiento de los problemas directos del consumo y, sobre todo, con el tratamiento del VIH/SIDA son una partida de gran importancia.

En el presente estudio se calcula el coste en medicamentos que precisan las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) a partir de la estimación de las personas vivas en Galicia portadoras de VIH y a partir del coste farmacéutico anual de los pacientes portadores del VIH, calculado en un estudio previo (Serrano et al., 2004).

Se reconoce que existen otros medicamentos como la naltexona, la metadona y otros medicamentos (por ejemplo, benzodiazepinas y

ansiolíticos) que son consumidos frecuentemente por estos pacientes. Sin embargo, lo esperable es que la mayor parte de los gastos en fármacos sean los relacionados con el tratamiento de las personas con VIH contagiadas por vía parenteral.

El gasto en metadona se contabilizará en los recursos específicos destinados a los drogodependientes realizados por los distintos centros en el área asistencial.

5.1.2. Costes No Hospitalarios del VIH/SIDA

Pese a que el SIDA es una enfermedad de declaración obligatoria y, como tal, existe un registro epidemiológico de casos nuevos y acumulados de SIDA desde el inicio de la epidemia, no existe un registro de similares características para el conjunto de la población portadora del VIH. Ello hace que no se conozca exactamente el número de personas portadoras de VIH sino que esta población sea estimada a partir de estudios de carácter epidemiológico (Castilla y de la Fuente, 2000).

Dada la mayor fiabilidad de los registros de SIDA comparamos el número de casos declarados de la enfermedad en Galicia en relación con el total nacional. Así, en la Comunidad de Galicia, el 31 de diciembre de 2003, se habían registrado desde comienzo de la epidemia 3.173 casos mientras que en España el número de casos acumulado asciende a 67.466. El número de casos de SIDA en Galicia cuya vía de contagio fue por vía parenteral (CDVP) es de 2.120 personas, ascendiendo el total nacional a 43.168 personas. Estimando un número de casos conocidos de VIH de entre 82.500 y 112.500, y suponiendo que los patrones de registro de SIDA se mantienen para los casos prevalentes de VIH, habría entre 3.880 y 5.291 casos conocidos de VIH en toda Galicia, de los cuales entre 2.592 y 3.535 serían personas contagiadas por vía parenteral.⁶

⁶ Se supone que un 25% de las personas portadoras del VIH desconocen que son seropositivos. Por tanto, de entre 110.000 a 150.000 personas que se estima son seropositivas, entre 27.500 y 37.500 desconocen este hecho.

Notas:

(*) Los resultados para Galicia son obtenidos aplicando el porcentaje del 4,7% hallado previamente.

(**) El porcentaje aplicado es el mismo que expresa la relación entre casos de SIDA totales registrados y casos de SIDA registrados cuya causa de contagio fue la vía parenteral (CDVP).

7 El 82% del coste es imputable a medicamentos.

Tabla 8. Casos de VIH en Galicia.

	España	Galicia	Galicia/ España
Casos totales registrados de sida	67.466	3.173	4,70%
Casos registrados de sida (CDVP)	43.168	2.120	4,91%
Casos registrados SIDA (CDVP)/casos totales registrado SIDA	63,98%	66,81%	
Casos totales estimados de VIH	110.000- 150.000	5.173- 7.055 (*)	4,70% (*)
Casos totales estimados de VIH conocido	82.500- 112.500	3.880- 5.291 (*)	4,70% (*)
Casos VIH conocidos (CDVP)/casos VIH conocidos totales (**)	63,98%	66,81%	
Casos totales estimados de VIH conocido (CDVP)	52.787- 71.983	2.592- 3.535	4,91%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA (2003), de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (2001) y de Castilla y de La Fuente (2000).

Asumiendo un coste directo sanitario de 8.308 euros/año (Serrano et al., 2004), el coste directo sanitario anual de las personas VIH+ que fueron contagiadas por vía parenteral oscila entre las 21.533.688 y los 29.367.896 euros anuales.⁷

No obstante, dadas las condiciones sociosanitarias de las personas que han adquirido el VIH por el uso de drogas por vía parenteral con material no estéril, el porcentaje de estos pacientes que desarrollan la fase de SIDA podría ser superior al del resto de contagiados por otras causas. Así, de acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (DG de Salud Pública y Consumo, Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA), entre un 50% y un 60% de las personas vivas infectadas por VIH adquirieron el virus por vía parenteral. Por tanto, rehaciendo los cálculos de acuerdo con estas cifras:

Tabla 9. Casos de VIH en Galicia (datos corregidos).

	España	Galicia	Galicia/España
Casos totales registrados de sida	67.466	3.173	4,70%
Casos registrados de sida (CDVP)	43.168	2.120	4,91%
Casos registrados SIDA (CDVP)/casos totales registrado SIDA	63,98%	66,81%	
Casos totales estimados de VIH	110.000-150.000	5.173-7.055 (*)	4,70% (*)
Casos totales estimados de VIH conocido	82.500-112.500	3.880-5.291 (*)	4,70% (*)
Casos VIH conocidos (CDVP)/casos VIH conocidos totales (**)	50-60%	50-60%	
Casos totales estimados de VIH conocido (CDVP)	41.250-67.500	1.940-3.175	4,70%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA (2003), de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (2001) y de Castilla y de La Fuente (2000).

De acuerdo con esta segunda estimación el coste directo sanitario anual de las personas VIH+ que fueron contagiadas por vía parenteral oscila entre las 16.117.035 y los 26.373.783 euros anuales.

5.1.3. Recursos específicos para la atención a los drogodependientes

Como comentamos anteriormente, la atención a los drogodependientes comprende un amplio conjunto de actividades desarrolladas por diferentes servicios que se estructuran en diferentes niveles. En la Tabla 10 se presentan las diferentes partidas de gastos producidos por la elaboración, ejecución y gestión de programas y actividades de la Oficina del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Los diferentes gastos quedarán incluidos en la parte correspondiente de este estudio según su finalidad: asistencia, investigación y evaluación, formación, prevención, reinserción y coordinación. Por ello esta Tabla única-

mente se presenta de forma ilustrativa considerándose cada uno de sus costes en los distintos apartados para el cálculo del gasto total.

Tabla 10 . Costes de las actividades del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas asignados a cada área de actuación según finalidad. Año 2003

ÁREA	COSTE
Asistencia	8.526.426,75
Investigación y evaluación	105.625,66
Formación	162.350,20
Prevención, reinserción y coordinación	1.944.564,62
TOTAL	10.738.967,23

Fuente: Comisionado del PGD.

Programas Asistenciales

Por lo que respecta de forma directa a la parte asistencial en la Tabla 11 se recoge el gasto del Área de asistencia de las asociaciones de carácter privado/concertado, Ayuntamientos y del PGD en el año 2003. Una mayor desagregación del gasto, por tipo de Unidad así como por los diferentes conceptos se presenta en el Anexo I Tablas 4 y 5.

Además, cuando un usuario de drogas da comienzo a un tratamiento en una UAD, se realizan un conjunto de estudios complementarios con el objeto de diagnosticar posibles complicaciones. Estos estudios generan un coste por cada admisión a tratamiento en una UAD de 194,12 Euros en el caso de que el paciente sea un hombre y de 329,96 Euros si el paciente es mujer, debido a la realización a mayores de una citología vaginal y de prueba del embarazo. Si la prueba de tuberculina es positiva (PPD+) se realiza una radiología de tórax, cuyo coste es de 26,42 Euros, para el estudio en la Unidad de Tuberculosis hospitalaria. En el caso de que haya que finalizar la pauta de vacunación de la hepatitis B, supone 22 Euros en caso de pauta normal ó 33,24 Euros en caso de pauta acelerada. Para el cálculo de estos costes externos se

ha tenido en cuenta el número de admisiones en el año 2003 en función del sexo del individuo.

Dado que del total de 10.923 pacientes en el 2003, 10.281 lo son a causa del consumo de drogas ilegales (94%) se ha considerado que el coste de la asistencia a las drogas ilegales representa el coste total de asistencia a las drogodependencias.

No se han incluido en el cálculo de los costes de los recursos específicos de atención a los drogodependientes las UHD, al estar incluidas en el CMBD y por lo tanto en el cálculo del coste de la atención hospitalaria.

Notas: En el año 2003 se han contabilizado un total de 3.429 admisiones de las cuales 2.856 eran hombres y 573 mujeres. Estos datos se han utilizado para el cálculo de los estudios complementarios.

Tabla 11. Costes de la actividad asistencial de la Red de Atención a los Drogodependientes

ÁREA ASISTENCIAL	COSTE
Red de tratamiento: Asociaciones	6.884.275,96
Red de tratamiento: Ayuntamientos	4.809.873,87
Proyecto Hombre	749.107,67
Reactivos	222.134,04
Transp. Metadona	31.754,16
Capítulo VII	204.268,59
Costes Externos (estudios complementarios)	743.473,80
TOTAL	13.644.888,09

Fuente: Comisionado del PGD: Memorias de los Ayuntamientos, Asociaciones y datos propios.

5.1.4. Costes directos no sanitarios.

Programas de prevención, reinserción y coordinación.

Entendemos por prevención el conjunto de medidas destinadas a retardar, reducir o eliminar el consumo de drogas, así como sus consecuencias, por medio del fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de la influencia de los factores de riesgo que pueden actuar sobre los individuos. Por lo que respecta a los programas de reinserción su objetivo es facilitar la incorporación social y laboral del drogodependiente.

A continuación, en la Tabla 12, se describen los costes destinados al área de prevención, reinserción y coordinación en Galicia, abarcando una gran diversidad de programas y actividades en distintos ámbitos, tanto comunitarios, como familiares, penitenciarios o escolares, entre otros (un mayor detalle del gasto desglosado de Ayuntamientos y Asociaciones por programas puede verse en el Anexo 1, Tablas 6 y 7).

Tabla 12. Gastos del área de prevención reinserción y coordinación 2003

ÁREA DE PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y COORDINACIÓN	COSTE
Ayuntamientos	1.551.507,26
Asociaciones	3.902.856,58
Programa CINENSINO	135.820,49
Edición de materiales didácticos	24.000,00
Asistencia Técnica para elaboración del catálogo de programas de prevención	11.211,46
Apoyo técnico y documental	42.372,60
Asistencia Técnica Supervisión planes comunitarios	6.600,00
TOTAL	5.674.368,39

Fuente: Comisionado del PGD: Memorias Ayuntamientos, Asociaciones y datos propios.

Programas de Formación, Investigación y Evaluación

Como costes de formación se incluyen los gastos de los programas formativos, premios, organización de congresos y jornadas, y la edición de publicaciones tanto científicas como divulgativas relacionadas con el consumo de drogas ilegales. Así se han excluido los gastos que de forma directa se relacionaban con el consumo de drogas legales como por ejemplo la edición de manuales de atención primaria de alcoholismo. En los costes de investigación y evaluación se han incluido aquellas investigaciones específicas sobre el consumo de drogas, materializadas fundamentalmente en Convenios con Universidades y Centros de Investigación. En el año 2003, los gastos correspondientes al área de Formación ascienden a un total de 162.350,20 Euros, según puede apreciarse en la Tabla 13. Asimismo, el coste imputado a investigación y evaluación se cifra en 105.625,66 Euros, representando únicamente un 1,84% y un 1,20% del total de recursos específicos para la atención a drogodependientes, que incluiría además la parte asistencial, comentada con anterioridad y que absorbería aproximadamente un 97% de gasto total del Área en su conjunto.

Tabla 13. Gastos de formación, investigación y evaluación. Año 2003

Investigación y Evaluación	Gasto
Convenio USC	48899,66
XECEAS-XEPAXS-XEPIP	44726,00
Premios Innovación Educativa	3000,00
Convenio Inst. Salud Carlos III	9000,00
Total Investigación y Evaluación	105625,66
Formación	Gasto
Edición estudio EDIS VII	10522,00
FEGAS	83000,00
Edición Boletines PGD	11939,20
Edición catálogo PIP	5542,00

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Investigación y Evaluación	Gasto
Edición catálogo asistencial	11310,00
Programación página Web	11890,00
Diseño página Web	10440,00
Asistencia técnica	7807,00
Total Formación	152450,20
TOTAL ÁREAS	258075,86

Fuente: Oficina del Comisionado del PGD.

5.2. Costes Indirectos

5.2.1. Mortalidad prematura

Con el fin de valorar la magnitud de la mortalidad derivada del consumo de drogas ilegales se calcularon los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Los APVP ofrecen una información suplementaria a las simples tasas de mortalidad, ya que éstas pueden infravalorar la importancia de la mortalidad por una causa determinada.

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicología (OEDT) define las muertes relacionadas con las drogas como aquellas causadas directamente por el consumo de drogas de abuso, señalando que estas muertes ocurren generalmente poco después del consumo de la sustancia. Un trabajo reciente (Brugal et al., 1999) señalaba que las estadísticas infraestimaban en buena medida la mortalidad real debido a estas sustancias. Según los autores, esta discrepancia es debida a problemas de registro y codificación de las defunciones directamente relacionadas con drogas en el Registro General de Mortalidad. Con el fin de reducir la discrepancia entre fallecimientos reales y fallecimientos registrados el Observatorio sobre Drogas ha desarrollado un "índice corrector de subestimación"

que permite reducir la discrepancia. El método consiste en multiplicar las muertes registradas por el índice corrector, el cual oscila entre un valor de 1,35 y 1,88 (Informe del Observatorio sobre Drogas, 2003).

Los datos necesarios para el cálculo de las defunciones y los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por causa de reacciones agudas al consumo de sustancias psicoactivas fueron proporcionados por el SERGAS.

Las muertes por VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis vírica y endocarditis infecciosa fueron identificadas en la *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte de 2000 y 2001*. Dicha fuente proporciona información anual sobre los fallecimientos acaecidos dentro del territorio nacional atendiendo a la causa básica que los determinó. Para ello se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, utilizándose a partir de 1999 la 10ª revisión de dicha clasificación.

Por *causa básica de defunción* se entiende aquella enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Obviamente, no pueden atribuirse todos los fallecimientos por VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis vírica y endocarditis infecciosa al consumo de drogas ilegales. Por ello, se realizó una estimación sobre el porcentaje de defunciones atribuible de cada grupo a las drogas ilegales. Para el caso del VIH/SIDA se asume que un 66,81% de los fallecimientos correspondían a los contagios por vía parenteral. Este porcentaje corresponde a los casos de SIDA en la población contagiada por vía parenteral frente al total de casos de SIDA. En el caso de la tuberculosis, hepatitis vírica y endocarditis infecciosa se emplean las fracciones calculadas en un trabajo previo (García Altés et al. 2001, citando a: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 2000; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, comunicación personal, 2001; del Río et al. 2000). Así, se considera que un 8,2% de las muertes por tuberculosis, un 9,42% de las defunciones por hepatitis vírica y un 33% de los fallecimientos por endocarditis infecciosa son atribuibles al consumo de drogas por vía parenteral.

Otras causas de mortalidad como accidentes cerebrovasculares, suicidios o accidentes de tráfico no se incluyen en el estudio al desconocerse los porcentajes atribuibles al consumo de drogas. También se des-

⁸ El número de fallecimientos totales podría corregirse una vez se reciba la información sobre los fallecimientos debidos a la endocarditis infecciosa.

conoce el número de muertes violentas atribuibles a actividades delictivas relacionadas con las drogas ilegales.

La Tabla 14 recoge los fallecimientos imputables al consumo de drogas ilegales. La principal causa de muerte se debe a reacciones agudas a sustancias psicoactivas y al VIH/SIDA. En la primera de estas partidas, se cuantifican 38 fallecimientos confirmados a causa del consumo de drogas ilegales. Si aplicamos los coeficientes correctores sugeridos por el Observatorio sobre Drogas (Informe del Observatorio sobre Drogas, 2003), las muertes aumentan hasta 51 fallecimientos (índice corrector igual a 1,35) y hasta 71 muertes. Las defunciones por VIH/SIDA imputables a contagios del virus por vía parenteral se ha estimado en 53 casos. Así, el VIH/SIDA sería la principal causa de fallecimiento imputable al consumo de drogas ilegales si aceptamos como válida la cifra de muertes confirmadas por reacciones agudas a sustancias psicoactivas. Si aceptamos como más cercana a la realidad el resultado de aplicar un coeficiente corrector de 1,35 a las muertes por reacciones agudas a sustancias psicoactivas, ambas causas de fallecimiento tendrían prácticamente el mismo peso. Finalmente, si se aplica el coeficiente corrector de 1,88 a las muertes por reacciones agudas a sustancias psicoactivas, esta sería la principal causa de muerte, seguida de las defunciones ocasionadas por el VIH/SIDA. A mucha distancia le siguen las muertes imputables a la tuberculosis y a la hepatitis vírica. En total, los fallecimientos relacionados con el consumo de drogas ilegales por las causas citadas oscila entre 98 y 131 personas anuales.⁸

Tabla 14 . Defunciones relacionadas con el consumo de drogas ilegales

Concepto	Casos
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (casos confirmados)	38
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector = 1,35) (*)	51
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector = 1,88) (*)	71
VIH/SIDA total	79
VIH/SIDA corregido (contagios CDVP) (**)	53
Tuberculosis (Total)	37
Tuberculosis corregida (usuarios drogas vía parenteral) (***)	3
Hepatitis vírica (Total)	44
Hepatitis vírica corregida (usuarios drogas vía parenteral) (***)	4
Total muertes relacionadas con el consumo de drogas ilegales	98-131

Fuente: * Observatorio de las Drogas

** Elaboración propia

*** García-Altés et al

Para el cálculo de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) se sigue el mismo proceso que el consignado en las notas metodológicas recogidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este indicador recoge la medida de mortalidad que teóricamente se podría evitar, teniendo en cuenta los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la habitual de defunción fijada teóricamente para ese colectivo.

Una vez determinado el método para calcular los APVP entre dos edades determinadas, se llevó a cabo la conversión de años de vida perdidos a Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP). Para ello, se calculó el número de fallecimientos en edad laboral o en edad previa al momento de acceso al mercado de trabajo (menores de 16 años). La edad límite de permanencia en el mercado de trabajo se consideró que

era la edad legal de jubilación, es decir, los 65 años. Ello implica que los APVLP son 49 para cada fallecimiento producido a la edad de 16 años o a una edad más temprana y que los APVLP son igual a cero para cada fallecimiento producido a una edad igual o superior a los 65 años. En la siguiente Tabla se representan las posibles situaciones.

Tabla 15. Cálculo de los APVLP a partir de la edad de fallecimiento

Edad en el momento del fallecimiento	Edad media	APVLP por edad de fallecimiento
< 1	0,5	49
1 a 4	2,5	49
5 a 9	7	49
10 a 14	12	49
15 a 19	17	48
20 a 24	22	43
25 a 29	27	38
30 a 34	32	33
35 a 39	37	28
40 a 44	42	23
45 a 49	47	18
50 a 54	52	13
55 a 59	57	8
60 a 64	62	3

Fuente: elaboración propia

Otros autores sugieren otra metodología para el cálculo de los APVLP que consiste en seguir el método antes descrito y realizar un ajuste a partir de las tasas de empleo para cada tramo de edad perdido (Gisbert et al., 1998), pues existe la probabilidad de que el individuo pase parte de su edad laboralmente activa sin trabajo (inactivo o en paro). La utilización de un método u otro supone un cambio en los APVLP calculados (serían menores de acuerdo con este segundo enfoque) pero no en los resultados obtenidos en términos de productividad laboral perdida, pues en nuestro caso, el ajuste de las tasas de empleo se contempla a posteriori.

Se considera que una medida razonable a la productividad laboral es el salario bruto que obtiene el trabajador y con dicho criterio se estima la corriente de salarios futuros que deja de percibir si abandona hoy el mercado de trabajo por causa de una enfermedad o problema de salud.⁹ La teoría del capital humano, desarrollada por Becker, ha enriquecido notablemente este planteamiento neoclásico, permitiendo establecer una relación entre productividad y variables como el nivel de estudios, la experiencia en el mercado laboral y en el propio puesto de trabajo (véase Mincer, 1974). Así, podemos suponer una productividad y un salario crecientes con la edad y aplicar una tasa de crecimiento que recoja esas variables que alteran a lo largo del tiempo el fondo de "capital humano" de las personas. Este enfoque se utiliza hoy en la mayoría de estudios. (Hodgson y Meiners, 1982; Max et al., 1990; Robinson, 1986).

Los primeros Análisis Coste Beneficio que se llevaron a cabo en el área sanitaria consideraban que los beneficios de evitar una muerte o una enfermedad podían ser recogidos mediante la valoración de la productividad que se dejaba de perder. Este planteamiento ha sido fuertemente criticado desde la óptica de la Economía del Bienestar (por ejemplo, ver Mishan, 1971), pues esa productividad perdida (laboral, pero también doméstica), sea cual fuere el método de cálculo, es sólo una parte del bienestar social que se perdería por causa de la enfermedad (defunciones y morbilidad).

El error en este caso sería confundir la parte con el todo. Las pérdidas de productividad serían un coste más a recoger y no puede ser confundido con el coste total. Los modelos de capital humano aplicados a la salud defienden que el valor de la salud perdida no es igual al valor de los salarios perdidos (Grossman 1972 y 2000; Jacobson 2000). Existen otros componentes que deben ser tenidos en cuenta, entre los cuales los costes intangibles son de extraordinaria importancia.

En último término, idealmente se trataría de revelar la utilidad que le reporta a los individuos su propia salud, intentando que éstos revelaran su disposición a pagar (a recibir) ante cambios positivos (negativos) de ésta. Sin embargo, estos métodos, sólidos desde el punto de vista teórico, son complicados de llevar a la práctica (véase, por ejemplo, Olsen y Smith, 2002).

Otros autores, como Johansson (1995) defienden que a partir de los valores de los costes calculados mediante el enfoque del capital huma-

⁹ *Si bien esto es bastante discutible en un contexto de mercados laborales intervenidos o condicionados por la actividad (asimétrica respecto a empresas y sectores) de los sindicatos.*

no se puede establecer un límite inferior para el valor económico del cambio de un estado de salud a otro. Una tesis similar es defendida por Johannesson (1996), quien señala que los costes estimados mediante esta metodología pueden ser interpretados como un límite inferior de la disposición a pagar de un individuo por una mejora de su estado de salud.

La cuantificación de las ganancias medias se obtiene de la Encuesta de Estructura Salarial (EES), donde viene dada en términos brutos, es decir, incluyendo el salario base y los diferentes complementos salariales (personales, por puestos de trabajo, etc.), y antes de la deducción de impuestos y cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del trabajador. Los datos sobre ocupación se extrajeron de la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Una vez que se conoce la edad de fallecimiento de cada individuo y la ganancia media esperada en toda su vida laboral activa (mediante el método ya explicado basado en la teoría del capital humano), se realiza el cálculo actualizado del flujo futuro de la productividad laboral perdida por una muerte prematura.

El procedimiento fue el siguiente: para cada muerte producida en un grupo de edad y género determinado, se irá aplicando la tasa de empleo a cada periodo posterior hasta el límite determinado (65 años). Para el cálculo de los salarios perdidos (productividad, dados nuestros supuestos) se aplica una tasa del 1% de incremento de productividad, y se aplican también tasas alternativas del 0% y del 2% para el correspondiente análisis de sensibilidad. Para actualizar los valores obtenidos se ha aplicado una tasa de descuento del 3%, con tasas alternativas del 0 y el 6% para contrastar. Todos los costes se actualizaron al año 2003.

El número de fallecimientos debido al consumo de drogas ilegales oscila en un arco que va de 98 a 131 muertes. Traducido a Años Potenciales de Vida Perdidos, se perdieron entre 3.088 y 4.309 años de vida. El número de defunciones muertes en menores de 65 años (edad legal de jubilación) osciló entre 97 y 130 fallecimientos. Estas cifras suponen entre 2.661 y 3.771 Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos. La traducción de estas cifras a pérdidas de productividad laboral, se estima un coste que se mueve en términos medios, y en función de las hipótesis consideradas, entre los 24 y los 34,4 millones de euros anuales.

Tabla 16. Resumen de los resultados de mortalidad prematura

Concepto	Muertes	Muertes en menores de 65 años	APVP	APVLP	Coste (**) (Unidades: euros, 2003)
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (casos confirmados)	38	38	1.406	1.216	11.982.782 (8.127.654 - 19.468.381)
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector = 1,35)	51	51	1.887	1.632	16.086.530 (10.911.132 - 26.135.779)
Reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector = 1,88)	71	71	2.627	2.272	22.323.266 (15.141.406 - 36.267.704)
VIH/SIDA total	79	78	2.276	1.964	16.660.262 (12.469.061 - 25.565.192)
VIH/SIDA corregido (contagios CDVP) (**)	53	52	1.521	1.312	11.131.344 (8.331.046 - 17.081.061)
Tuberculosis (Total)	37	11	288	238	1.647.058 (1.234.316 - 2.665.012)
Tuberculosis corregida (usuarios drogas vía parenteral)	3	3	79	67	499.977 (375.448 - 815.144)
Hepatitis vírica (Total)	44	8	183	129	893.211 (729.442 - 1.302.408)
Hepatitis vírica corregida (usuarios drogas vía parenteral)	4	4	82	66	413.838 (339.584 - 594.776)
Total (hipótesis A)	98	97	3.088	2.661	24.027.941
Total (hipótesis B)	111	110	3.569	3.077	28.131.689
Total (hipótesis C)	131	130	4.309	3.717	34.368.425

Notas:

(*) Costes: El caso base referido a una tasa anual de crecimiento de la productividad laboral del 1% y a una tasa de descuento anual del 3%; los valores extremos (entre paréntesis) hacen referencia a una tasa de crecimiento de productividad 0% y a una tasa de descuento del 6% (valor menor) y a una tasa de crecimiento de la productividad del 2% y a una tasa de descuento del 0% (valor mayor).

(**) Se asume que un 66,81% del coste corresponde a los contagios por vía parenteral. Este porcentaje corresponde a los casos de SIDA en la población contagiada por vía parenteral frente al total de casos de SIDA.

Fuente: elaboración propia.

¹⁰ También cabe la posibilidad de que el trabajador enfermo se reincorpore a su puesto con una capacidad productiva mermada, y sea asignado a puestos o tareas distintos a los que ocupaba antes de que la enfermedad apareciera, pero no hemos refinado los cálculos para tener en cuenta esta posibilidad por no contar con datos que permitieran una estimación razonable.

Las hipótesis consideradas son las siguientes:

- **Hipótesis A:** Σ [costes muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (casos confirmados) + costes muertes VIH/SIDA corregido (contagios CDVP) + costes muertes tuberculosis corregida (usuarios drogas vía parenteral) + costes muertes hepatitis corregida (usuarios drogas vía parenteral)]
- **Hipótesis B:** Σ [costes muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector: 1,35) + costes muertes VIH/SIDA corregido (contagios CDVP) + costes muertes tuberculosis corregida (usuarios drogas vía parenteral) + costes muertes hepatitis corregida (usuarios drogas vía parenteral)]
- **Hipótesis C:** Σ [costes muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (índice corrector: 1,88) + costes muertes VIH/SIDA corregido (contagios CDVP) + costes muertes tuberculosis corregida (usuarios drogas vía parenteral) + costes muertes hepatitis corregida (usuarios drogas vía parenteral)]

5.2.2. Productividad Reducida

Las pérdidas de productividad laboral ocasionadas por las drogas ilegales no sólo se deben a los fallecimientos provocados por esta enfermedad. Entre los supervivientes, muchos de ellos quedan incapacitados, bien durante un periodo de tiempo limitado, bien de manera permanente, para el desarrollo de sus actividades laborales.¹⁰

Para la estimación del coste de la morbilidad no sería metodológicamente correcto incluir los importes de las pensiones de jubilación o de las prestaciones por incapacidad abonadas por las Administraciones Públicas (López Nicolás A, 2001). Se puede argumentar que, desde la óptica de las Administraciones Públicas, dichas partidas compensatorias sí son un coste y que la financiación de dichas partidas es una cuestión de gran relevancia para la sociedad. Sin embargo, nótese que el mismo argumento podría llevar a que se considerara como un beneficio el pago evitado de pensiones que nunca llegará a realizarse debido a las muertes prematuras. Esta lógica no considera que la intervención pública no tiene como objetivo final el ahorro de unos gastos monetarios o el control presupuestario, sino la prolongación y mejora de la calidad de la vida de los ciudadanos. La consideración de que las mortalidades pre-

maturas tienen un componente de ahorro (pensiones evitadas) compromete la consecución de dicho objetivo. Expresado de otra manera, las Administraciones Públicas pueden ser analizadas como un agente o mandatario de los ciudadanos a los que les une un contrato o relación de agencia. Para que la relación sea perfecta, las AAPP no deben maximizar su utilidad o beneficio propio, sino el bienestar social (Oliva J et al., 2004).

Por otro lado, nuestros cálculos se realizan del lado de los "empleos", es decir, valoramos los costes reales que genera el consumo de las drogas ilegales (que no sólo incluyen gastos monetarios), como por ejemplo las pérdidas de producción. Otra cosa es el lado de los "recursos o fuentes de financiación" que pueden aplicarse para cubrir las partidas de coste y entre ellas las transferencias que pueda hacer el sector público.

Así pues, se compararían las tasas de empleo de la población gallega, ajustando por género y por edad, con las tasas de empleo de la población de referencia. De esta manera es posible establecer la diferencia entre el número de personas de nuestra población de referencia que se encontraban trabajando efectivamente y el número de personas que deberían encontrarse trabajando en el caso de presentar las mismas características que el resto de población gallega. En este punto es necesario hacer salvedades:

Se puede tener o no en cuenta el nivel de estudios de la población como factor adicional a la edad y el género a la hora de estudiar la tasa de empleo. La decisión depende en considerar si el nivel de estudios es una variable que se puede ver afectada o no por el hecho de ser usuario de drogas ilegales.

No se cuenta con información sobre los salarios de aquellas personas de nuestra población que se encontraba empleada. Por tanto, no es posible saber si su nivel salarial es similar, superior o inferior al salario medio de los trabajadores gallegos (varones y mujeres).

Se deben excluir los casos cuya adicción principal está relacionada con conductas y drogas legales (juego, tabaco y alcohol).

Como comentamos anteriormente, la población de referencia son usuarios de drogas ilegales que han utilizado los dispositivos asistenciales del SERGAS. Para establecer la diferencia entre el número de personas de nuestra población de referencia que se encontraban trabajando

11 Fuente: Encuesta de Salarios; valores actualizados a 2003.

12 La pérdida salarial es una aproximación a la pérdida de productividad laboral.

efectivamente y el número de personas que deberían encontrarse trabajando en el caso de presentar las mismas características que el resto de población gallega se compararon las tasas de empleo de la población gallega, ajustando por género y por edad, con las tasas de empleo de la población de referencia.

Considerando las tres puntualizaciones expresadas en la Metodología del estudio (no considerar el nivel de estudios de la población; ausencia de información sobre los salarios de la población de referencia empleada y la exclusión de casos cuya adicción principal está relacionada con conductas y drogas legales) se identificó un total de 3.355 personas empleadas sobre una población válida de 8.958 personas. Se excluyó del estudio a las personas menores de 16 años (edad legal mínima para comenzar a trabajar) y a las personas de 65 ó más años. Asimismo, hubo un grupo de la población de referencia sobre el cual se desconoce su situación laboral. Así pues, estos tres grupos más aquellas personas que recibieron asistencia por un hábito legal (juego, tabaco o alcohol) suman 1.965 personas que no se consideran en el análisis.

De las 8.958 personas válidas para el análisis, 7.570 eran varones y 1.388 mujeres. De las 3.355 personas que se encontraban empleadas, 3.022 eran varones y 333 mujeres. Si las tasas de empleo de esta población fueran similares a las de la población gallega, deberían haberse encontrado empleadas 6.373 personas, 5.684 varones y 689 mujeres.

Aplicando el salario bruto anual que correspondió a los trabajadores residentes en Galicia por los trabajos que han dejado de realizarse (3.018 empleos), se encuentra que la pérdida salarial asciende a 57.935.862 euros.^{11,12}

5.3. Costes totales

La tabla 17 resume los costes sociales asociados al consumo de drogas ilegales en Galicia durante el año 2003 a partir de los cálculos y las estimaciones realizados en el estudio. Los distintos costes se han agrupado según las categorías consideradas y los resultados varían en función de la hipótesis utilizadas que han sido descritas previamente.

Nota: VIH/SIDA: valores medios de las dos estimaciones realizadas*

Tabla 17. Costes Totales asociados al consumo de drogas ilegales

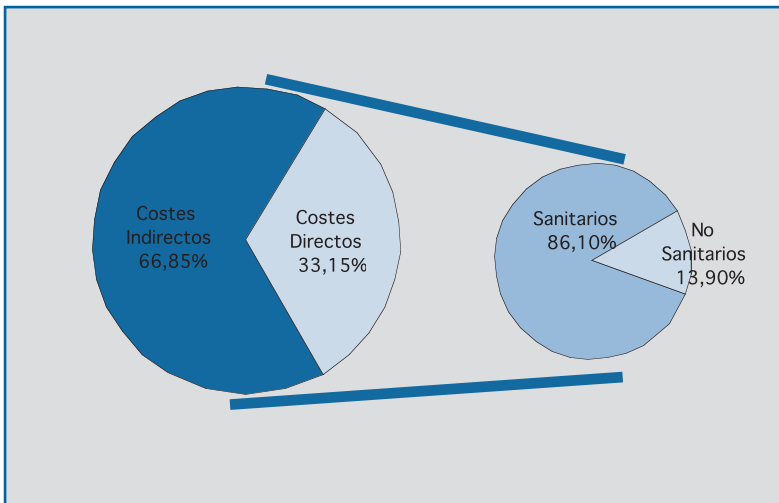
Costes Directos Sanitarios	Hospitalizaciones (diagnóstico principal)		2.548.226 - 3.041.332
	VIH/SIDA* (salvo hospitalizaciones)		20.272.945- 24.285.835
	Recursos específicos asistenciales		13.644.888
	Atención Primaria		279.928- 349.910
	Total		36.745.987- 41.321.965
Costes Directos No Sanitarios	Prevención, reinserción, coordinación		5.674.368
	Formación e investigación		258.076
	Total		5.932.444
Costes Directos	Total		42.678.431- 47.245.409
Costes Indirectos	Mortalidad prematura	Hipótesis A	24.027.941
		Hipótesis B	28.131.689
		Hipótesis C	34.368.425
	Productividad laboral reducida		57.935.862
	Total Costes indirectos	Hipótesis A	81.963.803
		Hipótesis B	86.067.551
		Hipótesis C	92.304.287
Costes Totales	Limite inferior + Hipótesis B		128.745.982
	Limite superior + Hipótesis B		133.312.960

Fuente: elaboración propia.

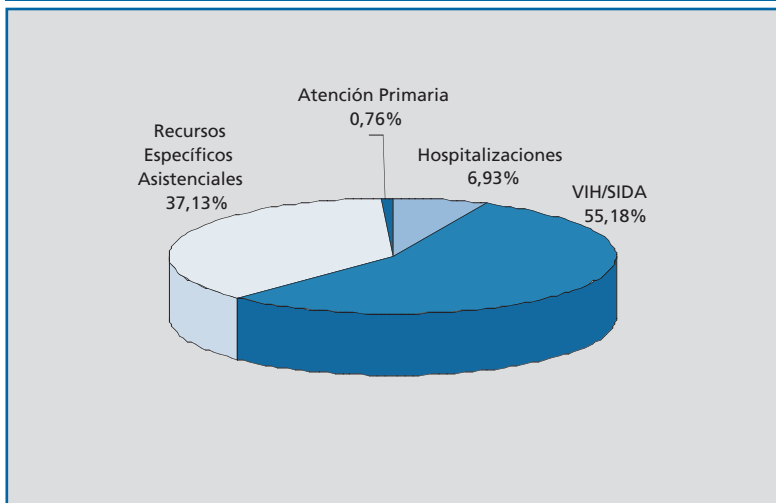
Los costes totales se han calculado, por lo que respecta a los costes indirectos, a partir de la hipótesis B (hipótesis intermedia) por considerarla la más realista. Asimismo, se han tenido en cuenta el límite inferior y superior de los intervalos utilizados en las hospitalizaciones, VIH/SIDA y atención primaria. De acuerdo con la estimación más conservadora el coste social del consumo de drogas ilegales se acercaría a 129 millones de Euros, mientras que si consideramos el límite superior alcanzaría la cifra de 133 millones de Euros.

En el Gráfico 1 podemos observar la distribución porcentual del coste, considerando la estimación más conservadora. Se observa que el 33% corresponde a los costes directos, representando los costes indirectos una gran parte del coste total. Dentro de los costes directos destacan los costes sanitarios y dentro de estos los costes originados por el VIH/SIDA y los recursos específicos asistenciales (Gráfico 2). Por lo que respecta a los costes indirectos cabe destacar el importante peso de la reducción de pérdidas de productividad laboral reducida a causa de la incapacidad u otro tipo de limitaciones que superan a las pérdidas de productividad debidas a la mortalidad prematura.

Gráfico 1. Distribución de los costes directos e indirectos. Galicia. Año 2003



Fonte: elaboración propia.

**Gráfico 2. Distribución de los costes sanitarios directos.
Galicia. Año 2003.**

Fonte: elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

6. Conclusiones

El consumo de drogas ilegales supone, además de un grave problema desde el punto de vista personal, familiar y social, un elevado coste para la sociedad. Sin embargo, el análisis de estos problemas entraña importantes dificultades metodológicas que han tratado de superarse y han sido detalladas en cada una de las partes correspondientes.

Pese a haber utilizado criterios conservadores, el coste total anual imputable al consumo de drogas ilegales oscila entre los 129 y los 133 millones de Euros. De las cifras obtenidas destaca el peso de los costes indirectos (un 67% del total). Ello resulta de especial interés, puesto que este tipo de coste (la pérdida de productividad laboral que ocasiona el consumo de estas sustancias) no suele ser percibido ni cuantificado, puesto que no figura en las partidas presupuestarias al uso. Sin embargo, se manifiesta como un importante coste que asumen individuos y sociedad el incurrir en el consumo de drogas ilegales.

Por lo que respecta a los costes sanitarios ascendieron a 37 millones de Euros, siendo el tratamiento de las personas infectadas por vía parenteral de VIH la principal partida de gasto, seguida de los recursos específicos asistenciales. Los costes directos no sanitarios supusieron casi 6 millones de Euros.

Pese a las elevadas cifras obtenidas, ha de tenerse en cuenta que existen otras partidas de coste que no han podido recogerse en esta fase del estudio. Así, el coste sanitario relacionado con el consumo de drogas ilegales correspondiente a urgencias hospitalarias, hospitales psiquiátricos, hospitalizaciones (diagnóstico secundario) y otros medicamentos diferentes de los antirretrovirales no se han podido computar. Asimismo, sería de gran interés realizar una aproximación al coste directo de otras partidas de costes de gran relevancia en trabajos internacionales, como son aquellas relacionadas con el sistema policial, judicial y carcelario.

En cualquier caso, es destacable el importante potencial de este tipo de estudios con el objetivo de profundizar en las consecuencias, tanto epidemiológicas como económicas, del consumo de drogas ilegales y facilitar la implantación de medidas que posibiliten el establecimiento de políticas sanitarias y sociales adecuadas para la minoración de este importante problema.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Referencias bibliográficas

- Bolíbar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C (1996). Morbidity atesa en l'Atenció Primària. Informe del registre ANAC-II. Barcelona: Servei Català de la Salut..
- Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de La Fuente L, Regidor E. (2004). Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. Med Clin (Barc). 123 (20): 775-777.
- Castilla J, De la Fuente L (2000). "Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998". Med Clin (Barc), 115: 85-89.
- Dickey B, Azeni H. (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care. Am J Pub Health; 86:973-7.
- Durán MA_(2002). Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA. Madrid.
- Fenoglio P, Parel V, Kopp P (2003). The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997. European Addiction Research. Vol. 9. Nº. 1.
- Gisbert R, Brosa M, Figueras M, Mindan E, Rovira J. (1998). El coste de la enfermedad en España: el coste de las enfermedades cardiovasculares. Madrid: Merch Sharp & Dohme de España, SA.
- Grossman, M. (1972). The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. Columbia University Press, 1972.
- Grossman M. (2000) "The Human Capital Model of the Demand for Health". In AJ. Culyer and JP Newhouse (eds.). Handbook of Health Economics. North-Holland.
- Harwood, H.; Fountain, D.; and Livermore, G. (1998). The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of

- Health, Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 98-4327. Rockville, MD: National Institutes of Health (disponible en: <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>) .
- Harwood H. (2000, June). Updating Estimates of the Economic Cost of Alcohol Abuse: Estimates, Updating Methods, and Data. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Hodgson TA, Meiners MR. (1982). "Cost-of-illness methodology: a guide to assessment practices and procedures". Milbank Mem Fund Q. 60:429-91.
- Jacobson L (2000). "The family as producer of health — an extended Grossman model". Journal of Health Economics, Volume 19, Issue 5, September: 611-637.
- Johannesson M (1996), "The willingness to pay for health changes, the human-capital approach and the external costs", Health Policy, 36: 232-244.
- Johannesson M, Jönsson B, Karlsson G (1996), "Outcome measurement in economic evaluation". Health Economics, 5: 279-296.
- Johannesson, M and Karlsson, G (1997). "The friction cost method: A comment", Journal of Health Economics, 16: 249-255.
- Johansson PO (1995), Evaluating Health Risks: an economic approach, Cambridge: Cambridge University Press.
- Liljas B (1998). "How to calculate indirect costs in economic evaluation". Pharmacoeconomics;13:1-7.
- López Nicolás A (2001). El coste sanitario derivado del consumo de tabaco en España. Mimeo. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Max W, Rice DP, Mackenzie EJ. (1990) "The lifetime cost of injury". Inquiry;27:332-343.
- Mishan EJ. (1971) "Evaluation of life and limb: a theoretical approach". J Polit Econ;79:687-705
- Moore RS, Mao Y, Zhang J, Clarke R. (1997) Economic burden of illness in Canada, 1993. Ottawa: Health Canada, Laboratory Centre for Disease Control.

- Observatorio Español sobre Drogas (2003). Informe nº 6. MINISTERIO DEL INTERIOR Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.
- Office of National Drug Control Policy (2001). The economic costs of drug abuse in the United States: 1992-1998. Washington DC: Office of National Drug Control Policy; 2001. Publication number 190636.
- Oliva J, Lobo F, López-Bastida J, Osuna R, Duque B (2004). "Costes no sanitarios de las enfermedades isquémicas del corazón en España". Cuadernos Económicos ICE. Nº 67.
- Olsen JA and Smith RD (2001), "Theory versus practice: A review of 'willingness-to-pay' in health and health care", Health Economics, 10: 39-52.
- Portella E, Ridao M, Salvat M, Carrillo E (1998). Costes sanitarios del alcoholismo. Atención Primaria; 22:279-284.
- Registro Autonómicos de Casos de SIDA y Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2003. Informe semestral nº 2, año 2003.
- RICE, DOROTHY P., SANDER KELMAN AND LEONARD S. MILLER. (1991). 'Economic Costs of Drug Abuse,' in William Cartwright and James Kaple (eds.), Economic Costs, Cost-Effectiveness, Financing, and Community-Based Drug Treatment (Research Monograph No. 113). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. (disponible en <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/download113.html>).
- Robinson JC. (1986) "Philosophical Origins of the Economic Valuation of Life". Milbank Q; 64:133-55.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (a). INFECCIÓN POR VIH Y SIDA EN ESPAÑA. PLAN MULTISECTORIAL 2001- 2005. INDICADORES Noviembre, 2001. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (b). ENCUESTA HOSPITALARIA DE PACIENTES VIH/SIDA. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN 1995-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. (<http://www.msc.es/sida>).

Serrano P, López Bastida J, Oliva J et al. (2004). Impacto socioeconómico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ambulatorios con enfermedad VIH/SIDA. Proyecto Financiado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud: FUNCIS (mimeo)

Xie X, Rehrn J, Single E, Robson L, Paul J. The economic costs of illicit drug use in Ontario, 1992. *Health Econ* 1998 Feb; 7 (1): 81-5.

8. ANEXOS

Tabla 1. Actividad y cobertura de los programas de Asociaciones y Ayuntamientos. Distribución de provincias. Año 2003.

Provincia	Asociaciones	Ayuntamientos	Programas	Actividades	Profesionales	Presupuesto PGD	Población Diana	Cobertura Potencial
A Coruña	8	43	97	360	39	689.537,2	143.152	669.237
Lugo	1	16	25	82	11	150.681,50	25.413	197.952
Ourense	3	34	25	73	17	167.856,33	17.736	213.282
Pontevedra	12	25	115	374	44	639.817,82	125.814	677.922
Totais	24	118	262	889	111	1.647.892,94	312.115	1.758.393

Fuente: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 2. Memoria de los Programas de Ayuntamientos y Asociaciones. Distribución por provincias. Año 2003.

PROVINCIA	PROGRAMAS								
	Prevención						Incorporación social	Planes comunitarios	Totales
	Escolar	Familiar	Comunitaria	Laboral	Juvenil	Información Formación			
A Coruña	36	17	5	1	11	15	8	4	97
Lugo	10	5		2	3	4	1		25
Ourense	11	6			2	2	4		25
Pontevedra	39	21	6		18	13	14	4	115
TOTALES	96	49	11	3	34	34	27	8	262

Fuente: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

**Tabla 3. Memoria de las Actividades de ayuntamientos y asociaciones.
Distribución por provincias. Año 2003.**

PROVINCIA	ACTIVIDADES									
	Prevención					Incorporación social				
	información sensibilización	Formación	Tiempo libre	Coordinación	Edición materiales	Sociales	Formación	Laboral	Judiciales	Totales
A Coruña	142	66	11	98	27	6	4	2	4	360
Lugo	39	6	2	25	9				1	82
Ourense	24	8	6	21	7	1	5		1	73
Pontevedra	115	80	33	94	25	9	15	1	2	374
TOTAIS	320	160	52	238	68	16	24	3	8	889

Fuente: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 4. Área de asistencia, formación e investigación. Desagregación del gasto por asociaciones de carácter privado/concertado. Año 2003.

CENTRO	TIPO DE UNIDAD	PERSONAL	PROD. FARMACÉUTICOS SANITARIOS	PRODUCTOS ALIMENTICIOS	VESTUARIO	OTROS APROVISIONAMIENTOS	SERVICIOS EXTERIORES	TRIBUTOS	PRENSA, REVISTAS, LIBROS	OTROS SERVICIOS	GASTOS FINANCIEROS
Aclad	U.Asistencial	664.089,10	20.124,98		2.209,24		100.789,05		29,95		38.787,85
	U. de Día	93.727,22			16.211,77		6.757,39		277,32		7.354,81
	U. Terapéutica	320.327,40	2.945,36	25.714,42	2.758,83		16.453,01				
	Reducc. daño/ U. móvil	70.541,55	11.966,00				55.132,71				
Total	1.148.685,27	35.036,34	25.714,42		21.179,84		179.132,16		307,27		46.142,66
Memoria ACLAD	1.148.685,27	35.036,34	25.714,42		21.179,84		179.132,16		307,27		46.142,66
Asfedro	U.Asistencial	417.976,03	4.063,00			8.469,00	16.117,14		2.134,49	20.435,08	11.880,56
	U. de Día	42.000,00								12.457,95	
	U. Terapéutica	250.000,00	700,48	25.769,14		7.033,64	49.751,00			19.487,55	
Total	709.976,03	4.7763,48	25.769,14		15.502,64		65.868,14		2.134,49	52.380,58	11.880,56
Memoria Asfedro	779.530,07	4.763,48	25.769,14		15.502,64		65.868,14		2.134,49	81.145,76	11.880,56
Cruz Roja	U.Asistencial	323.474,46	201,38			11.887,83	31.229,21		98,43		
	U. de Día	71.856,11				5.256,45	18.509,44		344,83		
	U. Terapéutica	45.094,71					564,00				
Total	440.425,28	201,38			17.144,28		50.302,65		443,26		
Memoria Cruz Roja	1.711.119,26	208,37			136.014,82		264.999,95		741,81	196.317,19	18.594,01
Alborada	U.Asistencial	451.317,91	2.266,28		377,55	18.259,58	63.374,43		733,20	54.526,05	6.069,26
	U. de Día	167.995,69				9.804,31		194,45			
	U. Terapéutica	317.326,30	524,13	29.219,02		21.308,17	7.884,77		491,12	1.234,69	
Total	936.639,90	2.790,41	29.219,02		377,55	49.372,06	71.259,20		1.224,32	55.760,74	6.069,26
Memoria Alborada	936.640,50	2.790,41	29.219,02		377,55	49.372,06	71.259,20		1.224,32	55.760,74	6.069,26
Total asociaciones	U.Asistencial	1.856.857,50	26.655,64		377,55	38.616,41	211.509,83		2.996,07	74.961,13	56.737,67
	U. de Día	375.579,02				17.270,00	25.266,83		344,83	12.457,95	
	U. Terapéutica	887.653,70	4.169,97	80.702,58		44.553,58	74.088,78		768,44	20.722,24	7.354,81
	Por. Centro Pena. Reducc. daño/ U. móvil	45.094,71	11.966,00			564,00					
Total	3.235.726,48	42.791,61	80.702,58		377,55	103.198,82	366.562,15		4.109,34	108.141,32	64.092,48
Memoria asociaciones	4.575.975,10	42.798,60	80.702,58		377,55	222.069,36	581.259,45		4.407,89	333.223,69	82.686,49

Fuente: memorias económicas de ayuntamientos y asociaciones. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 5. Área de asistencia, formación e investigación. Desagregación del gasto por ayuntamientos. Año 2003.

AYTMTO	TIPO DE UNIDAD	PERSONAL	PROD. FARMACÉUTICOS SANITARIOS	PRODUCTOS ALIMENTICIOS	VESTUARIO	OUTROS APROVISION. INMUEBLES	SERVICIOS EXTERIORES	TRIBUTOS	PREMSA, REVISTAS, LIBROS	OTROS SERVICIOS	GASTOS PERDIDAS EJERCICIOS ANTERIORES	GASTOS EXTRA-ORDINARIOS
Vilagarcía	U.A.D.	233.942,14	20.356,86		154,35	2.156,84	38.091,84		18,00	607,01		4.023,27
	U.D.	63.216,44		280,07	77,60	765,32	6.542,27		18,00	1.985,10	177,94	
TOTAL		297.158,58	20.356,86	280,07	231,95	2.922,16	44.634,11		18,00	2.592,11	177,94	4.023,27
Carballo	U.A.D.	164.097,22	3.005,32			2.856,68	3.886,22			4.922,89		
TOTAL		164.097,22	3.005,32			2.856,68	3.886,22			4.922,89		
Gangas	U.A.D.	233.019,67	2.742,23			2.983,73	1.562,00					
TOTAL		233.019,67	2.742,23			2.983,73	1.562,00					
Rivera	U.A.D.	280.416,80	396,51			4.805,44	19.833,57	158,96	772,37	6.719,83		
	U.D.	41.248,30				851,56	17.660,71			140,64		
TOTAL		321.665,10	396,51			5.657,00	37.494,28	158,96	772,37	6.860,47		
Burela	U.A.D.	131.495,63	1.626,11	86,68	166,68	6.018,60	5.618,62					
TOTAL		131.495,63	1.626,11	86,68	166,68	6.018,60	5.618,62					
Monforte	U.A.D.	175.433,82	744,70			1.175,53	8.350,39					
TOTAL		175.433,82	744,70			1.175,53	8.350,39					
Nola	U.A.D.	168.828,66	364,79			592,38	1.231,55			295,80		
TOTAL		168.828,66	364,79			592,38	1.231,55			295,80		
Perrinho	U.A.D.	191.934,53	10.737,65	200,00	630,00	6.089,43	41.075,00					
TOTAL		191.934,53	10.737,65	200,00	630,00	6.089,43	41.075,00					
Cedro	U.A.D.	402.705,48	64.656,06			9.048,00	345.383,64		1.585,00	21.145,47		
	U.D.	61.188,78				3.072,45	75.530,00		200,00	19.218,23		
TOTAL		463.894,26	64.656,06			12.120,45	421.913,64		1.785,00	40.363,70		
Ourense	U.A.D.	303.755,91	4.726,25			3.644,49	34.598,32		430,83			
	U.D.	146.374,71	122,47			1.835,05	11.799,77		280,99			
TOTAL		450.130,62	4.848,72			5.479,54	46.398,09		711,82			
Santiago	U.A.D.	490.241,88	4.850,16			1.200,01	16.657,18		104,60	25.534,01		
	U.D.	117.296,65				1.200,01	16.657,18		104,60	25.534,01		
TOTAL		607.538,53	4.850,16			2.400,02	33.314,36		209,20	51.068,02		
O Grove	U.A.D.	195.882,26	648,59	398,45	217,00	2.988,32	18.485,66		1.905,00			535,16
TOTAL		195.882,26	648,59	398,45	217,00	2.988,32	18.485,66		1.905,00			535,16
Pontevedra	U.A.D. + U.D.	383.827,74	3.390,07			15.987,74	15.987,74					607,08
TOTAL		383.827,74	3.390,07			15.987,74	15.987,74					607,08
Total Ayuntamientos	U.A.D.	2.971.753,80	114.988,23	684,51	1.168,03	42.948,45	534.773,99	158,96	4.777,80	59.225,01		4.558,43
	U.D.	429.324,88	122,47	280,07	77,60	6.524,38	112.532,75		498,99	21.343,97	177,94	
TOTAL		3.401.078,68	115.110,70	964,58	1.245,63	49.472,83	647.306,74	158,96	5.276,79	80.568,98	177,94	4.558,43

Fuente: memorias económicas de ayuntamientos y asociaciones. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 6. Área de prevención, reinserción y coordinación. Desagregación del gasto por asociación según memoria económica. Año 2003.

ASOCIACIÓN	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	GENERALES	INVESTIMIENTO	FINANCIERO	OTROS GASTOS (PROGRAMAS)	TOTAL ASOCIACIÓN
ABEIRO OURENSE	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
ABEIRO ÁS PONTES	13.421,01		229,87	129,47		39,47		13.819,82
ALIADÉ	29.974,88		2.125,33	15.410,01		3.591,74		51.101,96
ANTONIO NOITE	56.999,11		4.485,41	15.805,65	6.257,17			83.547,34
ASFEDRO	779.530,07		32.667,11	112.701,25	49.815,29	43.640,44		1.018.354,16
ATOX	111.275,40		8.597,42	49.628,45		58,06	3.343,04	172.902,37
AVANTE	19.006,26		6.154,93	9.707,83	506,86	133,95		35.509,83
CASCO VELLO	12.678,76		145,03	1.038,50			20.481,92	34.344,21
CIMO	389.554,28		38.837,77	127.891,46	25.819,54	46.647,86		628.750,91
CONXUGA	127.061,63		14.571,43	30.639,99	11.585,67	1.731,00		185.589,72
CURRÍCULO VITAE	18.522,49	3.220,74	525,00	850,00			3.625,00	26.743,23
DISTRITO QUINTO	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
ÉRGUETE B. MIÑO	32.147,24		1.789,55	3.962,02	767,70	16,20	2.489,90	41.172,61
ÉRGUETE O GROVE	18.245,00		6.875,56	7.566,96	1.025,60	72,00		33.785,12
ÉRGUETE VIGO	138.327,57		1.977,21	15.127,28	89.090,61	16.261,60		260.784,27
FEGAD	5.642,48		933,00	3.822,17				10.397,65
MADRO	40.879,32	12.150,52	1.498,29	28.571,32		899,00		83.998,45
MONTEPORREIRO	11.675,00		1.250,00	3.950,00			12.000,00	28.875,00
NERIA	289.703,05		13.485,90	99.609,22		23.700,74	340.495,84	766.994,75
RENACER	46.478,33	773,93	2.240,59	3.037,31			1.810,10	54.340,26
REXURDIR MARÍN	69.486,23		5.056,50	14.106,67	750,81			89.400,21
REXURDIR PROVINCIAL	7.790,44		2.773,48	6.360,57	2.037,18			18.961,67
PLAN COMUNITARIO TEIS	27.864,08			35.786,82				63.650,90
PLAN COMUNITARIO VITE	50.787,21		551,22	10.948,03		13,01	17.740,01	80.039,48
TOTAL ASOCIACIONES	2.397.424,00	16.145,19	149.231,05	608.799,03	192.466,43	136.805,07	401.985,81	3.902.856,58

Fuente: memorias económicas de ayuntamientos y asociaciones. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 7. Área de prevención, reinserción y coordinación. Desagregación del gasto de asociaciones por programas. Año 2003.

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	GENERALES	INVESTIMIENTO	FINANCIERO	OTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
MEMORIA ABEIRO OURENSE	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
<i>Escola de pais</i>			25,00	280,00				305,00
<i>Reinserción social</i>	52.200,00		565,00	7.625,00	4.810,00			65.200,00
Total Programa 2003	52.200,00		590,00	7.905,00	4.810,00			65.505,00
MEMORIA ABEIRO AS PONTES	13.421,01		229,87	129,47		39,47		13.819,82
<i>Apoio ou proceso terapéutico</i>	6.500,00		170,47	129,47				6.799,94
<i>Taller de saúde e de desenvolvemento persoal</i>	845,00							845,00
<i>Escola de pais e nais</i>	2.526,00							2.526,00
<i>Prevención escolar</i>	1.984,00							1.984,00
<i>Vídeo e saúde</i>	662,00							662,00
<i>Taller de habilidades sociais</i>	839,54							839,54
Total Programa 2003	13.356,54		170,47	129,47				13.656,48
MEMORIA ALIAD	29.974,88		2.125,33	15.410,01		3.591,74		51.101,96
MEMORIA ANTONIO NOITE	56.999,11		4.485,41	15.805,65	6.257,17			83.547,34
Total Programa 2003	16.252,67		661,29	3.262,40				20.176,36
MEMORIA ASFEDRO	779.530,07		32.667,11	112.701,25	49.815,29	43.640,44		1.018.354,16
<i>Programa comunitario de Caranza</i>	70.214,44			6.660,40				76.874,84
<i>Prevención comunitaria concellos com.</i>				22.104,78				22.104,78
Total Programa 2003	70.214,44			28.765,18				98.979,62
MEMORIA ATOX	111.275,40		8.597,42	49.628,45		58,06	3.343,04	172.902,37
Total programa at. xurídico-social e incorporación laboral de drogodependentes	17.542,44		2.065,36	7.908,09				27.515,89
MEMORIA AVANTE	19.006,26		6.154,93	9.707,83	506,86	133,95		35.509,83
<i>Prevención de drogodependencias</i>	11.913,57		4.027,17	5.256,86	506,86			21.704,46

(Continúa en la página siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	GENERALES	INVESTIMIENTO	FINANCIERO	OTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
<i>Incorporación socio-laboral grupos de risco</i>	6.703,67		2.115,96	3.114,56				11.934,19
Total Programa 2003	18.617,24		6.143,13	8.371,42	506,86			33.638,65
MEMORIA CASCO VELLO	12.678,76		145,03	1.038,50			20.481,92	34.344,21
Total Programa 2003	12.678,76							12.678,76
MEMORIA CIMO	389.554,28		38.837,77	127.891,46	25.819,54	46.647,86		628.750,91
Total Programa 2003	20.429,56		149,52					20.579,08
MEMORIA CONXUGA	127.061,63		14.571,43	30.639,99	11.585,67	1.731,00		185.589,72
Total Programa 2003	7.122,45		1.334,43				2.114,60	10.571,48
MEMORIA CURRÍCULO VITAE	18.522,49	3.220,74	525,00	850,00			3.625,00	26.743,23
<i>Prevención</i>			595,00	1.140,00				1.735,00
<i>Incorporación social</i>			870,00	1.020,00				1.890,00
Total Programa 2003			1.465,00	2.160,00				3.625,00
MEMORIA DISTRITO QUINTO	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
<i>Plan comunitario</i>	46.134,64		389,03	1.809,02				48.332,69
<i>Hábitos saudables</i>			76,53					76,53
<i>Encontros formativos para pais e nais</i>	1.038,72			101,72				1.140,44
<i>Dinamización social</i>			1.168,00	238,63				1.406,63
<i>Intervención con rapaces</i>	1.000,80		236,89	2.093,68				3.331,37
Total Programa 2003	48.174,16		1.870,45	4.243,05				54.287,66
MEMORIA ÉRGUETE B. MIÑO	32.147,24		1.789,55	3.962,02	767,70	16,20	2.489,90	41.172,61
Total Programa 2003	17.150,94		1.024,95	1.230,71			2.489,90	21.896,50
MEMORIA ÉRGUETE O GROVE	18.245,00		6.875,56	7.566,96	1.025,60	72,00		33.785,12
Total Programa 2003	12.909,78		1.306,07	1.556,28				15.772,13
MEMORIA ÉRGUETE VIGO	138.327,57		1.977,21	15.127,28	89.090,61	16.261,60		260.784,27
Total Programa 2003	138.287,78		1.055,46	15.349,02				154.692,26

(Continúa en la página siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

ASOCIACIÓN/ PROGRAMA	PERSONAL	DÉFICIT	MATERIAL	GENERALES	INVESTIMENTO	FINANCIERO	OTROS GASTOS (PROGRAMAS, CURSOS)	TOTAL
MEMORIA FEGAD	5.642,48		933,00	3.822,17				10.397,65
MEMORIA MADRO	40.879,32	12.150,52	1.498,29	28.571,32		899,00		83.998,45
Asesoramento, información e atención a drogodependentes	4.763,26			1.099,31				5.862,57
Apoio e asesoramento ou preso	4.489,11							4.489,11
Escola de pais e nais	3.831,16		249,99					4.081,15
Grupo de autoapoio de pais e nais	4.489,11		352,18	2.238,34				7.079,63
Total Programa 2003	17.572,64		602,17	3.337,65				21.512,46
MEMORIA MONTEPORREIRO	11.675,00		1.250,00	3.950,00			12.000,00	28.875,00
MEMORIA NERIA	289.703,05		13.485,90	99.609,22		23.700,74	340.495,84	766.994,75
Total Programa 2003	59.827,72		2.646,65	9.843,70			7.997,99	80.316,06
MEMORIA RENACER	46.478,33	773,93	2.240,59	3.037,31			1.810,10	54.340,26
Formac.-Inform./Programa preventivo escolar	22.616,98						1.810,10	24.427,08
Escola de pais	1.736,65		378,47					2.115,12
Atención xurídico-social ao drogodependente	11.131,35							11.131,35
Total Programa 2003	35.484,98		378,47				1.810,10	37.673,55
MEMORIA REXURDIR MARIN	69.486,23		5.056,50	14.106,67	750,81			89.400,21
Total Programa 2003	45.304,33		1.562,80	7.095,99	573,27			54.536,39
MEMORIA REXURDIR PROVINCIAL	7.790,44		2.773,48	6.360,57	2.037,18			18.961,67
Total Programa 2003	7.790,44		1.571,46	6.360,57	2.037,18			17.759,65
MEMORIA PLAN COMUNITARIO TEIS	27.864,08			35.786,82				63.650,90
Total Programa 2003	19.085,65			552,32				19.637,97
MEMORIA PLAN COMUNITARIO VITE	50.787,21		551,22	10.948,03		13,01	17.740,01	80.039,48
TOTAL PROGRAMAS	630.002,52		24.597,68	108.070,85	7.927,31		14.412,59	785.010,95
TOTAL MEMORIAS	2.397.424,00	16.145,19	149.231,05	608.799,03	192.466,43	136.805,07	401.985,81	3.902.856,58

Fuente: Memorias económicas de ayuntamientos y asociaciones. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Tabla 8. Área de prevención, reinserción y coordinación. Desagregación del gasto de ayuntamientos por programas. Año 2003.

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
O Barco		
Total programas O Barco 2003/2004	2.852	
Betanzos		
Total programas Betanzos 2003/2004	9.857	23.754
Boqueixón		
Prevención ámbito escolar	1.218	14.250
Información/Sensibilización	464	16.609
Total programas Boqueixón 2003/2004	1.682	30.859
Burela		
Ámbito escolar	4.100	8.848
Colectivos mozos /xoves	190	4.587
Ámbito familiar	90	4.077
Ámbito Información/Formación	30	3.950
Ámbito Estudios/Investigación	100	3.938
Ámbito comunitario	325	6.318
Ámbito formativo/laboral	68	4.134
Total programas Burela 2003/2004	4.903	35.853
Cangas		
Programa escolar	4.100	29.205
Información/Sensibilización	3.000	29.205
Programa familiar	80	29.205
Total programas Cangas 2003/2004	7.180	87.615
Mancomunidad de O Carballiño		
Total programas O Carballiño 2003/2004	7.222	33.632
Carballo		
Información/formación	10.600	6.135
Ámbito familiar	3.271	11.403
Ámbito reinserción	1.710	6.781
Programa Xoves en idade de risco	11.000	11.941
Ámbito laboral	384	3.489
Ámbito escolar	3.687	9.688

(Continúa en la página siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
Total programas Carballo 2003/2004	30.652	49.436
Catoria		
Total programas Catoira 2003/2004	3.942	47.593
A Coruña		
Prevención escolar	5.238	10.904
Prevención comunitaria	20	15.308
Total programas A Coruña 2003/2004	5.258	26.213
Culleredo		
Total programas Culleredo 2003/2004	3.132	21.467
A Estrada		
Programas 2003/2004	2.795	8.965
Prevención ámbito familiar y exconsumidores	33	8.965
Total programas A Estrada 2003/2004	2.828	17.930
Fene		
Total programas Fene 2003/2004	3.800	37.834
Ferrol		
Información, orientación, asesoramiento e sensibilización	5.913	35.653
Educación en valores	1.927	31.345
Prevención consumo de drogas na escola	4.635	11.998
Total programas Ferrol 2003/2004	12.475	78.996
O Grove		
Prevención escolar	1.484	23.323
Prevención familiar	205	4.116
Total programas O Grove 2003/2004	1.689	27.439
Lugo		
Total programas Lugo 2003/2004	7.234	44.206
Marín		
Programas 2003/2004	15.000	1.172
Ámbito escolar	520	4.859
Rehabilitación e inserción social	15	7.200
Total programas Marín 2003/2004	15.535	13.231
Monforte		
A experiencia de educar para a saude na escola	3.963	2.800
CINENSINO 03-04	236	2.417
Reducción de daños producidos por el tabaco en las empresas	666	600

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
<i>Prevención e intervención con adolescentes</i>	40	700
<i>Si yo digo, Tabaco, Alcohol, ...¿Tú que imaginas?</i>	193	1.200
<i>Tabaco no, tabaco si</i>	41	1.000
<i>Prevención = saúde</i>	256	900
<i>Programa comunitario de prevención de drogas</i>	1.250	2.500
<i>¿Dudas?, Pregunta e informate</i>	621	4.000
<i>Jovenes y Alcohol</i>	19	1.200
<i>El ocio como espacio de prevención</i>	223	2.800
Total programas Monforte 2003/2004	7.508	20.117
Noia		
<i>Información/ formación</i>	8.095	1.865
<i>Prevención do consumo de drogas na escola</i>	2.561	2.092
<i>CINENSINO 03-04</i>	443	630
<i>Escola de pais e nais</i>	80	2.571
<i>Prevención xuvenil do VIH-SIDA</i>	92	504
<i>Obradorio de habilidades sociais e prevención do consumo de tabaco e alcohol na educación primaria obrigatoria</i>	69	1.563
<i>Obradoiro de prevención do consumo indebido de drogas e habilidades sociais na ESO</i>	492	3.453
<i>Prevención selectiva con menores de 3º e 4º da ESO en situación de risco</i>	531	3.907
Total programas Noia 2003/2004	12.363	16.584
Ourense		
<i>Escola de pais e nais</i>	820	23.207
<i>Cine e saúde</i>	3.426	13.590
<i>Prevención do VIH/SIDA en usuari@s de drogas por via parenteral e persoas que exercen a prostitución</i>	186	6.010
<i>A experiencia de educar para a saúde na escola</i>	1.582	450
<i>Deshabitación tabáquica</i>	69	7.382
<i>Apoio a moz@s de alto risco "Besbello"</i>	20	3.000
<i>Prevención do abuso do alcohol</i>	Sin determinar	37.602
<i>El valor de un cuento</i>	1.224	5.276
<i>Campañas</i>	80.000	6.400
<i>CINENSINO 03-04</i>	889	13.152
<i>Publicacións</i>	4.221	24.972

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
<i>A familia hoxe: os pais nunha sociedade en evolución</i>	180	6.500
Total programas Ourense 2003/2004	92.617	147.541
Ponteareas		
Total programas Ponteareas 2003/2004	19.882	29.283
Pontedeume		
Total programas Pontedeume 2003/2004	1.946	37.229
Pontevedra		
<i>Prevención do consumo de drogas na escola</i>	15.186	11.500
<i>CINENSINO 03-04</i>	1.200	2.400
<i>Educación en valores a través do cine para alumnos de primaria</i>	2.287	8.000
<i>Faise camiño ó andar</i>	200	3.602
<i>Escolas de familia</i>	147	2.100
<i>Prevención de drogodependencias no ámbito familiar</i>	2.500	3.986
Total programas Pontevedra 2003/2004	21.520	31.588
Porriño		
<i>Educación para a saúde na escola</i>	3.500	4.500
<i>Difusión e sensibilización</i>	6.500	3.400
<i>Escola de pais e nais</i>	50	4.500
Total programas Porriño 2003/2004	10.050	12.400
Redondela		
Total programas Redondela 2003/2004	1.594	107.971
Rianxo y Boiro		
<i>Prevención con familias</i>	33	3.957
<i>Obradorio afectivo-sexual</i>	127	789
<i>Intervención en educación secundaria</i>	437	3.064
<i>Valor dun conto</i>	72	1.539
<i>Materiais didácticos</i>	1.217	1.303
<i>Educación en valores</i>	571	1.539
<i>CINENSINO 03-04</i>	517	4.862
Total programas Rianxo y Boiro 2003/2004	2.974	17.053
Ribadeo		
<i>CINENSINO 03-04</i>	239	500
<i>Pais informados</i>	90	-

(Continúa en la pág. siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
Xornadas sobre drogodependencias	78	3.000
Prevención consumo de drogas na escola	1.602	-
Total programas Ribadeo 2003/2004	2.009	3.500
Riveira		
Total programas Riveira 2003/2004	15.300	42.817
Santiago		
Prevención escolar	8.169	56.481
Prevención familiar	260	3.531
Prevención comunitaria	11.120	13.693
Total programas Santiago 2003/2004	19.549	73.705
Sanxenxo		
Prevención na escola	2.511	16.640
Prevención na familia	4.000	3.341
Información/ formación	5.000	35.873
Inserción laboral	60	28.814
Total programas Sanxenxo 2003/2004	11.571	84.668
Tui		
Total programas Tui 2003/2004	17.182	16.227
Mancomunidade do Val Miñor		
Total programas Val Miñor 2003/2004	16.700	42.111
Mancomunidade de Verín		
Total programas Verín 2003/2004	3.895	12.356
Vilagarcía de Arousa		
Prevención de drogodependencias na escola	7.495	31.853
Prevención do VIH/SIDA: "Obradorios de sexo seguro"	785	9.257
Prevención do uso/abuso de alcohol	1.298	5.644
Prevención de drogodependencias na familia	914	5.445
Información e sensibilización	2.199	5.037
Formación en prevención de drogodependencias	20	4.764
Total programas Vilagarcía de Arousa 2003/2004	12.711	62.000
Vigo		
Xornadas do Plan Local sobre Drogas e outras Adiccións en Vigo	450	11.918
Prevención do consumo de drogas na escola	8.978	7.000

(Continúa en la página siguiente)

(Viene de la pág. anterior)

Ayuntamiento/Programa	Población Destinataria	Presupuesto Total
<i>CINENSINO 03-04</i>	2.106	2.092
<i>Y tu ¿de que vas?</i>	1.570	64.709
<i>Prevención con xoves xitanos</i>	41	24.900
<i>Creative</i>	2.000	30.000
<i>Outreach, centro de reducción de danos</i>	336	48.000
<i>Oficina técnica do Plan Local sobre Drogodependencias e outras Adicións en Vigo</i>	30	11.975
Total programas Vigo 2003/2004	15.511	200.594
Vilalba		
Prevención área educativa	1.632	1.962
CINENSINO 03-04	460	7.847
Prevención xuvenil	60	1.863
Prevención área familiar	58	6.032
Total programas Vilalba 2003/2004	2.210	17.704
Total Ayuntamientos	407.333	1.551.507

Fuente: memorias económicas de ayuntamientos y asociaciones. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

ANEXO II: MODELO DE CAPITAL HUMANO

Siguiendo el modelo planteado por Grossman (Grossman, 1972, 2000), tenemos una función de utilidad intertemporal de un consumidor típico:

$$U = U(\phi_t H_t, Z_t), \quad t = 0, 1, 2, \dots, n. \quad (1)$$

Donde H_t es el stock de salud a la edad t o en el periodo t , f_t es el flujo de servicios por unidad de stock, $h_t = \phi_t H_t$ es el consumo total de servicios de salud y Z_t es el consumo de otros bienes. El stock de salud inicial H_0 está dado, si bien el stock de salud en cualquier otro periodo es endógeno. El problema de decisión estriba en la elección, para la cantidad de tiempo de vida restante, de sendas temporales para la salud (capital humano), así como para el consumo de bienes y servicios de una manera óptima. Se supone que el momento en que se acaba la vida es determinado endógenamente y se alcanza cuando el stock de salud es igual a (o cae por debajo de) un nivel mínimo. El individuo decide la combinación óptima del número de años y el consumo de bienes, tal que maximice su utilidad total. La muerte acontece cuando $H_t \leq H_{min}$.

El cambio en el stock de salud a lo largo del tiempo viene dado por la diferencia entre la inversión bruta de cada periodo menos la depreciación del stock de salud existente:

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta_t H_t. \quad (2)$$

Donde I_t es la inversión bruta y d_t es la tasa de depreciación durante el periodo t ($0 < \delta_t < 1$). Las tasas de depreciación son exógenas pero dependen de la edad. Los consumidores producen inversión bruta en salud y otros bienes de acuerdo a las siguientes funciones de producción domésticas:

$$I_t = I_t(M_t, TH_t, E_t), \quad (3)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t, E_t), \quad (4)$$

M_t es un vector de inputs disponible en el mercado y que contribuye a la inversión en salud; X_t es un vector similar de inputs que contribuye a la producción de Z_t , TH_t es el tiempo dedicado a producir salud y E es el stock de capital humano del individuo excluyendo la salud. Este último stock se supone exógeno o predeterminado. Suponemos que un aumento en el capital humano aumenta la productividad, tanto la laboral como la doméstica. También asumimos que todas las funciones de producción son homogéneas y lineales en el mercado de bienes.

Tanto los bienes del mercado como el tiempo son recursos escasos. La restricción presupuestaria de los bienes iguala el valor presente del consumo de bienes con el valor presente de los ingresos a lo largo del ciclo vital más la riqueza inicial (descontada):

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t T W_t}{(1+r)^t} = A_0 \quad (5)$$

P_t y Q_t son los precios de M_t y X_t , W_t es el salario hora, $T W_t$ son las horas trabajadas, A_0 son los activos iniciales y r es el tipo de interés del mercado.

En cada periodo, por definición, la restricción temporal total (Ω) debe ser satisfecha por todos sus posibles usos:

$$\Omega = T W_t + T H_t + T_t + T L_t \quad (6)$$

donde $T L_t$ es el tiempo perdido en actividades de mercado y domésticas debidas a enfermedades o malos estados de salud. Suponemos que este tiempo de enfermedad está inversamente correlacionado con el stock de salud, esto es, $\partial \delta L_t / \partial \delta H_t < 0$. Si Ω es medido en horas ($W = 8760$ horas/año, es decir, 365 días/año por 24 horas/día) y si f_t es definida como la cantidad de tiempo sin enfermedad por unidad de H_t , h_t iguala el número total de horas saludables o horas sin enfermedad en un año dado. Es decir,

$$\Omega = h_t + T L_t \quad (7)$$

Si sustituimos las horas de trabajo ($T W_t$) de la ecuación (6) en la ecuación (5), obtenemos una única restricción:

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t + W_t (T L_t + T H_t T_t)}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t \Omega_t}{(1+r)^t} = A_0 \quad (8)$$

La riqueza total (lado derecho de la ecuación (8)) iguala los activos iniciales más el valor descontado de las ganancias que un individuo obtendría si pasara todo su tiempo trabajando. Parte de esta riqueza es gastada en el mercado de bienes, parte en la producción doméstica y parte se pierde debido a enfermedades. Las cantidades de equilibrio de H_t y Z_t pueden ser obtenidas a partir de la maximización de la ecuación (1) sujeta a las restricciones dadas por las ecuaciones (2), (3) y (8). Dado que el stock inicial de salud y la tasa de depreciación están dados, la inversión bruta óptima determina las cantidades óptima de salud.

13 Esto ya lo hacemos en cierto sentido al tratar el tema de los cuidados informales. Para aquellos lectores interesados es un modelo de capital humano y salud que adopta como unidad de análisis la familia en vez del individuo, pueden acudir a Jacobson (2000). Para ver una adaptación del modelo donde se incorpora incertidumbre, véase el trabajo de Selden (1993).

Condiciones de equilibrio

Las condiciones de primer orden para la inversión bruta en el periodo $t-1$ son:

$$\frac{\pi_{t-1}}{(1+r)^{t-1}} = \frac{W_t G_t}{(1+r)} + \frac{(1-\delta_t)W_{t+1}G_{t+1}}{(1+r)^{t-1}} + \dots + \frac{(1-\delta_t)\dots(1-\delta_{n-1})W_n G_n}{(1+r)^n} + \frac{U h_t}{\lambda} G_t + \dots + (1-\delta_t)\dots(1-\delta_{n-1}) \frac{U h_n}{\lambda} G_n \quad (9)$$

$$\pi_{t-1} = \frac{P_{t-1}}{\delta_{t-1}/\delta M_{t-1}} = \frac{W_{t-1}}{\delta_{t-1}/\delta TH_{t-1}} \quad (10)$$

$U h_t = \partial \delta U / \partial \delta H_t$ es la utilidad marginal del tiempo saludable; l es la utilidad marginal de la riqueza; $G_t = \partial \delta h_t / \partial \delta H_t = -(\partial \delta TL_t / \partial \delta H_t)$, es el producto marginal del stock de salud en la producción de tiempo sin enfermedad; y π_{t-1} es el coste marginal de la inversión bruta en salud en el periodo $t-1$.

La ecuación (9) establece que el valor presente del coste marginal de la inversión bruta en salud en el periodo $t-1$ debe ser igual al valor presente del beneficio marginal. Los beneficios marginales descontados en t son iguales a:

$$G_t \frac{W_t}{(1+r)^t} + \frac{U h_t}{\lambda} \quad (11)$$

donde G es el producto marginal de la salud (capital), esto es, el incremento en la cantidad de tiempo sin enfermedad causada por el aumento en una unidad del stock de salud. El salario-hora descontado mide el valor monetario de un incremento en una unidad de la cantidad de tiempo disponible para actividades de mercado y domésticas, mientras que el término $(U h_t / \lambda)$ mide el valor monetario descontado de un incremento en la utilidad debido al aumento en una unidad de tiempo sin enfermedad.

Por tanto, en la ecuación 11 podemos ver cómo este modelo de capital humano no reduce el valor de la salud al salario obtenido en el mercado de trabajo ni al salario sombra de la producción doméstica. Ello se hace aún más evidente si tenemos en cuenta que cambios en la salud de un individuo puede generar externalidades en otros miembros de la sociedad. Por tanto, si ampliamos nuestro análisis más allá del ámbito individual se vería reforzada la idea de que en los modelos de capital humano no se valora un cambio negativo (o positivo) en el estado de salud de una persona exclusivamente como el salario perdido (o ganado).¹³

Servizo Galego
de Saúde

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias
Análise / Estudos

ISBN 978-84-453-4493-4



9 788445 344934 >



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

