

# Estado de la oferta pública de tratamiento de las adicciones

PERÚ 2017

Dirección de Promoción y Monitoreo  
Sub Dirección de Monitoreo



# Estado de la oferta pública de tratamiento de las adicciones

## Perú

Mayo, 2017

# Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA

## Equipo Técnico

Recolección de información, elaboración de base de datos, análisis y elaboración del reporte

## Dirección de Promoción y Monitoreo:

Eduardo Cruz Díaz

Viviana Maldonado García

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-05533

Primera edición, abril 2017

## Editado por:

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA

Av. Benavides 2199-B, Miraflores. Lima – 18

[www.devida.gob.pe](http://www.devida.gob.pe)

## Diseño, diagramación e impresión:

GMC Digital S.A.C.

Calle Santiago Távara N° 1830, Cercado de Lima

Mayo, 2017

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación periódica, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del editor.

---

El presente estudio se realizó con la colaboración del equipo de especialista del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento – PTCD de DEVIDA

---

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
1.1 MÓDULOS DE ADICCIONES .....	12
1.1.1 SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS .....	12
1.1.2 OFERTA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO .....	13
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO .....	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
2.2 UNIVERSO DE ESTUDIO .....	23
2.3 CUESTIONARIO .....	24
2.4 DEFINICIONES .....	24
2.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	25
2.6 RESULTADO DEL TRABAJO DE CAMPO .....	25
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
3.1 OFERTA DE SERVICIO .....	30
3.1.1 DISTRIBUCIÓN Y ALCANCE DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	30
3.1.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES SEGÚN REGIÓN .....	32
3.1.3 NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL SUBSECTOR MINSA .....	34
3.1.4 MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	35
3.1.5 COSTOS DE TRATAMIENTO EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	37
3.1.6 COMPOSICIÓN DEL PAQUETE DE TRATAMIENTO .....	38
3.1.7 HORARIOS DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	39
3.1.8 FINANCIAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	41

<b>3.2 INFRAESTRUCTURA</b> .....	<b>43</b>
3.2.1 INCORPORACIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES AL PROGRAMA PRESUPUESTAL.....	43
3.2.2 INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PERIODO ANUAL .....	44
3.2.3 ACCESO A COMUNICACIONES EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES.....	45
3.2.4 HABILITACIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	47
3.2.5 EQUIPAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES.....	50
<b>3.3 GESTIÓN</b> .....	<b>52</b>
3.3.1 ASPECTOS DE GESTIÓN INTERNA DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	52
3.3.2 ASPECTOS DE GESTIÓN INTERNA DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES .....	54
<b>3.4 PERSONAL ASISTENCIAL</b> .....	<b>56</b>
3.4.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL MÓDULO.....	58
3.4.2 EQUIPO ASISTENCIAL .....	64
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>70</b>
<b>5. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>74</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>77</b>
<b>7. ANEXO</b> .....	<b>80</b>
7.1 LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES .....	80

# TOPICO



CONSULTORIO 01

SS. HH. VARONES

CONSULTORIO 02

SS. HH. VARONES

CONSULTORIO 03

CONSULTORIO 04

TRABAJOS



## PRESENTACIÓN

En el año 2004, el panorama de la oferta de servicios especializados en el tratamiento de las adicciones en el Perú era aún muy limitado, en la práctica estaba circunscrito a cuatro servicios especializados en la ciudad de Lima. En el interior del país, la falta de servicios especializados era evidente, la atención se desarrollaba solamente en unos pocos establecimientos de salud mental, que más que brindar un servicio especializado en adicciones se dedicaban a atender todo tipo de problemáticas de la salud mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias. Mayoritariamente, la atención se presentaba por problemas relacionados al consumo de alcohol, en un contexto de limitaciones en la infraestructura, equipamiento y recurso humano, en servicios con una denominación genérica de servicios de Salud Mental, Psiquiatría o Psicología.

En estas condiciones, como parte de las políticas desarrolladas por DEVIDA y contando con el apoyo de la Cooperación Técnica Belga, se dio inicio a la implementación de módulos de tratamiento en adicciones como experiencia novedosa en el país. La implementación de centros de atención ambulatoria y de día, conocidas como "CADES" comenzó en el 2004, en las ciudades del Callao, Tacna, Trujillo, Huancayo y Pucallpa, como una primera aproximación a la solución de esta problemática de salud. Este punto de partida, que en su inicio buscaba ampliar y descentralizar la cobertura, trajo consigo una labor posterior de más largo plazo, en la que el foco estuvo centrado en la implementación de servicios especializados de tratamiento de las adicciones en el resto de regiones del país.

En tanto esta propuesta involucraba crear nuevos servicios sanitarios especializados, dentro de los espacios de asistencia general de la oferta pública, se diseñó una estrategia conjunta con el Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en la materia. En trabajo coordinado de los equipos técnicos de DEVIDA, como del MINSA, se identificó en un primer momento la magnitud del problema en términos de regiones geográficas más afectadas, las cuáles fueron priorizadas en base a la información epidemiológica disponible. Un criterio práctico adoptado; fue vincular estas necesidades de atención con la identificación de espacios con mejores condiciones de ubicación geográfica y de capacidades técnicas, con lo que permitiría iniciar la labor, comenzando en los dispositivos asistenciales del Primer Nivel de atención y bajo la modalidad de tratamiento ambulatorio.

La incorporación de la estrategia de ampliar la cobertura asistencial, dentro del enfoque de presupuesto por resultados, se consolidó posteriormente en el año 2012, con la implementación del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, el cual ha permitido en los últimos años ampliar la asistencia sanitaria por problemas de consumo de sustancias, disminuyendo en parte el enorme déficit de cobertura. A la fecha, los ámbitos de actuación involucran no solo a los establecimientos del Ministerio de Salud, sino también a módulos especializados de adicciones con el Poder Judicial en los Centros Juveniles y con el Instituto Nacional Penitenciario en los establecimientos penitenciarios del país.

El presente documento, recoge los resultados de la medición realizada en los módulos de atención con énfasis en adicciones y da cuenta del estado actual de la intervención a 4 años de su implementación. El documento recopila información del número, la distribución y otras características de los establecimientos públicos especializados para el tratamiento de las adicciones, implementados en el marco de la intervención del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas. Esperamos que esta información sirva de base a los tomadores de decisiones y profesionales en el ámbito de las dependencias, para mejorar el conocimiento general sobre la oferta pública de tratamiento especializado en adicciones en el país, así como conocer avances y desafíos en la materia.

Mayo del 2017







Hospital Regional Ayacucho – Módulo de adicciones

# 1.

# INTRODUCCIÓN



CADES, Hospital Regional Tacna

## 1. INTRODUCCIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas, como problema sanitario en el ámbito de la salud mental, engloba un conjunto de trastornos que vinculan de un modo problemático a un individuo con una o más sustancias psicoactivas. Este vínculo implica la presencia de conductas compulsivas e inadaptadas para conseguir y consumir dicha sustancia, que de manera progresiva va produciendo malestar físico y psicológico. En tales circunstancias, la persona afectada muestra un nivel de deterioro funcional cuya recuperación requiere de tratamiento especializado. La importancia del acceso oportuno a una secuencia continua e integral de servicios de tratamiento es vital para obtener como resultado la rehabilitación de la persona afectada (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

El tratamiento de las adicciones constituye un serio problema de salud pública, el cual en muchos casos ha sido postergado por los sistemas de salud en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los que el enfoque predominante se ha centrado en una atención sanitaria dirigida prioritariamente a atender los problemas de salud física, a pesar de la clara evidencia de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en casi todos los países del mundo, lo que ha configurado escenarios en donde las prioridades sanitarias actuales han dejado de ser los problemas de salud física (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Sin embargo, en las últimas dos décadas, varios países han iniciado reformas en sus sistemas de salud, interesados por adecuarse a las necesidades de su población y a los cambios observados en los fenómenos de transición epidemiológica; con ello se ha abierto el camino a la aparición de nuevos enfoques en los que se prioriza el creciente desafío que representan las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas, los problemas de salud mental y las adicciones (Atun, y otros, 2014). Gracias a este viraje, algunos países desarrollados han comenzado a reducir algunas brechas y desproporciones, aunque sigue siendo una limitante la escasez de recursos económicos

y humanos, así como la ineficiencia en el uso de los pocos recursos e inequidades inclusive en los países desarrollados (Whiteford, y otros, 2013).

El fenómeno de la adicción rebaza las capacidades de los sistemas sanitarios que, por lo general, no cuentan con una oferta adecuada a nivel de cobertura y de especialización. Adicionalmente, hay que considerar que cada población enfrenta diferentes problemáticas que se vinculan a diferentes determinantes de salud, lo cual complejiza la respuesta sanitaria. No obstante, existen modelos disponibles que permiten elaborar estrategias y diseñar acciones a implementarse en los sistemas sanitarios públicos, considerando aspectos como los entornos socioculturales o las limitaciones económicas (PNUFID, 2003).

La dependencia a sustancias se constituye dentro de las enfermedades denominadas crónicas no transmisibles, cuyas características principales involucran un período de latencia largo, un curso prolongado de la enfermedad, daño funcional y posiblemente discapacitante que afecta progresivamente el desarrollo de la persona. Sumado a ello, la adicción también es un trastorno con mal pronóstico, lo cual está fuertemente asociado a algunas características que tienen que ver con un nivel bajo de adherencia, altas tasas de abandono y recaídas (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013) (Cruz Díaz, Gaino, & De Souza, 2016). Todas estas condiciones perfilan una problemática que desde el ámbito sanitario no sólo es compleja de enfrentar sino también representa altos costos.

Una adicción no tratada o tratada con demora afecta sustancialmente la calidad de vida del individuo que la padece, y a nivel de la sociedad presenta consecuencias económicas y sociales importantes que comienzan por un aumento de los costos de la asistencia sanitaria y la pérdida de productividad. Los estudios de carga de enfermedad, iniciados en el año 1991, han dejado en evidencia el costo de las enfermedades psiquiátricas, que alcanza al 12% del total de AVISA (Años de vida saludables perdidos), en las que se incluye el alcoholismo, el tabaquismo y la adicción a drogas ilegales por el importante daño que produce en el individuo y en la sociedad. También se cuenta el alto impacto en la mortalidad prematura y la discapacidad en la población mundial (MINSa, 2014).

El alcohol y el tabaco son las sustancias que generan los más altas pérdidas económicas en los países. Las estadísticas elaboradas por la OMS señalan que solamente el alcohol es responsable del 4% de las muertes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2011) y se le considera el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad en especial para las personas de 15 a 49 años de edad; es decir, que afecta justamente en los años más productivos de las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2015). Adicionalmente, el uso de alcohol está fuertemente relacionado con diversos tipos de accidentes (tránsito, laboral, domésticos), violencia, conductas sexuales de riesgo o uso de otras sustancias ilegales que incrementan las pérdidas económicas (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La carga de enfermedad que representa el consumo de drogas ilícitas se destaca dentro de los trastornos de salud mental, al punto de ser mayor que la carga de enfermedad de todas las condiciones maternas juntas. Por otro lado, se ha señalado que entre las drogas ilícitas la dependencia y carga de enfermedad resultaron ser más alta en hombres que en mujeres y más alta entre los 20 y 29 años de edad. Adicionalmente, la dependencia a drogas cocaínicas en el mundo presenta una prevalencia baja en comparación con las otras drogas ilícitas como las anfetaminas y los opioides. Sin embargo, estas afectan de manera importante a la región de América del Norte y América del Sur (Degenhart, y otros, 2013).

## 1.1 MÓDULOS DE ADICCIONES

### 1.1.1 SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sistematiza periódicamente la información oficial en materia de drogas que proporcionan todos los países. En base a estos datos, se ha podido establecer que en el mundo hay aproximadamente 246 millones de personas que consumen drogas ilícitas. En los últimos años se observa que la prevalencia anual de consumidores (5.2%) permanece estable a un nivel global, aunque a nivel de países y regiones en el mundo se experimenta algunos aumentos o disminuciones que a juzgar por las cifras no representa una marcada tendencia. Uno de cada diez usuarios de drogas llega a tener un nivel de consumo problemático que podría asociarse a diagnósticos de abuso o dependencia a drogas. Un aspecto preocupante de esta situación es que solamente uno de cada diez usuarios problemáticos de drogas en el mundo accede a servicios de tratamiento (UNODC, World Drug Report, 2015).

En el Perú, los principales indicadores epidemiológicos en relación al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas también se han mostrado relativamente estables en la última década y la magnitud de consumo en población general se ubica, en el Perú, por debajo de la media en relación a los otros países de la Subregión de América del Sur (DEVIDA, 2015).

De manera desagregada, por tipo de sustancias, se ha podido observar que durante los últimos años, el país presenta una disminución en el consumo de las drogas legales como alcohol. Desde el 2002, año en que la prevalencia anual de consumo de alcohol era 75% se ha experimentado una importante disminución a 52% en el año 2010. Similar tendencia se ha podido establecer en relación al tabaco cuya disminución también ha sido consistente llegando a reducirse a menos de la mitad en ese mismo periodo de tiempo, pasando de 38% a 21% de prevalencia anual de consumo (DEVIDA, 2015). En un análisis comparativo global, tenemos que la subregión de América tiene un consumo de alcohol 40% por encima de la media mundial, lo que posiciona a los países de la región como importantes consumidores de esta sustancia (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En cuanto a las drogas ilegales, los resultados de los estudios aún no posibilitan establecer tendencias claras. En los últimos años la prevalencia de consumo del conjunto de drogas ilegales, en el Perú, no ha superado la prevalencia anual de 2.8% en la población general; de alguna manera puede interpretarse, en cierta forma, como un escenario estable en los indicadores de consumo (DEVIDA, 2015). En este contexto, la sustancia ilícita de mayor consumo es la marihuana y afecta al 1% de la población peruana entre 12 y 65 años, esto es, más de 124 mil personas. Otros estudios realizados en el país han reportado prevalencias de consumo de sustancias similares a lo encontrado por DEVIDA, entre estos reportes destacan los estudios epidemiológicos de CEDRO. La encuesta en hogares realizada en el año 2015 encontró una prevalencia anual de consumo de marihuana de 1.9%, y de 0.7% para las drogas cocaínicas (CEDRO, 2015).

Respecto a la población escolar, que por su condición de grupo etario con mayor nivel de exposición, se observa una prevalencia anual de consumo de marihuana más alta que en la población general, alcanzando el 2.2%, con lo que se estima que más de 47 mil escolares del primero al quinto año de secundaria estarían consumiendo esta sustancia al menos una vez al año (DEVIDA, 2012).

Existe evidencia científica muy potente respecto a la relación de inicio temprano de consumo y la mayor probabilidad del desarrollo de varias conductas de riesgo, entre ellas, consumos problemáticos en el futuro (DuRant, Smith, Kreiter, & Krowchuk, 1999). Por tal razón, el énfasis en los programas preventivos se orienta a evitar el inicio temprano y a desarrollar estrategias para detener el progreso de consumos experimentales a consumos habituales y posteriormente dependientes. En nuestro país, la edad de inicio de consumo de drogas legales en la población escolar se ubica en 13 años, mientras que para las drogas ilegales, la edad de inicio es de 14 años (DEVIDA, 2012).

En los últimos años, la evidencia científica ha sido clara en señalar que las sustancias psicoactivas, como la marihuana, han incrementado su potencial adictivo, según reportes de evaluaciones hechas en diversas partes del mundo incluyendo Latinoamérica (DEVIDA, 2014). De otro lado, la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y el policonsumo de sustancias han generado alertas en los sistemas sanitarios que se ven enfrentados a una problemática cada vez más difícil de afrontar.

### 1.1.2 OFERTA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO

No todo consumo de sustancias llega a ser problemático; de hecho la mayoría de personas que se inician de manera experimental, consumiendo alguna sustancia, no llegan a progresar a un consumo problemático. La cantidad y frecuencia con la que se consume una droga influyen de manera importante para que una persona llegue a desarrollar un trastorno de tipo adictivo. Sin embargo, la condición de abuso o dependencia a sustancias (categorías diagnósticas establecidas por la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10) incluyen criterios que abordan el nivel de afectación del consumidor en sus diferentes áreas de funcionamiento individual y social. Adicionalmente, se debe reconocer que a pesar de existir criterios para diagnosticar, existe una gran heterogeneidad entre los casos, lo cual llega a tener una decidida implicancia a la hora de determinar las necesidades específicas de intervención.

El tratamiento del abuso o dependencia a drogas requiere de una intervención integral, con equipos interdisciplinarios y variedad de servicios asistenciales que puedan enfrentar la multiplicidad de daños que se produce en una persona con abuso o dependencia. Un objetivo importante de las intervenciones dirigidas a recuperar a la persona es lograr la disminución o abstinencia del uso de la sustancia y orientar el comportamiento de la persona a estilos de vida saludables en base a la recuperación de las áreas funcionales en los ámbitos familiares, laborales, académicos y/o sociales (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

Debido a que la enfermedad tiene un amplio espectro de afectación y daño, es esperable encontrar diferentes modos de enfrentarlo, de manera que la efectividad de las intervenciones responde por lo general a principios que progresivamente han sido sustentados con evidencia científica. Es muy común encontrar diferentes enfoques, modelos teóricos y prácticas terapéuticas al momento de analizar las intervenciones.

El tratamiento se define como la organización de una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud física y psicosocial causados por el abuso o dependencia, con el objetivo de optimizar el desempeño personal y social del individuo afectado (PNUFID, 2003). Desde el punto de vista del proceso, se entiende que el tratamiento se inicia cuando la persona entra en contacto con el proveedor de servicios de salud, es decir, cuando se produce la demanda de tratamiento. La disponibilidad en cuanto a cobertura, diversidad y

calidad de los servicios está determinada en gran parte por factores políticos, económicos, culturales y religiosos que a la vez deben ser considerados como factores dinámicos.

En base a la evidencia científica desarrollada a la fecha, es posible sostener algunos principios en relación a los tratamientos (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010):

- Se asume que la adicción es una enfermedad crónica y compleja que no solo afecta el funcionamiento cerebral sino también la conducta.
- No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas, existen necesidades particulares y la adecuación del tratamiento a ellas juega un rol importante en la efectividad de la intervención.
- Los programas de tratamiento deben ser accesibles, considerando que la búsqueda de atención sanitaria no es un elemento común en quienes padecen la enfermedad.
- Mientras más pronto se intervenga, las probabilidades de éxito en el tratamiento mejoran sustancialmente.
- Los tratamientos que demuestran mejores resultados son los que ofrecen servicios integrales de acuerdo a las necesidades del paciente.
- El tiempo de permanencia en tratamiento es un elemento que incide en los resultados, la evidencia apunta que períodos de tratamiento de por lo menos 3 meses contribuyen de forma significativa a disminuir el consumo de sustancias.
- Las intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales de tipo conductual son las modalidades de tratamiento más comunes.
- El uso de medicamentos pueden contribuir en algunos tipos de adicción por lo que se recomienda que se incluya en los planes de tratamiento cuando se evalúe su necesidad y siempre en combinación con la intervención psicoterapéutica.
- El tratamiento debe tener en cuenta otros posibles trastornos de salud mental que pueden estar afectando al paciente. Adicionalmente, se deben considerar exámenes médicos que puedan identificar el riesgo de presencia de enfermedades físicas principalmente VIH, hepatitis, tuberculosis o enfermedades infecciosas.
- La desintoxicación médica como primera medida de la intervención no es suficiente para lograr resultados positivos a largo plazo.
- En la etapa de tratamiento se requiere de una supervisión constante a fin de evitar las recaídas y, de ser necesario, ajustes o negociación en el plan terapéutico.
- Un elemento, aún polémico, hace referencia a los tratamientos no voluntarios, los cuales manejados a través de sanciones y premios o en personas en situación de reclusión en los sistemas de justicia penal, han evidenciado resultados positivos en algunos contextos.

Pese al entendimiento de que es mejor tratar que no tratar y el establecimiento de las mejores prácticas de tratamiento subsisten y son muy variadas las brechas de atención sanitaria por abuso o dependencia a drogas. Según estimaciones de Naciones Unidas, se calcula, globalmente, que sólo una de cada seis personas con consumo problemático de drogas reciben tratamiento (UNODC, World Drug Report, 2015). La brecha se acentúa en algunos

países en vías de desarrollo con sistemas de salud precariamente desarrollados y con escasos recursos.

En el Perú, las estimaciones señalan que la brecha de atención en salud mental oscila entre 75% y 85% (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002). Situación que tiene alguna correspondencia con que el 1.5% del presupuesto destinado a salud se emplea en atender la problemática de la salud mental en el país. Además, de ese porcentaje, casi el 80% se destina a las instituciones psiquiátricas (Plan de Acción de Salud Mental del Ministerio de Salud 2015).

En el país, la atención en servicios de salud orientados a atender los trastornos por consumo de sustancias es insuficiente y tiene otras importantes brechas de calidad.

La oferta de tratamiento especializada en adicciones se ha caracterizado por:

- Dificultades de acceso a los servicios cuya distribución geográfica prioriza algunos espacios, pero que sigue siendo insuficiente en cuanto a cubrir los espacios donde son necesarios. Esto se complica si tomamos en cuenta que a la barrera de acceso por ubicación existen otras barreras de acceso como las distancias, escasez o dificultad en el traslado, horarios de atención o costos de traslado.
- Los servicios especializados en adicciones están distribuidos de manera no equitativa.
- Aún subsisten brechas de incorporación de enfoques de género, grupo etario e interculturalidad en los programas de tratamiento.
- Existe un déficit de profesionales de la salud con formación y experiencia especializada en adicciones; además, el problema se enfrenta con equipos de profesionales que en muy pocos casos están conformados con un enfoque interdisciplinario.
- El presupuesto que se destina es muy limitado.
- Existen limitados mecanismos para el control de calidad y eficiencia de los servicios públicos.
- No existen sistemas de información especializados que permitan monitorear los servicios.
- Los servicios de atención operan bajo el criterio de tratamiento voluntario del usuario.
- La atención de tipo residencial, como oferta pública se encuentra centralizada en Lima.
- Se ejerce un débil control sobre la oferta de servicios privados, los cuales entran a cubrir los vacíos que el sistema público deja.

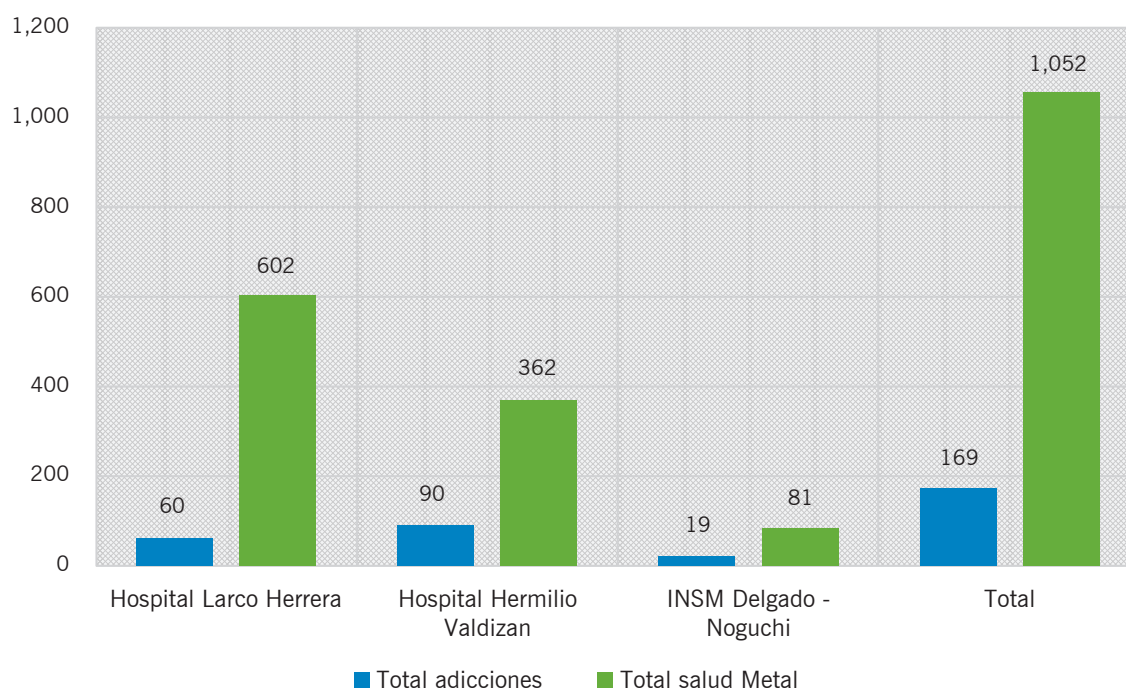
El déficit de camas hospitalarias según las estadísticas sanitarias mundiales señala que el Perú se ubica muy por debajo de la media, con solo 15 camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes. (Organización Mundial de la Salud, 2014). En cuanto a camas psiquiátricas el déficit es más marcado, representa una de las más grandes brechas llegando a disponer de una oferta de solo 1,052 camas concentradas en Lima, cifra que no ha variado mucho desde lo reportado en el 2008 con el Informe Defensorial N° 140 y que reportaba 4 camas por cada 100,000 habitantes (Defensoría del Pueblo, 2008) (DEVIDA, 2015).

La brecha para atender la demanda de atención por casos de adicciones que requieran internamiento se cubre con una oferta de 169 camas distribuidas en los tres principales



centros psiquiátricos del país, todos ellos ubicados en Lima, en el Hospital Larco Herrera, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán que incluye el Centro de rehabilitación de Ñaña. En 2014 entraron en funcionamiento 10 camas para atender la demanda de casos de adicciones en exclusividad para mujeres, en el servicio del Hospital Valdizán (DEVIDA, 2015).

**GRÁFICO 1. MINSA: CAMAS EN SALUD MENTAL VERSUS CAMAS EXCLUSIVAS PARA ADICCIONES. 2015**



Fuente: DEVIDA - Reporte Estadístico de Consumo de Drogas 2015.

Existe un déficit de recursos humanos especializados en problemas de adicciones en el país, el referente más próximo es la cantidad de profesionales asistenciales en el área de salud mental con los que cuenta el MINSA y que muestra enormes brechas en relación a la cantidad de psiquiatras, psicólogos y otros especialistas en salud mental, que en su gran mayoría se concentran en Lima. En entidades como MINSA y ESSALUD, 82% y 70% de los psiquiatras, respectivamente, se concentran en la capital del país, dejando en una situación muy desventajosa a regiones en las que existe uno o dos psiquiatras (Diez Canseco Montero, y otros, 2014).

En los últimos años, la oferta estatal se ha desarrollado con una orientación muy marcada en implementar servicios especializados que atienden bajo la modalidad de atención ambulatoria. Esta estrategia se desarrolla desde el 2007 y en la actualidad se ha venido ampliando al punto de alcanzar una cobertura de 80% de las regiones. Esta acción ha contado con la participación del Ministerio de Salud (MINSA) mediante la ejecución de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIREAS/GERESAS), el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y Los Centros de Diagnóstico y Rehabilitación Juvenil del Poder Judicial.

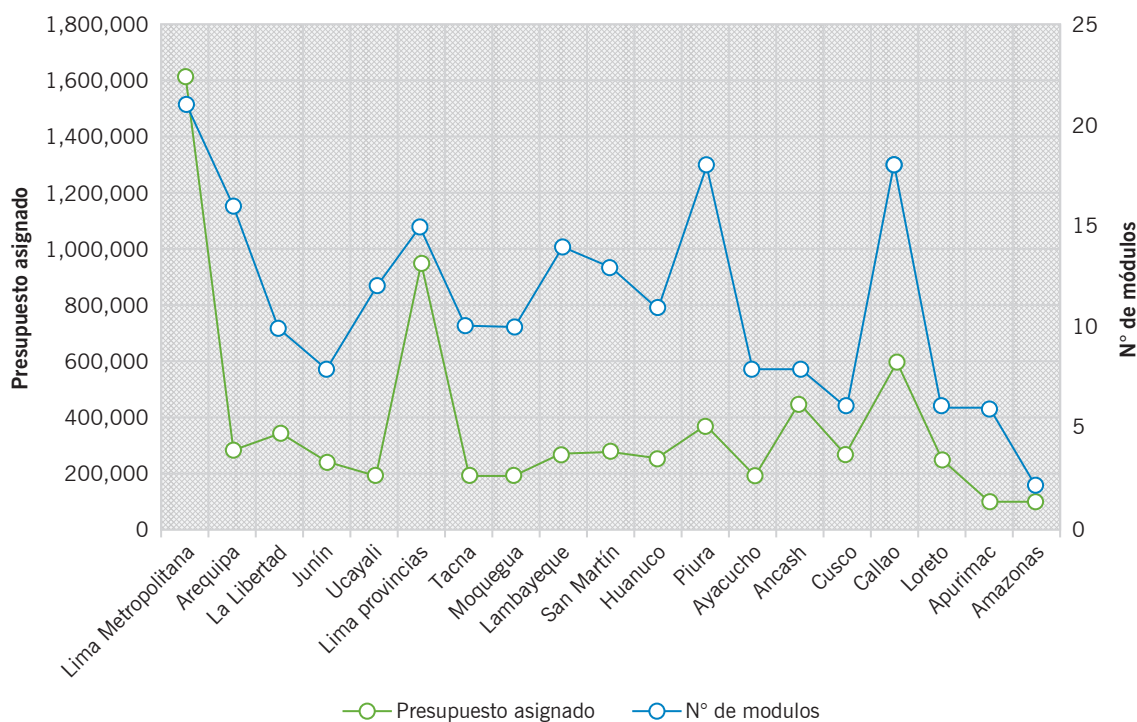
Estas iniciativas han tenido como punto de partida el realizar diagnósticos situacionales apoyados en la información primaria de los dispositivos sanitarios existentes, de los recursos materiales y humanos en el sector y de la normatividad existente. Por otro lado, se ha debido contar con el conocimiento de la magnitud del problema en los ámbitos regionales; es decir, la demanda que permita caracterizar el fenómeno, todo lo cual resulta imprescindible para establecer los criterios de priorización.

Bajo el enfoque de presupuesto por resultados, se han creado programas presupuestales dirigidos a atender las necesidades de la población en diferentes ámbitos. En lo relacionado al problema del consumo de drogas, se diseñó el Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas en el que se incluye el producto: "Población atendida en adicciones por consumo de drogas". Tal producto consiste en brindar atención, tratamiento y rehabilitación a personas usuarias, consumidoras y dependientes de drogas. Este producto es entregado por equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud y/o personal técnico capacitado por las Direcciones/Gerencias Regionales de Salud, Poder Judicial e Instituto Nacional Penitenciario - INPE. En la medida que estas entidades ya desarrollan, bajo diversas modalidades, actividades de tipo asistencial a su población objetivo, la estrategia consiste en implementar espacios de tratamiento especializado en adicciones denominados Módulos de Atención en Adicciones.

Las intervenciones terapéuticas se entregan actualmente bajo un programa diseñado específicamente para cada uno de los tres tipos de población intervenida: población general, población penitenciaria y población infractora juvenil. El conjunto de sesiones que se programan a lo largo de la intervención en los establecimientos del MINSA, conforman el denominado "paquete de atención". En el caso de los centros juveniles y establecimientos penitenciarios la intervención se realiza bajo programas que consideran fases o etapas de intervención más o menos independientes del número de sesiones o intervenciones a las que tienen que asistir el beneficiario.

En el marco de la intervención del programa presupuestal, en el año 2015, se destinó para la actividad de "Atención Terapéutica en la Modalidad Ambulatoria, de Día y Residencial para Consumidores y Dependientes de Drogas", la suma total de 7'167,869 Nuevos Soles. Asimismo, se estableció una meta de 16,360 personas atendidas. La distribución del presupuesto en el año 2015 siguió una tendencia más o menos proporcional en relación al número de módulos a implementarse con el presupuesto asignado; es decir, que a mayor presupuesto se estima un mayor número de módulos implementados o fortalecidos en ese período. Sin embargo, algunas regiones no cumplieron este criterio, entre las más saltantes están Arequipa, Piura y Callao que se encuentran como regiones con mayor número de módulos, pero tienen un presupuesto asignado menor a la mayoría de regiones.

**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE MÓDULOS vs PRESUPUESTO ASIGNADO**

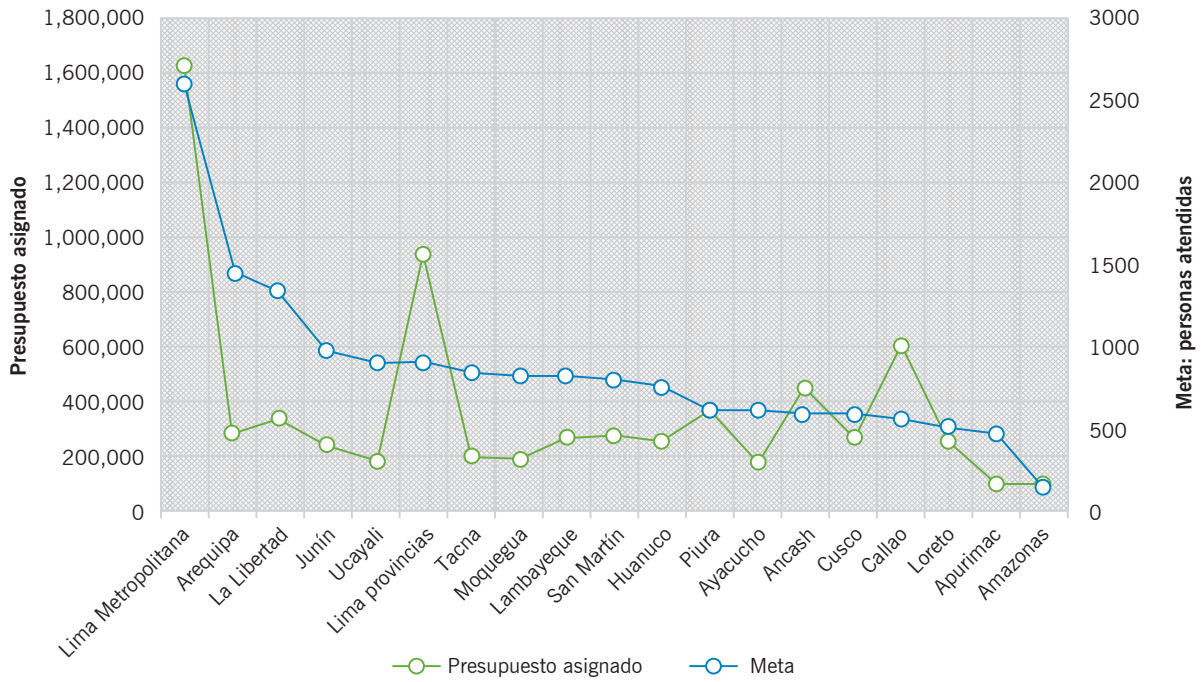


Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo.

El modelo de intervención establece una meta de beneficiarios diferenciada entre personas atendidas y personas tratadas. Como persona atendida se entiende a toda persona que demanda atención y cumple con los criterios diagnósticos de abuso o dependencia a drogas. La demanda de tratamiento se atiende en los establecimientos con un determinado número de sesiones, que al completarse dan como resultado una persona tratada con paquete completo. Adicionalmente, la meta de “tratados” está estimada en al menos el 30 % del total de personas atendidas.

En el periodo anual 2015, se establecieron las metas más altas en Lima Metropolitana, Arequipa y La Libertad con más de 1,300 personas atendidas. Sin embargo, tanto Arequipa como La Libertad tuvieron una asignación de recursos mucho menor que otras regiones. Se puede identificar otra desproporción en las regiones de Lima Provincias y Callao, en donde se presenta un caso inverso, en el que el presupuesto asignado es proporcionalmente mayor que la meta establecida.

**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE META: N° DE PERSONAS ATENDIDAS vs PRESUPUESTO ASIGNADO**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo.

Si bien los criterios de planificación responden a múltiples variables involucradas en la priorización, se debe reconocer que una lectura directa de los criterios expuestos resulta insuficiente para abordar de manera comprehensiva la determinación de metas. Los criterios epidemiológicos y demográficos juegan un factor importante en la toma de decisiones por lo que contar con información puntual es vital para enfrentar de una mejor manera esta problemática.





# ¿Problemas por usar drogas?

Busca ayuda profesional en



## TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Ludopatía
- Drogadicción
- Ciberjuegos
- Farmaco dependencia

### Actividades Psicoterapéuticas:

Terapias grupales,  
Terapias individuales,  
Terapias familiares,  
Contacto espiritual,  
Actividades deportivas,  
Análisis Toxicológico:  
(Marihuana, PBC,  
Cocaína, Alcohol)

TACNA  
**cades**

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE DÍA PARA  
CONSUMIDORES Y DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dirección: Hospital Hipólito Unanue - Tacna Pabellón - H  
Calle Blondell s/n

# 2.

# METODOLOGÍA



Centro de Salud La Esperanza - Tacna

## 2. METODOLOGÍA

La metodología empleada para el diagnóstico de la oferta pública de tratamiento ambulatorio es de tipo descriptivo y de corte transversal, se utilizó un instrumento de recojo de información con un enfoque cuantitativo, utilizando la técnica de encuesta.

Los procedimientos se realizaron siguiendo las siguientes etapas:

- a. Identificación de módulos de atención de las adicciones y profesionales responsables a nivel nacional.
- b. Elaboración del directorio de módulos de atención de las adicciones.
- c. Revisión de instrumentos de estudios similares.
- d. Diseño y elaboración de cuestionario web en plataforma de formularios de Google.
- e. Preparación de trabajo de campo.
- f. Aplicación de cuestionarios online.
- g. Supervisión: absolución de dudas, asistencia técnica, llamadas durante y post trabajo de recolección de información.
- h. Proceso de codificación, crítica y digitación incluyendo la limpieza de la base de datos obtenida.
- i. Análisis y elaboración de tablas
- j. Informe Final y publicación.

No existen antecedentes de medición para el presente estudio, si bien se cuentan con datos que reporta el Sistema de Monitoreo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

DEVIDA; estos datos de intervención son gruesos y solamente proporcionan datos descriptivos muy generales. El alcance de esta información se refiere a la ubicación geográfica de los lugares intervenidos y las metas físicas y financieras de la intervención del programa presupuestal PTCD.

## 2.1 OBJETIVO

Conocer el número y las características de los servicios públicos especializados en el tratamiento de las adicciones bajo la modalidad ambulatoria a nivel nacional, en el marco del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de DEVIDA.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar el número de módulos de atención de las adicciones del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de DEVIDA.
- Identificar la distribución geográfica de los módulos de atención de las adicciones según regiones.
- Caracterizar la oferta pública existente de servicios de tratamiento que se brindan a través de los módulos de atención de las adicciones.

## 2.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo compuesto por todos los módulos de atención de las adicciones, implementados o fortalecidos por DEVIDA, en los sectores de salud, Poder Judicial e Instituto Nacional Penitenciario, a nivel nacional implementados desde el año 2012 y evaluados en el período anual 2015. El universo de estudio es variable y se define su composición cada año. Para efectos de elaborar el directorio se recurrió a la documentación oficial de los planes operativos POA, registrados en DEVIDA, los cuales se elaboran al inicio del periodo anual. Sin embargo, dado que estos pueden sufrir reformulaciones durante el año se recurrió a bases de datos y directorios actualizados posteriormente. Para asegurar la inclusión de todos los módulos de atención de las adicciones se elaboró un directorio con todos los módulos registrados en estos documentos y se sometió a un proceso de consolidación.

Dado que se planteó una aplicación censal, se trabajó a partir del directorio elaborado que quedó compuesto por 241 módulos de atención de las adicciones, de los cuales 213 corresponden a aquellos que funcionan al interior de los establecimientos del Ministerio de Salud (Hospitales, Centros de Salud y Postas), 19 módulos que se ubican en los establecimientos del INPE (Instituto Nacional Penitenciario) y 9 en los Centros Juveniles del Poder Judicial (PJ). Cabe señalar que se incluyó al servicio "Habla Franco" que desde el año 2015 incorporó a sus servicios de consejería telefónica y virtual, la atención presencial de casos de abuso o dependencia a sustancias, servicio que previamente fue inscrito en los servicios de salud y fue categorizado por la Red de Salud correspondiente para el inicio de sus actividades.



## 2.3 CUESTIONARIO

Se utilizó un cuestionario estructurado en el que se indaga sobre las características generales del módulo, sobre aspectos relacionados a la atención del módulo de adicciones, gestión, administración, financiamiento, implementación y equipamiento físico, así como aspectos relacionados al recurso humano exclusivo del módulo de adicciones. La elaboración del instrumento contó como insumo de información, las entrevistas a los profesionales de los módulos con lo que inicialmente se obtuvo una versión piloto que fue ajustada y nutrida de los aportes de los profesionales de los módulos de atención de las adicciones, luego de lo cual se elaboró la versión final. En total, el cuestionario tiene 69 ítems y su aplicación se dio en forma online, usando el servicio de formularios de Google, para lo cual el responsable del módulo se capacitó.

Se determinaron los contenidos priorizando, algunos aspectos relacionados a la oferta, como las variables de ubicación geográfica, el tipo de poblaciones objetivo, los niveles de atención, las modalidades de atención, variables relacionadas a la gestión interna técnica y administrativa, lo cual incluye aspectos relacionados al recurso humano con el que cuentan los módulos. Adicionalmente, se incluyen algunos aspectos de la gestión externa en relación al trabajo colaborativo y coordinación interinstitucional.

## 2.4 DEFINICIONES

Centro de atención (tratamiento) de las adicciones: Son todos los dispositivos asistenciales que brindan servicios bajo diferentes enfoques, procedimientos y metodologías con una orientación profesional especializada en el tratamiento de las adicciones y que atienden la demanda de tratamiento por problemas de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas. Un centro de atención puede ofrecer más de un programa o servicio terapéutico. Para este estudio se consideran los módulos de atención de las adicciones que componen la intervención ambulatoria especializada en MINSAs, INPE y PJ.

Establecimiento de salud: Son todos aquellos dispositivos de salud que realizan asistencia sanitaria bajo un régimen ambulatorio o de internamiento con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia o la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado definido previamente con el objetivo de guiar la práctica sanitaria con resultados óptimos y orientados a la calidad.

Integralidad de la atención en salud: Atención sanitaria conjunta de los aspectos de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como un enfoque general de desarrollo social de la persona, la familia y la comunidad.

Paquete de atención: Se entiende como el conjunto articulado de cuidados en salud que se brindan al demandante de tratamiento en un establecimiento de salud. En este estudio se

entiende como paquete de atención al conjunto de sesiones que se desarrollan a lo largo del tratamiento y que en el caso de los establecimientos MINSA están determinados por un determinado tipo y número de sesiones dependiendo del nivel de atención del establecimiento en el que se han implementado los módulos de atención de las adicciones. En el caso del INPE y PJ, no existe una precisión en cuanto al tipo de sesiones y cantidad que deben recibir las personas tratadas sino más bien hacen referencia al tiempo de permanencia en tratamiento. En los módulos de atención de las adicciones implementados en los establecimientos penitenciarios el tratamiento se compone de 4 fases que se completan en aproximadamente 12 meses, mientras que en el caso de los centros juveniles del PJ se tienen tres fases que se completan en aproximadamente 9 meses (en medio cerrado).

## 2.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como se mencionó anteriormente, el universo de estudio estuvo compuesto por todos los módulos de atención de las adicciones implementados o fortalecidos por DEVIDA en los sectores: MINSA, Poder Judicial e Instituto Nacional Penitenciario. Para cada uno de ellos se identificó (por medio del directorio proporcionado por los especialistas del Programa Presupuestal en DEVIDA) a los profesionales responsables de cada uno de los módulos, con quienes se estableció un contacto inicial para remitirles, vía correo electrónico, un comunicado en el que se le explicaba el objetivo del estudio y las indicaciones para responder la encuesta a través de un link de acceso en la plataforma de Google.

El cuestionario estuvo disponible en la plataforma de Google desde el 23 de octubre al 20 de diciembre del 2015. Hay que señalar que más de la mitad de los cuestionarios fueron respondidos durante la primera semana, lo que evidenció los buenos resultados de la estrategia empleada. Durante el período de aplicación de la encuesta se realizó el acompañamiento y supervisión a través de recordatorios periódicos mediante correo electrónico o vía telefónica.

La totalidad de los cuestionarios fueron obtenidos de la base de datos en formato Excel generada en la plataforma de Google, toda vez que los profesionales responsables, a quienes se le proporcionó el link de acceso digitaron la información de manera directa. Posteriormente, la base de datos fue exportada a SPSS 20 para el procesamiento estadístico respectivo.

## 2.6 RESULTADO DEL TRABAJO DE CAMPO

Un total de 234 responsables de módulos; es decir, el 97%, ingresó al link y completó el cuestionario en línea, consiguiendo así un resultado por encima del estimado de rendimiento que fue de al menos 95%. Cabe señalar que en cuanto a los módulos de atención de las adicciones del MINSA, estos completaron casi en su totalidad [los cuestionarios] y el grupo de módulos del que se obtuvo menos respuestas fue en el caso de los módulos del INPE, en el que no se obtuvo respuesta de 5 establecimientos.

**TABLA 1. NÚMERO DE ENCUESTA APLICADAS A LOS MÓDULOS DE ADICCIONES SEGÚN SECTOR, 2015**

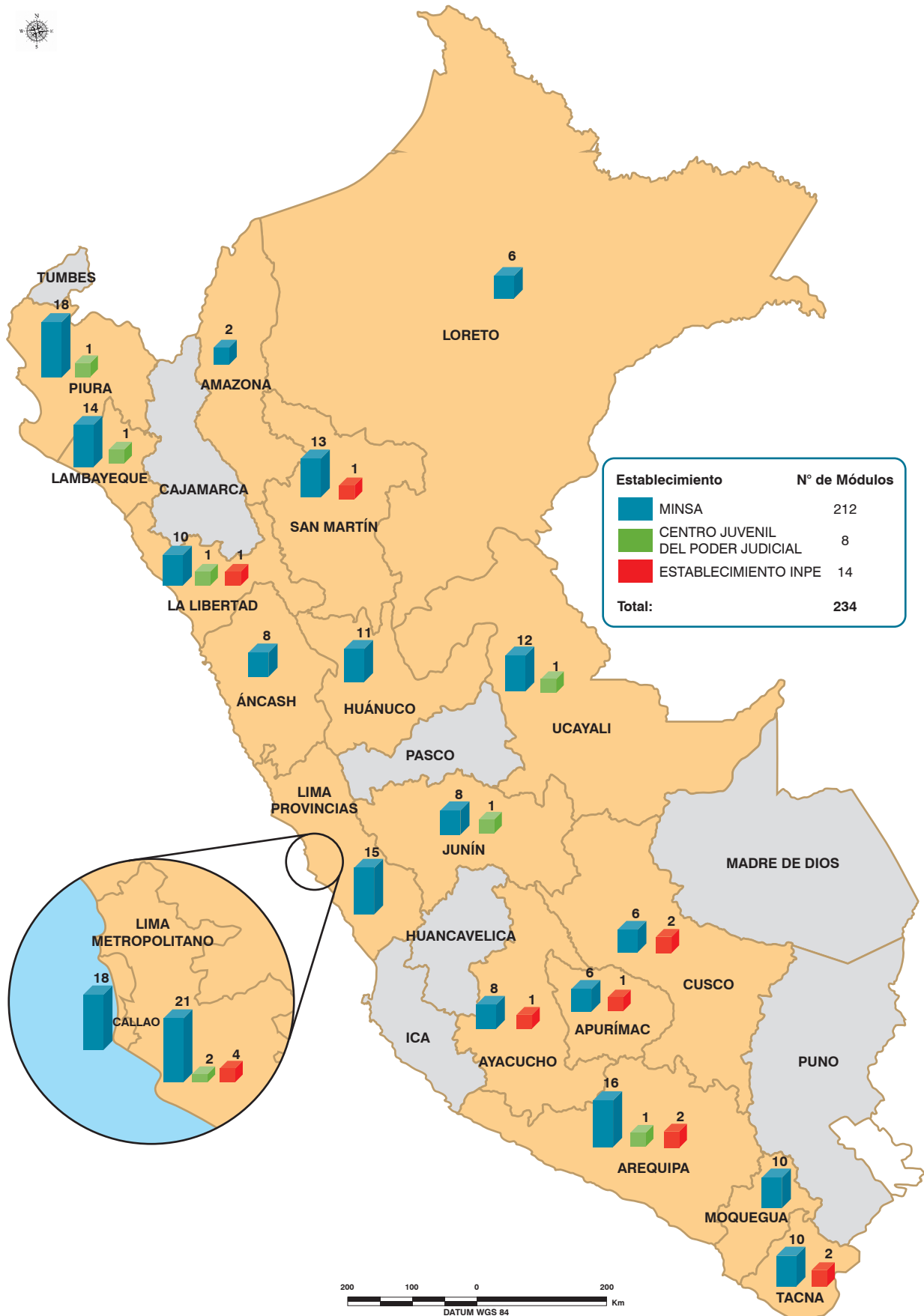
Sector	Total de módulos	Encuestas efectivas	Tasa de respuesta
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>234</b>	<b>97.1</b>
MINSA	213	212	99.5
Establecimiento INPE	19	14	73.7
Centro juvenil del Poder Judicial	9	8	88.9

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

En cuanto a la distribución de los módulos de atención de las adicciones en el país, encontramos que la intervención con el MINSA alcanza una mayor cobertura, involucrando a 19 regiones, mientras que la intervención con el Poder Judicial e INPE, involucra a 7 y 8 regiones respectivamente.

A continuación, presentamos el mapa de distribución en el que se puede apreciar el nivel de cobertura regional:

## Mapa de distribución de módulos de atención de adicciones - 2015



Elaboración: Dirección de Promoción y Monitoreo – Área SIG7





Hospital Regional de Ayacucho

### 3.

## RESULTADOS



Centro de Salud San Juan Bautista

## 3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre diversas características relacionadas con la implementación de los módulos de atención de las adicciones en los establecimientos de salud del MINSA, Centros Juveniles del Poder Judicial y Establecimientos Penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario.

Hay que recordar que existe un mayor número de módulos vinculados al MINSA, con lo que se mejora las posibilidades de realizar una mejor caracterización en estos espacios. De otro lado, se han utilizado tablas y gráficos en los que se incluyen los 3 subsectores cuando es pertinente.

Finalmente, debemos señalar que, más allá de las disposiciones y criterios establecidos e impartidos para su cumplimiento en los módulos de atención de las adicciones, lo que se presenta como resultados en este estudio es el reporte de lo que viene ejecutándose en la práctica, según lo informan los mismos responsables de los módulos.

### 3.1 OFERTA DE SERVICIO

#### 3.1.1 DISTRIBUCIÓN Y ALCANCE DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En el Perú, el sistema de salud está conformado por varios sub sistemas, una de las formas más habituales que se usa para describirlo es como un sistema fragmentado, desarticulado y basado en la coexistencia de cuatro subsistemas (Ministerio de Salud, la Seguridad Social de Salud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y el sector privado) los que,

además, mantienen una débil interacción. En estas condiciones se generan barreras de acceso a los servicios, duplicidad de funciones y mala utilización de los recursos disponibles. En consecuencia, un grupo importante de la población hace uso de los servicios privados aun contando con posibilidades de atención en establecimientos públicos o incluso estando adscrito a un seguro público.

Este panorama general del sistema de salud, con las consabidas deficiencias, se refleja de un modo más acentuado en los servicios especializados de salud mental y, en específico, en los servicios especializados de adicciones, por lo que analizar este escenario es esencial para establecer la magnitud de las necesidades.

Los resultados del presente estudio nos muestran que la acción especializada de tratamiento de las adicciones como oferta pública está mayormente concentrada en los establecimientos MINSA (90.6%), esto representa un total de 212 módulos en establecimientos del Ministerio de Salud. De otro lado, en los establecimientos penitenciarios y en centros de rehabilitación para jóvenes infractores se cuenta en total con 22 módulos.

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE MÓDULOS DE ADICCIONES SEGÚN SECTOR, 2015**

	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>
MINSA	90.6	212
Establecimiento INPE	6.0	14
Centro juvenil del Poder Judicial	3.4	8

Source: UNODC - DEVIDA. "Peru: Coca Cultivation Monitoring 2012".

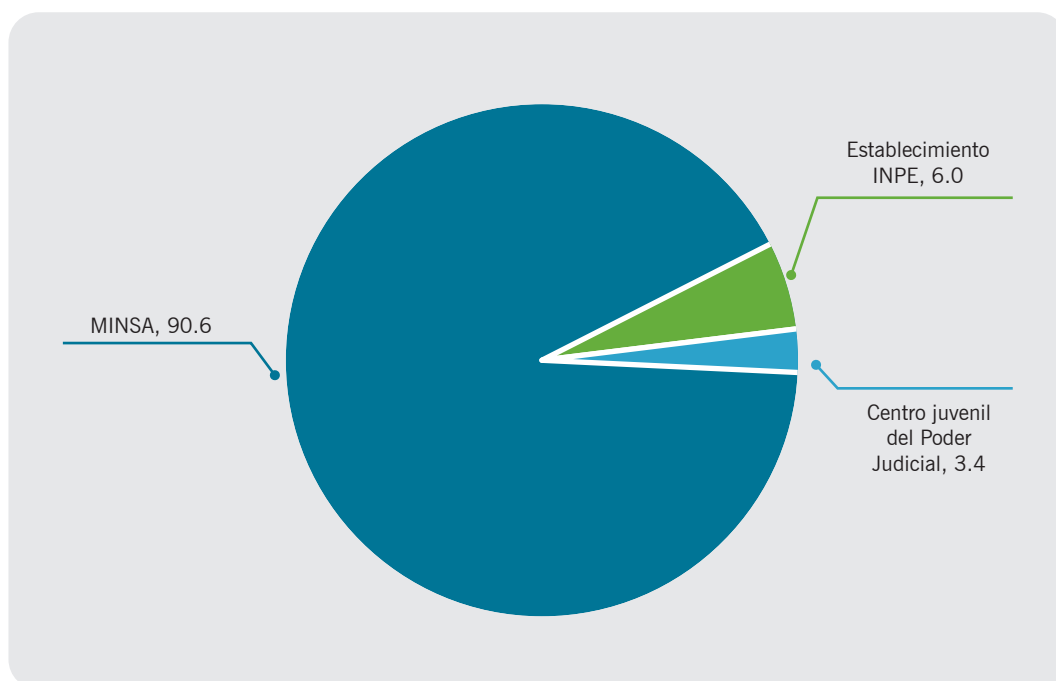
Prepared by: Peruvian Drug Observatory - OPD.

Claramente, los módulos de atención de las adicciones tienen un mayor número y un mayor alcance en el subsector MINSA. Hay que señalar que este espacio tiene una mayor posibilidad de crecimiento en la medida que su población objetivo es la población general y para ello las Direcciones Regionales de Salud disponen de más de 8 mil establecimientos de salud en todo el territorio nacional. La implementación de módulos de atención de las adicciones se ha concentrado prioritariamente en establecimientos vinculados a la atención primaria o nivel I de atención.

Por otro lado, los espacios de tratamiento en el subsector PJ y el INPE poseen una población objetivo circunscrita a un número limitado de personas. En estos subsectores, los módulos consiguen cubrir una mayor proporción de los espacios disponibles; es así que en el caso de los Centros Juveniles se llega a cubrir casi a la totalidad de los Centros Juveniles a nivel nacional, que en total son solamente nueve repartidos en 8 regiones. En el subsector del MINJUS se implementaron 19 módulos en establecimientos penitenciarios de 11 regiones del país, lo que significa que la intervención alcanza aproximadamente a un tercio del total de establecimientos penitenciarios a nivel nacional, cuyo número es de 66 penales.



#### GRÁFICO 4. SECTORES INTERVENIDOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

#### 3.1.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES SEGÚN REGIÓN

La intervención con los módulos de atención de las adicciones con el MINSA en el año 2015 llegó a 18 regiones, incluida la Provincia Constitucional del Callao. Lima ciudad y Lima provincias acumulan el 17% de los módulos implementados, siendo el espacio geográfico más amplio en el que se concentra la intervención, le siguen la región Callao, Piura y Arequipa.

Las regiones con una menor intervención han sido Amazonas, Apurímac, Cusco y Loreto, con no más de 6 módulos. Los módulos de atención de las adicciones se encuentran principalmente distribuidos en las ciudades capitales de las regiones, no obstante se han priorizado algunos establecimientos pertenecientes a las redes de salud en otras provincias de las regiones intervenidas, donde existe la necesidad y posibilidad de implementar algún módulo.

De otro lado, en los establecimientos penitenciarios que cuentan con módulos de atención de las adicciones, se respondieron un total de 14 encuestas, número que corresponde a 14 módulos ubicados en 8 regiones. Aproximadamente la tercera parte de ellos se encuentran en Lima.

Respecto a los módulos de atención de las adicciones en los centros juveniles del poder judicial se registraron 8 encuestas que corresponden a centros ubicados en 7 regiones del país.

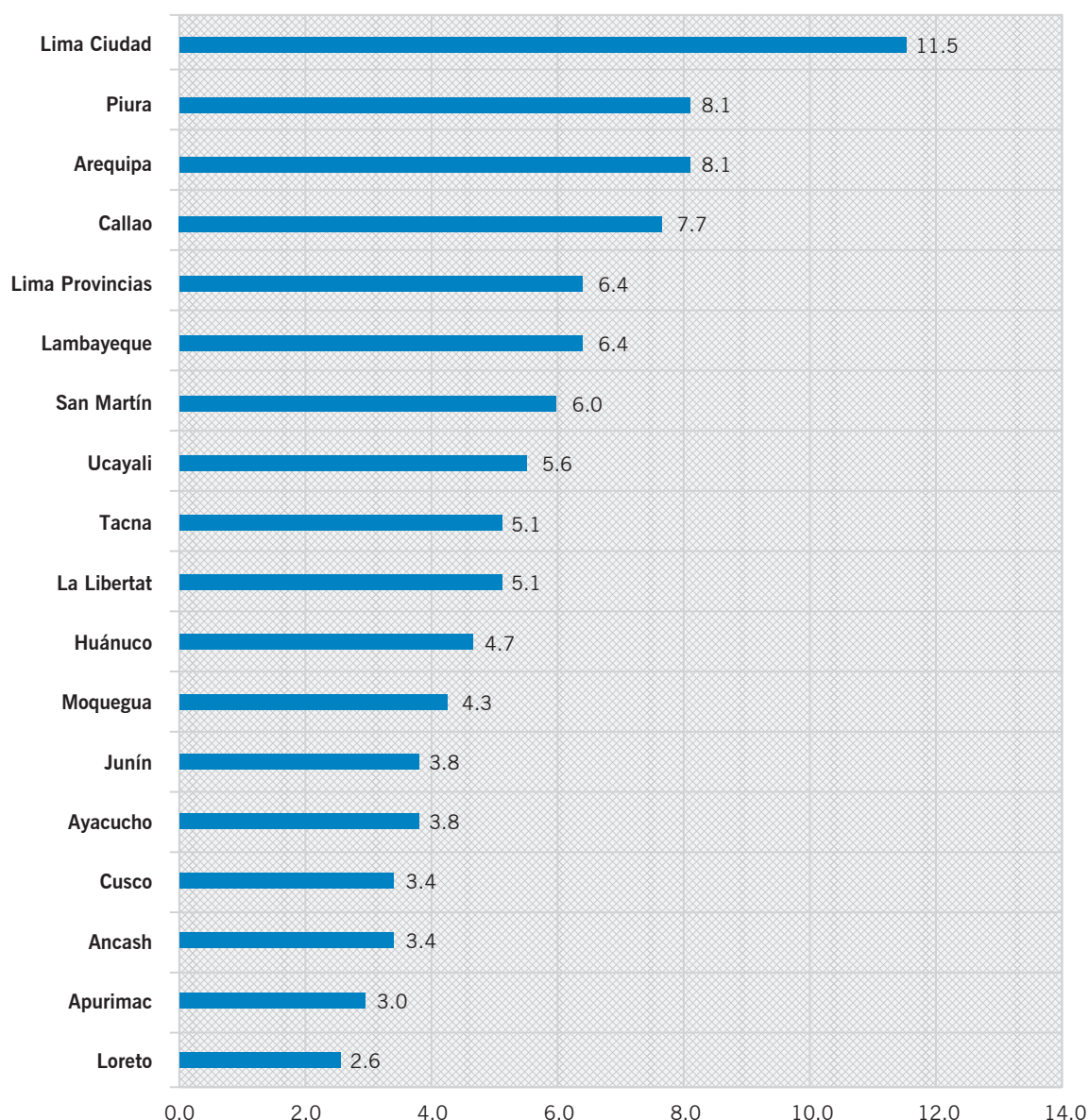
**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>
Amazonas	0.9	2	0.9	2	---	---	---	---
Ancash	3.4	8	3.8	8	---	---	---	---
Apurímac	3.0	7	2.8	6	7.1	1	---	---
Arequipa	8.1	19	7.5	16	14.3	2	12.5	1
Ayacucho	3.8	9	3.8	8	7.1	1	---	---
Callao	7.7	18	8.5	18	---	---	---	---
Cusco	3.4	8	2.8	6	14.3	2	---	---
Huánuco	4.7	11	5.2	11	---	---	---	---
Junín	3.8	9	3.8	8	---	---	12.5	1
La Libertad	5.1	12	4.7	10	7.1	1	12.5	1
Lambayeque	6.4	15	6.6	14	---	---	12.5	1
Lima Ciudad	11.5	27	9.9	21	28.6	4	25.0	2
Lima Provincias	6.4	15	7.1	15	---	---	---	---
Loreto	2.6	6	2.8	6	---	---	---	---
Moquegua	4.3	10	4.7	10	---	---	---	---
Piura	8.1	19	8.5	18	---	---	12.5	1
San Martín	6.0	14	6.1	13	7.1	1	---	---
Tacna	5.1	12	4.7	10	14.3	2	---	---
Ucayali	5.6	13	5.7	12	---	---	12.5	1

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Las regiones de Lima, Piura, Arequipa y Callao concentran más de la tercera parte de los módulos de adicciones, mientras que Cusco, Áncash, Apurímac y Loreto son las regiones con menos módulos en su territorio. Cabe señalar que dos terceras partes de los módulos están ubicados en las ciudades capitales encontrándose el tercio restante ubicados en capitales de provincias y otras zonas urbanas. De manera general, se observa que la mayor cantidad de módulos se han implementado en las regiones de mayor población.

**GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.1.3 NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL SUBSECTOR MINSA

En el MINSA, la organización de los establecimientos de salud responde a una categorización por niveles de atención y complejidad, de tal forma que los primeros niveles están dedicados a la atención primaria, su objetivo es tener una intervención más cercana a las comunidades, mientras que los niveles más altos centralizan los casos más complejos de atención sanitaria y el número de dispositivos asistenciales, por tanto, es mucho menor. En este contexto, los módulos de atención de las adicciones pueden estar siendo implementados indistintamente en establecimientos de salud como postas, centros de salud u hospitales, aunque en la práctica

se sigue una orientación a vincularla con la atención primaria; es decir, principalmente en el primer nivel de atención.

De acuerdo con esta orientación, se encontró que el 75% de los módulos de adicciones se encuentran implementados en el nivel I de atención, 23% se ubican en el nivel II, dentro de los hospitales regionales, principalmente, y solo un 2% se ubica en el nivel III; es decir, en hospitales especializados. Cabe recordar que el Programa Presupuestal no financia la implementación de módulos en ninguno de los 3 establecimientos especializados en salud mental de Lima (Hospital Valdizán, Hospital Larco Herrera e Instituto Nacional de Salud Mental Delgado – Noguchi), los cuales ya brindan ese servicio de manera ambulatoria y residencial.

**TABLA 4. MINSA: MÓDULOS DE ADICCIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN, 2015**

Nivel de atención	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>
I-1 MINSA	5.7	12
I-2 MINSA	8.5	18
I-3 MINSA	32.5	69
I-4 MINSA	28.3	60
II-1 MINSA	13.2	28
II-2 MINSA	8.0	17
II-3 MINSA	.0	0
II-E MINSA	1.4	3
III-1 MINSA	1.4	3
III-E MINSA	0.9	2

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.1.4 MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Las modalidades de tratamiento de las adicciones como respuesta ante la demanda del servicio son muy variadas, por lo general, se determinan de acuerdo a las sustancias problema y la gravedad del caso. La forma de intervención requiere de una oportuna evaluación del caso en relación a las capacidades sanitarias de los dispositivos de salud. Por lo general, los casos de mayor complejidad podrían requerir modalidades de tratamiento que incluyan entre sus componentes la necesidad de permanencia. La clasificación de las modalidades terapéuticas en relación a la permanencia del paciente para el caso de las adicciones se ha dividido comúnmente en modalidad ambulatoria, semiresidencial y residencial.

En la modalidad ambulatoria suelen tratarse los casos de menor gravedad, se parte de la premisa de no desvincular al paciente de sus actividades habituales (familiares, laborales, educativas, etc.) que podrían no haberse visto severamente afectadas. Los tratamientos residenciales comúnmente son empleados para los casos que revisten mayor complejidad, con pacientes que han tenido periodos prolongados de consumo problemático, o que convive en contextos adversos que representan factores de riesgo de consumo de sustancias. En estos casos, se requiere un marco de intervención terapéutica más controlado que permita la rehabilitación de una o más áreas de la persona sobre las que se ha perdido su funcionalidad.

Las intervenciones de tipo semiresidencial están pensadas para trabajar con pacientes que requieren cierto marco de contención. Bajo este tipo de intervención se atiende pacientes que no han visto afectadas su vinculación a actividades cotidianas o quienes han pasado por intervenciones residenciales y requieren iniciar un proceso de reinserción, estas intervenciones requieren la presencia de los pacientes por periodos de tiempo de entre 4 a 12 horas diarias en la modalidades matinales, vespertinas o nocturnas. Adicionalmente, hay que mencionar que también existen modalidades de internamiento de corta estancia con intervención de un equipo multidisciplinario que brinda apoyo a pacientes en periodos críticos y por lo general se emplean también para prepararlos para la etapa de intervención de tipo ambulatorio.

En los módulos de atención de las adicciones implementados dentro de los establecimientos del MINSA, se encontró que casi en su totalidad el tratamiento se desarrolla bajo la modalidad ambulatoria. Adicionalmente, existe en operación dos CADES, que dentro de sus modalidades de intervención contemplan la modalidad de clínica de día.

En los establecimientos penitenciarios, se tiene previsto que la intervención se realice bajo la modalidad residencial. No obstante, la implementación de módulos de atención de las adicciones, presenta diferentes condiciones de habilitación de espacios físicos exclusivos que permiten dar un servicio de tipo residencial. En tal sentido, se encontró que solamente 6 de los 14 establecimientos penitenciarios utilizan la modalidad residencial.

Respecto a la modalidad de tratamiento en los centros juveniles, el tratamiento se desarrolla bajo la modalidad ambulatoria. Hay que señalar que en estos establecimientos se cuenta con un programa de rehabilitación integral del adolescente infractor, que forma parte de las medidas socioeducativas aplicadas por el periodo de tiempo que se establezca en la sentencia. En el caso de los adolescentes que adicionalmente se incorporan al programa en los módulos de atención de las adicciones, se contempla el desarrollo de actividades durante el día que se integran a las actividades diarias.

**TABLA 5. NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES POR SECTOR, SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>
Ambulatorio	94.4	221	100.0	212	64.3	9	---	---
Clínica de día	0.9	2	0.9	2	---	---	---	---
Residencial	6.0	14	---	---	42.9	6	100.0	8

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Existe una gran diversidad de modelos de tratamientos en adicciones que utilizan diversos enfoques teóricos, diferentes estrategias terapéuticas, y dirigidas a diferentes tipos de población sobre las cuales se diseñan las intervenciones. En el caso de los módulos de atención de las adicciones del MINSA, la intervención está dirigida a población general, no hay programas específicos según edad ni género. Sin embargo, tanto en los centros juveniles como en los establecimientos penitenciarios se desarrollan programas específicos para atender las necesidades de estos grupos poblaciones con sus características particulares. No obstante, no se han desarrollado al interior enfoques de género en el caso de los centros juveniles y consideraciones de género y grupo etario en el caso del INPE.

### 3.1.5 COSTOS DE TRATAMIENTO EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Los tratamientos dispensados en los establecimientos MINSA, como en los establecimientos penitenciarios y centros juveniles forman parte del conjunto de servicios que en estos dispositivos son de carácter gratuito. En el caso del MINSA, los costos de los tratamientos por lo general son asumidos bajo la cobertura del seguro integral de salud. En tal sentido, los módulos de atención de las adicciones del MINSA reciben pacientes previamente afiliados a este seguro o en su defecto son derivados para que cumplan con el procedimiento de afiliación para ser atendidos. En este contexto, se ha encontrado que en la mitad de establecimientos del MINSA se cubre totalmente al paciente sin necesidad de realizar ningún pago. Adicionalmente, se ha reportado que en 30 % de los módulos de atención de las adicciones se realizan pagos por concepto de admisión o apertura de historia clínica, en un 18 % de casos se realizan pagos por el concepto de ticket de atención. En menor medida se ha observado pagos por otros conceptos como pago de medicinas o entrega de tarjeta de atención. No se ha reportado casos de pagos en los establecimientos penitenciarios ni en los centros juveniles.

**TABLA 6. MINSA: COSTO DEL TRATAMIENTO EN LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>
Ninguno, el tratamiento es totalmente gratuito	52.4	111
Se realizan pagos una vez que se haya agotado la cobertura del SIS	23.1	49
Se realiza pago por admisión / apertura de historia	29.7	63
Se realiza pago por carnet / tarjeta de citas u otro similar	5.7	12
Se realiza pago por consultas	17.9	38
Se realiza pago por medicamentos	7.1	15
Se realiza pago por sesiones adicionales	0.9	2
Se realiza pago por pruebas toxicológicas	1.9	4
Se realiza pago por exámenes de laboratorio	2.8	6
Otros pagos	2.4	5

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.1.6 COMPOSICIÓN DEL PAQUETE DE TRATAMIENTO

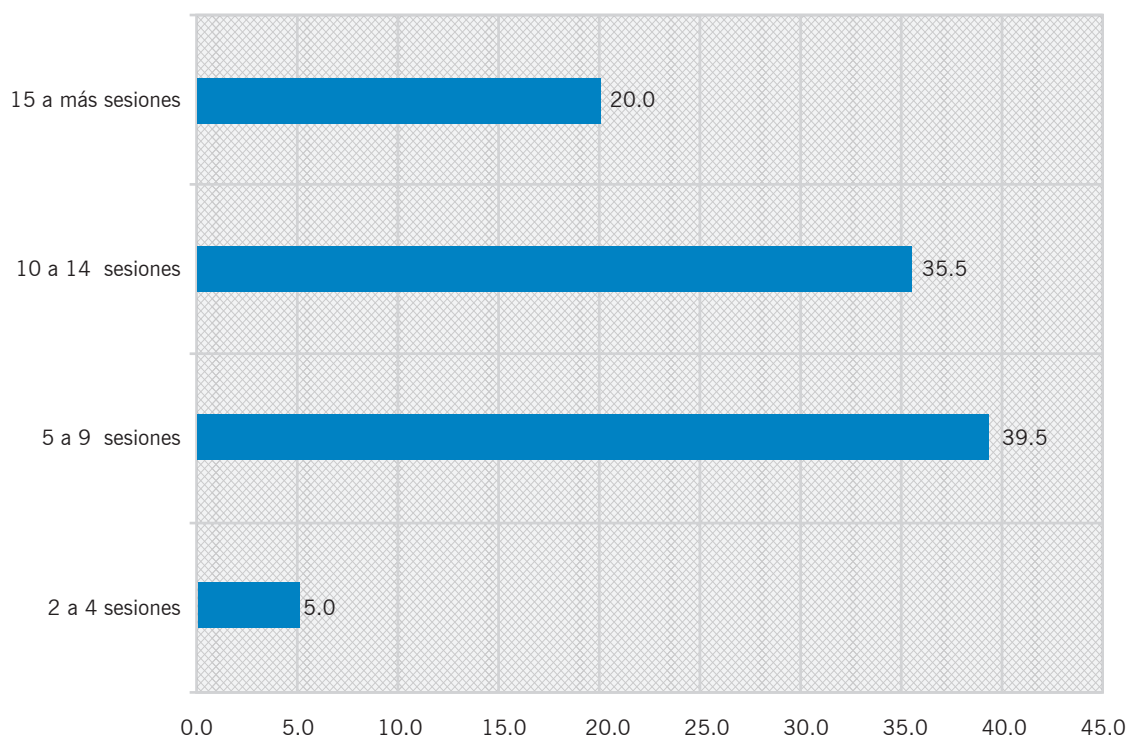
Los módulos de atención de las adicciones trabajan bajo el supuesto de que los criterios técnicos respecto al contenido de las sesiones de tratamiento y su número han sido adecuadamente comunicados a los equipos asistenciales en los “talleres de unificación de criterios” que se realizan con los equipos de ejecución (DIRESAS(GERESAS) previo al inicio de actividades del año.

Conforme a lo previsto en el documento técnico elaborado por el Programa Presupuestal, se establece un número mínimo de sesiones (prestaciones de salud) bajo la denominación de “paquete de atención” que se compone de varios tipos de prestaciones entre las que se incluye la atención psicológica, atención médica, intervenciones familiares y las visitas domiciliarias, en algunos casos se brindan sesiones que no forman parte del paquete de atención, según criterio del psicólogo tratante, como sesiones grupales o sesiones socioeducativas. Estas prestaciones de salud tienen una duración aproximada de 30 minutos, se brindan en promedio una vez por semana y su número está determinado por el nivel de atención del establecimiento de salud en el que esté ubicado el módulo, el número de sesiones puede oscilar entre 15 o 18 sesiones.

Se encontró que los módulos de atención de las adicciones del MINSA han reportado una media de asistencia a 10 sesiones para considerar una atención de paquete completo. Sin embargo, la cuarta parte de los módulos de atención de las adicciones han fijado el número de 6 sesiones como paquete completo. Hay que señalar que la consulta hecha para medir esta variable fue el número de sesiones que el módulo de adicciones ha fijado, por tanto, se considera que ha sido una disposición impartida a los profesionales del módulo.

De manera más cercana a lo estipulado en el documento técnico de la intervención y en el taller de unificación de criterios realizado al inicio de la ejecución de las actividades, se encontró que aproximadamente la quinta parte de los módulos de atención de las adicciones considera como paquete completo la asistencia a 15 o más sesiones.

**GRÁFICO 6. MINSA: NÚMERO DE SESIONES EN EL PAQUETE DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.1.7 HORARIOS DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En cuanto al horario de atención del módulo de adicciones, se espera que guarde relación con los horarios habituales del establecimiento de salud que acoge al módulo para sus actividades de consulta externa; es decir, de lunes a viernes de 8 de la mañana a una de la tarde. Se ha reportado que en al menos el 94% de los módulos del MINSA, se atiende de lunes a viernes. Un 77% de los módulos incluye atención los días sábados y un porcentaje menor (4%) reporta atenciones los días domingos, lo cual podría corresponder a actividades extramuros que realizan como parte del trabajo asistencial en estos establecimientos de salud. En el caso de los módulos de atención de las adicciones de los establecimientos penitenciarios y centros juveniles se desarrollan las actividades exclusivamente entre los días lunes a viernes, lo cual responde a la presencia del personal asistencial en su habitual horario de trabajo.



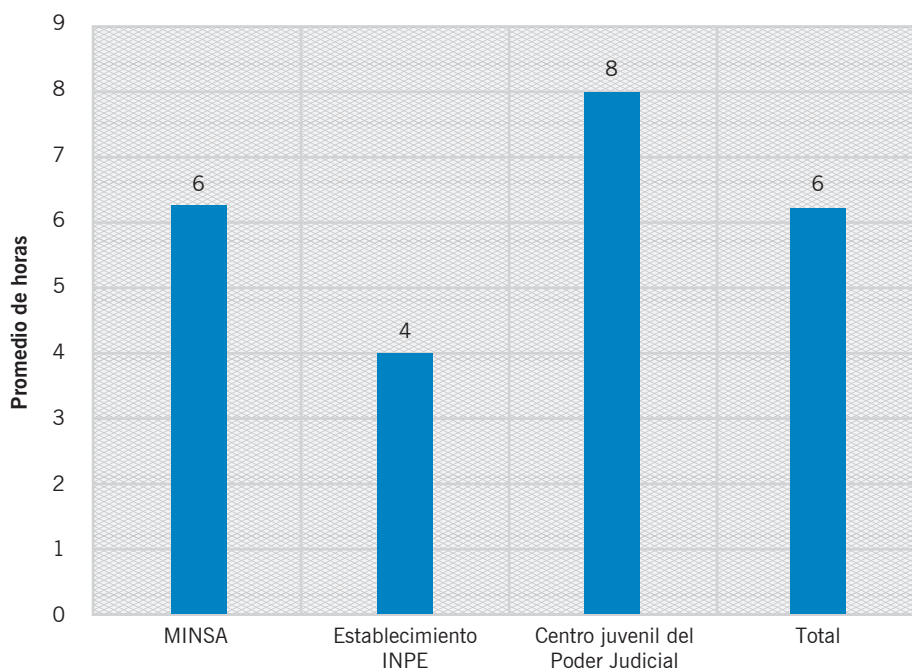
**TABLA 7. DÍAS DE ATENCIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>
Lunes	92.7	217	94.8	201	64.3	9	87.5	7
Martes	93.6	219	94.8	201	71.4	10	100.0	8
Miércoles	91.9	215	93.9	199	64.3	9	87.5	7
Jueves	93.2	218	94.8	201	64.3	9	100.0	8
Viernes	92.7	217	94.8	201	64.3	9	87.5	7
Sábado	69.7	163	76.9	163	---	---	---	---
Domingo	3.4	8	3.8	8	---	---	---	---

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

El promedio de horas de atención en los módulos de atención de las adicciones del MINSA es de 6 horas diarias, se ha reportado módulos que señalan atender hasta 10 horas y otros por el contrario señalan que su atención en algunos días es de solo una hora. En los establecimientos penitenciarios se reporta que la atención es en promedio de 4 horas diarias mientras que en los centros juveniles atienden todos por igual 8 horas al día.

## GRÁFICO 7. HORAS PROMEDIO DE ATENCIÓN DIARIAS DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES POR SECTOR, 2015 (Promedio)

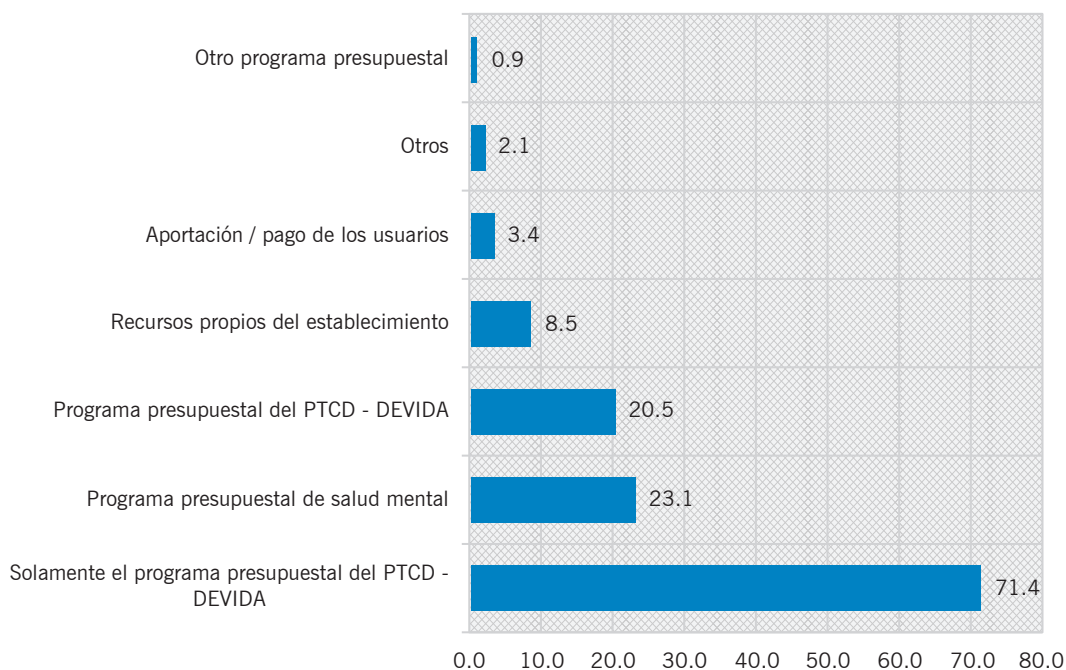


Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.1.8 FINANCIAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Si bien se asume que la implementación y ejecución de actividades de los módulos de adicciones deberían estar cubiertas financieramente con los recursos del Programa Presupuestal, se ha reportado que casi la tercera parte de los módulos del MINSA cuentan con recursos adicionales que provienen de otros programas presupuestales (26%), recursos propios del establecimiento (9%) y aportes o pagos de usuarios (4%). Por otro lado, existe un 8% de módulos en funcionamiento que reportan no estar recibiendo este año financiamiento por parte del Programa Presupuestal.

Respecto a los módulos en los establecimientos penitenciarios y centros juveniles, funcionan en su mayoría con recursos del Programa Presupuestal PTCO. En los centros juveniles, se reporta que solamente uno de ellos cuenta con recursos adicionales propios de la entidad, que se utiliza para el desarrollo de las tareas de la intervención, mientras que en dos establecimientos penitenciarios se reporta similar situación.

**GRÁFICO 8. TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

**TABLA 8. TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Solamente el programa presupuestal del PTCD - DEVIDA	71.4	167	69.8	148	85.7	12	87.5	7
Programa presupuestal de salud mental	23.1	54	25.5	54	---	---	---	---
Programa presupuestal del PTCD - DEVIDA	20.5	48	21.7	46	7.1	1	12.5	1
Recursos propios del establecimiento	8.5	20	8.5	18	7.1	1	12.5	1
Aportación/ pago de los usuarios	3.4	8	3.8	8	---	---	---	---
Otros	2.1	5	1.9	4	7.1	1	---	---
Otro programa presupuestal	0.9	2	9	2	---	---	---	---

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

## 3.2 INFRAESTRUCTURA

### 3.2.1 INCORPORACIÓN DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES AL PROGRAMA PRESUPUESTAL

El inicio de actividades de los módulos de atención de las adicciones ha sido reportado en un caso desde el año 2005. El análisis en conjunto nos muestra un progresivo incremento que ha presentado picos en los años 2012 (incremento de 16%) y 2015 (incremento de 44% con respecto del año precedente). Hasta el año 2011, se habían implementado de manera acumulativa 52 módulos de atención de las adicciones, esto es, aproximadamente la quinta parte del total de módulos que existen actualmente.

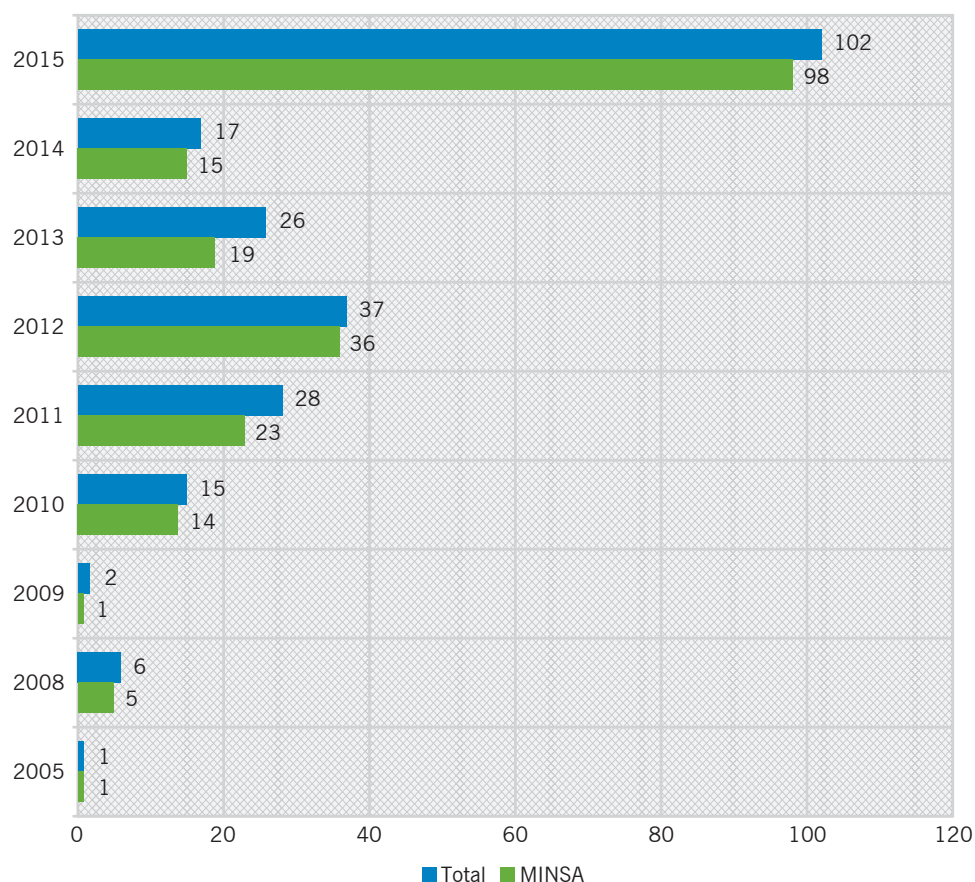
El año 2012 fue el año que se incorporan un mayor número de módulos (37), sin embargo, la implementación de un número mayor de módulos de atención de las adicciones se dio en el 2015, con la incorporación de 102 nuevos módulos. Se debe señalar que las tendencias presentadas están claramente orientadas por el crecimiento de la cobertura en los establecimientos del MINSA.

**TABLA 9. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Total	100.0	234	100.0	212	100.0	14	100.0	8
2005	0.4	1	0.5	1	---	---	---	---
2008	2.6	6	2.4	5	7.1	1	---	---
2009	0.9	2	.5	1	7.1	1	---	---
2010	6.4	15	6.6	14	7.1	1	---	---
2011	12.0	28	10.8	23	21.4	3	25.0	2
2012	15.8	37	17.0	36	7.1	1	---	---
2013	11.1	26	9.0	19	21.4	3	50.0	4
2014	7.3	17	7.1	15	---	---	25.0	2
2015	43.6	102	46.2	98	28.6	4	---	---

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### GRÁFICO 9. NÚMERO DE MÓDULOS DE ADICCIONES SEGÚN AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES, 2015



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Una de las principales orientaciones de la intervención ha sido el dar sostenibilidad a la intervención, por lo que se ha procurado que las regiones intervenidas se mantengan o, en todo caso, se retomen, en los casos que presupuestalmente se dejó de intervenir. Es así que se han identificado situaciones en las que algunas regiones como: Lambayeque, Loreto, Puno y Madre de Dios, no han contado con presupuesto del programa presupuestal en un determinado año y que posteriormente han podido nuevamente ser incluidas financieramente en el Programa Presupuestal.

#### 3.2.2 INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PERIODO ANUAL

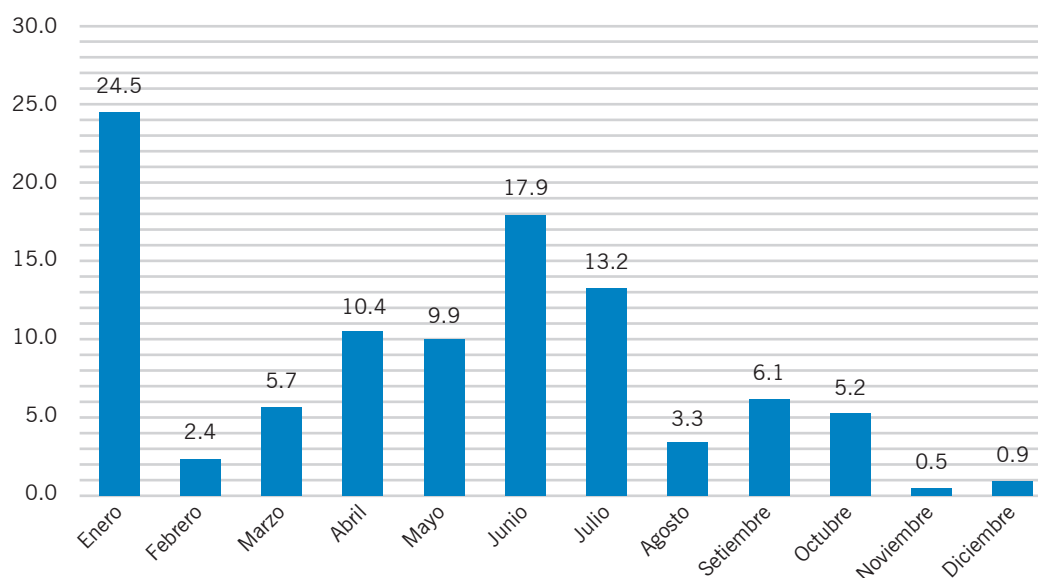
Se tiene previsto que los módulos que cuentan con el financiamiento del Programa Presupuestal, deberían iniciar sus actividades luego del cumplimiento de los procedimientos administrativos entre los que se encuentran: la firma del convenio, aprobación del Plan Operativo Anual y la transferencia de los recursos financieros, todos ellos procedimientos necesarios para el inicio de la ejecución anual.

Los procedimientos administrativos antes descritos involucran el despliegue de una serie de acciones que normalmente se desarrollan en aproximadamente 3 o 4 meses; es decir, que en

el escenario más optimista, se espera que el inicio en la ejecución se de en el mes de marzo. No obstante, el reporte de los módulos de atención de las adicciones señala que una cuarta parte de los módulos han iniciado actividades en enero, lo que quiere decir que su ejecución no ha sido condicionada por el cumplimiento de todos los procedimientos administrativos estipulados.

Se observa también que hasta el mes de mayo de 2015, la mitad de los módulos ya habían iniciado sus actividades. Y, al llegar a la mitad del año, aún quedaba por iniciar la ejecución de actividades en una cuarta parte de los módulos. Adicionalmente, se ha podido identificar que casi un 7 % de módulos iniciaron sus actividades en el último trimestre del año.

**GRÁFICO 10. MINSA: MES DE INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**

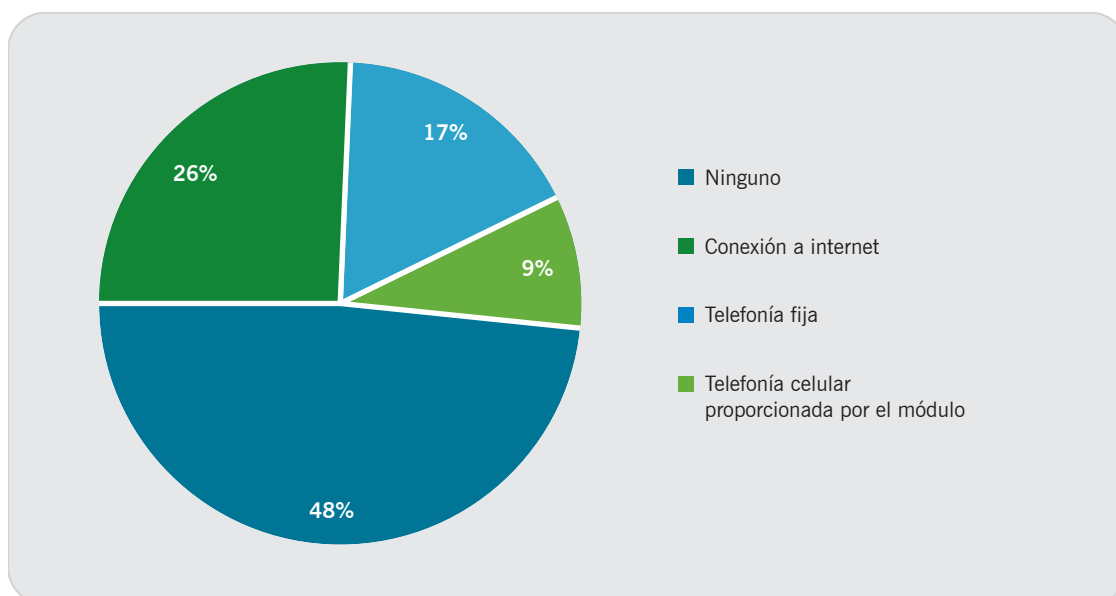


Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.2.3 ACCESO A COMUNICACIONES EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Aproximadamente, la mitad de los módulos de atención de las adicciones tienen acceso a algún servicio de comunicaciones. En los módulos del MINSA y del INPE, el acceso a servicios de comunicaciones es principalmente a través de internet, mientras que en los centros juveniles el principal servicio es la telefonía fija. La tercera parte de los módulos del MINSA tienen acceso a internet, en los establecimientos penitenciarios y en los centros juveniles 43% y 25% respectivamente, pueden acceder a internet. El aspecto más crítico es que de manera general el 48% de los módulos de atención de las adicciones reportan no tener acceso a ningún servicio de comunicaciones.

**GRÁFICO 11. ACCESO A COMUNICACIONES DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Estos datos tienen que analizarse en función a las necesidades de comunicación que requieren los módulos para el cumplimiento de sus funciones, generalmente asociados a la comunicación con la red de servicios asistenciales, la coordinación administrativa, de gestión y reporte el cumplimiento de las actividades en general que son de reporte continuo. Se debe considerar que en el caso de los centros juveniles, pero más aún en los establecimientos penitenciarios, los permisos para uso de algunos servicios se encuentran restringidos por motivos de seguridad.

**TABLA 10. ACCESO A COMUNICACIONES DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

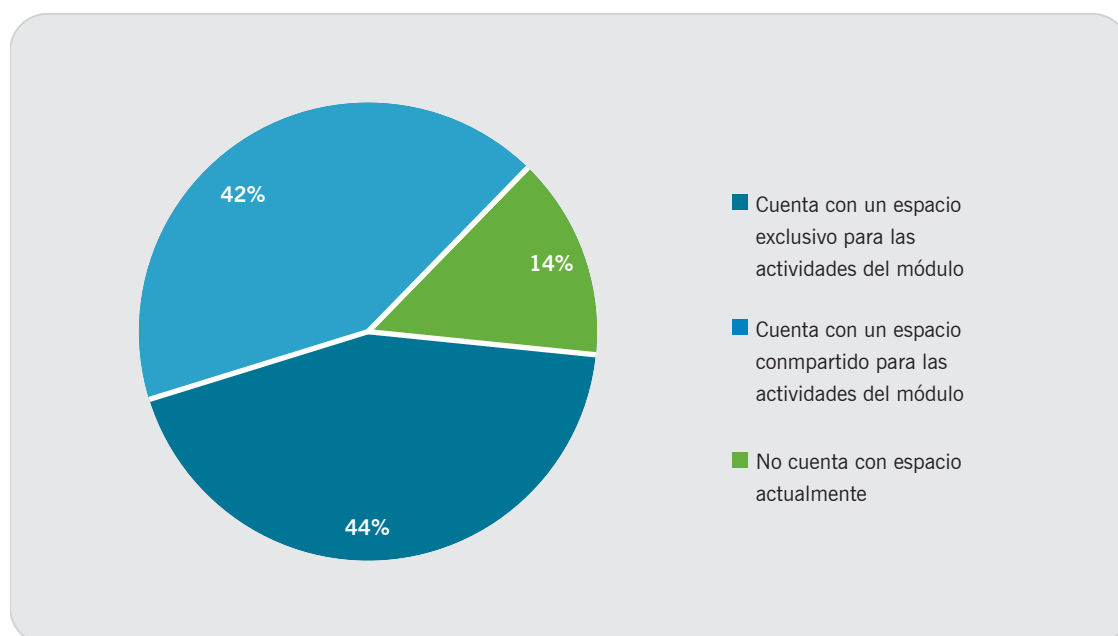
	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>
Ninguno	55.6	130	58.0	123	35.7	5	25.0	2
Conexión a internet	29.5	69	28.8	61	42.9	6	25.0	2
Telefonía fija	19.7	46	17.5	37	28.6	4	62.5	5
Telefonía celular proporcionada por el módulo	10.3	24	11.3	24	---	---	---	---

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.2.4 HABILITACIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

La disponibilidad de espacios físicos suficientes y adecuados para la atención de los usuarios debe entenderse como elemento indispensable para garantizar una atención con calidad. Las características de los espacios a la vez de proporcionar comodidad, deben tener en cuenta condiciones que permitan la confidencialidad, promuevan la motivación del paciente y el desarrollo de la alianza terapéutica. De otro lado, debe proporcionar al profesional, las condiciones laborales suficientes y con espacios adecuados para el cabal cumplimiento de las funciones asistenciales.

**GRÁFICO 12. HABILITACIÓN DE INFRAESTRUCTURA DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Se ha reportado que al menos la mitad de módulos de atención de las adicciones cuenta con espacios exclusivos para la atención de sus pacientes. Una proporción similar cuenta con espacios para la atención, no obstante, estos son compartidos. Sin embargo, el 14% de los módulos reportaron que no tenían disponibilidad de espacios para la atención de pacientes, al momento de aplicar la encuesta, entre los meses de noviembre y diciembre. En los casos de los módulos de atención de las adicciones, en el INPE y PJ, las proporciones no distan mucho de lo que acontece en los módulos del MINSa. Al parecer, la falta de continuidad de actividades en los módulos, algunos de los cuales paralizan sus actividades al cierre del período anual en diciembre y retoma las acciones unos meses después (produciéndose una desactivación temporal del módulo), explica como algunos de estos pierden espacios asignados y en algunos casos hasta el mobiliario o materiales.



**TABLA 11. HABILITACIÓN DE INFRAESTRUCTURA DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>
Cuenta con un espacio exclusivo para las actividades del módulo	43.6	102	42.5	90	50.0	7	62.5	5
Cuenta con un espacio compartido para las actividades del módulo	42.3	99	42.9	91	35.7	5	37.5	3
No cuenta con espacio actualmente	14.1	33	14.6	31	14.3	2	---	---

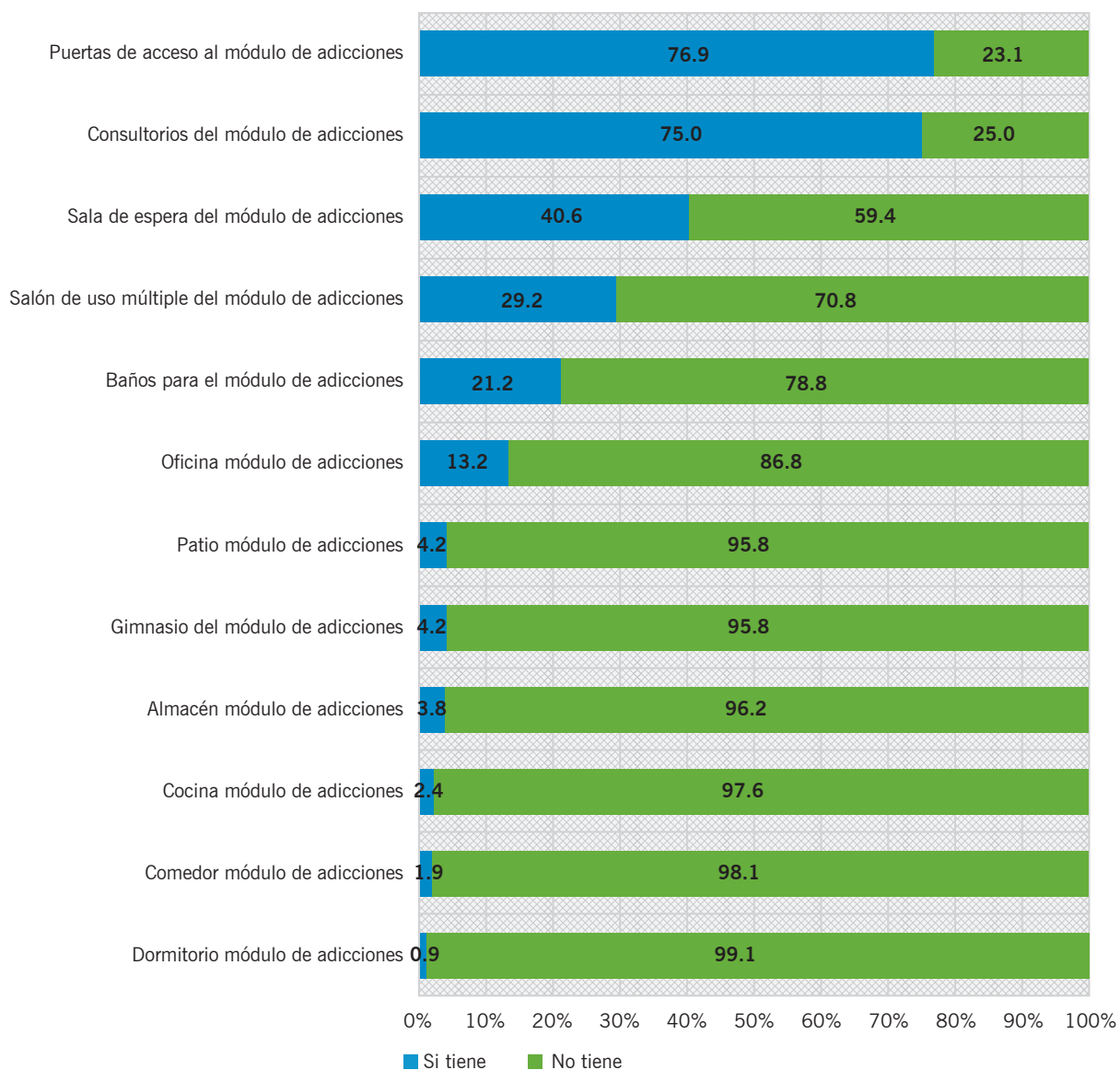
Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Se encontró que 7 de cada 10 módulos han logrado implementar infraestructura física básica para la atención, como consultorios y puertas de acceso exclusivas a los espacios del módulo. Aproximadamente, 4 de cada 10 módulos cuentan con espacios de sala de espera. La tercera parte reporta contar con un salón de uso múltiple, que por lo general, se emplea para sesiones grupales o familiares. Solo un 22% de los módulos de adicciones cuenta con baños disponibles para uso exclusivo de los pacientes.



Centro de Salud San Juan Bautista

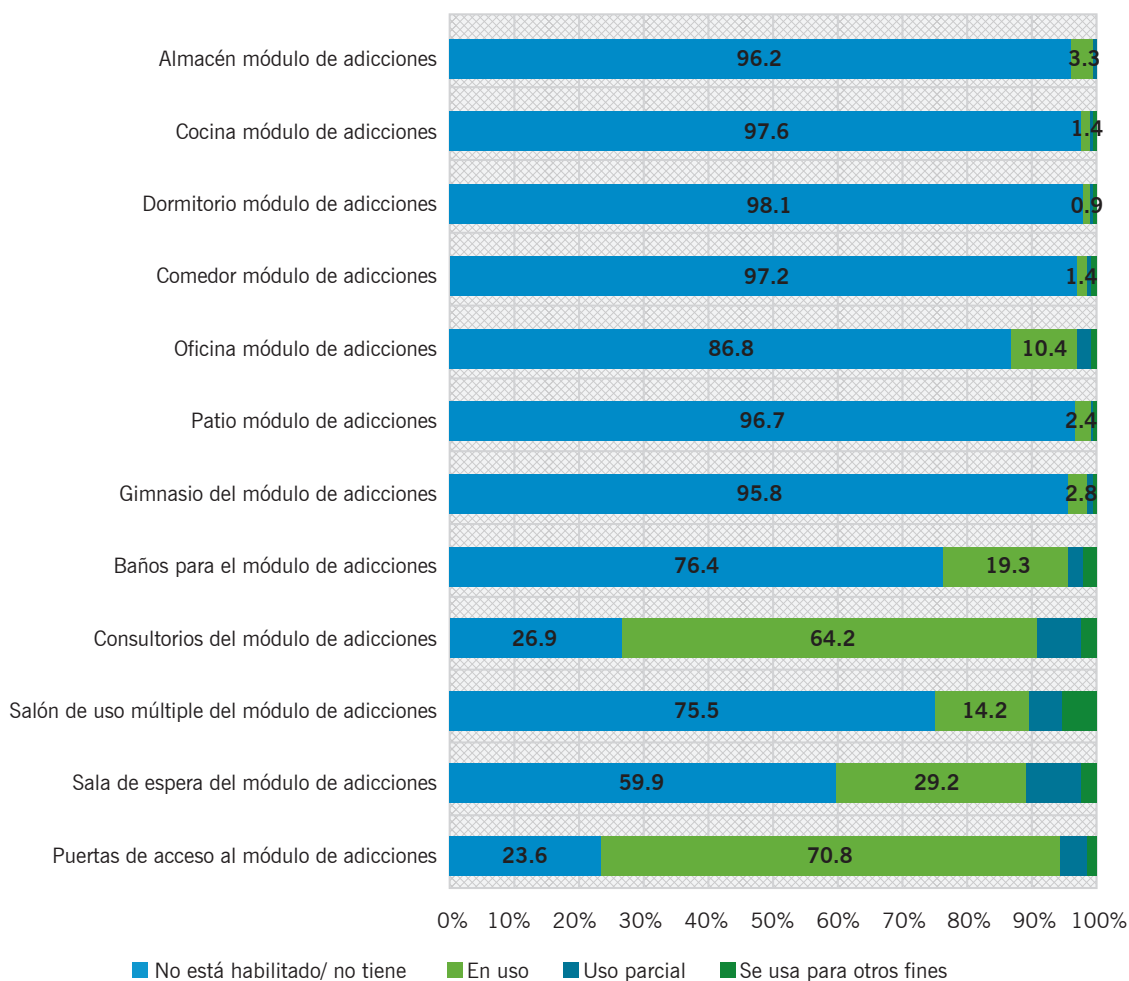
**GRÁFICO 13. MINSA: HABILITACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**  
**(Espacios físicos diseñados e implementados para uso del módulo de adicciones)**  
**(Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Se ha podido detectar que en algunos casos, los espacios habilitados para las actividades propias de los módulos, vienen siendo usados de manera parcial y/o para otros fines.

**GRÁFICO 14. MINSA: USO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**

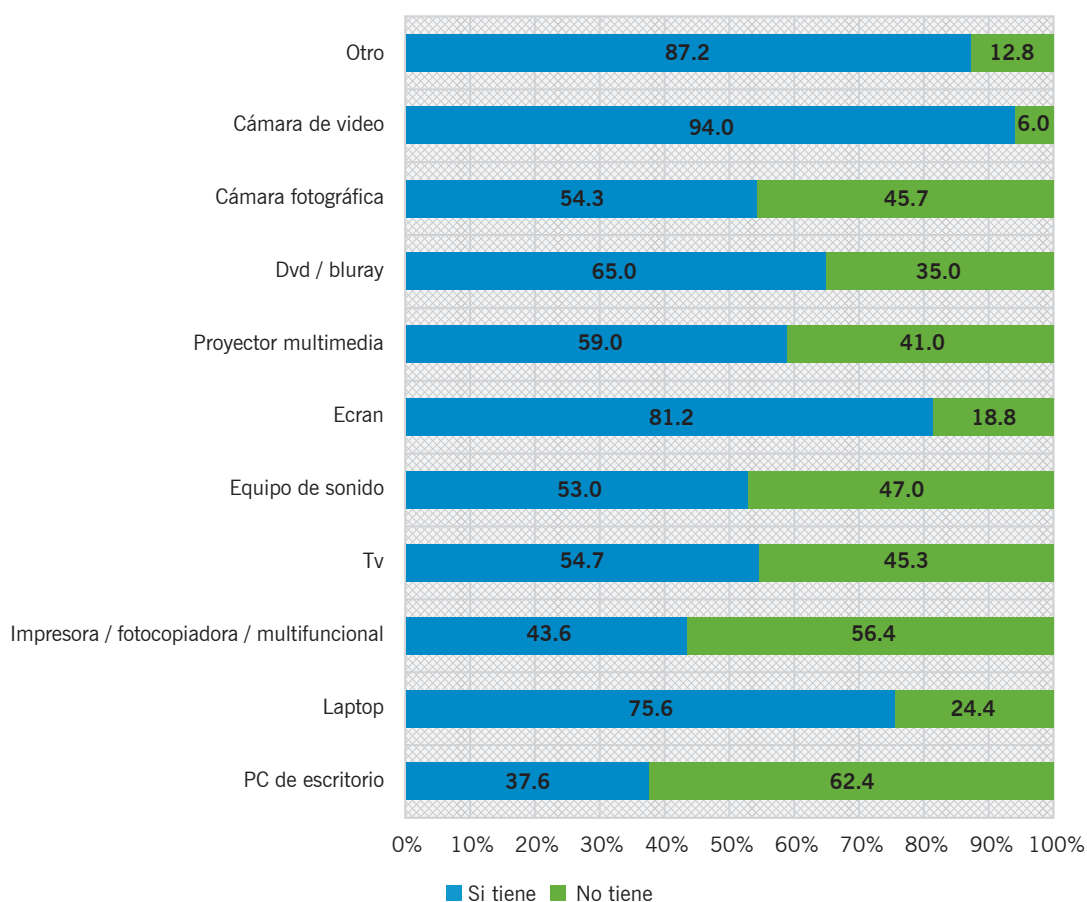


Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.2.5 EQUIPAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

El equipamiento que los módulos tienen previsto para el cumplimiento de las actividades, contempla las necesidades del equipo de profesionales en lo concerniente a la atención individual y grupal de pacientes. Bajo este rubro, se ha reportado que el 38% de los módulos cuenta con al menos una computadora de escritorio y un 76% con una laptop. Este tipo de equipamiento que debiera cubrir las necesidades de registro de información, también está relacionado con las capacidades para reportar estos registros, por tanto debe analizarse en función al acceso a los servicios de comunicaciones presentado anteriormente y que daba cuenta que solo un 29.5% de los módulos tienen conexión a internet. Adicionalmente, el 44% de los módulos cuentan con impresoras o equipos multifuncionales similares.

**GRÁFICO 15. EQUIPAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**  
**(Equipos exclusivos del módulo habilitados actualmente)**  
**(Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Se encontró que poco más de la mitad de los módulos cuenta con equipos como TV, DVD, equipo de sonido, proyector multimedia y similares, equipos que son requeridos para el trabajo individual o grupal con los pacientes. Hay que destacar que un 94% de módulos ha priorizado la adquisición de cámaras de video y cuentan con al menos una.

### 3.3 GESTIÓN

#### 3.3.1 ASPECTOS DE GESTIÓN INTERNA DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

La gestión de los módulos de adicciones implica el cumplimiento de diversos aspectos de tipo logístico, técnico o normativo que permiten mejorar los procedimientos realizados por los equipos de profesionales a cargo de las tareas, de este modo la acción se orienta a garantizar la eficiencia y la calidad de los servicios ofrecidos.

**TABLA 12. ASPECTOS DE GESTIÓN INTERNA DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Plan operativo del módulo	71.4	167	71.2	151	71.4	10	75.0	6
Documentos normativos técnicos para atención de adicciones	51.3	120	52.4	111	42.9	6	37.5	3
Formato de historia clínica para casos de adicciones	47.9	112	47.2	100	50.0	7	62.5	5
Herramientas de evaluación de las actividades del módulo de adicciones	46.2	108	45.3	96	64.3	9	37.5	3
Flujograma de atención de casos de adicciones	31.6	74	34.4	73	7.1	1	---	---
Supervisión clínica de los casos de adicciones	31.2	73	34.4	73	---	---	---	---
Organigrama del módulo	21.8	51	22.6	48	21.4	3	---	---
Manejo de consentimiento informado	19.2	45	18.4	39	28.6	4	25.0	2
Registro RIDET	16.7	39	17.5	37	7.1	1	12.5	1
Reglamento interno del módulo de adicciones	16.2	38	15.1	32	35.7	5	12.5	1
Sistema de registro de quejas y sugerencias	8.1	19	9.0	19	---	---	---	---
Otro	17.5	41	16.5	35	42.9	6	---	---
No responde	3.0	7	2.4	5	7.1	1	12.5	1

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Como parte de los aspectos operativos orientados a la mejora de la gestión, se tiene reportado que entre el 70 y 75% de los módulos reconocen trabajar bajo un instrumento de planificación operativa que principalmente contiene los objetivos y las metas así como los procedimientos básicos para la implementación de la intervención. También, en aproximadamente la mitad de los módulos del MINSA, se reportó tener conocimiento de la existencia de los documentos técnicos normativos específicos para la atención de pacientes con problemas de consumo de drogas. En menor proporción, se encontró que 4 de cada 10 profesionales de los establecimientos penitenciarios y centros juveniles, tienen conocimiento de los documentos técnicos y/o normativos que sustentan su intervención.

Un criterio importante para la atención, es el uso de historias clínicas bajo formatos acordes a los modelos de tratamiento de las adicciones. En tal sentido, se encontró que en el 48% de todos los módulos se hacía uso de esta herramienta clínica. En lo que se refiere a los aspectos de evaluaciones de las actividades de los módulos, se ha informado que el 46% de profesionales hacen uso de herramientas o estrategias de evaluación. Esta práctica ha sido reportada con mayor frecuencia entre los módulos de los establecimientos penitenciarios. La supervisión clínica de los casos, que es una actividad recomendable en la práctica clínica profesional, es llevada a cabo solo en la tercera parte de los módulos del MINSA y es una práctica que no es habitual en los establecimientos penitenciarios y centros juveniles.

La exposición de flujogramas de atención en los establecimientos, para informar al paciente y su familia, es una estrategia usual que permite a las personas que demandan los servicios conocer los procedimientos de la intervención y sus etapas. En tal sentido, se ha reportado que una tercera parte de los módulos del MINSA ha elaborado y puesto a disposición del público objetivo un flujograma de atención en el establecimiento.

Un aspecto ético relevante para la atención de adicciones es informar adecuadamente al paciente sobre los procedimientos a emplear, los beneficios y los riesgos entre otros. En concordancia con estos aspectos, se reconoce como una práctica recomendada el uso del consentimiento informado que no sólo busca la aceptación del paciente a incorporarse al proceso de tratamiento, sino que es una estrategia para apoyar el compromiso con la intervención terapéutica. Se ha reportado que alrededor del 80% de los módulos no hace uso del consentimiento informado. El uso del consentimiento informado es practicado en el 29% de los módulos de los establecimientos penitenciarios y en el 25% de los centros juveniles.

El uso de sistemas de información es un elemento clave para la medición y elaboración de indicadores epidemiológicos que facilitan el seguimiento a las tendencias de una problemática de salud específica. Los sistemas de información, también son indispensables para detectar y alertar sobre las nuevas modalidades de consumo, más aún en fenómenos tan dinámicos como el consumo de drogas. En nuestro país, los sistemas de información sanitaria en los servicios de salud, se basan principalmente en el sistema HIS del MINSA. Este sistema se encuentra implementado en todos los establecimientos de salud bajo la rectoría del MINSA y posibilita contar con información de todas las atenciones producidas en la consulta externa a nivel nacional, proporcionando información básica sobre los diagnósticos y principales datos sociodemográficos de las personas atendidas.

En cuanto a los sistemas de información específicos en la problemática de adicciones, se cuenta con la Red de Información por Abuso o Dependencia de Sustancias Psicoactivas – RIDET, administrada por DEVIDA, este sistema registra información epidemiológica de esta problemática a un nivel más específico.

Se encontró, que si bien los módulos reportan como parte de sus procedimientos al sistema HIS, la información correspondiente, en lo referido al reporte de atenciones al RIDET, sólo el 17% de los módulos del MINSA reportan a este sistema de información, mientras que en los establecimientos penitenciarios y centros juveniles se reporta solamente en un 7% y 13% respectivamente.

### **3.3.2 ASPECTOS DE GESTIÓN INTERNA DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES**

En la actualidad, los tratamientos en adicciones orientan su labor dentro de un enfoque integral, se trata de recomponer en el paciente las áreas funcionales perdidas y en tal sentido se recomienda el trabajo con un equipo interdisciplinario y vinculado con otros espacios sanitarios y de otro tipo, que aporten al cumplimiento de los objetivos de tratamiento. Cerca de la mitad de los módulos de atención de las adicciones del MINSA, han señalado mantener coordinación con otras entidades de salud en apoyo a las labores del propio módulo. Esta práctica está bastante vinculada con los procedimientos de referencia que los establecimientos de menor nivel de atención realizan derivando casos hacia otros establecimientos de mayor complejidad dentro de la red asistencial de MINSA, pero en algunos casos, también se presentan derivaciones a establecimientos de otros sectores como, por ejemplo, con el Seguro Social (ESSALUD) y en menor medida con entidades privadas.

Otras entidades pueden contribuir a los objetivos de tratamiento en la medida que el enfoque integral implica rehabilitar las áreas laborales y académicas. Se debe ofrecer una vinculación del paciente a entidades de estos rubros. En tal sentido, se encontró que un 15% de los módulos, reportan haber realizado coordinaciones con entidades del ámbito educativo. No sucede lo mismo con la vinculación a entidades del ámbito laboral, con las que sólo se ha registrado un caso en un módulo perteneciente al INPE.

Un tercio de los módulos del MINSA informa haber implementado estrategias de promoción de sus servicios. Dicha práctica no se ha presentado en los establecimientos penitenciarios ni en los centros juveniles, lo cual se justifica en la medida que en estos establecimientos trabajan con un público objetivo cerrado. Finalmente, se tiene que el 15% de los módulos en general, no reportan haber realizado coordinaciones con otras entidades para el apoyo de sus acciones.

**TABLA 13. ASPECTOS DE GESTIÓN EXTERNA DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015**

	Total		MINSA		Establecimiento INPE		Centro juvenil del Poder Judicial	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Coordinación/convenio con otra entidad de salud especializada del sector público	47.9	112	49.5	105	28.6	4	37.5	3
Se han implementado actividades de promoción de los servicios	28.6	67	31.6	67	---	---	---	---
Coordinación/convenios con entidades de formación / capacitación.	15.4	36	15.1	32	28.6	4	---	---
Coordinación/convenio con otra entidad de salud especializada del sector privado	8.5	20	9.0	19	7.1	1	---	---
Coordinación/convenios con entidades fuerzas armadas - policiales	5.6	13	6.1	13	---	---	---	---
Manejo de asuntos legales con los pacientes	3.8	9	3.8	8	7.1	1	---	---
Coordinación/convenios de oferta laboral	0.4	1	---	---	7.1	1	---	---
Otros	23.9	56	23.1	49	50.0	7	---	---
No tienen	15.4	36	13.2	28	21.4	3	62.5	5

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

Una tarea importante en los servicios asistenciales de salud es mejorar la accesibilidad de la población demandante de sus servicios. Entre las estrategias que buscan acercar los servicios asistenciales a la población están las actividades extramuros en las que equipos de profesionales se trasladan a zonas cercanas a su población adscrita con el objetivo de atender las necesidades sanitarias de su población y al mismo tiempo cerrar las brechas de accesibilidad. Esta práctica se ha reportado como la acción más utilizada en los módulos del MINSA, en la forma de visitas a los centros educativos (95%). Es claro, que para los profesionales de los módulos, las instituciones educativas representan espacios que acogen a la población más vulnerable.

Las visitas integrales de salud a las comunidades son acciones que se realizan en por lo menos 59% de los módulos. Las campañas de salud realizadas por los establecimientos de salud incorporan los servicios asistenciales con los que cuenta el establecimiento, entre ellas, los servicios especializados de los módulos de adicciones. Se encontró que el 77% de este acercamiento a la población se hace bajo la forma de campañas de salud, en 77% de los módulos de adicciones. Una de las formas de llegar a captar pacientes es mediante el uso de medios de difusión como la radio o TV local, 29% de módulos han reportado esta práctica.



De otro lado, la captación de pacientes también se puede lograr entre los pacientes del establecimiento de salud que acuden a otros servicios del establecimiento y que pueden tomar conocimiento del módulo de atención de las adicciones. En tal sentido, se encontró que una la estrategia para captar pacientes del establecimiento es a través de las charlas al interior de los establecimientos de salud (88%), además de realizar de manera directa las coordinaciones con otros servicios al interior del establecimiento (60%), para que realice la derivación de pacientes en caso se detecte un potencial caso de consumidor problemático.

**TABLA 14. MINSA: ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR LOS MÓDULOS DE ADICCIONES PARA CAPTAR PACIENTES, 2015**

	MINSA	
	%	N
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>
Centros educativos (colegios, institutos, universidades)	94.8	201
Charlas en el establecimiento de salud	87.7	186
Campañas de salud	76.9	163
Con otros servicios al interior del establecimiento de salud	59.9	127
Durante las visitas integrales de salud en la comunidad	59.4	126
Coordinación con otros establecimientos de salud	46.2	98
Municipalidades	40.6	86
A través de medios de comunicación (como radio o tv)	28.8	61
Comisarias	27.4	58
Otras organizaciones publicas	22.6	48
Otras organizaciones de la sociedad civil	19.8	42
Centros juveniles del poder judicial	9.9	21
INPE	2.8	6
Ninguna	0.9	2

Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

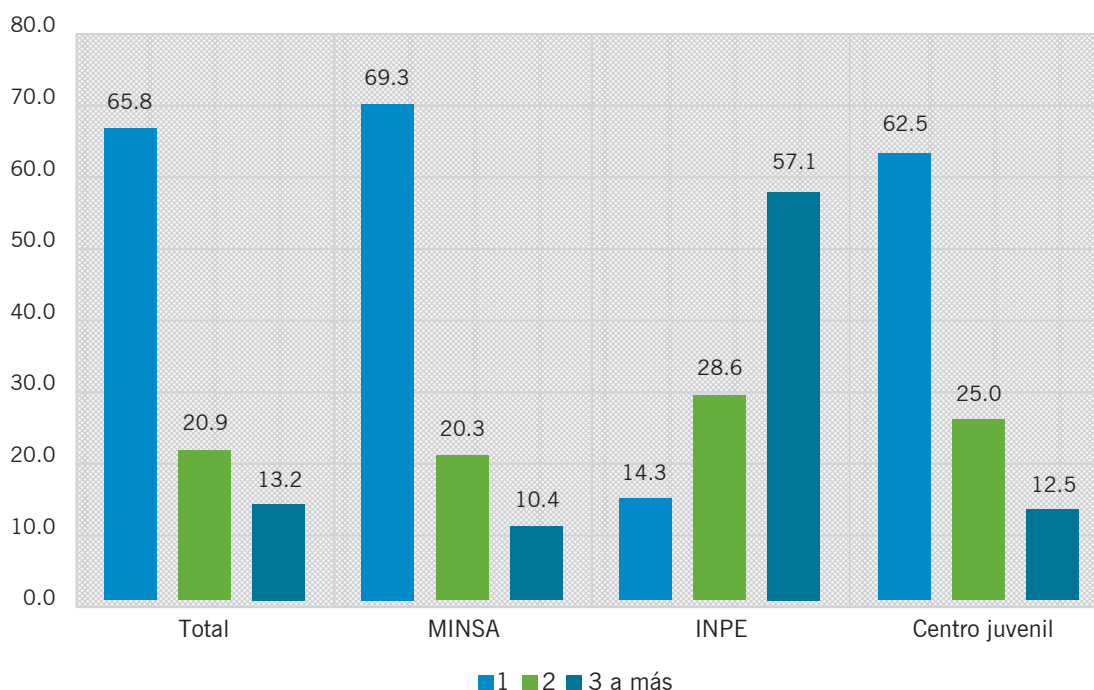
### 3.4 PERSONAL ASISTENCIAL

La intervención especializada en adicciones, orientada a la eficiencia, requiere necesariamente de implementar mejoras en los recursos utilizados para la intervención. Tales mejoras deben incluir como componente clave a los recursos humanos que conforman el equipo asistencial y que usualmente suele estar conformado por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Los servicios debieran estar conformados por equipos interdisciplinarios que faciliten el abordaje terapéutico de las diferentes áreas que aquejan al paciente. Este recurso humano debe contar con las competencias necesarias en cada uno de los campos de acción, así como estar permanentemente capacitado y actualizado.

Se ha encontrado que el 66% de los módulos opera con un profesional, en su mayoría un psicólogo clínico. También se identificó que un 13% de los módulos se cuenta con 3 o más profesionales integrantes de un equipo de profesionales.

En los módulos de atención de adicciones, implementados en los establecimientos penitenciarios, se encontró que el 57% de ellos cuenta con equipos de profesionales de al menos 3 integrantes, una proporción mucho mayor que en los módulos de los centros juveniles (12.5%) y en el MINSA (10.4%).

**GRÁFICO 16. NÚMERO DE TRABAJADORES DEL EQUIPO ASISTENCIAL DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



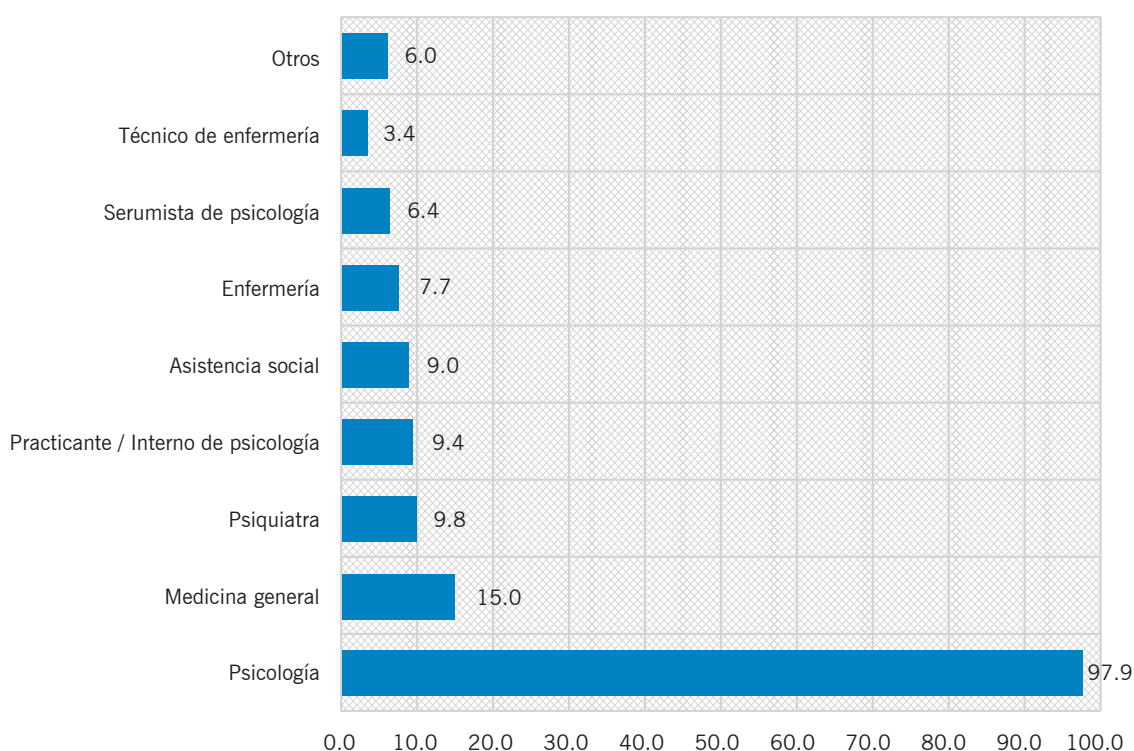
Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

El país mantiene déficits importantes en materia de recursos humanos especializados en salud mental y más aún en el campo de las adicciones. Tal situación se ha evidenciado en los módulos, en donde casi dos tercios operan con un solo profesional asistencial.

Los profesionales más requeridos para la atención son los psicólogos clínicos, que se encuentran presentes en al menos 98% de los módulos, por lo general, haciéndose cargo de la conducción de las actividades del módulo. Un 15% de los módulos informa contar con los servicios de médicos generales con conocimientos en el tratamiento de las adicciones, 9.8% ofrecen los servicios de un psiquiatra y 9% tiene entre los profesionales de su equipo a un asistente social y solo un 8% tiene entre su equipo a un profesional de enfermería.

De otro lado, 1 de cada 10 módulos reporta que cuenta con el apoyo de internos o practicantes de psicología. Adicionalmente, el 6.4% de módulos trabaja con Serumistas (profesionales del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud).

**GRÁFICO 17. PERSONAL ASISTENCIAL DE LOS MÓDULOS DE ADICCIONES SEGÚN ESPECIALIDAD, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

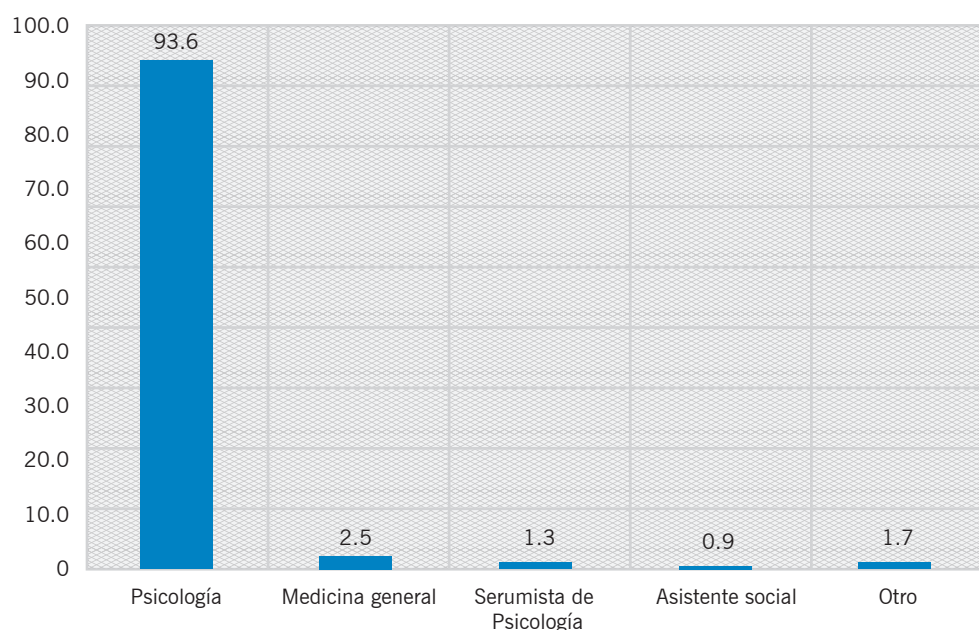
### 3.4.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL MÓDULO

Dado que la mayoría de módulos cuenta con un solo profesional asistencial, una caracterización de este profesional es clave para identificar la orientación profesional del servicio en los módulos. El perfil del profesional que labora en los módulos de tratamiento de las adicciones es: una mujer, psicóloga que se hace cargo de las funciones de atención y coordinación de las actividades de los módulos, menor de 39 años y que trabaja a tiempo completo.

En cuanto a las condiciones laborales, se encontró que la mayoría de los profesionales responsables de los módulos (74%) tiene un contrato que se financia con recursos del Programa Presupuestal PTCD. Sólo un 15% informa ser personal contratado por el establecimiento de salud en donde se ha implementado el módulo.

Se encontró que el 69% recibe una remuneración entre 1,500 a 2,500 nuevos soles y que el 19% recibe más de S/. 2,500 nuevos soles, pudiendo llegar a una remuneración de S/. 6,000 nuevos soles. En este último grupo de profesionales se encuentran por lo general los profesionales médicos.

**GRÁFICO 18. ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

**GRÁFICO 19. PERFIL DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

La especialización en el campo de las adicciones, que se brinda a través de las universidades del país, es limitada, se encuentra que existen pocos cursos obligatorios relacionados a esta temática. De otro lado, existe también una limitada oferta de especialización a nivel de postgrado. En cuanto a maestrías relacionadas a las adicciones, solo dos universidades disponen de una oferta de maestrías vinculadas a la temática de adicciones: la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad Nacional Federico Villarreal. Sin embargo, solo la primera de ellas consigue completar las vacantes y logra mantener cierta regularidad. En este contexto, la oferta de formación se limita a la implementación de algunos programas de formación a través de diplomados.

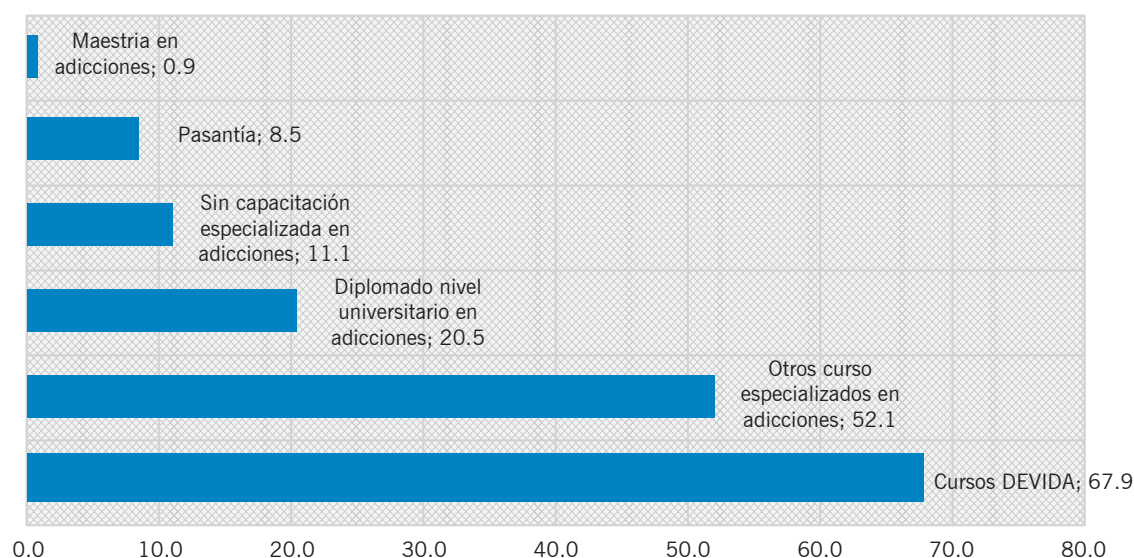
Existe también la oferta de formación privada de diversas organizaciones de profesionales que imparten cursos relacionados a la temática de adicciones con diferentes contenidos y tiempos de duración.

DEVIDA ha cumplido un papel importante en la capacitación a nivel de cursos de formación, ya que según lo reportado en este estudio, se encontró que el 68% de profesionales responsables de los módulos de atención de las adicciones ha participado, al menos una vez, en cursos implementados por DEVIDA.

De otro lado, se ha reportado que el 52% ha participado en otros cursos especializados impartidos por otras entidades y que uno de cada 5 profesionales cuenta con estudios de diplomado. Se encontró también que solo el 0.9% cuenta con estudios de maestría.

Finalmente, se encontró que en el grupo de profesionales responsables que trabajan en los módulos de atención de las adicciones, el 11% no cuenta con capacitación especializada.

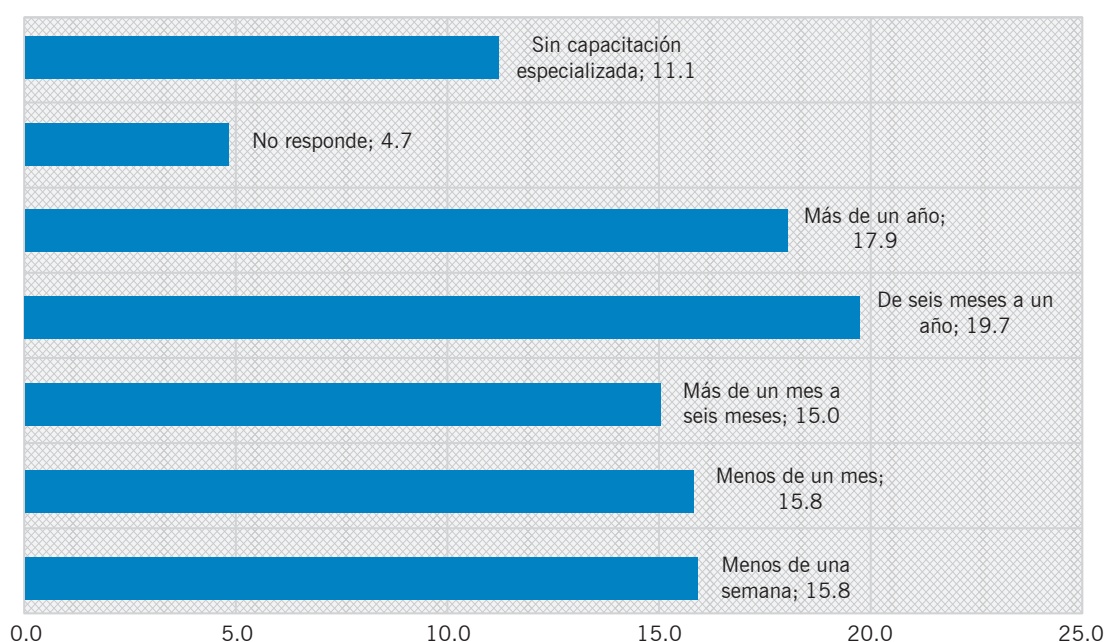
### GRÁFICO 20. CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA DEL RESPONSABLE DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

El tiempo de formación, en alguna medida, puede tomarse como un indicador del grado de competencias adquiridas. En tal sentido, se ha reportado que una tercera parte señala haber recibido capacitaciones de no más de un mes. Cuatro de cada diez profesionales responsables de los módulos ha tenido formación especializada en por lo menos el equivalente a un semestre académico, mientras que en este grupo se puede identificar a dos de cada diez profesionales que han sido formados en períodos mayores a un año.

**GRÁFICO 21. TIEMPO ACUMULADO DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA DEL RESPONSABLE DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

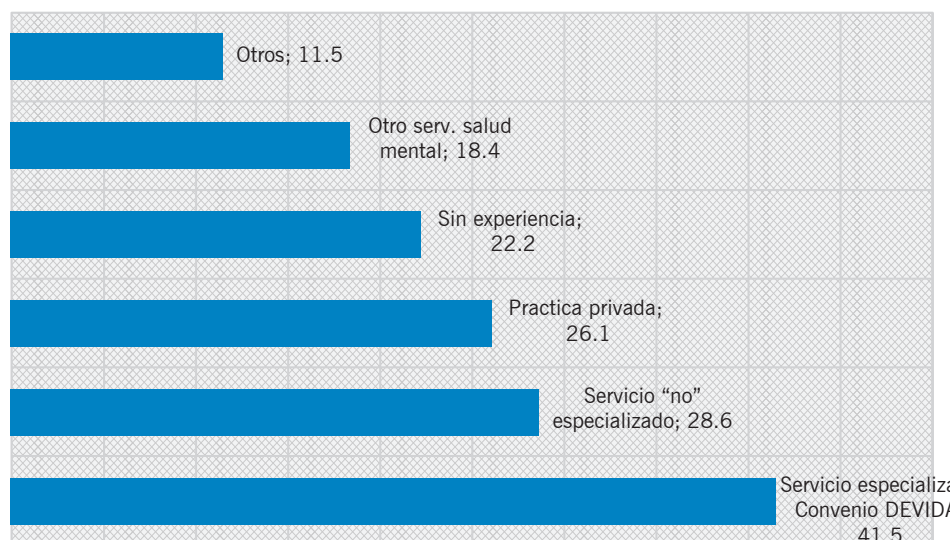
El tratamiento de problemas de adicción requiere un trabajo especializado considerando los perfiles clínicos de los pacientes, de tal forma que, mientras más individualizadas sean las intervenciones, las posibilidades de éxito del tratamiento se incrementan. La práctica, en algunos países, ha permitido el desarrollo de programas de tratamiento diferenciados atendiendo las necesidades identificadas en cuanto a edad, género, cultura y tipo de sustancia adictiva.

Un nivel de especialización óptimo es posible a partir del ejercicio clínico, tal experiencia es un elemento esencial para el desarrollo y fortalecimiento de las competencias del personal asistencial en general. La intervención propuesta, en los módulos de atención de las adicciones, implica el desarrollo de competencias bajo el enfoque de tratamiento hospitalario ambulatorio, para lo cual se cuenta con una guía práctica clínica. Si bien, las herramientas y prácticas pueden implementarse bajo otros contextos de intervención, la guía práctica clínica establece procedimientos clínicos que facilitan y están dirigidos a optimizar la intervención.

Aproximadamente el 80% de profesionales responsables de los módulos ha reportado contar con alguna experiencia clínica profesional. El 60% del total de profesionales cuenta con experiencia laboral en la atención de paciente con problemas de adicción, la mayoría de ellos ha adquirido experiencia en el módulo de atención de las adicciones en el que actualmente labora o en similares.

Adicionalmente, se observa que la práctica privada representa un espacio importante de desarrollo para los profesionales de los módulos de atención de las adicciones. Una cuarta parte de los profesionales tiene o ha tenido experiencia en la práctica privada, del mismo modo casi un tercio de los profesionales cuenta con experiencia en otros servicios relacionados a la atención de la salud mental. Finalmente, se encontró que un 22% de los profesionales de los módulos señaló que no contaba con experiencia previa en la atención especializada en el campo de las adicciones.

**GRÁFICO 22. EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN ADICCIONES DEL RESPONSABLE DEL MÓDULO, 2015 (Porcentaje)**



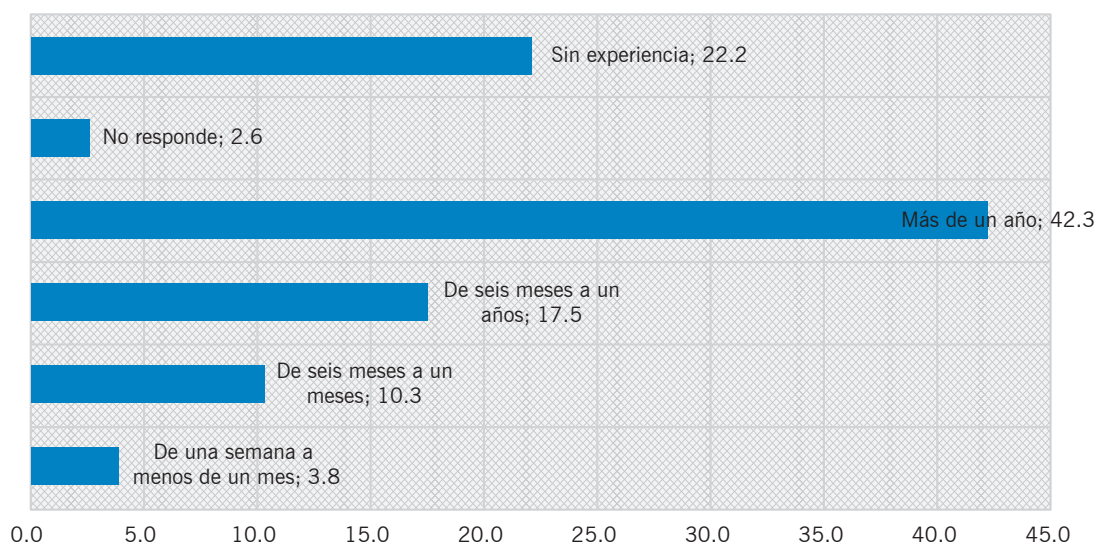
Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

En cuanto al tiempo de experiencia, encontramos que 42% son profesionales con más de un año de experiencia especializada. El 18% de los profesionales responsables de los módulos tiene de 6 a 12 meses de experiencia.

Adicionalmente, se reportó que el 14% de profesionales cuenta con menos de 6 meses de experiencia y que el 22% de profesionales de los módulos no tiene experiencia previa.



**GRÁFICO 23. TIEMPO ACUMULADO DE EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN ADICCIONES DEL RESPONSABLE DEL MÓDULO, 2015 (Porcentaje)**



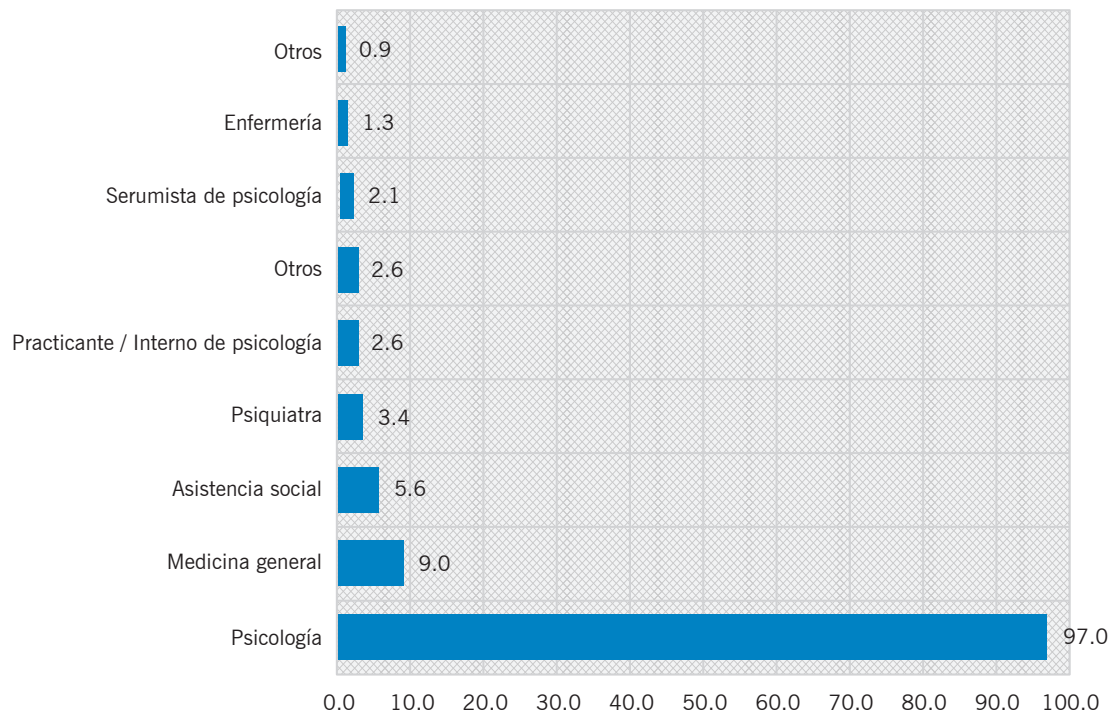
Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.

### 3.4.2 EQUIPO ASISTENCIAL

Se ha encontrado que, en la conformación de los equipos asistenciales, en los módulos se cuenta en mayor medida con profesionales psicólogos (97%) y en menor medida con médicos generales (9%).

Se sigue observando que en el equipo asistencial existe un marcado déficit de participación de profesionales psiquiatras los cuales solo participan en un 3.4%. Este déficit es un claro reflejo de las brechas que se necesita cubrir a nivel de salud mental en el país.

**GRÁFICO 24. TIPO DE PROFESIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.



**GRÁFICO 25. PERFIL DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL DEL MÓDULO DE ADICCIONES, 2015 (Porcentaje)**



Fuente: DEVIDA, Dirección de Promoción y Monitoreo. Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones 2015.







PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRESA  
Tacna

C.S. La  
Esperanza

 **DEVIDA**  
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

## **CLAS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA**

### **MÓDULO DE SALUD MENTAL**

#### **PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL:**

##### **SERVICIO DE PSICOLOGÍA:**

- ☺ Orientación y Consejería Psicológica por Violencia Familiar, Problemas relacionados por consumo de ALCOHOL y DROGAS y, otros Trastornos Emocionales.
- ☺ Orientación Vocacional.
- ☺ Evaluación y expedición de Certificados de Salud Mental.
- ☺ Psicoterapia Individual.
- ☺ Psicoterapia Familiar.
- ☺ Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

##### **SERVICIO DE MEDICINA:**

- ☺ Atención Médica en Salud Mental.
- ☺ Diagnóstico con PRUEBA RÁPIDA EN CASO DE CONSUMO DE DROGAS: PBC Y MARIHUANA.
- ☺ Referencia si amerita.

##### **ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE:**

- ☺ Control CRED.
- ☺ Agudeza Visual y Auditiva.
- ☺ Estado Nutricional.
- ☺ Riesgo Cardiovascular.
- ☺ Evaluación del Desarrollo Sexual.
- ☺ Salud Bucal.
- ☺ Enfermedades comunes.
- ☺ Detección precoz en Violencia, Depresión, Ansiedad y Consumo de Alcohol y otras Drogas.
- ☺ Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales.
- ☺ Evaluación Físico Postural.
- ☺ Inmunizaciones.
- ☺ Detección de Enfermedades No Transmisibles.
- ☺ Detección de Enfermedades Transmisibles.
- ☺ Temas educativos para padres y adolescentes.
- ☺ Visitas domiciliarias.
- ☺ Consejería ITS, VIH, embarazo no deseado, abuso sexual, pandillaje, bullying, proyecto de vida, estilos de vida saludable.



**LOS ESPERAMOS...**

Centro de Salud La Esperanza, Tacna

**4.**

**CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**



## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se observa un incremento significativo de la oferta pública ambulatoria del tratamiento especializado en adicciones en el país a lo largo de los últimos 4 años. La oferta está compuesta mayoritariamente por la implementación en los establecimientos de salud del MINSA con la participación de las DIRESAS y GERESAS, en 18 regiones de un total de 25 regiones del país. No obstante este incremento, existen grandes brechas de cobertura geográfica a nivel nacional, situación que indudablemente requiere ser mejorada, a partir de la generación de información adecuada, que permita establecer con claridad los criterios de ampliación de cobertura y de acuerdo a las necesidades de las poblaciones.

La implementación de módulos de atención de las adicciones no sólo ha contribuido a descentralizar los espacios especializados en adicciones, sino que ha tenido una orientación a vincularse con los espacios de atención primaria. También ha permitido el desarrollo de experiencias de intervención con poblaciones diferenciadas, en este caso, vinculadas a otras problemáticas psicosociales que intensifican el daño producido por el consumo de drogas como el caso de los infractores juveniles y las personas reclusas en establecimientos penitenciarios.

El programa de intervención tiene una estructura determinada por el modelo operacional de la intervención del Programa Presupuestal a cargo de DEVIDA. De tal forma, la oferta está estandarizada y se compone de un determinado número de prestaciones la cual está condicionada por el nivel de atención del establecimiento donde se implementa el módulo. En este sentido, la auto-focalización del consultante no resulta un criterio útil para atender la demanda de tratamiento, ya que no existen criterios de focalización de acuerdo a las características del problema de salud, sino de acuerdo a la capacidad asistencial del módulo.

Si bien, los recursos financieros se encuentran asegurados por inclusión de los módulos en el programa presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas (PTCD), se ha encontrado que en algunos casos se hace uso de recursos financieros adicionales, a veces con superposición de los mismos. Es el caso del Programa Presupuestal denominado "Control y Prevención en Salud Mental" del Ministerio de Salud, que ejecuta, en algunos casos, en los mismos establecimientos donde se tiene implementado un módulo de adicciones. De otro lado, también se puede concluir a partir del reporte de los encuestados, que se hace uso de los recursos físicos del módulo de adicciones por parte de otros servicios en algunos establecimientos de salud.

El ideal de intervención es que los servicios se ofrezcan de manera continua; es decir, sin periodos en que se suspenda el servicio. En tal sentido, esta esperada continuidad no está generalizada en la intervención, de manera que sólo la cuarta parte de los módulos reportan continuidad en la atención. Los efectos negativos de esta situación se reflejan en la abrupta suspensión de la atención de un consultante, lo que implica efectos adversos por el tratamiento interrumpido, sino también, en los mismos profesionales asistenciales quienes se ven forzados a migrar laboralmente a otros sectores, con la consiguiente pérdida de un recurso humano que adquirió un nivel de formación y experiencia especializada.

El cumplimiento de estándares técnicos que garanticen intervenciones efectivas debe ir acompañado del establecimiento de condiciones mínimas de infraestructura y equipamiento. Los módulos de adicciones no se presentan con un modelo uniforme en este sentido, evidenciándose algunos criterios en lo referente a equipamiento que parecen ser más orientados a actividades administrativas, de promoción, difusión de los servicios y que también posibilitarían algunas acciones de orden clínico terapéutico como actividades grupales.

Los datos recogidos para el análisis en este estudio, corresponden a los espacios de atención ambulatoria en el sector público, en consecuencia, las recomendaciones que puedan surgir a partir del análisis de los resultados deben ser interpretados en función a esta dimensión. Se debe recalcar que el estudio fue abordado metodológicamente como un estudio de tipo censal y en consecuencia esto permite tener una mirada amplia de este modelo de intervención, en la medida que se consiguió una alta tasa de respuesta.

Existe, en los módulos de adicciones, una limitada acción coordinada y de búsqueda de sinergias, para el establecimiento de mecanismos de colaboración interinstitucional y alianzas con entidades, que apunten a conseguir una eficacia sostenida en los resultados de la intervención. De otro lado, el trabajo con equipos interdisciplinarios se presenta en pocos casos, lo más habitual es que los módulos atiendan con un profesional, generalmente psicólogo, con alguna capacitación especializada a nivel de cursos impartidos por DEVIDA u otras instituciones y con no mucha experiencia clínica en el área.







**GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**



**DEVIDA**  
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

# CERO DROGAS

## ¡TÚ decides TU FUTURO!

**MÓDULOS DE**

**¡TENDRÁS RESPUESTAS!**

Asesndose con nuestros psicólogos especializados en adicciones.



N°	MÓDULOS "CENTRO DE SALUD"	UBICACIÓN	TELÉF
01	MI PERÚ	AV. HUAURA S/N AA.HH. MI PERÚ - VENTANILLA	553-54
02	ANGAMOS	CRUCE ENTRE LA AV. B Y LA CALLE B S/N 2DO SECTOR AA.HH. ANGAMOS - VENTANILLA	553-08
03	SAN JUAN BOSCO	JR. NAUTA 154 CALLAO URB. SANTA MARINA NORTE - CALLAO	453-60
04	PALMERAS DE OQUENDO	CALLE MARLEN LT 5 Y 6 URB. LAS PALMERAS ALT. KM 9 GAMBETA - CALLAO	577-18
05	CENTRO REGIONAL DE APOYO EMOCIONAL	AV. RAMIRO PIRALE S/N AA.HH. SARITA COLONIA - CALLAO	453-80
06	BOCANEGRA	AA.HH. BOCANEGRA - PLAZA CÍVICA CALLAO	484-30
07	PERÚ COREA - BELLAVISTA	PARQUE ALFONSO UGARTE N° 1150 BELLAVISTA	464-70

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
Av. Corea N° 875 Bellavista - Callao  
Teléfono: 4650640  
www.dirsa-callao.gob.pe



# 5.

## RECOMENDACIONES



## 5. RECOMENDACIONES

La elaboración de las recomendaciones tienen como sustento, de manera directa, los resultados de la aplicación del instrumento del estudio. Adicionalmente, la elaboración del informe ha necesitado la revisión de un conjunto de informaciones que han sido analizadas y han servido también para proponer algunas de las recomendaciones.

Independientemente del nivel de compromiso sectorial y/o funcional, se apuntan recomendaciones que dan cuenta de las necesidades observadas. No son recomendaciones categóricas sino que responden a condiciones más o menos claras que los resultados del análisis realizado permiten sustentar.

**Recomendación 1:** Implementar estudios que permitan dimensionar las necesidades de servicios especializados, como servicios especializados en el manejo de sobredosis, síndromes de abstinencia, desintoxicación farmacológica, programas de reducción de daños entre otros.

**Recomendación 2:** Definir lineamientos para el diseño de ofertas de intervenciones diferenciadas, con la suficiente flexibilidad metodológica para su aplicación en poblaciones específicas; como programas dirigidos a mujeres, mujeres embarazadas, adolescentes, niños, adultos mayores, y grupos minoritarios como gente sin hogar poblaciones indígenas y otros. Estas acciones permitirán disminuir las inequidades existentes.

**Recomendación 3:** Diseñar, validar e implementar programas de tratamiento en base a la evidencia científica disponible y con procedimientos de validación óptimos orientados a remarcar su efectividad. Estas intervenciones podrán servir de base para establecer planes

diferenciados en duración y prestaciones de salud en correspondencia con la complejidad de los problemas de salud del consultante.

**Recomendación 4:** Asegurar la aplicación de procesos de monitoreo y evaluación de los resultados de los programas. Esta recomendación contiene el cumplimiento de acciones previas, referidas al establecimiento de objetivos, metas e indicadores, así como medios de verificación adecuados.

**Recomendación 5:** Incrementar la cobertura de los servicios sanitarios ambulatorios de atención de las adicciones de acuerdo a las necesidades de las poblaciones, en base a la evidencia epidemiológica disponible respecto a los indicadores de consumo, así como de los factores relacionados.

**Recomendación 6:** Definir mecanismos que permitan implementar, desde los objetivos y de manera efectiva, un modelo de intervención integral que incluya servicios desde la detección precoz, el seguimiento y alternativas efectivas de reinserción social.

**Recomendación 7:** Promover espacios de formación especializada de calidad en las universidades, orientados a cerrar las brechas de formación de los recursos humanos, implementando estrategias de corto y mediano plazo. Implementar esta recomendación requerirá como acción previa el realizar procedimientos validados de identificación de las necesidades de formación del personal asistencial.

**Recomendación 8:** Promover y fortalecer políticas de recursos humanos en los servicios de salud que permitan la sostenibilidad de las intervenciones, a través de la retención del recurso humano formado y con experiencia.

**Recomendación 9:** Asegurar los procesos de selección de profesionales para los servicios asistenciales, en cumplimiento de las competencias requeridas para sus funciones en cada una de sus especialidades.

**Recomendación 10:** Definir los criterios de focalización para que no se produzca duplicidad en la oferta de servicios. El sentido de la acción, en todo caso, debería estar orientado hacia la complementariedad.

**Recomendación 11:** Realizar estudios específicos para identificar las barreras de acceso a los servicios en la demanda potencial de usuarios.

**Recomendación 12:** Definir y estandarizar acciones efectivas de promoción de los servicios que asegure la mejor relación costo-efectividad.

**Recomendación 13:** Establecer procedimientos estandarizados para la admisión y atención de los consultantes con lo que se pueda disminuir las barreras de acceso como los horarios de atención adecuados al tipo de consultantes, procedimientos administrativos sencillos, costos, tiempos de espera, debida orientación y buen trato personal. Esta acción puede ser

complementada con el desarrollo de competencias en los profesionales que trabajan en los módulos, además de la elaboración y validación de guías y manuales.

**Recomendación 14:** Identificar los recursos logísticos y humanos elementales que permitan garantizar la entrega de un servicio bajo estándares de calidad.

**Recomendación 15:** Garantizar la disponibilidad de recursos financieros para la continuidad operativa de los servicios para el ejercicio anual siguiente, de manera que se eliminen los vacíos en la operatividad de los módulos que afectan a los usuarios y de manera más amplia al recurso humano especializado.

**Recomendación 16:** Promover la cooperación y consolidar alianzas con las entidades que ofrecen servicios de apoyo que puedan contribuir al cuidado continuado y el logro de la recuperación de las áreas funcionales del consultante, durante la etapa de tratamiento así como en la etapa de seguimiento.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., . . . Wagstaff, A. (2014). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247.
- Brorson, H. H., Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (July de 2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010-1024.
- Cruz Díaz, J. E., Gaino, L. V., & De Souza, J. (2016). Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2).
- Defensoria del Pueblo. (2008). *Informe Defensorial N° 140: Salud Mental y Derechos Humanos*.
- Degenhart, L., Whiteford, H., Ferrari, A., Baxter, A., Charlson, F., Hall, W., . . . Vos, T. (Noviembre de 2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.
- DEVIDA. (2010). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Población General*.
- DEVIDA. (2012). *IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria*.
- DEVIDA. (2014). *Consumo Problemático de Marihuana en la Población Escolar de Secundaria*.

- DEVIDA. (2015). *Reporte Estadístico Sobre Consumo de Drogas en el Perú: Prevención y Tratamiento*.
- Diez Canseco Montero, F., Ipince Petrozzi, A., Toyama, M., Benate Galvez, Y. N., Galán Rodas, R. E., Medina Verástegui, J. C., . . . Miranda Montero, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 31(1), 131-136.
- DuRant, R., Smith, J., Kreiter, S., & Krowchuk, D. (1999). The Relationship Between Early Age of Onset of Initial Substance Use and Engaging in Multiple Health Risk Behaviors Among Young Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3).
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*, 18.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de Tratamientos Para la Drogadicción*.
- MINSa. (2008). *La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú*.
- MINSa. (2014). *Carga de Enfermedad en el Perú, Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012*. Lima.
- Observatorio Peruano de Drogas. (2009). *Análisis de resultados de la Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o Dependencia de Sustancias Psicoactivas 2005 - 2007 RIDET*. Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas*. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en Sudamérica: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe de Situación Regional Sobre el Alcohol y la Salud en las Américas*.
- PNUFID. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento: tratamiento y rehabilitación - Guía práctica de planificación y aplicación*.
- UNODC. (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*.

UNODC. (2015). *World Drug Report*.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., . . . Vos, T. (2013). Global Burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.



# SERVICIO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA



## 7. ANEXO

### 7.1 LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
AREQUIPA	CENTRO JUVENIL ALFONSO UGARTE	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
JUNÍN	CENTRO JUVENIL EL TAMBO	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
LA LIBERTAD	CENTRO JUVENIL TRUJILLO	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
LAMBAYEQUE	CENTRO JUVENIL JOSE QUIÑONES GONZALES	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
LIMA CIUDAD	CENTRO JUVENIL LIMA	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
LIMA CIUDAD	CENTRO JUVENIL SANTA MARGARITA	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
PIURA	CENTRO JUVENIL MIGUEL GRAU	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL
UCAYALI	CENTRO JUVENIL PUCALLPA	CENTRO JUVENIL PODER JUDICIAL

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
APURIMAC	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO ANDAHUAYLAS	ESTABLECIMIENTO INPE
AREQUIPA	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO MUJERES AREQUIPA	ESTABLECIMIENTO INPE
AREQUIPA	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO SOCABAYA	ESTABLECIMIENTO INPE

AYACUCHO	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO HUANTA	ESTABLECIMIENTO INPE
CUSCO	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO CUSCO VARONES	ESTABLECIMIENTO INPE
CUSCO	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO QUILLABAMBA	ESTABLECIMIENTO INPE
LA LIBERTAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO TRUJILLO	ESTABLECIMIENTO INPE
LIMA CIUDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO MUJERES DE CHORRILLOS	ESTABLECIMIENTO INPE
LIMA CIUDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO ANCON II	ESTABLECIMIENTO INPE
LIMA CIUDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO EAPPYEPLD SURQUILLO	ESTABLECIMIENTO INPE
LIMA CIUDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO LURIGANCHO	ESTABLECIMIENTO INPE
SAN MARTIN	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO SANANGUILLO	ESTABLECIMIENTO INPE
TACNA	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO TACNA VARONES	ESTABLECIMIENTO INPE
TACNA	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO MUJERES TACNA	ESTABLECIMIENTO INPE

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
AMAZONAS	CENTRO DE SALUD TOTORA	MINSA
AMAZONAS	P. S. PEDRO CASTRO ALVA	MINSA
ANCASH	CENTRO DE SALUD HUARUPAMPA	MINSA
ANCASH	CENTRO DE SALUD PALMIRA	MINSA
ANCASH	CENTRO DE SALUDANTA	MINSA
ANCASH	HOSPITAL DE APOYO NUESTRA SENORA DE LAS MERCEDES CARHUAZ	MINSA
ANCASH	HOSPITAL DE APOYO RECUAY	MINSA
ANCASH	HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	MINSA
ANCASH	HOSPITAL LA CALETA	MINSA
ANCASH	HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA	MINSA
APURIMAC	CENTRO DE SALUD CHALHUANCA	MINSA
APURIMAC	CENTRO DE SALUD HUANCARAMA	MINSA

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
APURIMAC	CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN	MINSA
APURIMAC	CENTRO DE SALUD SANTA ROSA	MINSA
APURIMAC	CENTRO DE SALUD VILLAGLORIA	MINSA
APURIMAC	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD SANDRITA PEREZ EL PEDREGAL	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD HUNTER	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD LA PAMPA	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD SOCABAYA	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA	MINSA
AREQUIPA	CENTRO DE SALUD YANAHUARA	MINSA
AREQUIPA	HOSPITAL CAMANA	MINSA
AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO	MINSA
AREQUIPA	MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA	MINSA
AYACUCHO	CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA	MINSA
AYACUCHO	CENTRO DE SALUD VILCASHUAMAN	MINSA
AYACUCHO	CENTRO DE SALUD SANTA ELENA	MINSA

AYACUCHO	HOSPITAL APOYO CANGALLO	MINSA
AYACUCHO	HOSPITAL DE APOYO HUANTA	MINSA
AYACUCHO	HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO	MINSA
AYACUCHO	HOSPITAL DE SAN FRANCISCO	MINSA
AYACUCHO	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD LA PERLA	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD MARQUEZ	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD 200 MILLAS	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD ACAPULCO	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD ALBERTO BARTON	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD BOCANEGRA	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD OQUENDO	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD POLIGONO IV	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD ANGAMOS	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD CR APOYO EMOCIONAL	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD MI PERU	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD PERU KOREA BELLAVISTA	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO	MINSA

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
CALLAO	CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE PACHACUTEC	MINSA
CALLAO	CENTRO DE SALUD VENTANILLA ALTA	MINSA
CALLAO	MATERNAL INFANTIL PACHACUTEC PERU - COREA	MINSA

CALLAO	PUESTO DE SALUD ANGAMOS	MINSA
CUSCO	CENTRO DE SALUD BELENPAMPA	MINSA
CUSCO	CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO	MINSA
CUSCO	HOSPITAL QUILLABAMBA	MINSA
CUSCO	HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO	MINSA
CUSCO	HOSPITAL SANTO TOMAS	MINSA
CUSCO	HOSPITAL SICUANI	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD PUMAHUASI	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD LAS MORAS	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD LAS PALMAS	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD PERU COREA	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD PILLCO MARCA	MINSA
HUANÚCO	CENTRO DE SALUD SUPTE SAN JORGE	MINSA
HUANÚCO	HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO	MINSA
HUANÚCO	HOSPITAL TINGO MARIA	MINSA
JUNÍN	CENTRO DE SALUD ERNESTO GUEVARA LA SERNA	MINSA
JUNÍN	CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD	MINSA
JUNÍN	H.R.D.M.I. "EL CARMEN"	MINSA
JUNÍN	HOSPITAL M.A.H.A. SATIPO	MINSA
JUNÍN	HOSPITAL MANUEL HIGA ARAKAKI	MINSA
JUNÍN	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO "DANIEL A. CARRION" HUANCAYO	MINSA

JUNÍN	HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGO	MINSA
JUNÍN	PUESTO DE SALUD AZAPAMPA	MINSA
LA LIBERTAD	CENTRO DE SALUD ARANJUEZ	MINSA
LA LIBERTAD	CENTRO DE SALUD PACANGUILLA	MINSA
LA LIBERTAD	CENTRO DE SALUD SALAVERRY	MINSA
LA LIBERTAD	CENTRO DE SALUD M.I. WICHANZAO	MINSA
LA LIBERTAD	CADES TRUJILLO	MINSA
LA LIBERTAD	HOSPITAL CHEPEN	MINSA
LA LIBERTAD	HOSPITAL DISTRITAL DE LAREDO	MINSA
LA LIBERTAD	HOSPITAL DISTRITAL EL ESFUERZO	MINSA
LA LIBERTAD	HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL	MINSA
LA LIBERTAD	HOSPITAL VISTA ALEGRE	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD "TORIBIA CASTRO CHIRINOS"	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD MOTUPE	MINSA

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD "EL BOSQUE" - LA VICTORIA	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD ATUSPARIA	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD CAYALTI	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD CERROPÓN	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD JAYANCA	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ	MINSA

LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO	MINSA
LAMBAYEQUE	CENTRO DE SALUD PIMENTEL	MINSA
LAMBAYEQUE	HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE	MINSA
LAMBAYEQUE	PUESTO DE SALUD POMALCA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD MIRONES	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD CHACRA COLORADA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD EL PINO	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD JESÙS MARÌA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD JUAN PÉREZ CARRANZA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD MAGDALENA	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL PORVENIR	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SHREIBER	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD MIRONES BAJO	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD SAN COSME	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD SAN LUIS	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD SURQUILLO	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD UNIDAD VECINAL 3	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD VILLA MARIA DEL PERPETUO SOCORRO	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD M.C. HONORIO DELGADO	MINSA
LIMA CIUDAD	CENTRO DE SALUD EL PORVENIR - LA VICTORIA	MINSA
LIMA CIUDAD	CS.CLAS CHALACO	MINSA

LIMA CIUDAD	SERVICIO DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA EN DROGAS HABLA FRANCO	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD CAPILLA DE ASIA	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD SAN VICENTE	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD CHILCA	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD HUALMAY	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD MALA	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD MANZANARES	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD NUEVO IMPERIAL	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD PUERTO SUPE	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD RICARDO PALMA	MINSA
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD YANGAS	MINSA

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
LIMA PROVINCIAS	CENTRO DE SALUD PARAMONGA	MINSA
LIMA PROVINCIAS	HOSPITAL BARRANCA - CAJATAMBO Y SBS	MINSA
LIMA PROVINCIAS	HOSPITAL REGIONAL HUACHO	MINSA
LIMA PROVINCIAS	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL	MINSA
LIMA PROVINCIAS	PUESTO DE SALUD PEDRO A.LÓPEZ GUILLEN	MINSA
LORETO	CENTRO DE SALUD SAN JUAN	MINSA
LORETO	CENTRO DE SALUD BELLAVISTA NANAY	MINSA
LORETO	CENTRO DE SALUD NAUTA	MINSA
LORETO	CENTRO DE SALUD MORONA COCHA	MINSA
LORETO	HOSPITAL DE IQUITOS	MINSA



LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD ALTO ILO	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD MARISCAL NIETO	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD MIRAMAR	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD PAMPA INALÁMBRICA	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD SAMEGUA	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO	MINSA
MOQUEGUA	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	MINSA
MOQUEGUA	HOSPITAL ILO	MINSA
MOQUEGUA	HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	MINSA
MOQUEGUA	PUESTO DE SALUD LOS ANGELES	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD CATACAOS	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD SECHURA	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD TACALÁ	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD CASAGRANDE	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD AYABACA	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE CASTILLA	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD SALUD MORROPON CHULUCANAS	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD LA UNION	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD CONSUELO DE VELASCO	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES	MINSA
PIURA	HOSPITAL DE CHULUCANAS	MINSA
PIURA	CENTRO DE SALUD MORROPON	MINSA

PIURA	CENTRO DE SALUD HUARMACA	MINSA
PIURA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD JESUS GUERRERO CRUZ.	MINSA
PIURA	HOSPITAL DE APOYO SULLANA	MINSA
PIURA	HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU Y COREA SANTA ROSA	MINSA
PIURA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA	MINSA
SAN MARTIN	CENTRO DE SALUD BANDA DE SHILCAYO	MINSA
SAN MARTIN	CENTRO DE SALUD LLUYLLUCUCHA	MINSA
SAN MARTIN	CENTRO DE SALUD MORALES	MINSA

REGIÓN	NOMBRE DEL MÓDULO	SECTOR
SAN MARTIN	CENTRO DE SALUD NUEVE DE ABRIL	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL RIOJA	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL BELLAVISTA	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-I MOYOBAMBA	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL TARAPOTO	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL TOCACHE	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL JUANJUI	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL RURAL NUEVA CAJAMARCA	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL RURAL PICOTA	MINSA
SAN MARTIN	HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SISA	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD BOLOGNESI	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD LEONCIO PRADO	MINSA

TACNA	CENTRO DE SALUD ALTO DE LA ALIANZA	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIA	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD LA NATIVIDAD	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD POCOLLAY	MINSA
TACNA	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	MINSA
TACNA	HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD 7 DE JUNIO	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD AGUAYTIA	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD CAMPO VERDE	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD CURIMANA	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD FRATERNIDAD	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD HUSARES DEL PERU	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD NUEVA REQUENA	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD NUEVO PARAISO	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUDSAN FERNANDO	MINSA
UCAYALI	CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE	MINSA
UCAYALI	HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCCHA	MINSA
UCAYALI	HOSPITAL REGIONAL PUCALLPA	MINSA







**¿Drogas? infórmate, decide bien**

**0-800-44-400**  
**[www.hablafranco.gob.pe](http://www.hablafranco.gob.pe)**

Av. Benavides 2199-B Miraflores – Perú  
Telf: (51-1) 207-4800  
[WWW.devida.gob.pe](http://WWW.devida.gob.pe)