

ESTUDIO DEL IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERÚ

INFORME FINAL

OBSERVATORIO PERUANO DE DROGAS
DEVIDA

© IMPACTO SOCIAL Y ECONOMICO DEL
CONSUMO DE DROGAS EN EL PERU. 2010

2010

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del
Perú N°: 2010 - 16146

Edita

Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas
- DEVIDA

Observatorio Peruano de Drogas – OPD

Av. Benavides 2199-B, Lima 18. Perú.

Página web: www.devida.gob.pe; www.opd.gob.pe

Impresión:

Perú Print Pack S.A.

Jr. Sullana 2038 - Lima 01

Lima, Diciembre 2010

Diseño y diagramación:

Ursula Touzard Vecco

Corrección de estilos:

Silvana Velasco San Martín

LIMA – PERÚ 2010

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS – DEVIDA

Rómulo Pizarro Tomasio
Presidente Ejecutivo - DEVIDA

Abel Hermoza Jerí
Gerente General - DEVIDA

EQUIPO TÉCNICO DE CONSULTORES

(Elaboración):

María del Carmen Navarro de Acosta
José María Viñoles García
Margarita Díaz Otoyá

EQUIPO TÉCNICO DEVIDA

(Revisión):

Eduardo Haro Estabridis
Gerente de Prevención y Rehabilitación
Coordinador (e) del Observatorio Peruano de Drogas

Viviana Maldonado García
Especialista Observatorio Peruano de Drogas

Eduardo Romero Bolognesi
Especialista Observatorio Peruano de Drogas



CONTENIDO

SIGLAS	6
PRESENTACIÓN	7
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE ESTUDIO	17
CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	29
CAPÍTULO V: INDICADORES	37
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	101

SIGLAS

AVISA	Años de vida saludables perdidos.
CEDRO	Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
CICAD-OEA	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de drogas de la OEA.
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas.
DIRANDRO	Dirección Antidrogas de la Policía Nacional del Perú. Ministerio del Interior.
ESSALUD	Seguro Social de Salud.
IML	Instituto de Medicina Legal
INPE	Instituto Nacional Penitenciario. Ministerio de Justicia.
MINSA	Ministerio de Salud.
OEA	Organización de los Estados Americanos.
OPD	Observatorio Peruano de Drogas.
PNP	Policía Nacional del Perú. Ministerio del Interior.
RIDET	Red de Información de Demanda de Tratamiento.
SEACE	Sistema electrónico de contrataciones del Estado.
SIAF	Sistema integrado de Administración Financiera.
SPA	Sustancia Psicoactiva.



PRESENTACIÓN

Ponemos a su disposición el primer estudio riguroso del impacto social y económico que representa el consumo de drogas en el Perú. Con su publicación, DEVIDA avanza en el objetivo de suministrar información y hallazgos sistematizados de gran utilidad, tanto para valorar racionalmente el nivel al que ha llegado el uso de drogas, como para elaborar políticas y programas.

En tal sentido, este Informe se ubica en la misma dirección que los estudios nacionales sobre consumo de drogas en la población general y también en la escolar que merecieron la debida atención del país, en el marco de la aplicación de nuestra Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007-2011 y su componente de prevención.

Nuestro propósito fue realizar un estudio de costos asociado al impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú, que involucre tanto a la oferta como a la demanda, mediante la revisión de la información existente para el período 2005-2010.

El análisis no se dedica exclusivamente a las drogas consideradas ilegales de acuerdo a la legislación peruana. Siguiendo las orientaciones e indicadores internacionales establecidos desde el 2002 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), se ha abordado el consumo y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), de modo que se pueda apreciar el problema desde una perspectiva integral con énfasis en los costos que involucran para las persona, las familias y la sociedad.

En el Perú el abuso de SPA alude al consumo de la marihuana, las drogas cocaínicas y el exceso de uso de alcohol. Anteriores informes señalan que, en tal medida, el policonsumo es un problema serio del país. Luego, al sumar los usos individuales y relacionarlos con los efectos en el trabajo, la economía familiar y los costos públicos, se tendrá que el consumo de drogas es un grave problema social, desde la perspectiva del usuario, pero también es un dilema económico.

En cifras gruesas, el informe concluye que el costo del consumo de PSA en el Perú es de 444.7 millones de US\$ anuales, lo que corresponde a cerca de US\$ 16 dólares per cápita. La magnitud del problema representa un 0.2% del Producto Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245.7 millones de US\$ ó 8.7US\$ per cápita; a drogas ilegales 192.3 millones de US\$ o 6.8 US\$ per cápita; y al tabaco 7.0 millones de US\$ con 0.2US\$, per cápita.

Este estudio no es un punto de llegada. Como sucedió con otras investigaciones recientes, es inicio de una compleja toma de posición de la sociedad y del Estado en torno a los desafíos generales y al modelo de intervención en las tareas de la prevención.

Será imposible en el futuro, por ejemplo, la elaboración de planes regionales y locales de lucha contra las drogas, sin atender a las cifras deficitarias sobre atención en salud a los pacientes por consumo de SPA. Se tiene que el costo total calculado de atención en salud es de 50.3 millones de dólares, de los cuales el Estado asume solo el 11.3 de lo cual se infiere tanto la carga que para las familias significa el tratamiento como la grave falta de recursos públicos. Este déficit ha motivado que en los Planes de Impacto Rápido (PIR) de los años 2007, 2008 y 2010, se enfatice en actividades de prevención.

Lima, diciembre 2010

Rómulo Pizarro Tomasio
Presidente Ejecutivo de DEVIDA





INTRODUCCIÓN







INTRODUCCIÓN

El costo social del abuso en el consumo de drogas no solamente está vinculado a los costos de rehabilitación del adicto, sino que también está asociado a otros factores, como la violencia doméstica, a la delincuencia causada por el efecto y por la necesidad que siente el adicto de procurarse drogas. También es necesario tomar en cuenta que la adicción afecta al núcleo de la familia destruyéndola o debilitándolo. Por eso es importante saber los costos que tienen que asumir las familias o la sociedad como consecuencia del tratamiento de enfermedades causadas por el abuso de drogas. En el Perú no se han cuantificado los daños colaterales al interior de las familias y de la sociedad derivados del consumo de drogas.

El estudio “La carga enfermedad y lesiones en el Perú¹” encuentra que 50 diagnósticos son causa del 72% de los años de vida saludables perdidos (AVISA), la primera causa son los accidentes de tránsito, la segunda las neumonías y la tercera el abuso de alcohol. Si se agrupa por sub-categorías, el grupo con mayor carga de enfermedad son las enfermedades psiquiátricas (12% de los años de vida saludables perdidos - AVISA): abuso de alcohol y dependencia, depresión, esquizofrenia, adicción a drogas, ataques de pánico y problemas de estrés postraumático.

Adicionalmente, el Informe Anual sobre Drogas, 2007 (DEVIDA-OPD), indica que el consumo de drogas es uno de los grandes problemas críticos de seguridad ciudadana con tendencia creciente en el Perú, que a su vez se traduce en todo un fenómeno socio económico que debe ser controlado.

¹ Fuente: La carga de enfermedad y lesiones en el Perú – MINSAL - Marzo 2008. La información utilizada fue la proveniente de los sistemas de vigilancia epidemiológica, estadísticas de servicios de salud del Ministerio de Salud y de ESSALUD (Base de datos HIS y egresos hospitalarios), registros nacionales especializados como el Registro nacional de Cáncer, encuestas de prevalencia de enfermedades como la ENDES, encuesta de salud mental, encuesta de consumo de drogas, encuesta nutricional, encuesta de diabetes, hipertensión y sobre peso, registros nacionales de programas, estudios epidemiológicos publicados en revistas internacionales, en estudios nacionales locales y consulta a expertos. El estudio contiene los estimados de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) de 135 sub-categorías de causas de enfermedad y lesiones que agrupan a toda la patología que se produce en el país. Estos estimados fueron hechos a partir de datos nacionales de morbilidad y mortalidad del año 2004.

Por ello, el Perú respondiendo a la demanda internacional de conocer la magnitud del problema a nivel de los países con mayor consumo y producción, ha considerado indispensable desarrollar el presente estudio; el mismo que se orienta en base a los indicadores internacionales establecidos desde el 2002 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), justamente con la finalidad de conocer de manera más integral la problemática del consumo y abuso de PSA en país y de esta forma poder contar con un documento que ayude a la formulación de políticas públicas desde el Estado con la finalidad de desarrollar intervenciones adecuadamente orientadas.

JUSTIFICACIÓN

Existen muchos ejemplos para hacer evidente el peligro social que representan las drogas, y que permiten afirmar con absoluta certeza que, por un lado la sociedad está jugando un papel protagónico en la influencia sobre los adolescentes y jóvenes. En este sentido, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas – SPA- conlleva efectos adversos sobre la salud del consumidor y su desempeño social y las consecuencias socio económicas que ello conlleva. Las personas alrededor del consumidor abusivo también se ven afectadas: los miembros de su inmediato entorno familiar, los amigos, los vecinos, los colegas y compañeros del sitio de trabajo y, por extensión, la comunidad entera.

Es necesario considerar que el consumo de drogas es un grave problema social, desde la perspectiva del consumidor, pero también es un problema económico en cuanto a lo concerniente a la oferta y todo lo que esto involucra.

Se ha considerado la existencia de una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerable a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias psicoactivas. Características tales como: inconformismo social, baja motivación para

el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerante frente a situaciones de desadaptación social, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia, etc.). No existiendo una "personalidad" propia del drogodependiente, en general sí se afirma que individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata, que carecen de habilidades comporta mentales para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad, es decir, con un retraso en su desarrollo personal (sujetos con bajo nivel de autocontrol, baja autoestima, baja autoconfianza), son personas claramente identificables como de "alto riesgo". Personas con retraimiento social, con déficits en habilidades sociales - personas denominadas tímidas, con dificultad para el contacto social - pueden recurrir por ejemplo al alcohol u otras drogas para desinhibir su conducta en una reunión social, siendo el primer paso a una dependencia. Del mismo modo, personas muy influenciables son más vulnerables cuando las personas significativas que les rodean consumen alcohol u otras drogas, al actuar la imitación o elementos de integración en el grupo.

En la sociedad en su conjunto y en la economía nacional, los efectos adversos individuales resultantes del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas se acumulan tanto en el área humana como en las áreas sociales y económicas. En el Perú el consumo está asociado a la marihuana, la pasta básica y también muy vinculado al consumo de alcohol, el cual se consume cada vez a una edad más temprana. Esta adicción genera una cadena de micro comercialización, y con la reciente aparición del "delivery", del cual se han identificado 1033 puntos de venta y consumo de drogas cocainicas en Lima y Callao, según lo revela el informe del 2010 "El Problema de las Drogas en el Perú", realizado por CEDRO.

Cuando se consideran las consecuencias previsible del abuso de SPA, es fácil comprender que al sumar los efectos individuales y sobre el sistema de salud el monto resultante, independientemente del origen de cada una de ellas, son elevadas, por más que las magnitudes involucradas resultan muy difíciles de

estimar con precisión.

Por ello, es muy importante dentro de cualquier sistema económico controlar el problema social que el consumo abusivo de SPA representa, por lo cual resulta indispensable conocer sus características para poder determinar intervenciones y cursos de acción al respecto. En el marco de estas consideraciones, el presente estudio ha permitido recabar estadísticas para la estimación de los costos económicos y sociales que representa el consumo de drogas en la sociedad y su implicancia en los programas del Estado que se relacionan con las diferentes áreas involucradas.

Los estudios de costos pueden ofrecer pautas para medir la eficacia de políticas y programas encaminados a controlar el problema social del abuso de SPA y, en la medida en que se logren definir algunos estándares mínimos que permitan comparaciones internacionales, los resultados de los estudios pueden facilitar el contraste de la eficacia de las políticas nacionales de diversos países.

Por ejemplo, los estudios comparativos pueden aportar información útil acerca de si, en términos de la penalización de la producción y el consumo, resulta preferible una línea de acción más restrictiva en vez de otra más liberal; o si, en igualdad de otras condiciones, resulta menor el abuso en aquellos países donde una elevada proporción de los costos son asumidos por los particulares en contraposición a otros que destinan más fondos públicos al efecto.

En cualquier país, los estudios de costos del abuso de SPA pueden contribuir a la construcción de funciones de costo social que permitan determinar objetivos de política en la búsqueda de mejores condiciones de vida para la población en su conjunto. Tal es el origen y la justificación de los estudios de costos sociales, vale decir económicos, del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas. De este modo es posible conocer la prioridad que se debe dar al problema, identificar las áreas de intervención de mayor necesidad, conocer las brechas existentes en cuando a la disponibilidad de información y contar con elementos que ayuden al enfoque de políticas orientadas sobre la base de evidencias.



LOS ESTUDIOS DE COSTOS DE ENFERMEDAD Y SU IMPACTO ECONÓMICO

Los Estudios de Costos de Enfermedad corresponden a un tipo específico de estudios de impacto económico. Tienen el propósito de incrementar el grado de comprensión acerca de la naturaleza y el ámbito de una enfermedad determinada, así como de sus consecuencias previsibles para la sociedad en su conjunto.

En el caso particular de los estudios sobre el impacto económico del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, se trata en esencia de estimar los costos sociales en que cualquier sociedad incurre en un momento dado, por comparación con una situación hipotética en la que no existiera abuso.

Los costos sociales están principalmente representados en la suma de los recursos destinados a tratamientos especializados; atención general en salud; prevención, investigación y control policivo-judicial. A todo lo anterior deben sumarse las pérdidas en la producción como consecuencia de enfermedades o problemas judiciales y algún equivalente monetario de la calidad de vida sacrificada.

Al considerar las consecuencias previsibles del abuso de sustancias psicoactivas se puede comprender que las cuantías resultantes de los efectos individuales y sociales son elevadas. Por tal razón, es muy importante dentro de cualquier sistema económico, conocer las características del problema social que el consumo de sustancias psicoactivas representa, para poder determinar cursos de acción.

Actualmente no se cuenta en Perú con una información sobre costos económicos como consecuencia del consumo de alcohol y otras drogas. Existen estudios descriptivos respecto al efecto de estos consumos y su efecto en aspectos personales, familiares.

Los estudios de costos pueden ofrecer pautas para medir la eficacia de políticas y programas encaminados a controlar el problema social del abuso de SPA. En la medida en que se logren definir algunos estándares

mínimos que permitan comparaciones internacionales, los resultados de los estudios pueden facilitar el contraste de la eficacia de las políticas nacionales de diversos países. Así, por ejemplo, los estudios comparativos pueden aportar información útil acerca de si, en términos de la penalización de la producción y el consumo, resulta preferible una línea de acción más restrictiva en vez de otra más liberal; o si, en igualdad de otras condiciones, resulta menor el abuso en aquellos países donde una elevada proporción de los costos son asumidos por los particulares en contraposición a otros que destinan más fondos públicos al efecto.

ANTECEDENTES

Los estudios relacionados al consumo de drogas en el país y la región se vienen dando desde hace varias décadas, considerando que el consumo y comercialización de drogas constituye un importante factor que afecta el equilibrio socio económico de nuestros países. En este contexto, los estudios han buscado abordar la problemática desde la perspectiva de la demanda, pero también desde la oferta; ya que se establece un círculo vicioso entre ambos componentes que generan una dinámica de retroalimentación que favorece a que los niveles de cultivo aun se mantengan sobre los niveles deseables.

Con respecto a las drogas legales, de acuerdo con la "III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú- 2006", realizada por DEVIDA, el consumo de drogas legales representa el más alto índice de uso en la población. Siete de cada 10 peruanos entre 12 y 64 años admiten haber consumido estas drogas (bebidas alcohólicas y tabaco). La prevalencia anual de alcohol asciende a 63% y la de tabaco a 34.7%.

De ahí la importancia de reconocer como parte de las consecuencias sociales y económicas del consumo de SPA, aquellas que se clasifican en efectos primarios y secundarios:

Efectos primarios

como efectos primarios es posible identificar a

aquellos que se vinculan con problemas derivados de un comportamiento anormal inducido por el abuso: accidentes, riñas, daños materiales por acción u omisión, crimen, costos personales y para el sistema de salud; violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia y abandono, conflictos, etc., producto de las adicciones; problemas derivados de la menor productividad del consumidor y de sus compañeros de trabajo afectados por su comportamiento o por su ausencia - costos económicos y consecuencias en la salud, tanto del consumidor como para otras personas, costos médicos y para el sistema de salud.

Efectos secundarios:

aquellos relacionados a las diferentes consecuencias individuales, en relación a los cuales la comunidad tiene que destinar recursos adicionales (a lo que sería necesario en circunstancias de no-abuso) para cubrir necesidades en varios frentes como los siguientes, que implican un costo sobre el sistema de salud como los vinculados al tratamiento especializado para eliminar o reducir el abuso; prestación de servicios de atención en salud para el consumidor y para otras personas afectadas como resultado de accidentes o agresiones, o en razón de trastornos congénitos imputables al abuso de los progenitores, protección comunitaria mediante acciones tendientes a la prevención de accidentes o la limitación de daños y compensación de la pérdida de productividad.

Por otro lado, los resultados del estudio "Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria del Perú 2005", realizado DEVIDA (OPD) encontró que la prevalencia de vida frente a las drogas legales alcanza al 60.1% entre estudiantes de 13 a 17 años. Esto implica que más de la mitad de los estudiantes reporta haberlas consumido en algún momento de su vida. De este tipo de drogas, el alcohol presenta mayor prevalencia de vida (53.5%), mientras que el consumo de tabaco alcanza el 44.9%.

En relación a las drogas ilegales la información reciente nos indica que el 4,6% de la población entre 12 a 64 años ha utilizado drogas ilegales en algún momento de su vida. El número de consumidores en el último

año para todas las drogas asciende a 104,038, siendo la marihuana y la cocaína las más usadas.

En el caso de incidencia, se estima que cuatro de cada 100 peruanos (no consumidores) se ha iniciado en el consumo de marihuana en los últimos 12 meses (DEVIDA, 2007). La demanda de drogas ilegales se concentra principalmente en los adolescentes y jóvenes, el grupo de 12 a 18 años registra la más alta prevalencia de consumo de todas las sustancias ilícitas, seguido del grupo de 19 a 25 años.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) Perú es uno de los quince países de menor consumo de cigarrillos en el mundo. Asimismo, estudios realizados en julio y agosto de 2006 por CONECTA Asociados, por encargo de British American Tobacco Perú², revelan que el 15% de los adultos de las principales 15 ciudades del país son fumadores regulares, con un consumo promedio diario de 4.45 cigarrillos. En 1975 la tasa de consumo de cigarrillos en nuestro país era del 35%, en el 2002 logró reducirse al 26%³.

Con respecto a la producción de drogas, el tráfico ilícito de drogas se ha agudizado con el tiempo y los adelantos tecnológicos de cada época, transformándose en lo que hoy se denomina el delito global, marcado por la interconexión de poderosas organizaciones criminales y sus asociados en actividades conjuntas por todo el mundo, lo cual ha afectado profundamente a la economía, la política y la seguridad nacionales, y en definitiva a la sociedad en general. Uno de los ejes principales que contiene la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007 - 2011 es el "Programa de Interdicción", integrado y adecuado a un proceso que permite coordinar a nivel nacional las actividades

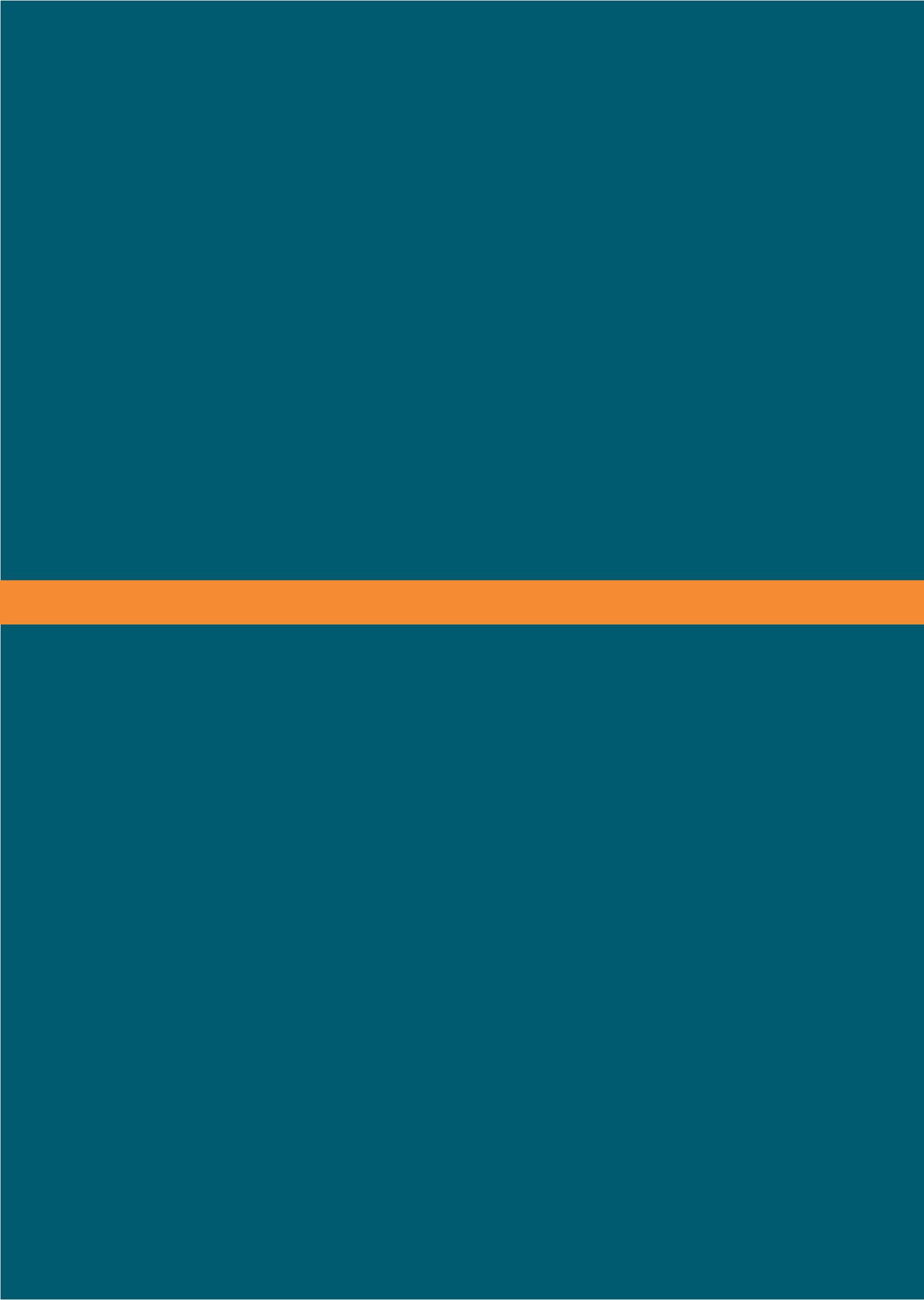
² Según British American Tobacco Perú - BAT Perú el mercado formal en el Perú alcanzó su punto alto en 1982, es decir, hace 25 años. Ese año se vendieron unos 180 millones de cajetillas de 20 unidades con un volumen de contrabando inferior al 10% del mercado total. A partir de entonces, y con altibajos atribuibles principalmente a las variaciones de la política fiscal, el mercado formal declinó hasta ubicarse en unos 105 millones de cajetillas a fines de 2004 (o aprox. 2,100 millones de cigarrillos). Es decir, el volumen formal del mercado peruano decreció 42% entre 1982 y 2004, a pesar que durante dicho período la población adulta creció más del 50%. Más aún, esta tendencia se acentúa en los últimos años. Por ejemplo, el consumo formal en 1998 fue de 155 millones de cajetillas lo que indica que la reducción en los 6 años entre 1998 y 2004 fue de de 32%, el 23.5% corresponde sólo al bienio 2003-2004. Los estudios de BAT definen como "fumador regular" a aquella persona adulta que consume 7 ó más cigarrillos a la semana, y como "fumador ocasional" a aquel que fuma menos de 7 cigarrillos a la semana, mientras que para la OMS la incidencia como el "consumo de tabaco en la última semana, mes o año." Fuente: <http://www.batperu.com>

³ Fuente: Diario El Comercio, 16 de julio de 2004, "OMS reconoce la lucha anti tabáquica en el Perú".



inmersas en este problema, proporcionando flexibilidad a más estrategias para establecer y desarrollar las prioritarias o más convenientes, determinando en cada uno los objetivos mas favorables según la evolución de la situación y métodos reales que aplican las organizaciones del tráfico ilícito de drogas.

Por eso, y teniendo todos estos precedentes, el presente estudio se inserta dentro del conjunto de acciones que desde el Estado Peruano se realizan por intermedio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA en el marco normativo del Convenio Específico del Programa y en función de lo establecido en el Manual de Procedimientos de Programas y Proyectos en Cogestión entre Bélgica y Perú.





OBJETIVO DEL ESTUDIO



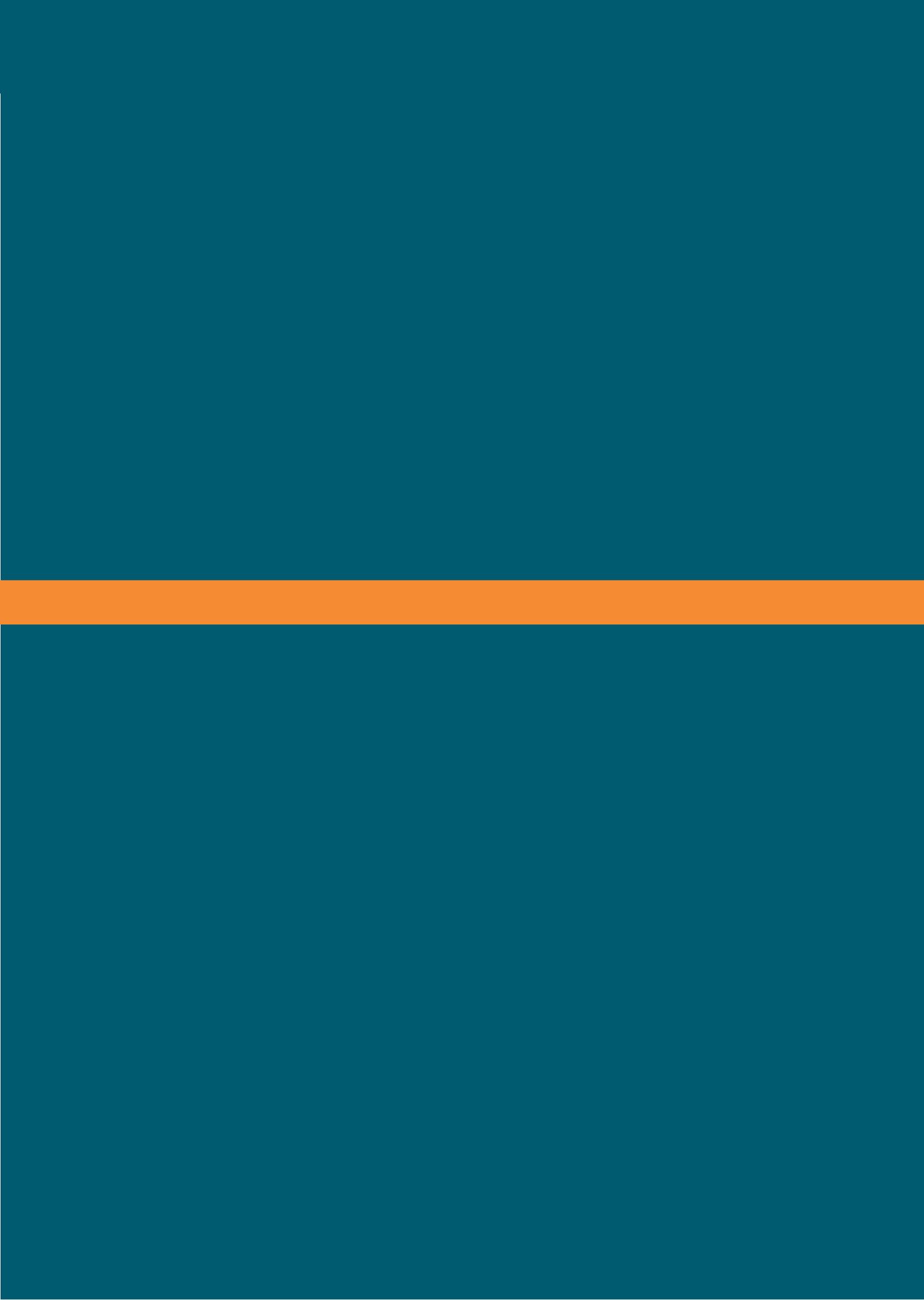
OBJETIVO DEL ESTUDIO

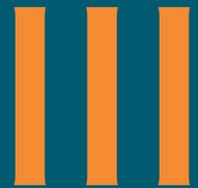
OBJETIVO GENERAL

Realizar un Estudio de Costos asociado al impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú que involucre tanto a la oferta como a la demanda, mediante la revisión de la información existente a disposición de fuentes primarias y secundarias, correspondiente al periodo del 2005 al 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la importancia de la problemática del consumo de SPA para que se incluya en la agenda gubernamental, ya que sin ninguna información concreta sobre su impacto social y económico, será difícil que se preste la atención del caso y se posterguen las acciones relacionadas.
- Identificar aquellas áreas en las que se están dirigiendo de manera prioritaria las intervenciones, de tal forma que sea posible proporcionar elementos para las decisiones oportunas y costo-efectivas.
- Identificar las brechas en el registro de información y sus respectivas estadísticas, así como la necesidad de estudios complementarios que ayuden a una mayor/mejor comprensión del problema social y a su vez que contribuyan con la instalación de políticas adecuadamente orientadas.
- Establecer las recomendaciones metodológicas apropiadas para contar con un flujo de información que permita el acceso a ésta, de manera oportuna para decisiones adecuadamente orientadas.





ASPECTOS METODOLÓGICOS



ASPECTOS METODOLÓGICOS

ESTIMACIONES E INDAGACIONES DE FUENTES SECUNDARIAS Y PRIMARIAS

Para el desarrollo de la búsqueda de información estadística, se ha tomado como referencia las Pautas Metodológicas para Estudios de Impacto Económico en el Consumo de Sustancias Psicoactivas que figuran en el “Manual de Investigación para el programa de la CICAD para estimar los Costos Sociales y Económicos de las drogas en las Américas” (Observatorio Interamericano sobre Drogas-OID/2006). Producto de la aplicación de la metodología que en este Manual se recomienda, ha sido posible determinar con mayor precisión la magnitud de los costos asociados a los diferentes componentes vinculados al consumo de SPA; información que a futuro podrá mejorarse en la medida en que se pueda contar con datos más precisos para los indicadores indirectos que sustentan gran parte del análisis de costos que se presentará posteriormente.

Es importante destacar que los costos sociales están asociados a la sumatoria de los diferentes recursos que se vinculan al tratamiento especializado de recuperación, rehabilitación y reinserción, servicios de salud (atenciones), prevención, investigación y demás acciones relacionadas con la disminución de la demanda y oferta de las SPA en el país. Estos gastos pueden ser del Estado o privados; los mismos que se incrementan al sumarle las pérdidas producto del ausentismo, defunciones o problemas judiciales y algún otro equivalente monetario en desmedro de la calidad de vida de la o las personas perjudicadas.

Para las estimaciones que el estudio requiere, ha sido necesario recurrir a datos epidemiológicos para ayudar a conocer las dimensiones de la problemática asociada al consumo de SPA, también se ha recabado información financiera asociadas al tratamiento y prevención, y finalmente ha sido necesario calcular los costos asociados a los daños sociales como consecuencia del abuso de las drogas. En el caso del

estudio realizado en el Perú, las mediciones se han centrado en el análisis de los estudios de prevalencia, lo que ha representado una mirada en retrospectiva de las variables a considerar.

A nivel conceptual se identifica que el consumo de SPA implica una serie de costos sociales que afectan a la sociedad, por ello es necesario:

- a) Conocer las consecuencias negativas del consumo de SPA
- b) Cuantificar y sustentar el grado de causalidad entre el abuso y consecuencias adversas
- c) Asignar costos a las consecuencias adversas

Bajo este enfoque la estimación de los costos sociales del consumo de SPA se centró en la estimación de costos de las consecuencias adversas relacionadas con el abuso en mención, debido a la imposibilidad práctica de conocer directamente las características de un fenómeno social como el uso y abuso de SPA, unida al beneficio general que indudablemente se deriva de contar siquiera con una aproximación a tales características; hace necesario recurrir al uso de indicadores como fuente de información indirecta para hacerse una idea de la magnitud del problema. Así, por ejemplo, a partir de las ventas reportadas en un período determinado por las principales fábricas de tabaco en un país y de los registros de comercio exterior junto con los resultados de una indagación en torno a los hábitos de consumo de la población de fumadores, se puede llegar a una representación de la realidad para tratar de inferir consecuencias económicas probables.

Para la estimación de los costos sociales las diferentes metodologías indican que las consecuencias del abuso son posibles de determinar a través de:

- Costos directos gubernamentales en cuando a la lucha por reducir la oferta y demanda de las drogas (mayoritariamente asociadas a la intervención policial y todo lo vinculado al área judicial)

- Costos directos públicos y privados relacionados con las atenciones de salud de quienes consumen drogas y las víctimas de dicho comportamiento.
- Costos directos públicos y privados asociados a las pérdidas como consecuencia de la destrucción de activos
- Costos indirectos públicos y privados que tienen que ver con el ausentismo y la consecuente pérdida en la productividad laboral (incluyendo las muertes).

Para la estimación de los costos mencionados, ha sido importante obtener información respecto a algunos indicadores⁴ que orientan el presente estudio, los que son establecidos desde el 2002 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) como agencia de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en el marco de la Cumbre de las Américas (Québec), con la finalidad de la creación de un mecanismo para medir el costo humano, social y económico del abuso de drogas. Dentro de esta organización, el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) es el área de la CICAD que tiene a su cargo las estadísticas, información e investigación de los países de las Américas con el objetivo de que sea posible el diseño de políticas que se traduzcan en programas para hacer frente a la problemática social, política y económica que representa la comercialización y el consumo de drogas en los países de la región.

En el caso específico del presente estudio se ha tomado como referencia los indicadores que desde la entidad mencionada han orientado las diferentes investigaciones realizadas en algunos de los 34 Estados miembros de la Organización de Estados Americanos, en función a los cuales se han estimado los costos asociados al consumo de drogas en cada uno de éstos países.

Estos indicadores son clasificados en aquellos de un nivel de menor complejidad y otros de mayor complejidad, debido a los procesos de análisis que se requieren para su cálculo.

⁴ Observatorio Interamericano sobre Drogas-OID, "Pautas Metodológicas para Estudios de Impacto Económico en el Consumo de Sustancias Psicoactivas", Washington DC, 2006.

AÑO DE ESTUDIO

Las fuentes analizadas corresponden a los periodos entre 2005 y 2009 para la mayoría de indicadores indirectos, en base a los cuales ha sido posible estimar los costos que se han mencionado en la sección anterior. Para la estimación del Indicador Gastos gubernamentales se revisó la información desde el año 2002 al 2010 inclusive.

ÁMBITO DEL ESTUDIO

El presente estudio ha representado la consulta con diversas entidades del Estado y algunas organizaciones privadas, las cuales han proporcionado información de carácter nacional en la mayoría de los casos, pero también información para Lima al concentrarse mucho del registro en esta ciudad. De manera específica, las fuentes consultadas han sido ubicadas en Lima, quienes consolidan datos de diversas regiones. La información obtenida a nivel nacional, no corresponde a todos los indicadores, más adelante cuando se presenten los anexos será posible identificar la cobertura de los datos obtenidos.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Las actividades realizadas se han distribuido en tres etapas: (a) Identificación de actores, instituciones y estudios relacionados al tema, (b) recopilación y sistematización de información y (c) determinación de costos económicos y sociales.

a) Identificación de actores, instituciones y estudios relacionados al tema

Como parte del proceso de identificación de actores, se indagó a través del Observatorio Peruano de Drogas, acerca de la documentación nacional actual disponible respecto a diversos temas relacionados al consumo de drogas y afines; asimismo se obtuvo referencias de algunos actores claves que ayudarían a acceder a la información de interés. Producto de esta primera aproximación al tema de estudio, se elaboró una Matriz de Actores Clave, en la que se determinó el actor a considerar por cada indicador:



Cuadro 1 - Matriz de Actores Clave - Indicadores de Menor Nivel de Complejidad

No.	INDICADORES	ENTIDAD
1.	Número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud – MINSA Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental Oficina General de Estadística e Informática Hospital Nacional Hermilio Valdizán Centro de Rehabilitación de Ñaña Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi ESSALUD - Seguro Social de Salud del Perú Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o dependencia de SPA (RIDET) – DEVIDA
2.	Número de muertes o lesiones graves asociadas a consumo.	<ul style="list-style-type: none"> Policía Nacional del Perú –PNP Ministerio Público - MP Instituto de Medicina Legal – IML
3.	Número de condenas y tiempo de condena por tráfico de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Nacional Penitenciario - INPE Ministerio público – MP
4.	Estudios de consumo en población general, en estudiantes o en trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> Fuentes diversas
5.	Gastos gubernamentales directos.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Economía (MEF) Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones del Estado (SEACE) Ministerio de salud – MINSA Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA
No.	INDICADORES	ENTIDAD
6.	Número de admisiones/egresos hospitalarios por consumo y tiempo de duración.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud – MINSA Hospital Nacional Hermilio Valdizán Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi ESSALUD (Seguro Social de Salud del Perú) Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o dependencia de SPA (RIDET) – DEVIDA
7.	Número de personas en tratamiento, tipo de tratamiento y duración del mismo.	<p>Para el primer nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud – MINSA Oficina General de Estadística e Informática <p>Para atenciones especializadas</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital Nacional Hermilio Valdizán Centro de Rehabilitación de Ñaña Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi ESSALUD (Seguro Social de Salud del Perú) <p>Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o dependencia de SPA (RIDET) – DEVIDA</p>
8.	Destrucción de activos físicos	<ul style="list-style-type: none"> Policía Nacional del Perú – PNP Superintendencia de Banca y Seguro – SBS
9.	Costos de muertes prematuras en términos de productividad	<p>estimación basada en información de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consejo de Transporte de Lima y Callao Instituto de medicina legal - IML

Cuadro 2 - Matriz de Actores Clave - Indicadores de Menor Nivel de Complejidad

No.	INDICADORES	ENTIDAD
1.	Arrestos por porte y consumo de SPA.	Policía Nacional del Perú, Dirección Anti Drogas.
2.	Presos por crímenes y delitos asociados con consumo.	Instituto Nacional Penitenciario – INPE
3.	Costos de ausentismo	Ministerio de Trabajo y Promoción Social – MTC
4.	Pérdida de productividad laboral.	Estimación en base a otros indicadores.
5.	Pérdida económica por morbilidad.	MINSA e instituciones de salud (Indicador 1 y 7)
6.	Impacto social por pérdida de bienes.	Ministerio de Transporte y Comunicaciones –MTC
7.	Costo de oportunidad por consumo de SPA.	Estimación en base a otros indicadores

b) Recopilación y sistematización de información

La recopilación se realizó mediante búsqueda de información estadística referida a costos y presupuestos, entrevistas, revisión de documentos, búsquedas bibliográficas, etc., respecto a las instituciones identificadas como claves para ciertos indicadores.

Esto permitió conocer quienes eran las personas responsables del consolidado de las estadísticas respecto de cada indicador y poder determinar los procesos para acceder a éstas. Es así que DEVIDA envió los debidos oficios para poder acceder de manera formal a dichas instituciones. El equipo consultor pudo de esta manera entrar en contacto y concertar entrevistas individuales, grupales y telefónicas, con las personas que posteriormente facilitaron la data de interés.

Cabe destacar que si bien las instituciones facilitaron la información, fue importante construir a partir de ella, esquemas de relacionamiento con información de fuentes confiables que dieron solidez a los resultados del estudio y validez en el caso de la información sobre gasto gubernamental por ejemplo. Es así que a partir de información sobre presupuestos institucionales, planes operativos, indicadores de gestión y resultados, estadísticas de atenciones y consultas recopiladas en el

MINSA, ESSALUD y Hospitales Nacionales, se construyó la información básica de sustento de costos de los indicadores.

Para la determinación de los gastos gubernamentales, fue esencial la información presupuestal desagregada del Sistema Integrado de Administración Financiera – SIAF, en la cual se registra la información financiera por instituciones, programas, por actividades y proyectos, y de acuerdo a la fase de ejecución presupuestal (presupuesto inicial, presupuesto modificado, compromiso, devengado y girado) y la información registrada en el Sistema electrónico de contrataciones del estado – SEACE, a partir de la cual se amplió aún más el panorama de instituciones que desarrollaran acciones para contrarrestar el consumo de SPA y que permitió visualizar la magnitud del trabajo en el tema de las diferentes instituciones a nivel del gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales.

Esto fue complementada por la indagación cualitativa que ayudó a conocer algunas variables adicionales relacionadas a cada indicador que permitió tener una percepción más integral del impacto social del uso de drogas en el país.

La información recopilada fue analizada y en algunos casos procesada para la debida estimación de acuerdo a las Pautas Metodológicas para Estudios de Impacto

Económico en el Consumo de sustancias Psicoactivas: Manual de Investigación para el Programa de la CICAD.

c) Determinación de costos económicos y sociales

Se realizó la determinación de los costos económicos y sociales de acuerdo a las pautas metodológicas del Manual antes mencionado. La recolección de datos se ha dado en varios momentos, mediante la solicitud de información de diferentes entidades públicas y privadas, así como la búsqueda de información por sobre presupuesto y gasto de instituciones. Luego de la recopilación de información se procesó la información a fin de determinar los datos adicionales requeridos para realizar la estimación del costo de cada uno de los indicadores solicitados.

Con la finalidad de organizar la información del indicador Gastos gubernamentales directos se desarrolló una Base de datos en la que se detalla a partir del año 2002 hasta el 2010 inclusive, todas las partidas de gastos por institución e estrategia de intervención resultado de la búsqueda de información en el Sistema integrado de administración financiera – SIAF y el Sistema electrónico de contrataciones del estado – SEACE. Posteriormente se incorporó la información de las variables que permitieron calcular los costos de los indicadores. Los cuadros referidos a costo provienen de esa Base de datos.



IV

RESULTADOS

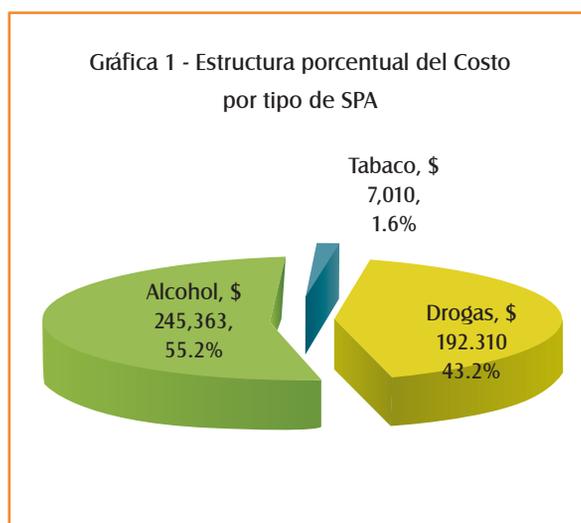


RESULTADOS

MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL PERÚ

El costo de la problemática de las drogas en el Perú fue estimado en 444.7 millones de US\$ anuales, lo que corresponde a cerca de US\$ 16 dólares per cápita. La magnitud del problema representa un 0.2% del Producto Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245.4 millones de US\$ o 8.7 US\$ per cápita, a drogas ilegales 192.3 millones de US\$ o 6.8 US\$ per cápita y al tabaco 7 millones de US\$ con 0.2US\$ per cápita.

Como se muestra en el siguiente gráfico se diferencia las drogas ilegales del alcohol y tabaco. El consumo de alcohol representa el 55.2% del costo nacional, lo que evidencia que esta droga legal es superior al resto de sustancias y hace referencia a mayores porcentajes de los diferentes componentes del gasto total. Mientras que el costo del consumo de drogas representa el 43.2% y el costo del consumo de tabaco representa el 1.6%. En este último caso sólo se ha considerado las atenciones realizadas en el primer nivel de atención (consultas), pero no se ha dimensionado los gastos en salud de las consecuencias a la largo plazo del tabaco (cáncer entre ellos)



Al hacer el análisis tomando como referencia la composición del problema, se puede percibir que la incidencia relativa de cada tipo de costo varía según la sustancia, pero para todas éstas el costo por consecuencias laborales (productividad) es el mayor, seguido por el gasto gubernamental directo, luego daños a propiedad y por último los costos de atención en salud.

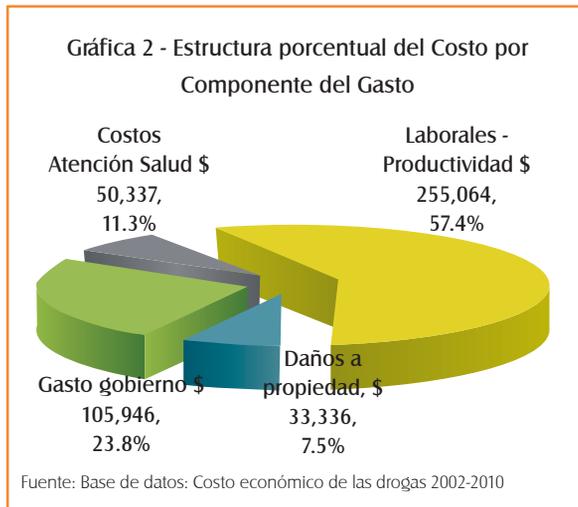
Como se observa en el cuadro anterior, el costo atribuible al consumo de drogas legales e ilegales está compuesto en un 57.4% por costos laborales o de productividad perdida, un 23.8% por costos gubernamentales directos, un 7,5% por costos de daños a la propiedad y un 11.3% por costos en atención en salud.

Cuadro 3 - Componente del Costo económico del consumo de SPA

Componentes del costo total	Total en Miles de US \$	Porcentaje
Costos Atención Salud	\$ 50,337	11.3%
Laborales-Productividad	\$ 255,064	57.4%
Daños a propiedad	\$ 33,336	7.5%
Gasto gobierno	\$ 105,946	23.8%
Total	\$ 444,683	100.0%

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

RESULTADOS



Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245.4 millones de US\$ o 8.7 US\$ per cápita, a drogas ilegales 192.3 millones de US\$ o 6.8 US\$ per cápita y al tabaco 7 millones de US\$ con 0.2US\$ per cápita.

Como se muestra en el siguiente gráfico se diferencia las drogas ilegales del alcohol y tabaco. El consumo de alcohol representa el 55.2% del costo nacional, lo que evidencia que esta droga legal es superior al resto de sustancias y hace referencia a mayores porcentajes de los diferentes componentes del gasto total. Mientras que el costo del consumo de drogas representa el 43.2% y el costo del consumo de tabaco representa el 1.6%. En este último caso sólo se ha considerado las atenciones realizados en el primer nivel de atención (consultas), pero no se ha dimensionado los gastos en salud de las consecuencias a la largo plazo del tabaco (cáncer entre ellos)

MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL PERÚ

El costo de la problemática de las drogas en el Perú fue estimado en 444.7 millones de US\$ anuales, lo que corresponde a cerca de US\$ 16 dólares per cápita. La magnitud del problema representa un 0.2% del Producto

Cuadro 4 – Costo de las consecuencias laborales

Consecuencias laborales (Productividad) – Por componentes						Total por componente
Ausentismo por enfermedad – Pacientes (1)		Número	Días tratamiento / estancia	Costo diario	Miles US \$	\$ 58,261
Consecuencias laborales (Productividad) – Por componentes						Total por componente
Pacientes hospital		2,719	89	\$ 12	\$ 2,974	
Pacientes tratamiento ambulatorio		11,492	360	\$ 12	\$ 51,077	
Pacientes tratamiento residencial		816	360	\$ 12	\$ 3,625	
Víctimas de violencia por causa de alcohol /drogas		7,894	6	\$ 12	\$ 585	
Ausentismo por enfermedad - No pacientes (2)	Parámetro	Personas	Días de ausencia laboral	Costo diario	Miles US \$	\$ 69,655
Abuso estimado menos Pacientes	8.1%	564,204	10	\$ 12	\$ 69,655	
Ausentismo por problemas judiciales (3)		Personas	Días de ausencia laboral	Costo diario	Miles US \$	\$ 44,131
Condenados por delitos asociados al tráfico		4,264	360	\$ 23	\$ 35,951	
Detenidos (arrestados o en fuga)		10,250	10	\$ 23	\$ 2,401	
Infracciones por conducir en estado de ebriedad		15,835	365	\$ 1	\$ 5,780	
Ausentismo definitivo – Muertes (4)	Edad de muerte	Personas	Años perdidos	Costo anual	Miles US \$	\$ 83,017
Hombres	39	549	31	\$ 4,506	\$ 76,691	
Mujeres	39	39	36	\$ 4,506	\$ 6,327	

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

(1) El número de pacientes hospitalizados y en tratamiento ambulatorio se cálculo con las estadísticas de los Hospitales Nacionales que tratan adicciones del MINSA, ESSALUD y la información estimada por organizaciones privadas. Así como la información sobre estancia hospitalaria y días de tratamiento en función a la información. La estimación sobre cantidad de víctimas de violencia por causa del alcohol y días de tratamiento se calculo con la información del Centro de emergencia mujer. Cabe precisar que la legislación establece que si la incapacidad resultado de la violencia es mayor a 10 días de incapacidad es delito.

(2) El número de personas con ausentismo que no son pacientes se estimo en función al estudio Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006 que indica que son 8.1% el porcentaje de consumidores del año de alcohol que muestran signos de dependencia. Se estimo sobre el número de varones de 19 a 45 años determinados por el Censo 2007.

(3) El costo diario ha sido calculado en función al Presupuesto anual del Instituto Nacional Penitenciario dividido entre el número total de personas privadas de la libertad – PPL durante un año. El costo de infracciones por conducir en estado de ebriedad se determino en función al costo de traslado al serles retirado por un año la licencia de conducir a los infractores.

(4) El ausentismo definitivo ha sido calculado en función a la información proporcionada por el Instituto de Medicina Legal sobre autopsias realizadas en las cuales se detecto dosaje etílico positivo.

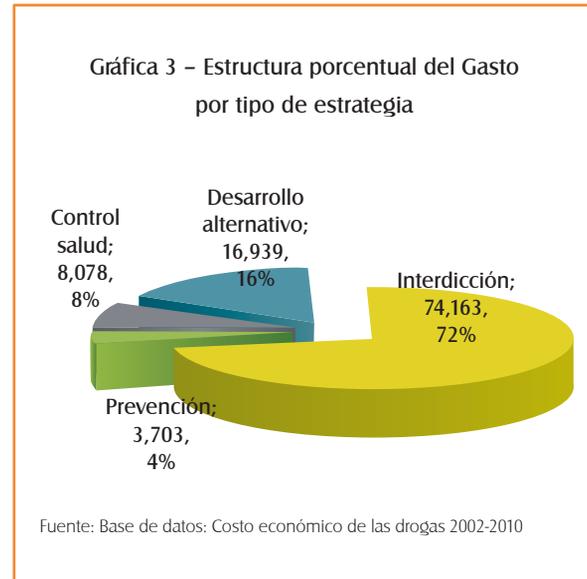
Al hacer el análisis tomando como referencia la composición del problema, se puede percibir que la incidencia relativa de cada tipo de costo varía según la sustancia, pero para todas éstas el costo por consecuencias laborales (productividad) es el mayor, seguido por el gasto gubernamental directo, luego daños a propiedad y por último los costos de atención en salud.

Cuadro 5 – Gastos gubernamentales directos

Gastos gubernamentales directos		Mil \$	%
		\$ 105,946	23.8%
Reducción de Oferta	\$ 94,165		
Reducción de Demanda	\$ 11,782		

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

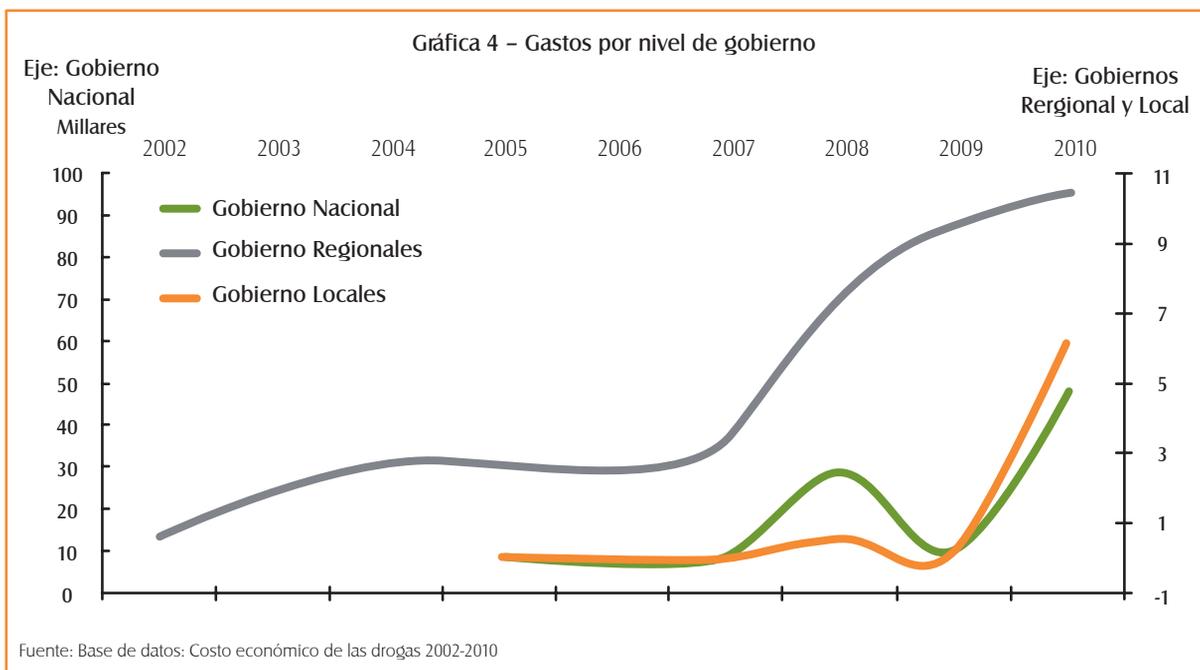
Como se observa en el cuadro anterior, el costo atribuible al consumo de drogas legales e ilegales está compuesto en un 57.4% por costos laborales o de productividad perdida, un 23.8% por costos gubernamentales directos, un 7,5% por costos de daños a la propiedad y un 11.3%



por costos en atención en salud.

El gráfico siguiente permite visualizar mejor esta distribución:

Haciendo un análisis más detallado de la magnitud y composición de las drogas legales e ilegales en el Perú, este 57.4% correspondiente a consecuencias laborales o



pérdida de productividad, hacen referencia a los costos indirectos que sufre una sociedad por la disminución en la fuerza trabajadora activa por un periodo determinado e incluso por pérdida total (asociado a la muerte), lo que repercute definitivamente en la economía y estabilidad de un país. Para estimar este costo se consideran cuatro tipos de costos indirectos:

- 58.3 millones de US\$ en costos de ausentismos por enfermedad de pacientes: pacientes hospitalizados \$ 2.9 millones, pacientes en tratamiento ambulatorio \$ 51.1 millones, pacientes en tratamiento residencial \$ 3.6 millones y víctimas de violencia por causa del alcohol 585 mil US\$.

- 44.1 millones de US\$ por costos de ausentismo por problemas judiciales (condenados por delitos asociados

Cuadro 6 - Gastos por nivel de gobierno - En miles de US dólares

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gobierno Nacional	30,794	30,140	37,022	70,893	87,736	94,823
Gobiernos Regionales	0	1	63	2,470	122	4,775
Gobiernos Locales	12	12	16	587	131	6,129
Otros						
• Empresa pública	281	512	8	159	59	18
• Seguridad social	151	157	169	186	186	202
Total general	31,238	30,822	37,279	74,295	88,235	105,946

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

Nota: La información del 2005 al 2009 corresponde a la Fase de compromiso y la información del 2010 al presupuesto institucional modificado - PIM.

a) Consecuencias laborales (Productividad)

Los cálculos arrojan un costo total de 255.1 millones de US\$ asociados a las consecuencias laborales (productividad), diferenciados en:

- 83.0 millones de US\$ en costos de ausentismo definitivo por muertes atribuibles al consumo de drogas (US\$ 76.6 hombres y US\$ 6.3 mujeres)
- 69.7 millones de US\$ en costos de ausentismo por enfermedad de no pacientes, pero trabajadores

al tráfico \$ 35.9, detenidos o en fuga- \$ 2.4 y \$ 5.8 en infracciones por conducir en estado de ebriedad).

b) Gastos gubernamentales directos

Por su parte, los gastos gubernamentales directos suman un total de 105.9 millones de US\$, siendo en reducción de oferta \$ 94.2 millones y \$ 11.8 millones en reducción de demanda, y representa el 23.8% del costo total, como se muestra en la tabla siguiente:

Cuadro 7 – Costo daños a la propiedad

Otras consecuencias (Daños a propiedad)					Mil \$	%
Tipo de accidentes (a)	Número	Meses	Costo Unitario	Miles US \$	\$ 33,336	7.5%
Accidentes con muerte	341	20	\$ 7,510	\$ 2,564		
Accidentes sin muerte	8,195	10	\$ 3,755	\$ 30,772		

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

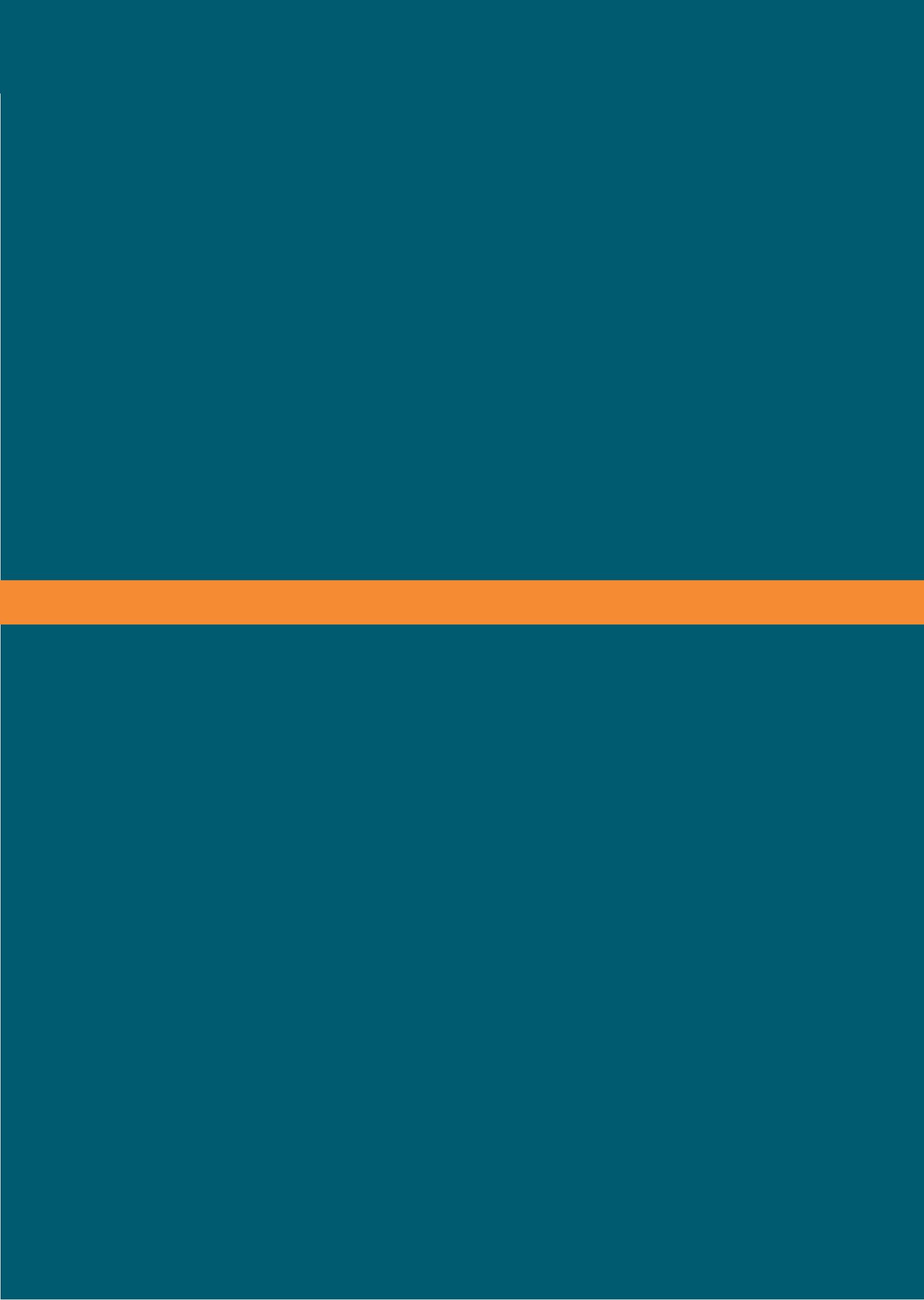
(a) El número de accidentes se ha determinado con las estadísticas de la Policía Nacional del Perú y la información de la Secretaría Técnica del Consejo de Transporte de Lima y Callao que ha realizado una serie de estudios con la finalidad de disminuir la cantidad de accidentes de tránsito.

Cuadro 8 – Costos en atención a la salud

Costos de Atención en Salud						Mil \$	%
						50,337	11.3%
Entidades Públicas (MINSA/ESSALUD)	Parametro	Número	Días	Costo diario	Miles US \$		
Admisiones hospitalarias		2,719	89	\$ 25	\$ 6,022		
Tratamientos ambulatorios		11,492	360	\$ 5	\$ 20,686		
Tratamientos residenciales		816	360	\$ 17	\$ 4,907		
Victimas de violencia por causa de alcohol /drogas		7,894	6	\$ 15	\$ 710		
Por accidentes de tránsito asumida por SOAT (a)	10%	30,111			\$ 3,011		
Por accidentes de tránsito en rehabilitación (b)	10%	150,000			\$ 15,000		

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010. (a)SBS - SOAT (b) Instituto Nacional de Rehabilitación





V

INDICADORES





INDICADORES

INDICADORES DE MENOR COMPLEJIDAD

A) NÚMERO DE SOLICITUDES DE TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS

Para realizar un análisis de los resultados de este indicador es conveniente conocer el contexto actual del sector público en salud y desarrollar el marco normativo y organizativo del sector temas que serán examinados, los cuales servirán también para explicar los resultados de los indicadores referidos a salud.

Contexto actual

El Perú actualmente se encuentra implementando la Ley de aseguramiento universal⁵. Este es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

El PEAS sólo incluye entre las condiciones correspondientes a Salud Mental, el alcoholismo (F.10.9 Trastorno mental del comportamiento debido al uso de alcohol). El manejo clínico específico es el incluido en la guía de manejo clínico aprobado por la Resolución Ministerial 648-2006/MINSA.

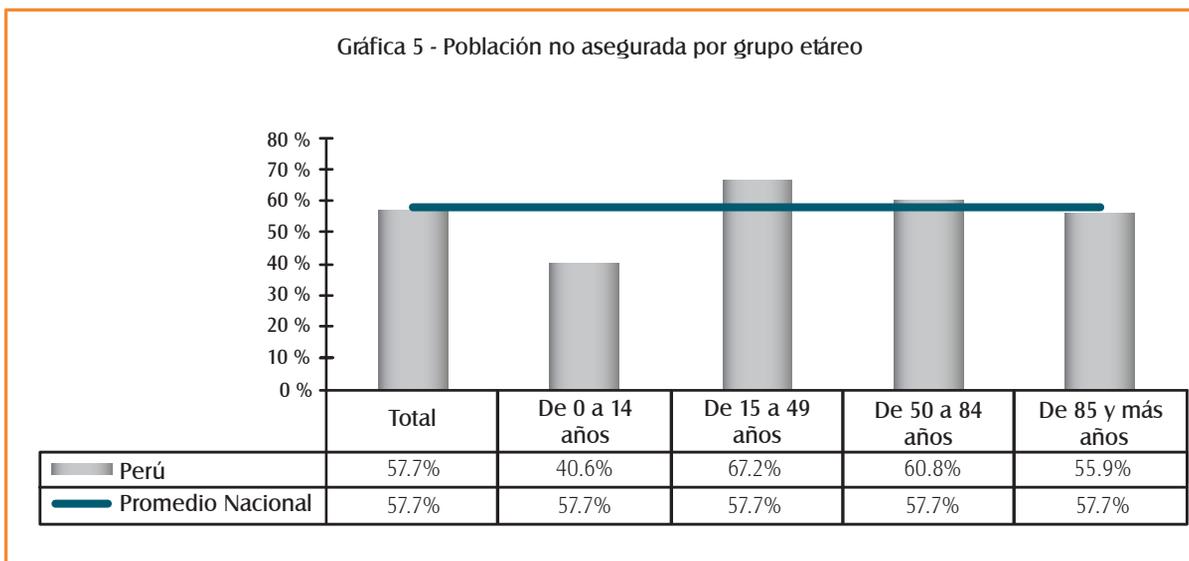
En tanto se produzca la implementación sigue vigente el Listado priorizado de intervenciones sanitarias –LPIS del Seguro integral de salud – SIS⁶. Los asegurados del componente subsidiado y semicontributivo del SIS son beneficiarios del conjunto de prestaciones establecidas en el LPIS, entre las cuales no se encuentra explicitado el tratamiento de trastornos mentales (entre los que se encuentra las adicciones) lo cuales podrían ser financiados según las características del caso y de forma excepcional.

Por lo cual el tratamiento de adicciones se financia básicamente con gasto de bolsillo de los usuarios, a excepción de los afiliados a ESSALUD, Seguro social de salud.

Cabe precisar que de acuerdo a los resultados del Censo Nacional 2007, XI de Población y VI de Vivienda realizado en nuestro país el 57.7% de la población no cuenta con ningún seguro de salud. El grupo etáreo de 15 a 49 años, es la que más carece de seguro: 67.2% de ellos no cuentan con ningún tipo de seguro.

⁵Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" - LMAUS promulgado el 08 de abril del 2009.

⁶El Seguro integral de salud – SIS es una instancia de verificación y valorización de la producción de los establecimientos de salud para las atención de los asegurados subsidiados y semi-contributivos afiliados al SIS, la programación de los pagos y la gestión de la transferencia de fondos. Se creó el año 2011 mediante la fusión de dos programas de subsidio a la demanda existentes en ese momento, el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, con la finalidad de proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a las poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.



Marco normativo

El manejo clínico de las adicciones se encuentra en la Guía de Práctica Clínica en Trastornos mentales del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas (aprobada por Resolución Ministerial 648-2006/MINSA).

La Guía ofrece diversos conceptos claves para lograr una intervención oportuna, en cada nivel de complejidad y capacidad resolutoria, criterios de referencia y contrareferencia, así como procedimientos orientados a espacios donde no se cuenta con profesionales especializados.

Entre los criterios de referencia, que demandaría una hospitalización se encuentran: pacientes que se complican dentro del proceso terapéutico, pacientes con múltiples recaídas dentro del proceso terapéutico, pacientes con comorbilidad psiquiátrica, pacientes con morbilidad médica no manejable a nivel del centro (por ejemplo cirrosis hepática) y pacientes con cuadros adictivos detectados.

Con respecto a las etapas de intervención se refiere a la desintoxicación, deshabitación y el manejo de síndrome de abstinencia, sobre la duración de esta intervenciones sólo refiere que la duración es variable según el tipo de droga y modalidad de consumo. Sobre la etapa de estabilización y rehabilitación emocional, comporta mental y cognitiva se considera 6 meses aproximadamente.

Organización e infraestructura

La red de establecimientos públicos de salud está organizada por niveles de atención. En el primer nivel se encuentran los puestos y centros de salud, que forman microrredes las cuales enfatizan su accionar en la promoción de la salud y en prevención de enfermedades. Se vinculan a los hospitales de apoyo y generales que sirven de centros de referencia, constituyendo el segundo nivel. El tercer nivel de atención en salud mental está integrado por los hospitales especializados Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán, ambos localizados en Lima. Los hospitales especializados brindan atención por consultorios externos, emergencia, hospitalización y rehabilitación. En el tercer nivel II se encuentra el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, cuya misión es la investigación de los problemas prevalentes de salud mental, así como la atención y elaboración de propuestas técnicas para afrontar los casos de mayor complejidad⁷. La organización de ESSALUD, es similar, la atención primaria es la puerta de entrada al sistema, a partir de allí se refiere hacia hospitales de baja o mediana complejidad para recibir atención especializadas. La atención primaria es realizada por las postas, centros médicos y policlínicos.

⁷ Informe defensorial 140 – Salud mental y Derechos Humanos – Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables.



La infraestructura disponible para la atención es distinta según los sistemas de atención de salud. El MINSA tiene la mayor infraestructura con 7333 establecimientos de salud registrados a nivel nacional, de los cuales 80% son puestos de salud, 18% centros de salud y un 2% corresponden a Hospitales e Institutos. ESSALUD por otro lado al 2008 registraba 325 establecimientos propios (no se consideran UBAPS y consultorios PADOMI) de los cuales 54% eran Postas Medicas, centros de salud (Policlínicos y Centros) un 22% y Hospitales e Institutos un 24%.

El sistema privado formal registraba al 2008 unos 482 establecimientos, con mayor concentración en grandes ciudades, siendo inexistente en departamentos pobres como Huancavelica Evidenciando enfoques distintos en base a su infraestructura, predominando en el MINSA la atención primaria con una presencia significativa en áreas rurales, donde no llega EsSalud, sistema privado o Sanidades.

Análisis

En este indicador se presentará la información de acuerdo a lo encontrado en las instituciones públicas y privadas. El Ministerio de Salud es la entidad encargada de mantener el registro de centros y programas de tratamiento de la farmacodependencia y a su vez, está a cargo de su acreditación conforme a la Resolución Ministerial N° 407-97-SA.

Instituciones públicas

La oferta de servicios para tratamiento por parte de las instituciones públicas está compuesta por los siguientes:

- Usuarios no cobaturados por la seguridad social: en Lima capital del país, Hospitales del Ministerio de Salud – MINSA, se encuentran el Hospital Nacional Hermilio Valdizán, el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y en la red de establecimientos del MINSA. En provincias se proporciona atención en los Hospitales y centros de salud que dependen de los Gobiernos Regionales.
- Usuarios cobaturados por la seguridad social: el ESSALUD (Seguro Social de Salud del Perú) para

las personas que cuentan con seguro regular (que cobertura aproximadamente el 20% de la población)⁸.

Según las fuentes identificadas, el sector salud a través del Ministerio de Salud y ESSALUD, serían las entidades que a nivel nacional concentran buena parte de las atenciones en temas de salud. Asimismo el Observatorio Peruano de Drogas, dependencia de DEVIDA, en un esfuerzo por facilitar el acceso a la información, cuenta con una Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso y/o Dependencia de SPA – RIDET; portal de Internet que reúne información de manera periódica respecto a las demandas de tratamiento y las características de las mismas. Sin embargo nuestra indagación ha identificado que esta red se encuentra en proceso de implementación y validación, lo que significa que la cobertura es aun limitada (no siendo nacional), los datos requieren de actualización y no se cuenta con información procedente del sector privado de salud; en consecuencia las estadísticas que ahí se consolidan no reflejan la realidad del país y deben ser tomadas de manera referencial.

A través de las indagaciones realizadas se ha podido determinar que para los usuarios de las instituciones públicas no cobaturadas por la seguridad social (usuarios del MINSA) entre el 50 a 70% de las que personas que han sido atendidas, no continúan con el tratamiento (Fuente Hospital Valdizán), mientras que en ESSALUD, aproximadamente entre el 20% al 25% de las personas transferidas desde el primer nivel de atención (policlínicos) hacia los Hospitales especializadas con unidad de fármaco dependencia, no concurren al servicio⁹.

Una de las rutas de tratamiento se inicia mediante la atención por el área de Emergencias (urgencias) donde se realiza la desintoxicación, luego el paciente es referido para hospitalización (Hospitales o clínicas) para luego ser referido para consulta externa. La otra ruta se inicia en consulta externa, para luego ser referido a los Hospitales o centros de atención ambulatoria de día¹⁰.

⁸ Parte del sistema lo constituyen las Entidades Prestadoras de Salud – EPS, que cobertura el 2% de los asegurados de ESSALUD, sin embargo no brindan atención especializada en adicciones por no encontrarse en la capa simple.

⁹ El flujo de atención es el siguiente: los pacientes son atendidos desde el policlínico, desde donde se realiza la transferencia al servicio de fármaco-dependencia mediante una cita que en ningún caso es menor a un mes.

¹⁰ Entrevistas con funcionarios de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.

Para los usuarios de ESSALUD, el tratamiento básicamente se proporciona a través del Hospital de día del Servicio de farmacodependencia. Se inicia con la evaluación médica a partir de la cual se define el tratamiento en el hospital de día o se realiza la referencia a consulta externa servicio de farmacodependencia o policlínico de referencia.

Instituciones privadas

La oferta de servicios de tratamiento en instituciones privadas está compuesta por:

- Comunidades terapéuticas
- Clínicas privadas

Con respecto a las Instituciones privadas, no se cuenta con estadísticas de registros de solicitudes de tratamiento sin embargo se estima que el porcentaje debe encontrarse en el rango de ESSALUD, habida cuenta que el costo del tratamientos son asumidos por pago directos de los usuarios, toda vez que estas condiciones médicas no se encuentra incluidos en los planes de aseguramiento de los seguros privados.

Un tema importante y particular de la realidad del país, es la existencia de "Comunidades Terapéuticas y de Rehabilitación", entidades particulares, muchas de ellas no formalizadas al no existir un reglamento desde el ente rector en salud que las habilite y monitoree como tales.

En este aspecto, Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital Hermilio Valdizán del Ministerio de Salud es considerado actualmente como entidad de acreditación para el funcionamiento de comunidades terapéuticas¹¹. También se cuenta con una Red Nacional de Centros Terapéuticos del Perú, desde el 1993 constituida legalmente en el año 2003, Instancia de Coordinación Institucional que capacita y asesora a Centros Terapéuticos y/o Instituciones en el ámbito nacional.

Se estima que solo en Lima habría entre 200 y 300 de estos centros, pero menos de 30 están registrados ante el MINSA, mientras que en provincias hay 80 formales¹². No se conoce con exactitud las coberturas en la atención

por el consumo de drogas diversas ni mucho menos los tratamientos que ahí se ofrecen, aparentemente se cuenta con internamiento y tratamiento ambulatorio.

Según estudios que DEVIDA viene realizando sobre las Comunidades Terapéuticas, con la finalidad de conocer mejor esta realidad, se ha encontrado que en todo el país existen estos centros de diferente magnitud, muchos de ellos atendidos por personal que se supone son rehabilitados. De acuerdo a la norma¹³ exige que el director técnico sea un profesional de la salud con experiencia en tratamiento de adicciones, sin embargo en todo el país existen unos 580 psiquiatras, de los cuales poco más de 300 son parte del MINSA, de los cuales especialistas en adicciones no superan los 20, por ello no se puede exigir que cada comunidad terapéutica sea dirigida o cuente con un psiquiatra especialista; bastaría con que tenga un médico general¹⁴.

Por medio de entrevistas telefónicas con algunas clínicas privadas, entre ellas, la Clínica San Borja, Clínica San Pablo S.A.C y Clínica Anglo Americana, ubicadas en Lima, se determinó que los casos de consumo de drogas son atendidos a través de las áreas de psiquiatría, no contando con departamentos específicos para adicciones, en consecuencia no se ha accedido estadísticas de este sector.

Registros de información y estadísticas

El Ministerio de Salud ha proporcionado estadísticas desde el 2005 al 2009 sobre Número de personas atendidas por diagnósticos vinculados a Consumo de Drogas por Etapas de Vida, para cada una de las regiones, las cuales nos han servido para el Indicador "Número de personas en tratamiento, tipo de tratamiento y duración del mismo". Esta información es registrada en cada servicio de salud a nivel nacional en el formato de Registro Diario de Atención y otras Actividades-HIS

¹¹ Fuente: página web del Hospital Hermilio Valdizán.

¹² Fuente: Diario Peru21 versión digital del 11 de octubre del 2009

¹³ Normas complementarias para la autorización, funcionamiento y supervisión de Centros de Atención a Dependientes de Sustancias Psicoactivas - Resolución Ministerial N° 407-97-SA/DM

¹⁴ Declaraciones del doctor Rafael Navarro Cuevas, director del hospital Hermilio Valdizán, y fundador del primer programa de comunidad terapéutica profesional en el Centro de Rehabilitación de Ñaña. Fuente: Diario Peru21 versión digital del 11 de octubre del 2009.



y consolidada en cada dirección regional de salud; información que posteriormente consolida la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud para el nivel nacional. Cabe precisar que esta información no incluye la información de los Hospitales nacionales antes señalados (Valdizán, Noguchi y Larco Herrera).

Con respecto a las estadísticas de tratamiento de los Hospitales Nacionales del MINSA cabe precisar lo siguiente:

- Para el Hospital Herminio Valdizán en la Unidad de Fármaco Dependencia se cuenta con estadísticas entre el 2007 y 2009 diferenciada por sexo y tipo de atención, tanto para consulta externa como para hospitalización. Se ha identifica que más del 80% de población beneficiaria atendida son varones y las cantidades se han ido incrementando a través de los años. Es de destacar que el nivel de hospitalización es mucho menor a las atenciones por consulta externa. Según la indagación cualitativa, el nivel de continuidad con el tratamiento ambulatorio es de un 50%, lo que significa que las personas no regresan a las citas programas por consulta externa. La capacidad diaria es de 20 consultas externas como máximo.

- Dependiente de este Hospital funciona la Comunidad Terapéutica de Ñaña, destinada al tratamiento de adicciones bajo una modalidad de acompañamiento terapéutico. Funciona desde el 1978 y en 1982 se constituye como un lugar de rehabilitación basado en el modelo de comunidad terapéutica bajo un enfoque Cognitivo – Conductual. Este lugar tiene una capacidad instalada para atender con internamiento a 60 varones, actualmente tiene una ocupación de 45 personas. Si bien recibe financiamiento del Estado por depender del Hospital Valdizán, las personas que ahí acuden pagan una cuota de ingreso de 65 soles y un máximo de 20 soles por día para cubrir parte del pago de su tratamiento y estancia. Esta comunidad terapéutica trabaja bajo dos modalidades, tratamiento ambulatorio y residencial. En cuanto a las medicinas, éstas son proporcionadas por cada paciente en función a lo que indica el psiquiatra y de acuerdo a las posibilidades económicas y diagnóstico de cada uno, los costos oscilan entre 200 a 500 soles mensuales aproximadamente.

- En el Hospital Víctor Larco Herrera existe un Servicio para Adicciones, a través de la página web se ha accedido

a las estadísticas, las mismas que solo diferencian atenciones por consulta externa y hospitalización sin distinción por sexo, aunque presenta información valiosa sobre duración del tratamiento y exoneración de pago. Igualmente que en el caso anterior, el margen de diferencia entre consulta externa y hospitalización es elevado.

- En el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi también las estadísticas son generales sin distinción por sexo o tipo de adicción, la diferencia es por consulta externa y hospitalización; también las coberturas de hospitalización son menores en relación a quienes demandan servicios por consulta externa. Es importante mencionar que no se cuentan con datos para el 2009.

- En ESSALUD el registro de atención se realiza por parte de los servicios asistenciales en el “parte diario de atención” en el cual se registra el código CIE 10. Esta información se consolida en el Sistema de gestión hospitalaria, para determinar el volumen de atenciones y partir de los cuales se emiten reportes sobre número de casos de los problemas sanitarios por especialidad. Sin embargo si el paciente es ingresado por el área de emergencia donde se produce la desintoxicación, no en uno de los dos servicios del área de salud mental, los responsables del servicio de farmacodependencia no tienen la posibilidad de ofrecer los servicios de hospital de día. El servicio de farmacodependencia de ESSALUD no se encuentra muy difundido por lo cual, estiman que sólo requieren tratamiento entre el 5 y 10% de los que lo necesitan¹⁵.

Por otro lado, encontramos datos procesados por el RIDET en base a la Ficha de Notificación Individual, la misma que proporciona información respecto a la demanda de tratamiento y responde de manera específica al Indicador No. 1, pero como mencionamos estas estadísticas son parciales y referenciales.

Según lo recopilado por el RIDET, en el país son cinco las modalidades de solicitar un tratamiento respecto al consumo de drogas, tanto a nivel público como privado: Hospitales con Servicio de Farmacodependencia,

¹⁵ Entrevista en el servicio de farmacodependencia del Hospital Rebagliati de ESSALUD.

Centro de Atención Ambulatoria y de Día (CADES), Comunidades Terapéuticas, Centro de Tratamiento en Penales y Centro Especializado de Tratamiento.

A continuación se muestra un cuadro consolidado de los últimos 5 años referido a la estructura de demanda de tratamiento, procedente no solo de instituciones como el Ministerio de Salud, sino también de otros sectores que hasta el momento vienen colaborando con proporcionar sus estadísticas al Observatorio peruano de drogas – OPD y corresponde a 41 entidades que informan actualmente.

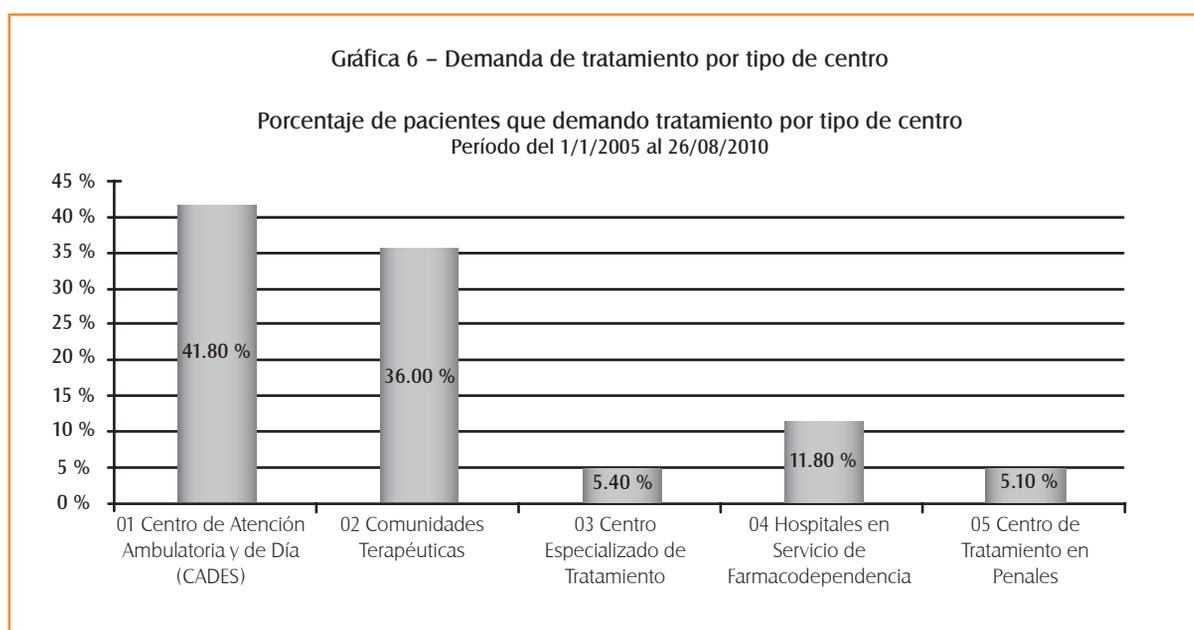
Si bien en la gráfica se observa que aproximadamente el 36% de los pacientes que demandó tratamiento lo realizan en comunidades terapéuticas, de acuerdo a los datos conseguidos sobre capacidad de atención de las principales comunidades terapéuticas que se encuentran en Lima, se estima que entre 60% del total de la oferta para tratamiento estaría a cargo de estas Comunidades terapéuticas¹⁶.

Se puede observar que la demanda de tratamiento se concentra principalmente en las Centros de atención ambulatoria y de día – CADES, que corresponden básicamente a instituciones públicas¹⁷.

Resultados

En base a lo recopilado, encontramos que la información disponible no permite hacer un cálculo de este indicador en base a la información de la red de establecimientos del MINSALUD. En cuanto a los registros de ESSALUD no permiten consolidar la información sobre la totalidad de demanda de tratamiento. Sin embargo la información de la forma como es registrada y procesada en el Ministerio de Salud permite examinar prevalencias en relación de los diferentes diagnósticos codificados por el CIE-10¹⁸ (ver Anexo 3.2).

Razón por la cual, se presenta los resultados de la III Encuesta nacional sobre prevención y consumo



¹⁶ La oferta disponible se ha estimado en función al número de camas disponibles. La información actualiza los resultados de “El problema de las drogas en el Perú 2003” –CEDRO, con los resultados de las indagaciones del presente estudio, en el cual se identificó la capacidad de ESSALUD y el Instituto Nacional Noguchi, no considerada en el documento mencionado.

¹⁷ En una muestra de 526 pacientes que demandaron tratamientos por abuso dependencia a SPA durante el 2005 en 11 centros (5 comunidades terapéuticas, 4 centros de atención ambulatoria y de día y 2 centros de tratamiento en instituciones penitenciarias), se informó que:

- El tipo de tratamiento recomendado que predomina es el Residencial, 44.3%, a 36.3% se le recomendó tratamiento semi-residencial, y a 19.4% se le recomendó un tratamiento ambulatorio. La recomendación de tratamiento ambulatorio es predominante en las mujeres, mientras que en los hombres es el de tipo residencial.
- El 52.3% de la demanda de tratamiento acudió a los Centros de Atención Ambulatoria y de Día (CADES). En estas instituciones a 62.5% se le recomendó un tratamiento semi-residencial, a casi una tercera parte de ellos ambulatorio y residencial a 2.5% de ellos.
- A casi todos los pacientes que acudieron a las comunidades terapéuticas se les recomendó el tratamiento residencial 91.4% y 2.1%.
- La mayor parte de los pacientes tienen diagnóstico de dependencia según criterios de CIE10 (86.5% dependencia vs. 13.5% abuso)

¹⁸ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud de la Organización Mundial de la Salud.

de drogas 2006 – DEVIDA¹⁹ a partir de la cual se ha elaborado la estimación de la demanda de tratamiento en el sistema de salud por SPA. En el cuadro se da cuenta de los resultados del análisis de la demanda de tratamiento por problemas de consumo de drogas.

- El 12.1% de la población, esto es alrededor de 1'301,143 personas, demanda algún tipo de tratamiento y orientación especializada en el sistema de salud por consumo de alcohol.
- 909,380 personas (8.5% de la población) demandan algún tipo de tratamiento en el sistema de salud por problemas de consumo de tabaco.
- El 0.8% de la población, esto es cerca de 85,000 personas, requiere acceder a algún tipo de tratamiento especializado en el sistema de salud debido al uso de alguna droga ilícita.

B) NÚMERO DE MUERTES O LESIONES GRAVES ASOCIADAS A CONSUMO

Según informes de la Policía Nacional del Perú, en el país cada 24 horas mueren 10 personas por accidentes de tránsito, los cuales desde hace muchos años en el país, constituyen un problema de salud pública, solo en la última década han fallecido 32,107 personas y 342,766 han resultado lesionadas convirtiéndose en una verdadera epidemia. Estudios del Ministerio de Salud indican que los daños producidos por esta causa podrían ascender a mil millones de dólares año, mientras que el costo anual de rehabilitación resultado de accidentes representa el 0.12% del PBI.

Según el Instituto Nacional de Rehabilitación el 79.4%

Cuadro 9 - Demanda real y potencial de tratamiento por problemas de consumo de drogas

Demanda	%	N Expandido
Alcohol		
Demanda real	12.1	1'301,143
- Explícita	-3.3	-351,380
- Implícita	-8.8	-949,765
Demanda potencial	50.3	5'410,942
No consumidores y ex consumidores	37.6	4'042,565
Tabaco		
Demanda real	8.5	909,380
- Explícita	-2.8	-293,224
- Implícita	-5.7	-616,156
Demanda potencial	26	2'798,016
No consumidores y ex consumidores	65.5	7'047,254
Drogas Ilegales		
Demanda real	0.8	83,413
- Explícita	-0.5	-50,278
- Implícita	-0.3	-33,135
Demanda potencial	0.2	20,625
No consumidores y ex consumidores	99	10'650,612

La mayor parte de los pacientes tienen diagnóstico de dependencia según criterios de CIE10 (86.5% dependencia vs. 13.5% abuso)

¹⁹ La investigación se llevo a cabo a través de una encuesta de hogares. La muestra fue probabilística, cuatriétipica, estratificada a nivel de conglomerados, teniendo como unidad última de selección a las personas dentro del rango de edad estudiado (12 a 64 años) residentes habituales en los últimos 30 días en los hogares que fueron seleccionados. Se entrevistó a 11,825 personas. En el análisis de la demanda se distingue entre demanda real y demanda potencial. La primera incluye tanto a los usuarios de drogas que hacen explícito su interés en acceder a algún programa de tratamiento como a los que no muestran interés (demanda implícita). La demanda potencial está conformada por los usuarios de drogas que señalan que no necesitan tratamiento por que consideran que no tienen un consumo problemático.

de las víctimas de accidentes de tránsito padece limitaciones motrices, 32.1% psicomotrices, 24% auditivas, 16.5% al intelecto y el resto, problemas en la conducta y el habla. La atención sanitaria de estas víctimas, la mayoría de 15 y 39 años, cuesta alrededor de 150 millones de US \$ anuales (0.17% del PBI)²⁰.

En adición, el estudio "La carga de enfermedad y lesiones en el Perú" encuentra que es la primera causa de carga enfermedad en el Perú. Entre las primeras causas de carga de enfermedad, la primera causa son los accidentes de tránsito, la segunda las neumonías y la tercera el abuso de alcohol. En el siguiente cuadro se muestran los años de vida saludable perdidos por accidentes de tránsito, abuso de alcohol y adicción a las drogas.

Para el cálculo del indicador se utilizó la información del Instituto de Medicina Legal - IML que pertenece al Ministerio Público, fuente principal para el registro

de las muertes o lesiones graves. La información procesada corresponde a 4,317 casos de muertes por el servicio médico legal del año 2009 registrados en la base de datos del IML (información que corresponde básicamente a casos de Lima) y la información incluida al Anuario estadístico del año 2009 del Ministerio público- MP.

Según el Anuario del 2009 del MP, el 35.5% de los casos corresponden a muerte por lesiones de tránsito, a homicidio 25.1%, a suicidio 20.7% y muerte por arma de fuego con 18.8%.

De la revisión de la base de datos del IML se identificó que el 13.6% de las muertes en las que se realizó necropsias tuvieron un resultado positivo al aplicar el dosaje etílico.

Se identificó también que en los decesos identificados con dosaje etílico positivo sólo el 4.6% correspondía a consumo de cocaína, probablemente por limitaciones

Cuadro 10 - Causas de carga enfermedad según categoría de diagnóstico en hombres y mujeres

Causas	Total		Hombres		Mujeres	
	AVISA	%	AVISA	%	AVISA	%
Accidentes de tránsito.	256,807	5.1	203,932	7.7	152,875	2.0
Abuso de alcohol y dependencia.	231,820	4.6	156,843	5.0	74,977	3.1
Adicción a las drogas.	45,130	0.9	35,556	1.3	9,574	0.4
Total	5,056,866		2,657,513		2,395,354	

Fuente: La carga de enfermedad y lesiones en el Perú - MINSa - Marzo 2008.
Los estimados fueron hechos a partir de datos nacionales de morbilidad y mortalidad del año 2004.
AVISA: Años de vida saludable

Cuadro 11 - Causa muerte con dosaje etílico positivo

Causa de muerte	Con dosaje etílico con resultado Positivo(1)	Total casos (2)	Tasa % (1 / 2)
Causa identificada	131	838	15.6%
• Con consumo alcohol	125		
• Con consumo cocaína	6		
Causa no identificada ²¹	457	3479	13.1%
Total	588	4317	13.6%

²⁰ Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Defensa Nacional. Oficina de Estudios Estratégicos y Doctrina. Estrategia Sanitaria Nacional de Accidentes de tránsito - ESNAT - 2009. www.minsa.gob.pe

²¹ Si bien se identifica la causa de la muerte no fue posible realizar el cruce de información con los datos de la base de datos sobre la causa de la muerte para la totalidad de las personas cuyo dosaje etílico había resultado positivo.



en la disponibilidad de equipos para realizar los análisis.

Lo anterior se explica porque es recién a partir de finales del 2008 que el Instituto de medicina legal ha adquirido equipos de alta tecnología para el área de dosaje etílico (entre otras áreas) debido a la ejecución del plan de potenciación de los equipos y capacitación de personal, a fin de implementar con eficiencia el nuevo Código Procesal Penal²². Por lo cual se estima que para los próximos años será posible identificar con mayor exactitud los decesos provocados por el consumo de diferentes SPA.

En la citada base de datos, se identifica que el 26.9% de las muertes por accidentes de tránsito registradas se han dado bajo efectos del alcohol. Esta información es producto del tamizaje de dosaje etílico sometido a las personas involucradas, inclusive en caso de haberse producido su deceso, pero cabe precisar que este resultado corresponde exclusivamente en los casos donde la causa de muerte ha sido identificada.

A continuación se presenta un resumen de las diferentes causas de muerte encontradas en la base de

datos, algunas teniendo asociación con el consumo de SPA.

En la gráfica, se presenta el detalle por edad y sexo de los que resultaron con dosaje etílico positivo.

Resultados

Del análisis surge que el 13,6% del total de fallecidos, tuvo un dosaje etílico positivo. Dentro de los que se conoce la causa de muerte, el 15,6% tuvo un dosaje etílico positivo. Y por último de los 26,9% de los que fallecieron por accidente de tránsito, tuvieron un dosaje etílico positivo. Se desconocen otras drogas o consumo de SPA asociadas a las causas de muerte, pero aparentemente en más de un caso el consumo de alcohol va asociado a consumos adicionales de SPA, pero no contamos con evidencia para especificar cifras.

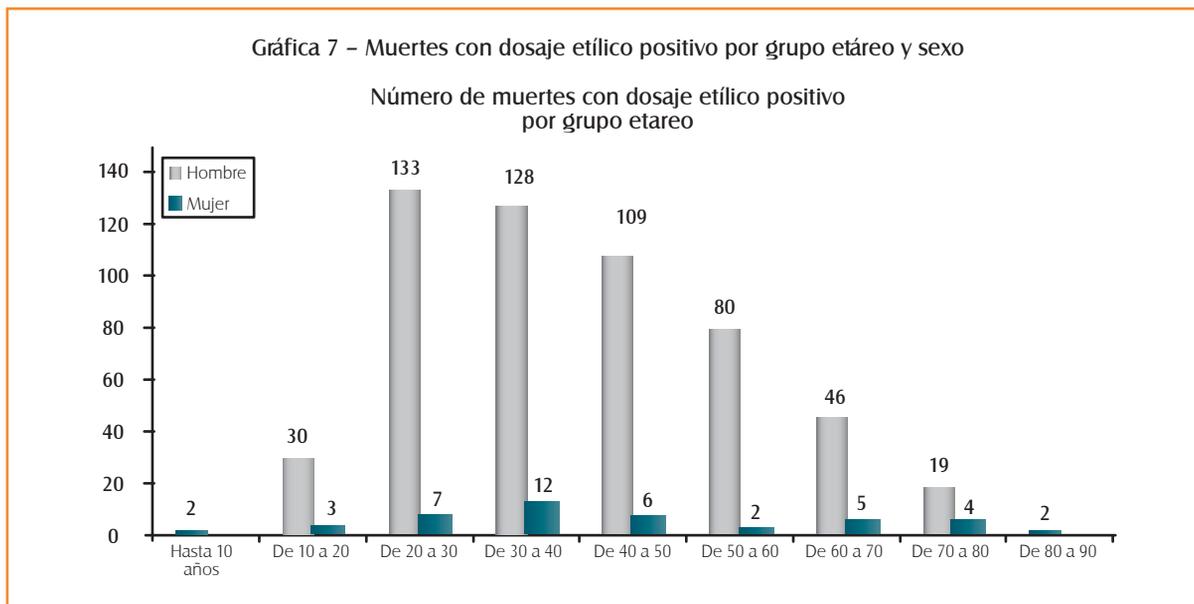
C) NÚMERO DE CONDENAS Y TIEMPO DE CONDENAS POR TRÁFICO DE DROGAS

En el sistema judicial peruano, el Poder Judicial es

Cuadro 12 – Causa de muerte por resultado del dosaje

Causa de muerte	Resultado Dosaje Positivo	Resultado Dosaje Negativo	Sin dato sobre el resultado del dosaje	Total
Intoxicación alcohólica	23			23
Accidente de Tránsito	29	77	2	108
Cirrosis	1	5		6
Cocaína	6			6
Lesiones	31			31
Asfixia mecánica	6			6
Otros	35	563	60	658
Causa no identificada	457	2381	641	3479
Total	588	3026	703	4317

²² Por ejemplo en la subgerencia de Toxicología, área de dosaje etílico, (uno de los servicios que ofrecen los laboratorios forenses del IML al Ministerio Público) recientemente se han adquiridos equipos de alta tecnología, como el cromatógrafo de gases con ionización a la llama (GC-FID), que selecciona tres tipos de alcoholes: etílico, metílico e isopropil. Es decir, alcohol, acetonas e hidrocarburos volátiles.
Fuente: Diario El Peruano versión electrónica del 7 de julio del 2007, declaraciones jefe del Instituto de Medicina Legal, Gino Dávila Herrera



el encargado del registro de condenas. Es así que el Registro Nacional de Condenas es el órgano de la Gerencia General del Poder Judicial, encargado de registrar las sentencias condenatorias remitidas por los órganos jurisdiccionales.

Esta institución administra información de carácter reservada, pudiendo acceder a ella las instituciones legitimadas. Las funciones del Registro Nacional de Condenas son:

- Inscribir las sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas emanadas de órgano jurisdiccional.
- Inscribir las resoluciones de Rehabilitación y otras resoluciones modificatorias de la condena.
- Archivo y custodia de los boletines y testimonios de condenas.
- Proporciona fotocopia certificada de los boletines y testimonios de condena a solicitud de los órganos jurisdiccionales.
- Cancelar los Antecedentes Penales previo mandato judicial (Art. 69 C.P).
- Expedir Certificados de Antecedentes Penales de uso administrativo y jurisdiccional.

Sin embargo, cabe precisar que no se pudo disponer de información del Poder Judicial, por cuanto no existe información disponible sobre número de condenas, carga procesal, tipo de delitos en la página web del Poder

Judicial, por lo cual se tuvo que recurrir información del Instituto Nacional Penitenciario – INPE.

El INPE está encargado de dirigir y controlar técnica y administrativamente el Sistema Penitenciario Nacional, asegurando una adecuada política penitenciaria, tendiente a la resocialización del interno.

Número de condenas

De acuerdo a la información del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), se conoce que al año 2009 existen 11,064 personas privadas de la libertad por Tráfico Ilícito de Drogas (TID) lo que equivale a un 25.7% del total de personas privadas de la libertad que han cometido otros delitos; cifra que muestra lo elevado de las estadísticas en el país y que reflejan la magnitud de la problemática social y económica vinculada al consumo de drogas.

En el cuadro siguiente se observa que la población penal asociada al TID ha ido en incremento en los últimos años. Asimismo, la mayoría de procesados (70.9%) son por delitos asociados al consumo de SPA. En cuanto a las personas con condenas (sentencias) vemos que éstas se deben a delitos de TID.

Es pertinente mencionar que como parte del TID se incluyen: narcotraficantes, “burrier”, micro



comercializadores, plantadores y los que trafican con insumos químicos. Otro dato importante responde a las percepciones del personal entrevistado, ya que no existen datos registrados al respecto, donde aproximadamente el 70% de las mujeres de penales son burriers, las cuales permanecen un promedio de

La normatividad vigente establecida en el Código Penal (mencionada líneas arriba), establece las siguientes penas, que pueden incrementarse en caso de existir agravantes (Ver anexo 2.1):

Se consideran beneficios de redención de la pena por

Cuadro 13 – Población penal por tráfico de droga

Instituto Nacional Penitenciario	Información a diciembre de				
	2005	2006	2007	2008	2009
Población penal (1)	33,010	35,835	39,684	43,286	44,254
Por tráfico de droga (2)	7,765	8,445	9,652	11,123	11,064
% (1/2)	24%	24%	24%	26%	25.7%
Procesados	5,592	5,791	7,104	7,328	10,250
Condenados por tráfico de droga	2,298	2,959	3,368	3,976	4,264
Detenidos asociados al tráfico o consumo	7,173	7,293	9,651	9,800	12,019

8 años en las prisiones del país y un 25% son micro comercializadoras quienes permanecen un promedio de 4 a 5 años.

Tiempo de condena

En los últimos años se han aprobado leyes relacionadas a las sanciones relativas al tráfico y consumo de drogas que han modificado el Código penal y otras leyes:

- La Ley que modifica el Código penal en materia de Tráfico ilícito de drogas (Ley 28002 del 17 de junio del 2003 y su fe de erratas del 24 de junio del 2003)
- La Ley que modifica la Ley 28305, Ley de control de insumos químicos y productos fiscalizados, y modifica los artículo 296 y 267 y adiciona el artículo 206-B al Código penal, sobre tráfico ilícito de drogas. (Ley 29037 del 12 de junio del 2007).
- La Ley que modifica e incorpora artículos al Código penal y modifica los Códigos procesales penales, referidos a la conducción en estado de ebriedad o drogadicción. (Ley 29439 del 19 de noviembre del 2009)

trabajo y educación, en los delitos de tráfico ilícito de drogas:

- Los sentenciados por delito de tráfico ilícito de drogas en las modalidades tipificadas como promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas, micro comercialización o micro producción, suministro indebido de droga, coacción al consumo de droga, inducción o instigación al consumo de droga, (artículos 296, 298, 300, 301 y 302 del Código Penal) podrán acogerse al beneficio penitenciario de redención de la pena por trabajo y educación, siempre que sea su primera condena a pena privativa de libertad.
- Para los sentenciados por el tipo penal fijado en el artículo 298, la redención de pena se disminuirá a razón de dos días de trabajo o de educación por uno de pena.
- En los demás casos se computará a razón de cinco días de trabajo o estudio por uno de pena.
- Los beneficios previstos en este artículo no alcanzan a los sentenciados por los delitos contemplados en los artículos 296 A y 297 del Código Penal.

Cuadro 14 - Tiempo de condena por tipo delito establecidas en el Código penal

Tipos	Pena privativa de la libertad:			
	El que promueve	El que posee	Comercializa materias primas	Formas agravadas
Promoción o favorecimiento al Tráfico ilícito de droga	No menor de 8 ni mayor, de 15 años	No menor de 6 ni mayor de 12 años	No menor de 5 ni mayor de 10 años	No menor de 25 años ni mayor de 35 años
	El que promueve	El que comercializa	El que obliga a otro a siembra	Formas agravadas
Comercialización y cultivo de amapola y marihuana y su siembra compulsiva	No menor de 8 ni mayor, de 15 años	No menor de 5 ni mayor de 10 años	No menor de 25 ni mayor de 35 años	No menor de 25 años ni mayor de 35 años
	En todos los casos			Formas agravadas
Tráfico ilícito de insumos químicos y productos	No menor de 5 ni mayor de 10 años			No menor de 25 años ni mayor de 35 años
	En todos los casos			Formas agravadas
Microcomercialización o microproducción	No menor de 3 ni mayor de 7 años			No menor de 6 años ni mayor de 10 años

Con respecto al tiempo real de cumplimiento de condena no existen estadísticas oficiales, pues a través de las entrevistas realizadas se obtuvo la información de que ésta variable depende de factores como: el tipo de TID, la nacionalidad, entre otros.

En relación al costo económico que le ocasiona al Instituto Nacional Penitenciario, la permanencia de un sentenciado o procesado en los penales es de 15 nuevo soles diarios por todo concepto (salud, alimentación, etc.), sin contar los gastos fijos de la institución. Si tomamos en cuenta el presupuesto anual de la Institución y lo dividimos entre la cantidad total de personas privadas de la libertad - PPL, encontramos que el costo total durante el 2009, por día por cada PPL asciende a 23 US \$ diarios.

D) ESTUDIOS DE CONSUMO EN POBLACIÓN GENERAL, EN ESTUDIANTES O EN TRABAJADORES

En el país el tema del consumo de drogas está vinculado a diversas entidades públicas y privadas que muestran su interés por abordar la problemática y conocer mejor su magnitud. Es así que se han identificado una serie de estudios de diagnóstico de diferente tipo que ayudan a comprender de manera más amplia las características del consumo, los mismos que se anexan al presente documento.

En el siguiente cuadro se hace un recuento de los hallazgos, especificando el tema del estudio, la entidad a cargo, el año en que se ha realizado, la metodología de estudio y el ámbito o cobertura del mismo:

Cuadro 15 – Estudios de consumo en población general, en estudiantes o en trabajadores

Nombre del Estudio	Tema de Estudio	Entidad que lo realizó	Año	Tipo de Estudio	Ámbito geográfico
I Catálogo de Buenas Prácticas en material de Prevención y Tratamiento del consumo de drogas	Estrategia de prevención escolar, familiar y comunitaria y estrategias de tratamiento, rehabilitación y reinserción social.	DEVIDA – OPD	2010	Cualitativo	Nacional
Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú	Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú	Secretaría General de la Comunidad Andina y Comisión Europea Proyecto DROSICAN con apoyo de la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA	2009	Cuantitativo	Internacional /Nacional
Perú: Monitoreo de coca desde el año 2005-2009.	Reporte que analiza el monitoreo de cultivos de coca en el Perú.	DEVIDA – Naciones Unidas: Oficina contra el Delito y las Drogas (ONUDD) ONUDD	2005 - 2009	Cuantitativo	Nacional
Drogas y Delitos en el Perú Situación actual y evolución.	Informe estadístico.	ONUDD	2007	Cuantitativo	Nacional
II Estudio Nacional: Prevención y Consumo de drogas en estudiantes de secundaria.	Encuestas a nivel nacional	DEVIDA	2007	Cuantitativo	Nacional
II Estudio Regional: Prevención y Consumo de drogas en estudiantes de secundaria.	Encuestas a nivel regional.	DEVIDA	2007	Cuantitativo	Regional
Informe anual sobre drogas	Problemas de las drogas en el Perú y la Estrategia Nacional de la lucha contra las drogas.	DEVIDA- OPD	2007	Cualitativo	Nacional
Análisis de resultados de la Red de Información de Demanda de tratamiento por Abuso o Dependencia de PSA.	Medición de demanda de tratamiento - Indicador de demanda de tratamiento. (publicación en el 2009)	DEVIDA – OPD-RIDET	2007-2005	Cuantitativo	Nacional

Nombre del Estudio	Tema de Estudio	Entidad que lo realizo	Año	Tipo de Estudio	Ámbito geográfico
III Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú 2006.	Encuestas a nivel nacional.	DEVIDA	2006	Cuantitativo	Nacional
Información estadística sobre drogas en el Perú.	Estudio estadístico en las áreas de demanda y oferta.	DEVIDA-OPD	2006	Cuantitativo	Nacional
El Problema de las drogas en el Perú.	Libro que presenta una visión global del problema de las drogas en el Perú, desde las perspectivas histórica, económica, ecológica, socio demográfica y geopolítica. Se revisan las características químicas, biológicas y de adicción de las principales drogas legales e ilegales de uso en el Perú, en sus efectos sobre el individuo, así como los aspectos preventivos y de rehabilitación del adicto.	CEDRO	2003 2004 2005 2006 2007 2008 2010	Cuantitativo y Cualitativo	Nacional
Situación del trabajo de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas en Lima Metropolitana.	IV Reporte	DEVIDA	2006-2005	Cuantitativo	Regional
Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.	Resultados según dominios regionales - encuesta.	DEVIDA	2005	Cuantitativo	Nacional
Estudio Regional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.	Estudio a nivel regional- Encuestas.	DEVIDA	2005	Cuantitativo	Regional
I Encuesta sobre información, hábitos y actitudes hacia el consumo de PSA en universitarios de Lima Metropolitana, 2005.	Estudio exploratorio a gran escala sobre la magnitud del consumo de drogas en la población universitaria.	DEVIDA, URP, ULIMA, UNAL, MUTP, UNIFE.	2005	Cuantitativo y Cualitativo	Regional
Opinión sobre drogas en estudiantes universitarios.	Estudio (encuestas a 600 adolescentes).	CEDRO	2005	Cuantitativo	Regional



Nombre del Estudio	Tema de Estudio	Entidad que lo realizó	Año	Tipo de Estudio	Ámbito geográfico
Epidemiología de drogas en la población urbana.	El estudio refleja el problema nacional a través de una muestra de residentes habituales entre 12 y 64 años ubicados en las zonas urbanas más representativas del Perú: Lima capital, Chiclayo, Trujillo y Tacna, Arequipa, Huancayo, Ayacucho, Pucallpa, Tarapoto y Tingo María.	CEDRO	2005	Cuantitativo	Regional
Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2005.	Encuesta de hogares: Monografía de investigación en 10 ciudades del Perú.	CEDRO	2005	Cuantitativo	Nacional

Es pertinente destacar que los estudios más importantes desde el punto de vista de costos son aquellos que abordan a la población general y población trabajadora; mientras que los estudios sobre población escolar y universitaria proporcionan información que permitirán en el futuro evaluar los costos de deserción escolar y pérdida de oportunidades educativas.

E) GASTOS GUBERNAMENTALES DIRECTOS

Uno de los más importantes indicadores es el referido al gasto gubernamental directo, pues nos permite identificar objetivamente, la importancia que a nivel política se da al problema, así como determinar a qué componentes se dirigen los gastos y que estrategias se están priorizando.

Los costos gubernamentales directos se clasifican bajo dos rubros generales: Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda. También es posible presentarlos identificando el tipo de intervención o estrategias que se realizan y que entes gubernamentales han ejecutado el gasto.

El cuadro siguiente menciona las diferentes estrategias que se desglosan para la reducción de la oferta y de la demanda:

Cuadro 16 - Relacionamiento entre gastos para Reducción de oferta y demanda y estrategias ejecutadas

Costos de Reducción de Oferta	Estrategias
Estimación de los costos de impedir que las sustancias psicoactivas lleguen al consumidor: erradicación de cultivos ilícitos, freno al narcotráfico, etc.	Interdicción, Lavado de Dinero y Delitos Conexos.
	Desarrollo Alternativo.
Costos de Reducción de Demanda	
Estimación de los costos de tratamiento médico-hospitalario de quienes abusan en el consumo de sustancias psicoactivas para restablecer sus condiciones físicas y psicológicas y, en la medida de lo posible, para limitar o impedir la reincidencia en el abuso. También se incluyen los costos asociados a la prevención del consumo.	Prevención y Rehabilitación.
	Planeamiento Institucional.
	Control de Riesgos y Daños para la Salud.

Elaboración propia

Se ha identificado el gasto gubernamental ejecutado desde el 2002 hasta el 2010, que se ha destinado a la Reducción de oferta (a las estrategias de interdicción y desarrollo alternativo) y a la Reducción de demanda en tratamiento y a la Reducción de demanda en Prevención. El monto destinado a planeamiento se ha consignado de forma separada.

El cuadro nos muestra por estrategia de intervención cual es el gasto total donde se han canalizado los recursos para afrontar la problemática de las drogas en el país, siendo la estrategia de interdicción (control de cultivos, lavado dinero) el que se lleva el mayor costo equivalente a un 70%. Cabe destacar el evidente

**Cuadro 17 - Gastos Gubernamentales Directos - Periodo 2002 al 2010
Por Reducción de oferta y demanda
(En miles de US dólares)**

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Reducción de Oferta	9,805	19,417	27,585	26,384	26,189	31,251	61,693	81,408	91,102	374,835
Reducción de Demanda - Tratamiento	111	123	137	841	1,895	2,477	7,932	1,731	8,078	23,326
Reducción de Demanda - Prevención	984	354	469	570	349	792	1,751	2,380	3,703	11,354
Planeamiento	2,499	2,696	2,581	3,443	2,389	2,758	2,919	2,715	3,063	25,062
Total	13,399	22,590	30,773	31,238	30,822	37,279	74,295	88,235	105,946	434,578

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

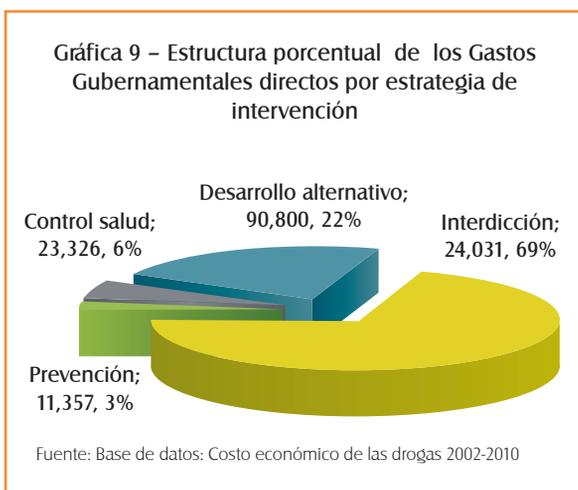
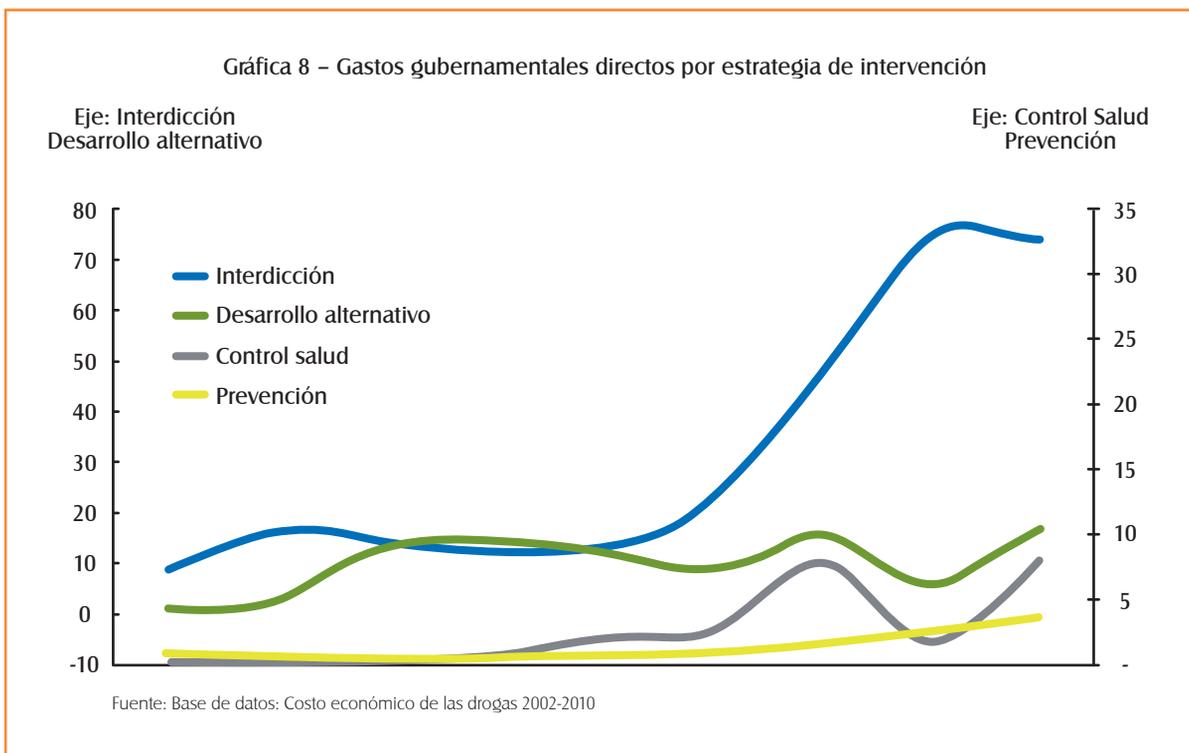
A continuación se muestra un mayor detalle de la información, con la secuencia cronológica a partir del año 2002, en relación a los costos totales por estrategia:

incremento en el costo asociado al Gasto total las intervenciones de "interdicción" y lavado de dinero; acciones que desde el 2008 representan un gasto en más del 100% que en años anteriores.

**Cuadro 18 - Gastos Gubernamentales Directos - Periodo 2002 al 2010 - Por estrategia de intervención
(En miles de US dólares)**

Estrategia	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Desarrollo alternativo	994	2,969	13,397	14,367	11,977	8,726	15,216	6,215	16,939	90,800
Interdicción	8,811	16,448	14,188	12,014	14,212	22,526	46,477	75,193	74,163	284,031
Prevención	984	354	469	574	349	792	1,751	2,380	3,703	11,357
Control salud	111	123	137	841	1,895	2,477	7,932	1,731	8,078	23,326
Planeamiento institucional	2,499	2,696	2,581	3,443	2,389	2,758	2,919	2,715	3,063	25,062
Total general	13,399	22,590	30,773	31,238	30,822	37,279	74,295	88,235	105,946	434,578

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010



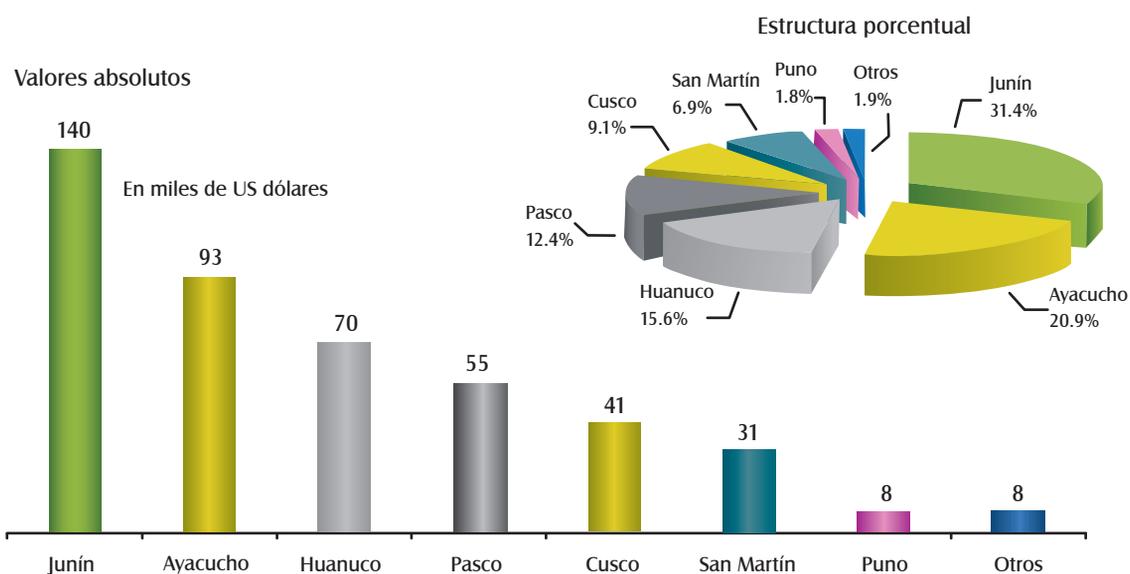
Por otro lado es de destacar que si bien el gasto gubernamental vinculado a temas de prevención y rehabilitación se ha incrementado durante los últimos años, aun es relativamente bajo comparado con lo invertido en los otros componentes. Por lo cual sería necesario dimensionar las necesidades de gasto para la atención y tratamiento de aquellas personas

vinculadas al consumo directo e indirecto (asociadas a aquellas personas que sufren daños a su salud o la ven perjudicada por el consumo de personas allegadas) de SPA y sus consecuencias en la salud integral, para poder determinar la magnitud de la brecha en gasto en estos componentes.

Al respecto, cuando se realizó el análisis por departamentos con datos entre el 2002 y 2010, es posible observar el nivel de gasto según las regiones prioritarias donde se destinan los fondos para hacer frente a la problemática de las drogas. Junín es la región donde va el mayor presupuesto, mientras que en el rubro "otros" se encuentra lo destinado en orden descendente: Arequipa, Tumbes, Ucayali, Lambayeque, Amazonas, Ancash, La Libertad, Moquegua, Loreto, Tacna, Apurímac, Callao, Piura, Cajamarca, Huancavelica e Ica.

En el gráfico siguiente se puede observar la distribución mencionada, en la cual se ha omitido intencionalmente el departamento de Lima.

Gráfica 10 – Gastos gubernamentales por departamentos - Años 2002 al 2010



Nota: el presupuesto agregado a nivel nacional se distribuyó proporcionalmente a cada departamento.

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

El presupuesto asignado a nivel nacional ha sido distribuido proporcionalmente entre todos los departamentos.

La desagregación de gastos por entidades nos muestra que existen muchas instituciones que en la actualidad están destinando recursos para el control de drogas. Entre los que concentran la mayor proporción del gasto se encuentran el Ministerio del Interior (del que depende DEVIDA), y el Ministerio de Defensa. Es importante destacar también la tendencia de crecimiento de gasto de las municipalidades provinciales y distritales y de los gobiernos regionales, que demuestran el mayor compromiso en el tema que se inició con la aprobación de normativa para la formación de Consejo o Comité de lucha contra el tráfico y el consumo de drogas (Ver anexo 2.2).

Cuadro 19 - Gastos Gubernamentales Directos - Periodo 2005 al 2010 -Por entidad que ejecuta el gasto²³
(En miles de US dólares)

Entidad	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ministerio del Interior	8,811	8,236	8,815	10,645	13,411	15,272	28,682	31,562	42,033
DEVIDA - Comisión Nacional para el desarrollo y Vida sin Drogas	4,477	6,019	20,781	17,773	14,832	12,753	14,272	10,453	15,841
Ministerio de defensa	-	8,212	1,020	1,107	680	6,317	15,506	42,894	31,876
Comisión de Formalización de la Propiedad Informal	-	-	-	310	290	596	5,534	1,300	2,246
Ministerio de Salud	-	-	-	648	699	1,102	2,342	931	1,120
Ministerio Público	-	-	-	-	6	579	1,028	108	23
Instituto Nacional Penitenciario	-	-	-	5	-	-	1,430	19	338
Ministerio de Agricultura	-	-	2	2	-	108	377	-	772
Policía Nacional	-	-	3	56	8	28	170	326	30
Ministerio de Educación	-	-	-	36	101	21	411	11	-
Unidad de Inteligencia Financiera del Perú	-	-	-	90	91	91	97	94	99
Instituto Nacional de desarrollo	-	-	-	-	-	-	367	-	-
Ministerio de La Mujer Y desarrollo social - MIMDES	-	-	-	-	2	2	206	-	116
Instituto de Investigaciones de La Amazonia Peruana	-	-	-	-	-	-	263	-	32
Poder Judicial	-	-	-	-	-	-	-	-	296
Superintendencia Nacional de Administración Tributaria SUNAT	-	-	1	88	20	23	24	21	-
Servicio Nacional de Sanidad Agraria - SENASA	-	-	-	-	-	116	-	-	-
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	-	-	-	-	-	-	114	-	-
Ministerio de Transportes Y Comunicaciones	-	-	-	-	-	9	61	12	-

²³ El Gasto representa la ejecución del presupuesto mediante mecanismos de adquisición y contrataciones independientemente de la Fuente de financiamiento.

Entidad	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Instituto Nacional de Estadística	-	-	6	8	-	-	-	-	-
Ministerio Relaciones Exteriores	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Defensoría del Pueblo	-	-	-	-	-	1	5	-	-
Instituto Nacional de Cultura	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Ministerio de Justicia	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Universidad Nacional Huancavelica	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Academia de La Magistratura	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Centro de Formación En Turismo				-	-	-	2	-	-
Ministerio de La Producción				-	-	-	-	-	-
Municipalidad Distrital				12	10	16	384	120	5,216
Municipalidad Provincial				-	3	-	203	11	912
Gobierno Regional San Martín				-	-	-	939	-	1,900
Gobierno Regional Ayacucho				-	-	10	666	-	498
Gobierno Regional Huánuco				-	-	17	79	-	290
Gobierno Regional Tumbes				-	-	10	128	61	152
Gobierno Regional Arequipa				-	-	10	178	14	151
Gobierno Regional Lambayeque				-	-	10	126	5	151
Gobierno Regional Puno				-	-	7	-	-	280
Gobierno Regional Ancash				-	-	-	21	-	251
Gobierno Regional Amazonas				-	1	-	13	4	220
Gobierno Regional Ucayali				-	-	-	67	7	158
Gobierno Regional La Libertad				0	0	-	173	14	-
Gobierno Regional Moquegua				-	-	-	29	-	151
Gobierno Regional Tacna				-	-	-	5	-	151
Gobierno Regional Apurímac				-	-	-	4	-	151

Entidad	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gobierno Regional Junín				-	-	-	-	-	151
Gobierno Regional Loreto				-	-	-	-	-	123
Gobierno Regional Callao				-	0	0	18	8	-
Gobierno Regional Cajamarca				-	-	-	11	-	-
Gobierno Regional Cusco				-	-	-	0	9	-
Gobierno Regional Piura				-	-	2	7	-	-
Gobierno Regional Ica				-	-	-	5	-	-
Empresa Nacional de la Coca S.A.				281	512	4	154	59	18
CORPAC Corporación Peruana Aero Puertos y Aviación Comercial S.A.				-	-	4	5	-	-
Seguro Social de Salud – ESSALUD	111	123	137	151	157	169	186	186	202
Total	13,399	22,590	30,773	31,226	30,822	37,278	74,295	88,235	105,946

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

Cabe precisar que la principal fuente de información de los gastos gubernamentales la ha constituido el Sistema integrado de administración financiera que registra en sus diferentes etapas el gasto gubernamental de todas

las entidades del estado. En la estructura de gasto se consideran diversos programas presupuestales, que se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro 20 - Gastos Gubernamentales Directos - Periodo 2005 al 2010 - Por programa presupuestal (En miles de US dólares)

Programa ²⁴	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Orden Interno	8,811	16,448	9,852	12,018	14,215	22,284	45,244	64,563	73,486
Control De Drogas	4,477	6,019	20,781	18,068	15,122	13,082	14,946	21,223	16,613
Agrario	-	-	2	283	517	478	2,921	71	4,759
Salud Individual	111	123	137	790	855	929	994	1,042	1,157
Medio Ambiente	-	-	-	-	-	-	1,093	665	4,357
Desarrollo Urbano	-	-	-	-	-	-	4,091	217	1,726
Salud Colectiva	-	-	-	14	7	412	2,052	96	1,052
Asistencia Social	-	-	-	4	5	8	813	34	1,027
Readaptación Social	-	-	-	5	-	55	1,430	19	338
Educación Ambiental	-	-	-	-	-	-	183	-	700
Transporte Terrestre	-	-	-	4	-	9	117	283	315
Asistencia Educativa	-	-	-	40	101	21	413	22	-
Pesca ²⁵	-	-	-	-	-	-	-	-	418
Total	13,399	22,590	30,773	31,226	30,822	37,278	74,295	88,235	105,946

²⁴ Si Los Programas productivos corresponden generalmente a la estrategia de Desarrollo alternativo.

²⁵ Corresponde a la Construcción, instalación para la producción de peces tropicales en las localidades de Periavente Bajo, Mayapo Y Canayre, distrito de Llochegua - Huanta - Ayacucho

F) NÚMERO DE ADMISIONES/EGRESOS HOSPITALARIOS POR CONSUMO Y TIEMPO DE DURACIÓN

Como se mencionó, en el país el Ministerio de Salud es la entidad que registra información sobre gran parte de la demanda de atenciones en problemas de salud relacionados al consumo de drogas. En la medida que no ha sido posible conseguir información detallado sobre admisiones o egresos hospitalarios en el sector privado, lo presentado a continuación se referirá principalmente al MINSA.

Si bien a nivel de hospitales especializados en salud mental se registran admisiones y egresos hospitalarios, los datos que se centralizan en el MINSA y que corresponden a la red de establecimientos públicos a nivel nacional (no incluye ESSALUD), no suministran la información sobre admisiones hospitalarias, pero sí sobre egresos hospitalarios, a la cual nos referiremos en adelante. Cabe precisar que el tiempo de duración de la hospitalización, no es reportado a nivel central del Ministerio de Salud, pues es una información que se analiza a nivel de cada establecimiento.

Para comprender la dinámica del sistema de atención de adicciones en el Perú, en el siguiente cuadro se muestra la cobertura de los hospitales referenciales del sector público que atienden el tema de adicciones:

Cuadro 21 - Cobertura de hospitales nacionales de población

Hospitales de Salud mental	Número de personas
MINSA (a)	7,285,251
• Instituto Nacional Noguchi	3,136,767
• Hospital Víctor Larco Herrera	2,237,034
• Hospital Hermilio Valdizán	1,911,450
ESSALUD - Seguridad social (b)	4,910,413
Total	12,195,664
Porcentaje de la población total	43.2%

(a) Fuente: Hospital Larco Herrera .Oficina de Estadística e Informática. 2008

(b) ESSALUD 2008.

Como puede observarse los cuatro hospitales mencionados coberturan aproximadamente al 43.2% de la población, mientras que los hospitales que se encuentran en las regiones y las clínicas y comunidades terapéuticas cubrirían al porcentaje restante.

La siguiente tabla nos muestra las hospitalizaciones de los Hospitales del MINSA y de la red de establecimientos de salud a nivel nacional, que cuentan con servicio para el tratamiento de adicciones. Cabe precisar que la información de los años 2005 al 2007 es información parcial.

Del total de egresos hospitalarios realizados durante el año 2009 corresponde al Instituto Nacional Noguchi el 7%, al Hospital Larco Herrera el 6% y al Hospital Hermilio Valdizán el 15%, de las hospitalizaciones. Mientras que en los hospitales de las otras 23 regiones²⁶ se registraron: en Arequipa 121 hospitalizaciones, en Junín 100, en Loreto 79, en Puno 64, en Tacna 43, en Ancash 31, en Cajamarca 30, en Ayacucho 29, en Ica 27 y en Cusco 23. En las 14 regiones restantes se registraron entre 1 y 7 hospitalizaciones en cada región en el año 2009.

Como se puede apreciar los tres hospitales de referencia para el consumo de SPA, concentran la tercera parte de los egresos hospitalarios para el 2009 (hospitales del sector público que coberturan a la población no asegurada). Los principales datos que se han conseguido de los tres Hospitales de referencia son los siguientes:

²⁶ En una red de 155 Hospitales a nivel nacional, con un total de 17,436 camas- ver anexo 3.1

Cuadro 22 - Información de Egresos hospitalarios por adicciones de instituciones públicas

Por tipo de SPA	2005	2006	2007	2008	2009	Total 2005 -2009	%	Promedio 2008-2009
Alcohol	81	68	206	1,058	945	2,358	52.6%	1,002
Drogas	64	54	335	790	880	2,123	47.3%	835
Tabaco	-	-	1	3	2	6	0.1%	3
Total	145	122	542	1,851	1,827	4,487	100.0%	1,839

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA Nota: No incluye información de ESSALUD

Cuadro 23 - Información sobre consultas y egresos hospitalarios- Hospital de referencia Lima
Periodo: 2005 al 2010

Hospital Hermilio Valdizán	2005	2006	2007	2008	2009
Consultas externas			1598	1901	2883
F 10.2 Síndrome de dependencia debido al uso de alcohol			811	966	1564
F 19.2 Síndrome de dependencia debido al uso de múltiples drogas			787	935	1319
Hospitalización			246	269	276
F 19.2 Síndrome de dependencia debido al uso de múltiples drogas			201	200	143
F 10.2 Síndrome de dependencia debido al uso de alcohol			45	69	82
F 14.2 Síndrome de dependencia debido al uso de cocaína					51
Instituto de salud mental Noguchi	2005	2006	2007	2008	2009
Consultas					
Atendidos	582	557	557	428	531
Atenciones	1327	1950	2036	1326	1,660
Relación atenciones /atendidos	2.3	3.5	3.7	3.1	3.1
Hospitalización					
Ingresos	138	116	150	108	128
Egresos	127	117	146	111	125
Hospital Larco Herrera	2005	2006	2007	2008	2009
Consultas					
Consulta en fármaco dependencia			1800	1344	1548
Relación atenciones /atendidos			4.3	5.2	5.2
Hospitalización					
Hospitalización (días cama)			10333	7801	6645
Egresos hospitalarios			126	106	75
Días promedio de hospitalización			82	74	89
Número de Sesiones de rehabilitación			3489	3380	3192
Número de Sesiones en fármaco dependencia (Psicología)			3100	2874	1119

Fuente: Página web de las instituciones.

Aunque la información no se encuentra estandarizada, permite establecer tiempos de duración de hospitalización y calcular el número de hospitalizaciones, entre las que se encuentran:

- El tiempo promedio hospitalización fue de 81 días. El 64% permanece hospitalizado hasta 90 días, el 24% de 91 a 180 días y el 12% más de 180 días.

Fuente: H. Larco Herrera.

- El 92% de los atendidos traen medicamentos (realizan gastos de bolsillo), mientras que el 24% es exonerado parcial o total (básicamente de los costos de hospitalización).

Fuente: H. Larco Herrera.

- El ratio "Atenciones /atendidos" varía entre 2.3 y 5.2 (2 a 5 visitas por persona año).

Fuente: H. Valdizán, Instituto Noguchi, H. Larco Herrera

La siguiente información corresponde a la proporcionada por el MINSA sobre egresos hospitalarios a nivel nacional, sin incluir información de los hospitales referenciales.

Resultados

Se estima 2,719 admisiones hospitalarias para el año 2009, 1,827 del sector público y 892 del sector privado.

Cuadro 24 - Número de egresos hospitalarios por diagnóstico - Red de establecimientos
Período: 2005 al 2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Alcohol				864	744	1608	58.47%
Droga	7	6	20	502	602	1137	41.35%
Tabaco				3	2	5	0.18%
Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Alcohol				864	744	1608	58.47%
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a alcohol. (O354)					1	1	0.04%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)				864	743	1607	58.44%
Droga	7	6	20	502	602	1137	41.35%
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a drogas. (O355)	1	1	2	10	3	17	0.62%
Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna (P044)		2	7	2	1	12	0.44%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16)				11	10	21	0.76%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12)				32	128	160	5.82%
Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)				98	90	188	6.84%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)				31	20	51	1.85%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas (F19)				301	312	613	22.29%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	6	3	11	4	13	37	1.35%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína (F15)				3	2	5	0.18%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)				10	23	33	1.20%
Tabaco				3	2	5	0.18%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)				3	2	5	0.18%
Total	7	6	20	1369	1348	2750	100%

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA. No incluye información de los Hospitales de referencia



Cuadro 25 - Admisiones hospitalarios años 2008 -2009

	2008	2009
Admisiones hospitalarias	2,754	2,719
Pública	1,851	1,827
Privadas	903	892

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.
Elaboración propia

Este indicador ha sido estimado en función de la información registrada por el MINSA para los años 2008 y 2009 para los usuarios no asegurados del sistema público de salud. Para este fin, se ha tomado la Información de Egresos hospitalarios por adicciones, primero de hospitales referenciales y luego de la red de establecimientos que dependen del MINSA y de los gobiernos regionales.

Los datos de admisiones hospitalarios del sector privado representan una estimación conservadora de la capacidad operativa de las clínicas privadas tomando en cuenta las siguientes variables, nivel de aseguramiento de la población e infraestructura de las clínicas (482 establecimientos) prioritariamente instalados en zonas urbanas. Teniendo en cuenta que el costo de tratamiento es sufragado básicamente por el usuario en ambos sectores (público y privado).

El tiempo promedio hospitalización para el año 2009 fue de 89 días (dato Hospital Larco Herrera).

G) NÚMERO DE PERSONAS EN TRATAMIENTO, TIPO DE TRATAMIENTO Y DURACIÓN DEL MISMO

A nivel nacional el Ministerio de Salud cuenta con tres hospitales de referencia para la atención en Trastornos Mentales y del Comportamiento en los cuales existen áreas para ofrecer servicios a personas con adicciones diversas, los que están ubicados en Lima. Para el presente estudio se han seleccionado algunas de éstas como son consulta externa y hospitalización.

En el país existe una Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas-2008 del Ministerio de Salud que establece pautas para la atención de adicciones.

A través de entrevistas con diversos actores clave, identificamos que la información sobre la duración del tratamiento es relativa y no es posible estandarizarla, en la medida en que cada problema de salud vinculado a adicciones va a requerir una duración diferente y la evolución en el tratamiento también hará que el tiempo varíe.

Esta situación se presenta a pesar de contar con protocolos de atención, pero el proceso de respuesta individual a cada tratamiento hace que estos protocolos se cumplan en plazos diversos.

El siguiente cuadro presenta la información sobre las consultas (atenciones) realizadas en las instituciones públicas, de acuerdo a la información proporcionada por el MINSA y la recopilada de las páginas web de los Hospitales de referencia. El número de personas en tratamiento ha sido calculado en función a la ratio encontrado en los Hospital de referencia sobre "Atenciones / atendidos".

La siguiente información corresponde a la proporcionada por el MINSA sobre atenciones a nivel nacional, sin incluir información de los hospitales referenciales.

Cuadro 26 - Consultas registradas en el primer nivel de atención y hospitales de referencia

Consultas	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Cantidad de Personas
Alcohol	11,337	13,417	15,993	16,425	18,185	75,357	68.5%	5,196
Drogas	4,016	5,380	7,448	7,427	8,399	32,670	29.7%	2,400
Tabaco	334	438	371	437	446	2,026	1.8%	127
Total	15,687	19,235	23,812	24,289	27,030	110,053	100.0%	7,723

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA. No incluye información de ESSALUD

Cuadro 27 - Número de atenciones por diagnóstico - Red de establecimientos
Periodo: 2005 al 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Alcohol	10415	12062	12517	13604	14393	62991	69.50%
Droga	3637	4823	5565	5729	6163	25917	28.50%
Tabaco	308	400	296	385	383	1772	1.90%
Total	14360	17285	18378	19718	20939	90680	100%
	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Alcohol	10415	12062	12517	13604	14393	62991	69.50%
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol (O35.4)	9	4	12	14	18	57	0.10%
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol (Z71.4)	114	185	145	151	188	783	0.90%
Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre (P04.3)	5	3	4		3	15	0.00%
Problemas relacionados con el uso del alcohol (Z72.1)	4604	4744	4616	5315	6041	25320	27.90%
Rehabilitación del alcohólico (Z50.2)	43	39	52	167	60	361	0.40%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)	5640	7087	7688	7957	8083	36455	40.20%
Droga	3637	4823	5565	5729	6163	25917	28.60%
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas (O35.5)	19	25	24	30	47	145	0.20%

	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas (Z71.5)	37	40	57	325	52	511	0.60%
Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna (P04.4)				3	1	4	0.00%
Problemas relacionados con el uso de drogas (Z72.2)	1198	1372	1887	2059	2241	8757	9.70%
Rehabilitación del drogadicto (Z50.3)	11	10	23	72	90	206	0.20%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16)	73	210	72	78	67	500	0.60%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12)	254	460	437	420	549	2120	2.30%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)	844	1412	1552	1322	1600	6730	7.40%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)	152	182	116	111	124	685	0.80%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sust. ps. (F19)	653	705	903	868	968	4097	4.50%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	211	214	205	216	181	1027	1.10%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína (F15)	30	43	50	43	35	201	0.20%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)	155	150	239	182	208	934	1.00%
Tabaco	308	400	296	385	383	1772	2.00%
Consulta para asesoría por abuso de tabaco (Z71.6)	16	24	15	24	34	113	0.10%
Problemas relacionados con el uso del tabaco (Z72.0)	254	311	220	261	228	1274	1.40%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)	38	65	61	100	121	385	0.40%
Total general	14360	17285	18378	19718	20939	90680	100%

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA. No incluye información de Hospitales de referencia.

Resultados

El presente cuadro nos muestra las personas que están en tratamiento, y los diferentes tipos existentes, tanto a nivel del sector público, como privado (comunidades terapéuticas)

La duración de los tratamientos ambulatorios y residenciales se ha estimado en 360 días, de acuerdo a las entrevistas realizadas.

En el gráfico es posible apreciar la tendencia en el incremento de la tasa de accidentes asociadas al consumo de alcohol. No se cuenta con información al detalle para otro tipo de SPA.

Para desarrollar este indicador adicionalmente se revisó información de la Secretaría Técnica del Consejo de

Cuadro 28 - Personas en tratamiento – Años 2008 y 2009

Personas en tratamiento	2008	2009
Tratamientos ambulatorios	10,327	11,492
Públicas	6,940	7,723
Privadas	3,387	3,769
Tratamientos residenciales (comunidades terapéuticas)	826	816
Publico	60	60
Privadas	766	756

Fuente: MINSA, páginas web Hospitales de Referencia. Sector privado estimación propia.

H) DESTRUCCIÓN DE ACTIVOS FÍSICOS

La información sobre destrucción de activos físicos debería estar al acceso de manera simple; sin embargo de las fuentes sugeridas, se ha obtenido información de la Policía Nacional del Perú respecto a los accidentes asociados al consumo de alcohol y se cuenta con información a nivel nacional desde el 2000 al 2008, tal como se muestra en el cuadro a continuación:

Transporte de Lima y Callao (ST/CTLC), la cual desde el año 2006 ha venido construyendo, sistematizando, manteniendo y ampliando una base de datos de accidentes de tránsito basada en los registros de los Libros de Ocurrencia de Tránsito de la Policía Nacional del Perú (PNP) para el área Metropolitana de Lima y Callao.²⁷

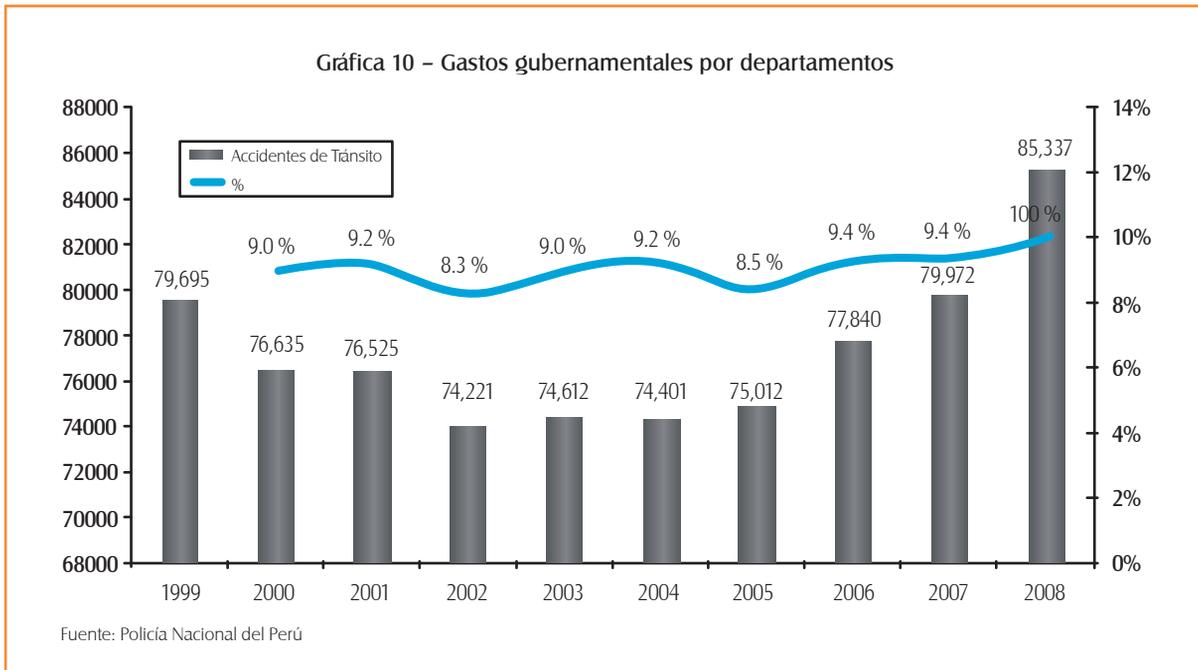
Se puede apreciar de acuerdo a esta caracterización, se

Cuadro 29 - Tasa de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol - Años 2000 – 2008

Años	Total de Accidentes a nivel nacional	Nº de Accidentes causados por la ebriedad del conductor	Tasa de Accidentes causadas por el consumo de Alcohol
2000	76,635	6,913	9.02
2001	76,525	7,042	9.20
2002	74,221	6,191	8.34
2003	74,612	6,732	9.00
2004	74,401	6,852	9.21
2005	75,012	6,368	8.49
2006	77,840	7,324	9.41
2007	79,972	7,555	9.45
2008	85,337	8,536	10.00

Fuente: Policía Nacional del Perú

²⁷ Estos trabajos han hecho posible potenciar los niveles de análisis de los accidentes de tránsito, llevándolos a un nivel espacial, lo que hace posible identificar las ubicaciones de más alto riesgo de la ciudad permitiendo a sus autoridades tomar las medidas correctivas que sean necesarias. La información trabajada refiere al total de accidentes de tránsito registradas en 108 comisarías de Lima en el año 2006, y las cuales cubren en su totalidad a 36 de los 49 distritos que posee la metrópoli.



conoce que en promedio: en el 1% de los accidentes de tránsito por lo menos existe un herido. Con respecto a la destrucción de activos fijos, por cada accidente de tránsito que se produce, se afecta 1.51 vehículos.

Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito –SOAT

Un dato adicional sobre el costo económico de los

Cuadro 30 - Características de los efectos de los accidentes de tránsito en los distritos más representativos según conos: Ate Vitarte, San Juan de Miraflores, Callao, Lima cercado, y San Juan de Lurigancho - 2006

	Valores	Indicadores	
Total Accidentes de tránsito	11,543		
Fatal	136	1%	
No fatal	11,407	99%	
Total afectados + ilesos	27,912	2.42	Personas por accidente
Afectados	12,121	1.05	Afectados por accidentes
Muertos	139	0.01	Muertos por accidente
Heridos	11,982	1.04	Heridos por accidente
Ilesos	15,791	1.37	Ileso por accidente
Total vehículos	17,414	1.51	Vehículos por accidente
Transporte privado	7,759	67%	% sobre el total de vehículos
Transporte público	4,230	37%	% sobre el total de vehículos
Transporte carga	1,840	16%	% sobre el total de vehículos
Transporte menor	3,082	27%	% sobre el total de vehículos
Otros	383	3%	% sobre el total de vehículos
No especificado	117	1%	% sobre el total de vehículos

Fuente: Análisis de de los accidentes de tránsito en el área central de Lima y Callao – 2006 Consejo de transporte de Lima y Callao. Elaboración propia

accidentes de tránsito ocasionados por el alcohol, es el referido a las estadísticas del Seguro obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT, que reconoce los gastos de salud resultado de los accidentes.

Dicho seguro, desde el inicio de su vigencia hasta junio del 2008, ha tenido un índice de siniestralidad del 64%, con un total de siniestros pagados por 200.7 millones de US \$. lo cual refleja la problemática de los accidentes de tránsito.

Si tenemos en cuenta que el 10% de los accidentes es causado por consumo de alcohol, se estima que el costo anual en salud por estos sería de 3.0 millones de dólares (200 millones /80 meses) * (12 meses *10%)

I) COSTOS DE MUERTES PREMATURAS EN TÉRMINOS DE PRODUCTIVIDAD

Las muertes implican el retiro del sistema productivo de aquellas personas consideradas como generadoras de riqueza. En el caso del presente estudio, esta pérdida es a nivel económico (personas que dejan de producir) son producto de las muertes asociadas al consumo directo e indirecto de SPA.

El costo de pérdida de productividad debido al ausentismo definitivo se refiere a las personas que no participaron del proceso productivo por defunciones asociadas al consumo de SPA. La información se obtuvo del Instituto de Medicina Legal. Para estimar este costo,

Cuadro 31 - Índice de Siniestralidad del SOAT (En miles de dólares)

Primas Vencidas (1)	Siniestros (2)	Índice de Siniestralidad (3) =(2)/(1)	No. Pólizas contratadas (4)	Meses de vigencia del SOAT (5)	Siniestros por año (6)=(2) / (5) por 12 meses	Siniestros con conductor en estado de ebriedad (7) = (6) por 10%
312,051	200,743	64%	5,718,959	80 meses	30,111	3,011

Fuente: Superintendencia de Banca y Seguros. Cifras desde el inicio de vigencia hasta el 30 de junio de 2008

Resultados

El principal factor cuantificable de destrucción de activos fijos como resultados del consumo de drogas está referido a los efectos de en los Accidentes de tránsito. La tasa de accidentes causados por el consumo de Alcohol durante los últimos años fue de 10%.

Para el año 2009, se produjeron un total 8,536 accidentes de tránsito que tuvieron como causa el consumo de alcohol, de los cuales se estima ocasionaron daños a la propiedad de 12,900 vehículos. La estimación se realizó en función a lo referido por la Secretaría Técnica del Consejo de Transporte de Lima y Callao que refiere que por cada accidente el ratio de vehículos afectados es 1.51.

se calculó la cantidad de defunciones asociadas al consumo de SPA, alcohol fundamentalmente y luego se valoraron las vidas perdidas por lo que se conoce como el valor de una vida estadística (valor presente de los ingresos futuros).

El Instituto de Medicina Legal establece un protocolo para el diagnóstico de la causa de las muertes, en este caso según el procedimiento se practica el dosaje etílico al fallecido. Según la información recabada, el 13.6% de todos los fallecidos dio positivo a este examen. Es importante destacar que de aquellos fallecidos a consecuencia de accidentes de tránsito, el 26.9% arroja un resultado positivo, lo cual evidencia las consecuencias sociales asociadas al consumo de una SPA.

Tomando de base la información obtenida para el indicador No. 2 sobre muertes, es posible determinar las pérdidas que éstas originan en término de productividad. En esta sección se explicara la metodología para la determinación del costo anual de las muertes en términos de productividad.

Se ha determinado que el costo es de 4,506 US \$ por año. Para el cálculo se ha tomado en cuenta las siguientes variables:

- Esperanza de vida al nacer en el Perú:
- Hombres 70 años
- Mujeres 75 años
- Salario mensual 1,000 nuevos soles
(costo de la canasta básica familiar)
- Número de días al mes 30 días
- Tipo de cambio 2.7 nuevos soles por US \$

Se estimo que los años perdidos de vida productiva para los hombres y mujeres son de 31 y 36 años respectivamente, debido a que la edad promedio de muerte para ambos es de 39 años, de acuerdo a lo encontrado en la base de datos del Instituto de Medicina Legal sobre necropsias realizadas en el año 2009.

Resultados

Los costos de ausentismo definitivo por muertes atribuibles al consumo de drogas representan 83.0 millones de US\$ en (US\$ 76.6 hombres y US\$ 6.3 mujeres).

Cuadro 32 – Costo muertes prematuras en términos de productividad

Ausentismo definitivo – Muertes	Edad de muerte	Personas	Años perdidos	Costo anual	Miles US \$	\$ 83,017
Hombres	39	549	31	\$ 4,506	\$ 76,691	
Mujeres	39	39	36	\$ 4,506	\$ 6,327	

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

El ausentismo definitivo ha sido calculado en función a la información proporcionada por el Instituto de Medicina Legal sobre autopsias realizadas en las cuales se detecto dosaje etílico positivo.

INDICADORES DE MAYOR COMPLEJIDAD

A) ARRESTOS POR PORTE Y CONSUMO DE SPA

Las organizaciones delictivas mantienen una actividad constante en el Perú, manejando para ello enormes recursos económicos en sus operaciones ilícitas, las que les permiten disponer de sofisticados y complejos sistemas de seguridad, modernas armas, equipos de comunicación de alta tecnología, vehículos de transporte e inclusive avanzados laboratorios, aeropuertos y helipuertos clandestinos.

Con la finalidad de combatir estas actividades delictivas el gobierno del Perú aprobó el Decreto Legislativo 22095 “Ley de represión del tráfico ilícito de drogas” y el Decreto Legislativo 824 “Ley de lucha contra el tráfico ilícito de drogas” para combatir este ilícito penal²⁸.

Para apreciar la magnitud del problema de las drogas en el país, cabe mencionar que a nivel nacional se reportó un total de 56,516 personas detenidas, donde el delito de tráfico ilícito de drogas registró 12,019 casos²⁹.

La fuente de esta información es el Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a la Pena Privativa de la Libertad Efectiva-RENADESPPLE que administra el Ministerio público³⁰ donde se identifica a las personas detenidas por las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional por mandato judicial. Durante el año 2009 un total de 54,730 personas fueron detenidas e incluidas en este Registro (22,548 en Lima).

El Ministerio Público, como organismo constitucionalmente autónomo cuenta con fiscales especializados que tienen una cobertura nacional para realizar sus intervenciones y operativos. Existen 17 Fiscalías Especializadas en Tráfico Ilícito de Drogas, las cuales realizan una serie de operativos a nivel nacional conjuntamente con la Sección Antinarcóticos de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica (NAS) y la Dirección Nacional contra las Drogas (DINANDRO) y la Policía Nacional.³¹

Cuadro 33 - Carga laboral de los Fiscales antidrogas – Año 2009

Intervenciones	Total		
Nº de Operativos	1,856	Nº personas intervenidas	13,549
Nº de Intervenciones	1,728	Nº personas detenidas	1,873
Nº de Hallazgos	356		
Diligencias			
Registro Personal	5,102	Entrevistas	1,694
Registro Domiciliario	1,374	Verificación / Constatación	555
Registro de Embarcaciones Fluviales	82	Peritajes	960
Registro Vehicular	4,216	Reconocimientos	575
Manifestaciones	3,168	Inmovilización	20

²⁸ Fuente: Anuario estadístico 2009 del Ministerio Público – Fiscalía de la Nación. Existen 17 Fiscalías provinciales especializadas en delitos de tráfico ilícito de drogas y un total de 35 fiscales en asuntos de tráfico de drogas. También existe la Fiscalía Coordinadora de las Fiscalías Superiores y Provinciales especializadas contra la criminalidad organizada, la cual durante el año 2009, registró un total de 523 expedientes y 269 denuncias e investigaciones. Entre los delitos conexos a la criminalidad organizada encontramos al Tráfico Ilícito de Drogas y la Trata de Personas.

²⁹ Fuente Boletín informativo N° 1 del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a la Pena Privativa de la Libertad Efectiva-RENADESPPLE <http://www.mpfn.gov.pe/renadespple/servicios.php>

³⁰ Creado por la Ley 26295 en lo cual se encarga su administración y organización al Ministerio Público.

³¹ A nivel de fiscalías provinciales penales y mixtas a nivel nacional, se registraron un total de 6,854 casos relacionados con tráfico ilícito de drogas, de los cuales el TID atenuado fue un 43.7% (2,997), la microcomercialización el 27.2%(1,865), TID (promueve, favorece o facilita) 11.2% (769), TID (dos o mas personas u organización) con 6.2% (420), el consumo personal 4.5% (307) y otros tipos 7.2% (496).

Intervenciones	Total		
Droga Incautada (Kg.)			
PBC	5,912.28	Marihuana	1,782.00
Clorhidrato de Cocaína	5,752.22	Opio / Látex	60.313
Cultivos Ilícitos - Errad./Neutralización			
Hoja de Coca		Marihuana	
. Hectárea	36	. Hectárea	15
. Plantones	100	. Plantones	5393
. Semillas	2.028	. Semillas	0.173
Amapola		Insumos Químicos decomisados o neutralizados	
. Plantones	96	Kilos	371,179.44
. Semillas	40000	Litros	45,506.26
Verificación de Usuarios del IQF	549	Campamentos destruidos	30
Laboratorios destruidos	96	Pozas de Maceración destruidas Y decantadas	354
Incautaciones			
Armamentos		Vehículos	2
. Armas	50	. Incautadas	76
. Municiones	1145	. Siniestradas	1
Embarcaciones		Equipos de Comunicación	568
. Incautadas	3	Inmuebles	13
. Siniestradas	4		
Dinero		Procedimiento Especial	
. Soles	99,733.64	. Agente Encubierto	24
. Dólares	19,068.47	. Remesa Controlada	20
Denuncias Formalizadas	1035	. Peticionados	1

Fuente: Formatos remitidos por Fiscales antidrogas- Anuario 2009 Ministerio público

Los siguientes datos nos permiten dimensionar las actividades realizadas por las fiscalías a nivel nacional:

Por otro lado, la Policía Nacional del Perú tiene entre sus funciones la recepción de denuncias de la población. La denuncia es la manifestación de una persona ante la Policía o ante el Fiscal, sobre la posible comisión de un delito. Las denuncias recibidas por la PNP durante el

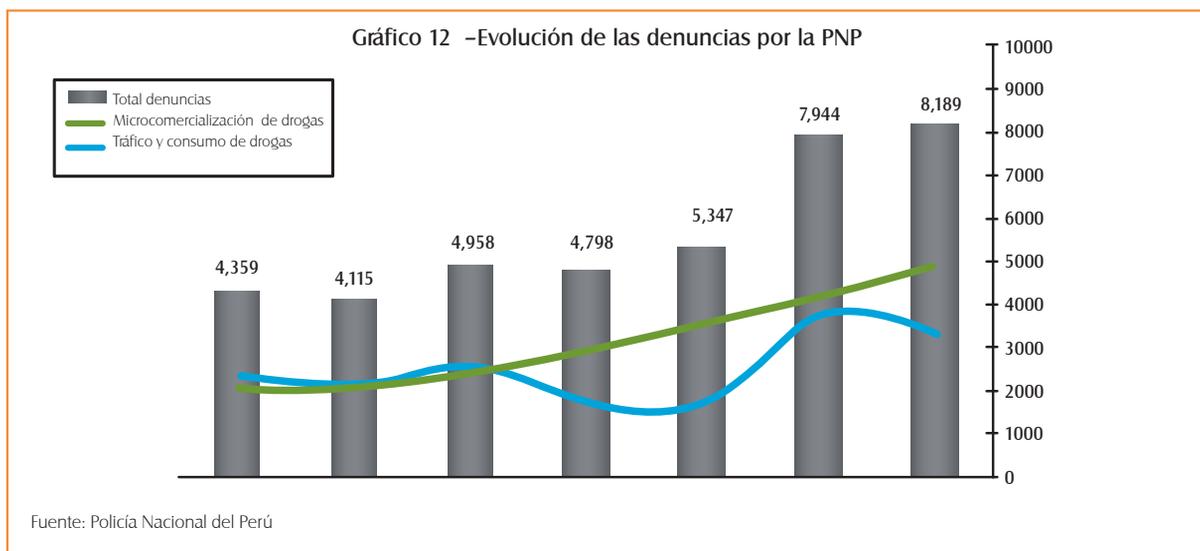
periodo comprendido entre el 2002 al 2008 relacionadas con el tráfico y consumo de drogas se presentan en el siguiente cuadro:

Los detenidos por la PNP durante el periodo comprendido entre el 2002 al 2008 se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 34 – Denuncias recibidas por la PNP por tipo de delito

Denuncias	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tráfico y consumo de drogas	2307	2113	2532	1874	1723	3719	3344
Micro comercialización de drogas	2052	2002	2426	2924	3624	4225	4845
Total	4359	4115	4958	4798	5347	7944	8189

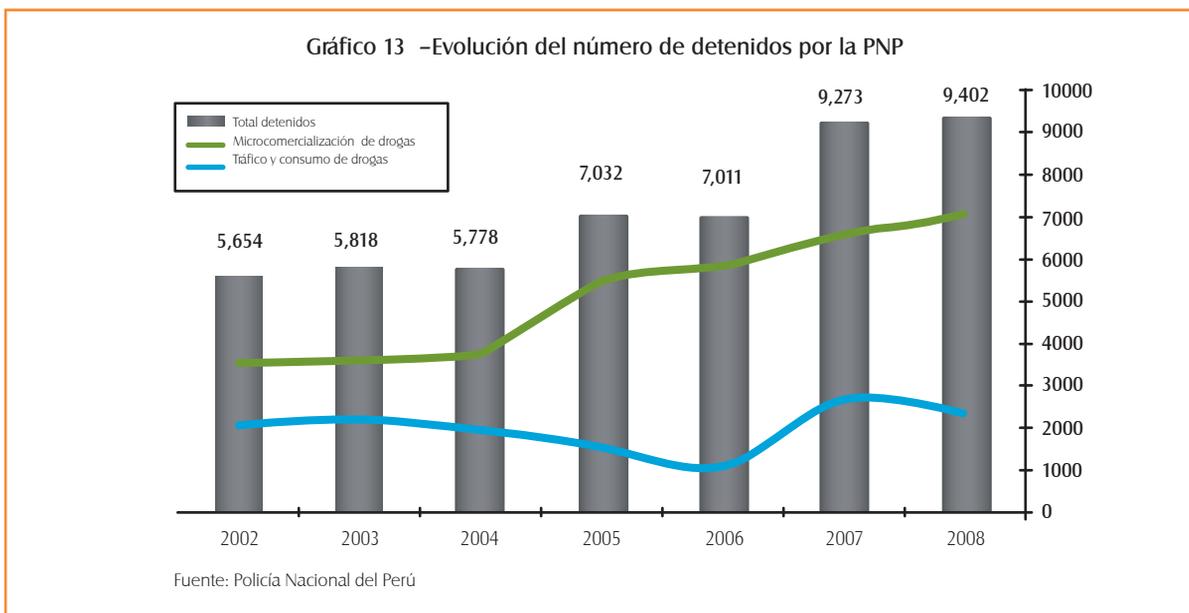
Fuente: Policía Nacional del Perú



Cuadro 35 – Detenidos por la PNP por tipo de delito

Detenidos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tráfico y consumo de drogas	2082	2204	1992	1510	1185	2679	2372
Micro comercialización de drogas	3572	3614	3786	5522	5826	6594	7030
Total	5654	5818	5778	7032	7011	9273	9402

Fuente: Policía Nacional del Perú



En la Policía Nacional del Perú la dependencia específica para drogas es la Dirección Antidrogas (DIRANDRO). Es la encargada de los arrestos por posesión, consumo y demás actividades delictivas asociadas a las drogas. Para el presente estudio y según este indicador, en el siguiente cuadro se especifican las estadísticas de los últimos cinco años, respecto a los arrestos por porte y consumo de SPA:

B) PRESOS POR CRÍMENES Y DELITOS ASOCIADOS CON CONSUMO

La Unidad de Estadística del Instituto Nacional Penitenciario, es la entidad de donde se obtienen los datos de las personas privadas de la libertad que son detenidas e ingresadas a un penal como consecuencia de algunas de las acciones incluidas en el tráfico ilícito

Cuadro 36 - Arrestos por posesión y consumo de drogas

Arrestos	2006	2007	2008	2009	2010
Posesión	1.133	1.837	2.494	2.974	2.141
Consumo	5.609	7.261	7.466	7.276	3.715

Fuente: Policía Nacional del Perú

Esta información es congruente con lo reportado en secciones anteriores, en relación a las personas en prisión (con o sin condena), quienes en mayor proporción entran al sistema penitenciario por problemas de consumo de SPA.

de drogas; asimismo se proporciona información sobre los crímenes asociados al consumo de alguna SPA. Dichas estadísticas responden a la realidad a nivel nacional y son consolidadas en Lima.

A continuación se especifican las estadísticas de aquellas personas presas por delitos asociados a SPA, específicamente con relación al tráfico ilícito de drogas -TID:

C) COSTOS DE AUSENTISMO

Los costos por ausentismo están ligados a las pérdidas

Cuadro 37 - Población Penal Por Periodos según Delitos Genéricos y Específicos

Datos Genéricos	Datos Específicos	Información al año:				
		2004	2005	2006	2007	2008
Contra la Seguridad Pública	Tenencia Ilegal de Armas	339	402	468	595	681
	Otros	100	120	64	78	125
	Tráfico Ilícito de Drogas	7153	7765	8445	9652	11123

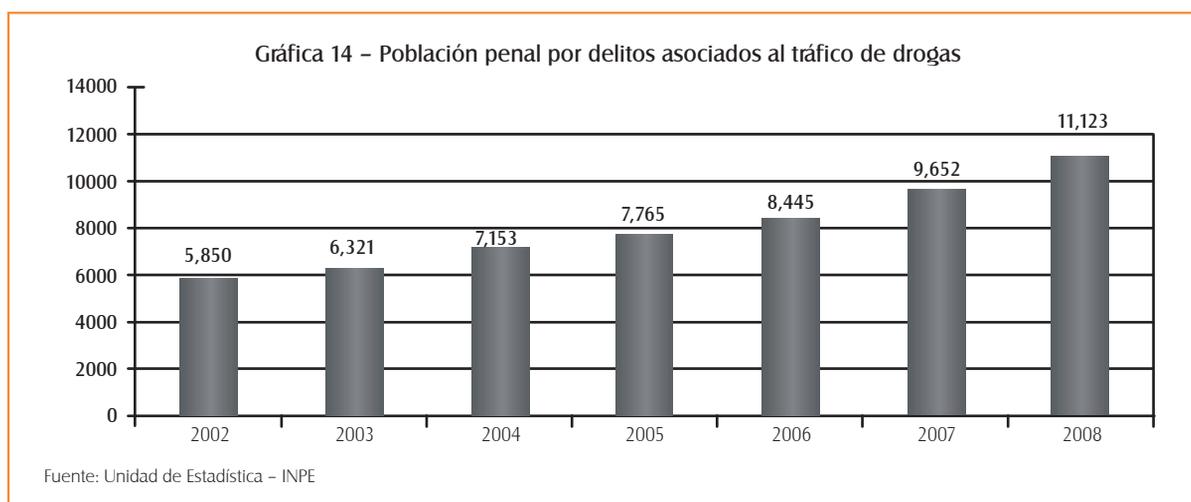
Fuente: Unidad de Estadística - INPE

Este TID se incluye como delito contra la Seguridad Pública, junto con la tenencia ilegal de armas y otros asociados. Sobre los tipos de delitos asociados al tráfico o consumo, desde el 2005 al 2008 el tráfico y consumo de drogas ha ido en incremento, seguido de la micro-comercialización.

que se generan como consecuencia de la pérdida a nivel de la productividad laboral. En la desagregación del siguiente indicador se presentaran los resultados para ambos indicadores que han sido utilizados para la determinación de costos que se presentan en la primera parte del documento.

A continuación se muestra una gráfica con la evolución de la población penal por delitos asociados al tráfico ilícito de drogas.

Por lo que se analizara los resultados encontrados en la III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú- 2006 en el capítulo referente



Es importante mencionar que a partir del año 2002 en el Perú no se considera el consumo de drogas como delito, por lo que el registro mostrado incluye solo los casos de consumidores que portaban en el momento de su detención una cantidad de sustancias mayor a la permitida por ley, siendo registrada la denuncia por delito de tráfico ilícito de drogas.

a Consecuencias del consumo de drogas.

Con respecto al riesgo de accidentes en usuarios y no usuarios de drogas, el 5.2% de los entrevistados manifestó que había sufrido algún accidente o lesión en lo que va de su vida. Mientras que el 3% declaró



que había tenido algún accidente de tránsito (choque, atropello, volcadura, etc.).

Este estudio encuentra que el riesgo de accidentes llega a ser el doble – en el caso específico de los accidentes de tránsito – en los usuarios de alcohol comparados con las personas que no reportan un uso actual y reciente de estas sustancias.

riesgo psicosocial entre los usuarios de alcohol y otras drogas.

D) PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD LABORAL

Los costos de pérdida de productividad son costos

Cuadro 38 - Riesgo de accidentes en usuarios y no usuarios de drogas

Tipo de accidentes	Tasa de accidentes	¿Registra uso reciente y/o actual de drogas?					
		Alcohol		Tabaco		Drogas ilícitas	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Prevalencia de vida de accidentes							
Ha tenido algún accidentes o lesión	5.2	6.0	3.9	7.0	4.3	15.1	5.1
Ha tenido algún accidente de tránsito (choque, atropello u otro)	3.0	3.6	1.8	4.4	2.2	8.8	2.9
Prevalencia anual de accidentes							
Ha sufrido algún accidentes en los últimos 12 meses que le ha impedido realizar sus actividades habituales por uno o más días	5.0	5.5	4.2	6.0	4.5	11.4	5.0

Fuente: III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú- 2006

En el caso de los usuarios de drogas ilícitas, el riesgo de accidentes llega a ser hasta 3 veces más alto – en el caso específico de los accidentes de tránsito-, comparados con las personas que no reportan consumo reciente o actual de este tipo de sustancias.

Con respecto al riesgo psicosocial el estudio encontró que la incidencia de comportamientos de riesgo tiende a ser significativamente más alta en los usuarios de drogas, sobre todo entre los consumidores de sustancias ilegales, en que el riesgo psicosocial llega a ser 18 veces más alto – en el caso de los que reportan que han tenido problemas con la policía- comparados con los que no hacen uso de este tipo de drogas.

Además las peleas y agresiones con terceros, el tener relaciones sexuales sin protección, los problemas familiares, la pérdida del empleo, el retiro de los estudios, la incidencia en el bajo rendimiento educativo y laboral, entre otros, son los que conllevan un mayor

indirectos que sufre una sociedad por una disminución en las personas laboralmente activas por un periodo determinado, lo que repercute en la economía de un país.

En el ámbito laboral se puede demostrar con claridad que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva reduce el rendimiento y la productividad, independientemente la sustancia que sea.

El abuso de SPA por parte de las personas laboralmente activas reduce la cantidad de tiempo que dedican a su trabajo (ausentismo o retardos), afecta negativamente la productividad (menor calidad, menor esfuerzo, menor concentración) afectando indirectamente la productividad de sus compañeros de trabajo y la de sus alrededores.

Cuadro 39 - Riesgo psicosocial en usuarios y no usuarios de drogas

Comportamiento de riesgo	Total	¿Registra uso reciente y/o actual de drogas?					
		Alcohol		Tabaco		Drogas ilícitas	
		Si	No	Si	No	Si	No
Ha tenido relaciones sexuales sin protección	17.5	21.1	11.5	21.4	15.4	53.7	17.2
Ha sido víctima de asalto o robo	16.7	18.7	13.3	20.3	14.8	19.8	16.6
Ha tenido problemas con su pareja y/o con sus amigos	12	14.3	8.1	17.1	9.2	50.3	11.6
Ha tenido problemas en sus relaciones familiares	11.3	13.1	8.2	14.3	9.7	45.2	10.9
Se ha endeuda, perdido dinero o ha tenido que vender sus cosas	8.6	9.9	6.4	11.0	7.2	28.2	8.4
Ha faltado al trabajo o a la escuela	7.9	8.5	7.0	9.3	7.2	17.3	7.8
Se ha peleado a golpes o ha agredido a alguien	6.0	7.1	4.0	9.3	4.2	49.1	5.5
Ha tenido problemas en su rendimiento educativo o laboral	5.0	4.8	5.2	5.4	4.7	16.5	4.9
Ha sido hospitalizado o internado de emergencia	3.7	3.3	4.5	3.5	3.8	6.5	3.7
Ha perdido el empleo o dejado los estudios	2.1	2.5	1.3	2.9	1.5	8.3	2.0
Ha tenido relaciones sexuales no deseadas	2.0	2.4	1.4	2.6	1.7	8.8	1.9
Ha tenido problemas con la policía	1.5	2.0	0.9	2.7	1.0	23.9	1.3

Fuente: III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú- 2006

En el presente estudio, se consideran cuatro fuentes de pérdida de productividad asociadas al consumo de sustancias SPA (ausentismo definitivo, ausentismo de no pacientes, ausentismo de pacientes y ausentismos por problemas judiciales) por lo que se estiman cuatro tipos de costos indirectos y con diferentes metodologías.

D.1) Costos de Pérdida de Productividad: ausentismo por enfermedad – pacientes

El costo de pérdida de productividad debido al ausentismo por pacientes se refiere a las personas que no participaron del proceso productivo durante el año 2009 por encontrarse inhabilitadas a trabajar por estar bajo tratamiento o internación por el consumo de SPA. A tal efecto se consideraron la cantidad de personas bajo tratamiento ambulatoria, residencial, personas hospitalizadas y personas víctimas de violencia por

causas del alcohol. Luego, teniendo en cuenta la cantidad de días promedio de ausentismo (duración del tratamiento o días de estadía en el hospital público o privado) y el ingreso medio diario del total de la población, se calculo el costo.

Considera la misma cantidad de personas que fueron estimadas en el Costo de atención en salud, que contiene los siguientes conceptos para la estimación de costos:

- Pacientes hospital
- Pacientes tratamiento ambulatorio
- Pacientes tratamiento residencial
- Víctimas de violencia por causa de alcohol /drogas

Con respecto al impacto de las drogas en la violencia, cabe mencionar que los reportes proporcionados por la División de Estadística de la PNP, muestra que durante el año 2008 el el 26% de las denuncias por violencia contra



la mujer se dieron cuando el agresor se encontraba bajo los efectos del alcohol o las drogas: 24.6% en estado de ebriedad y 1.3% bajo los efectos de alguna droga. Para la estimación del costo de pérdida de productividad se estimo un promedio de 6 días. Cabe precisar que si la incapacidad que se genera resultado de la violencia es por más de 10 días, se considera delito³².

Los signos de dependencia se determinan cuando las personas que han consumido una sustancia legal durante los últimos 12 meses declaran haber experimentado a menos 3 de las 10 situaciones establecidas de los parámetros del CIE 10 esto es, síntomas de privación, tolerancia, y uso compulsivo.

Cuadro 40 - Denuncias por violencia contra la mujer, según consumo de alcohol y otras drogas en el agresor como motivo declarado de la agresión

Motivo de la Agresión	2005	2006	2007
1) Problemas de consumo de alcohol en el agresor.	6331	6544	7341
2) Problemas de consumo de drogas en el agresor.	300	473	553
Total	6631	7017	7894

Fuente: Policía Nacional del Perú

D.2) Costos de Pérdida de Productividad: ausentismo por enfermedad – no pacientes

El costo de pérdida de productividad debido al ausentismo por no pacientes se refiere a las personas que no participaron del proceso productivo durante el año 2009 por ausentarse días de sus trabajos a causas del consumo de sustancia psicoactivas. A tal efecto se consideró la cantidad de días de ausentismo laboral asociada al consumo de SPA y se costearon con el ingreso medio diario de la población ocupada.

Según los resultados de la III Encuesta Nacional de Consumo de drogas en la población general del Perú 2006, poco más de medio millón de personas declaran un uso reciente y actual de alcohol presentando dependencia a esta sustancia, dadas las características de su consumo. Este estudio determino que 8.1% de la población eran consumidores con signos de dependencia. Para fines de la determinación del costo del ausentismo por enfermedad de no pacientes, se estimo que el 8.1% de los hombres de 19 a 45 años (un total de 564,204 personas) se ausentaba de su trabajo 10 días al año como resultado del abuso de alcohol.

D.3) Costos de Pérdida de Productividad: ausentismo por problemas judiciales

El costo de pérdida de productividad debido al ausentismo por problemas judiciales se refiere a las personas que no participaron del proceso productivo durante el año 2009 por encontrarse condenados por delitos asociados al trafico de drogas, encartados (arrestados o en fuga) y a personas que tienen infracciones por conducir en estado de ebriedad.

Se tuvo en cuenta la Ley 22095 - Ley de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, y los artículos 296, 298, 300, 301 y 302 del Código Penal haciendo referencia a los sentenciados por Trafico Ilícito de Drogas.

Por otro lado, la cantidad de personas consideradas fuera del mercado laboral por estar privadas de libertad en cárceles son las personas condenadas o sentenciados por delitos por infracción al Decreto- Ley 19505.

Se considero los siguientes conceptos para la estimación de costos:

- Condenados por delitos asociados al tráfico
- Detenidos
- Infracciones por conducir estado de ebriedad

³² Código penal

En este último caso en el país se aplica la sanción de retiro de la licencia de conducir por espacio de un año en el caso de conducir en estado de ebriedad.

La duración de días de condena es un dato aun impreciso, debido a que el sistema penitenciario agrupa a todos como personas encarceladas y otras con sentencia. Se ha considera 365 días al año por cada persona privada de la libertad.

Resultados

Los costos asociados a las consecuencias laborales (productividad) representan:

- 69.7 millones de US\$ en costos de ausentismo por enfermedad de no pacientes, pero trabajadores
- 58.3 millones de US\$ en costos de ausentismos por enfermedad de pacientes: pacientes hospitalizados \$ 2.9 millones, pacientes en tratamiento ambulatorio \$ 51.1, pacientes en tratamiento residencial \$ 3.6 millones y víctimas de violencia por causa del alcohol 585 mil US\$.
- 44.1 millones de US\$ por costos de ausentismo por problemas judiciales (condenados por delitos asociados al tráfico \$ 35.9, detenidos o en fuga- \$ 2.4 y \$ 5.8 en infracciones por conducir en estado de ebriedad).

Cuadro 41- Costo de las consecuencias laborales

Ausentismo por enfermedad - Pacientes (a)		Número	Días de tratamiento /estancia	Costo diario	Miles US \$	
Pacientes hospital		2,719	89	\$ 12	\$ 2,974	\$ 58,261
Pacientes tratamiento ambulatorio		11,492	360	\$ 12	\$ 51,077	
Pacientes tratamiento residencial		816	360	\$ 12	\$ 3,625	
Víctimas de violencia por causa de alcohol /drogas		7,894	6	\$ 12	\$ 585	
Ausentismo por enfermedad - No pacientes (b)	Parámetro	Personas	Días de ausencia laboral	Costo diario	Miles US \$	\$ 69,655
Abuso estimado menos Pacientes	8.1%	564,204	10	\$ 12	\$ 69,655	
Ausentismo por problemas judiciales (c)		Personas	Días de ausencia laboral	Costo diario	Miles US \$	
Condenados por delitos asociados al tráfico		4,264	360	\$ 23	\$ 35,951	\$ 44,131
Detenidos (arrestados o en fuga)		10,250	10	\$ 23	\$ 2,401	
Infracciones por conducir en estado de ebriedad		15,835	365	\$ 1	\$ 5,780	

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

(a) El número de pacientes hospitalizados y en tratamiento ambulatorio se cálculo con las estadísticas de los Hospitales Nacionales que tratan adicciones del MINSA, ESSALUD y la información estimada por organizaciones privadas. Así como la información sobre estancia hospitalaria y días de tratamiento en función a la información. La estimación sobre cantidad de víctimas de violencia por causa del alcohol y días de tratamiento se calculo con la información del Centro de emergencia mujer. Cabe precisar que la legislación establece que si se producen más de 10 días de incapacidad es delito.

(b) El número de personas con ausentismo que no son pacientes se estimo en función al estudio Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006 que indica que son 8.1% el porcentaje de consumidores del año de alcohol que muestran signos de dependencia. Se estimo sobre el número de varones de 19 a 45 años determinados por el Censo 2007.

(c) El costo diario ha sido calculado en función al Presupuesto anual del Instituto Nacional Penitenciario dividido entre el número total de personas privadas de la libertad - PPL durante un año. El costo de infracciones por conducir en estado de ebriedad se determino en función al costo de traslado al serles retirado por un año la licencia de conducir a los infractores.

E) PÉRDIDA ECONÓMICA POR MORBILIDAD

La pérdida económica por morbilidad tiene varios elementos costo de la atención médica, gastos administrativos relacionados a procesos de trámite de incapacidades laborales y subvenciones de invalidez por enfermedades. La atención a los problemas derivados de la morbilidad es un gasto para el estado, pero en el caso particular del Perú también para las familias.

Por lo que otro aspecto que debe considerarse relacionado a los costos económicos de la morbilidad es el relativo a los Pagos de usuarios. Es necesario enfatizar el hecho que los gastos relacionados a la atención de salud, específicamente las medicinas son asumidas mayormente por los pacientes, representando un gasto de bolsillo que debe ser asumido por las familias o el propio paciente.

Sólo en el caso de pacientes afiliados regulares de ESSALUD, el costo total es asumido por la institución, sin embargo sólo el 20% de la población se encuentra afiliado a la seguridad social, lo cual es un reflejo de la informalidad de las relaciones de trabajo. Para los afiliados al Seguro integral de salud, bajo el régimen de subsidiados o semi-contributivo, el tratamiento de adicciones no está incluido en el Listado priorizado de intervenciones sanitarias – LPIS, sin embargo excepcionalmente el SIS podría cubrir el tratamiento.

para la atención en salud representa sólo un 4.2% del total del gasto por concepto de atención médica.

Resultados

Los costos de atención en salud corresponden a \$ 50.3 millones, los cuales refieren \$ 20.7 millones a tratamientos ambulatorios, \$ 6.0 millones a admisiones hospitalarias, \$ 4.9 millones a tratamientos residenciales, \$ 710 mil al tratamiento de víctimas de violencia por causa de drogas o alcohol, \$ 3,0 millones por costos asumidos por los seguros de accidentes de tránsito causados por consumo de alcohol y \$ 15,0 por costos de rehabilitación de secuelas de accidentes de tránsito ocasionado por consumo de SPA.

Los costos diarios de los tratamientos ambulatorios y residenciales han sido calculados en función del estudio indagatorio con los proveedores (hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas).

Los datos de siniestralidad del SOAT nos indican un costo anual por atención médica de 30 millones de US \$ anuales (indicador 8: Destrucción de activos fijos) mientras que el Instituto Nacional de Rehabilitación estima que el costo anual de rehabilitación de accidentes de tránsito es de 150 millones de US \$ (Indicador 2 número de muertes o lesiones graves asociadas a consumo).

Cuadro 42 – Costos en atención a la salud

Entidades Públicas (MINSA/ESSALUD)	Parámetro	Número	Días	Costo diario	Miles US \$	
Admisiones hospitalarias		2,719	89	\$ 25	\$ 6,022	\$ 50,337
Tratamientos ambulatorios		11,492	360	\$ 5	\$ 20,686	
Tratamientos residenciales		816	360	\$ 17	\$ 4,907	
Víctimas de violencia por causa de alcohol /drogas		7,894	6	\$ 15	\$ 710	
Por accidentes de tránsito asumida por SOAT (a)	10%	30,111			\$ 3,011	
Por accidentes de tránsito en rehabilitación (b)	10%	150,000			\$ 15,000	

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010. (a)SBS - SOAT (b) Instituto nacional de rehabilitación

El costo asumido por el estado se ha estimado para el año 2010 en 2.2 millones de US dólares. Si tenemos en cuenta que el costo calculado del gasto de atención asciende a 50.3 millones de US dólares anuales, podemos calcular que el gasto realizado por el estado

Teniendo en cuenta que el 10% de los accidentes de tránsito son ocasionados por el consumo de PSA, el costo por estos conceptos se estima en 3 millones de \$ por pagos de seguro y 15 millones de \$ por gastos de rehabilitación.

E) PÉRDIDA ECONÓMICA POR MORBILIDAD

La pérdida económica por morbilidad tiene varios elementos costo de la atención médica, gastos administrativos relacionados a procesos de trámite de incapacidades laborales y subvenciones de invalidez por enfermedades. La atención a los problemas derivados de la morbilidad es un gasto para el estado, pero en el caso particular del Perú también para las familias.

Por lo que otro aspecto que debe considerarse relacionado a los costos económicos de la morbilidad es el relativo a los Pagos de usuarios. Es necesario enfatizar el hecho que los gastos relacionados a la atención de salud, específicamente las medicinas son asumidas mayormente por los pacientes, representando un gasto de bolsillo que debe ser asumido por las familias o el propio paciente.

Sólo en el caso de pacientes afiliados regulares de ESSALUD, el costo total es asumido por la institución, sin embargo sólo el 20% de la población se encuentra afiliado a la seguridad social, lo cual es un reflejo de la informalidad de las relaciones de trabajo. Para los afiliados al Seguro integral de salud, bajo el régimen de subsidiados o semi-contributivo, el tratamiento de

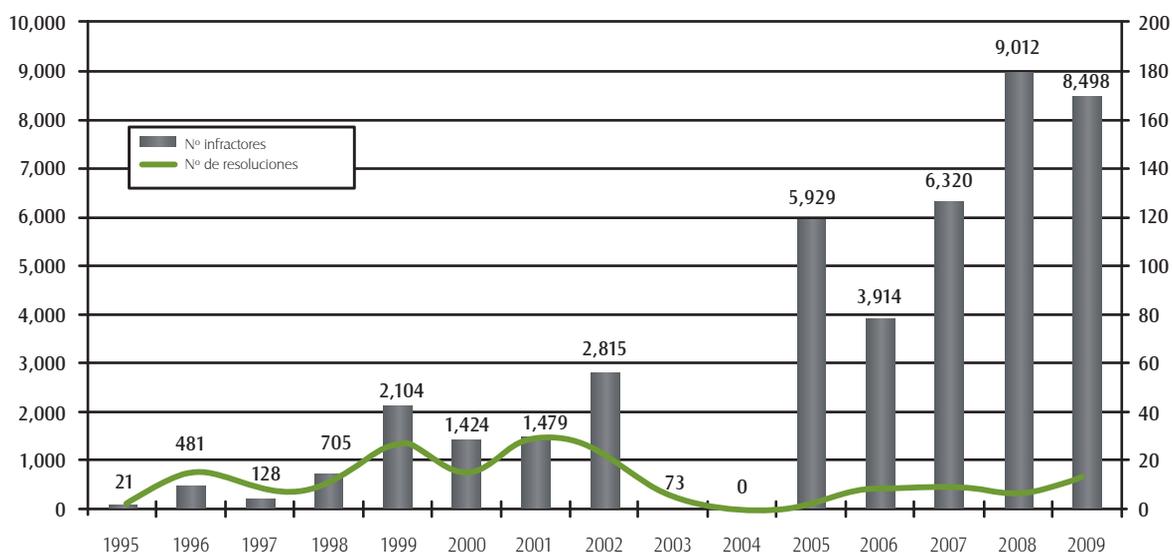
adiciones no está incluido en el Listado priorizado de intervenciones sanitarias - LPIS, sin embargo excepcionalmente el SIS podría cubrir el tratamiento.

El costo asumido por el estado se ha estimado para el año 2010 en 2.2 millones de US dólares. Si tenemos en cuenta que el costo calculado del gasto de atención asciende a 50.3 millones de US dólares anuales, podemos calcular que el gasto realizado por el estado para la atención en salud representa sólo un 6.4% del total del gasto por concepto de atención médica.

Resultados

Los costos de atención en salud corresponden a \$ 50.3 millones, los cuales refieren \$ 20.7 millones a tratamientos ambulatorios, \$ 6.0 millones a admisiones hospitalarias, \$ 4.9 millones a tratamientos residenciales, \$ 710 mil al tratamiento de víctimas de violencia por causa de drogas o alcohol, \$ 3,0 millones por costos asumidos por los seguros de accidentes de tránsito causados por consumo de alcohol y \$ 15,0 por costos de rehabilitación de secuelas de accidentes de tránsito ocasionado por consumo de SPA.

Gráfica 15 - Infracciones y sanciones de tránsito asociados al consumo de alcohol 1995 al 2009



Fuente: Diario el Peruano. Ministerio de transportes y comunicaciones No se cuenta con información de los años 2003 al 2004

Los datos de siniestralidad del SOAT nos indican un costo anual por atención médica de 30 millones de US \$ anuales (indicador 8: Destrucción de activos fijos) mientras que el Instituto Nacional de Rehabilitación estima que el costo anual de rehabilitación de accidentes de tránsito es de 150 millones de US \$

Infracciones y sanciones de tránsito

Para tener una idea de la influencia del consumo de SPA en los accidentes de tránsito, se presenta la información sobre accidentes de tránsito asociados

Cuadro 43 – Costo daños a la propiedad

Tipo de accidentes (*)	Número	Meses	Costo unitario	Miles US \$
Accidentes con muerte	341	20	\$ 7,510	\$ 2,564
Accidentes sin muerte	8,195	10	\$ 3,755	\$ 30,772

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010

(*) El número de accidentes se ha determinado con las estadísticas de la Policía Nacional del Perú y la información de la Secretaría Técnica del Consejo de Transporte de Lima y Callao que ha realizado una serie de estudios con la finalidad de disminuir la cantidad de accidentes de tránsito.

(Indicador 2 número de muertes o lesiones graves asociadas a consumo)

Teniendo en cuenta que el 10% de los accidentes de tránsito son ocasionados por el consumo de PSA, el costo por estos conceptos se estima en 3 millones de \$ por pagos de seguro y 15 millones de \$ por gastos de rehabilitación.

F) IMPACTO SOCIAL POR PÉRDIDA DE BIENES

El costo de Daños a la propiedad incluye los costos de destrucción de activos físicos debidos a accidentes de tránsito sin muerte y con muerte, ya que no se disponen de datos referentes a incendios asociados al consumo de PSA.

Para estimar el costo por accidentes automovilísticos asociados al consumo de SPA, se estimaron los mismos, considerando la cantidad de accidentes de tránsito sin muertes y con muertes.

La fuente de información de los accidentes fue recabada de la Policía Nacional del Perú.

al consumo de alcohol, proveniente del Ministerio de Transporte y Comunicaciones, basándose en el Reglamento Nacional de Tránsito y el Reglamento de Infracciones y Sanciones de Tránsito para los años 2005 al 2008 y del diario oficial El Peruano para los años 1995 al 2003.

Es importante hacer notar el incremento que desde los últimos años se observa frente a casos de accidentes asociados al consumo sobre todo de alcohol, ya que como se mencionó, el dosaje etílico es la prueba de diagnóstico por excelencia que se emplea y es en base a la cual se ha accedido a las estadísticas mostradas.

Asimismo, se debe recordar que en lo que son atenciones y demanda de tratamientos, aquellos que se vinculan al alcohol son los que presentan mayores porcentajes, tal como se mostró en la parte de indicadores de menor complejidad.

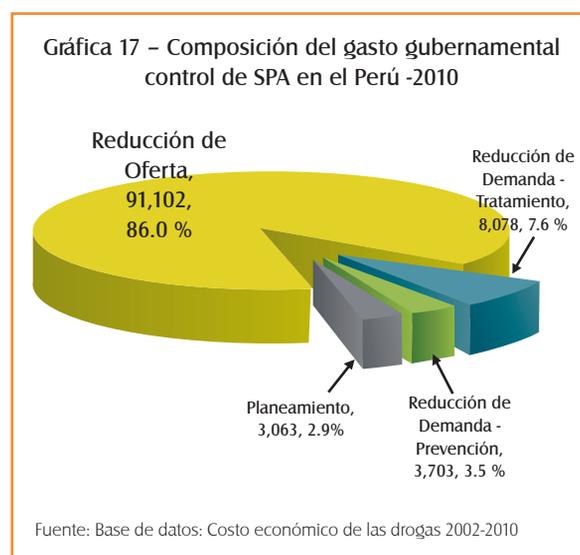
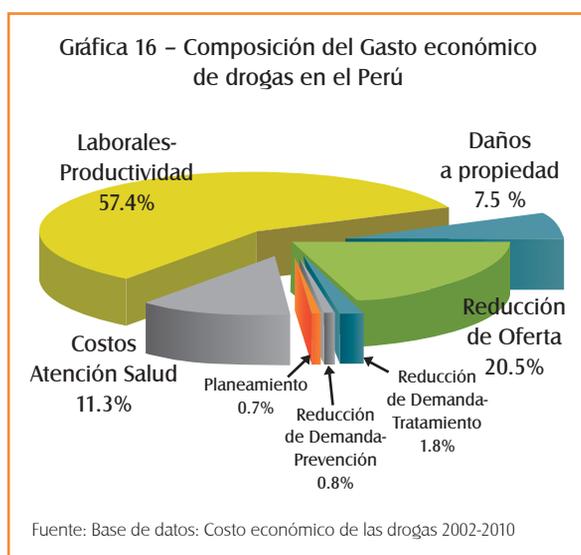
Resultados

³³Fuente: Ministerio de Relaciones exteriores - Perú

Cuadro 44 - Estructura del Costo económico de drogas en el Perú (miles de US \$)

Indicadores	Año 2010	%
Reducción de Oferta	91,102	20.5%
Reducción de Demanda - Tratamiento	8,078	1.8%
Reducción de Demanda - Prevención	3,703	0.8%
Planeamiento (incluye investigación)	3,063	0.7%
Costos Atención de Salud	50,337	11.3%
Laborales-Productividad	255,064	57.4%
Daños a propiedad	33,336	7.5%
Total	444,683	100.0%

Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010



El costo unitario estimado de destrucción de activos físicos por accidentes con muerte se estima en 7,500

US \$, mientras que para los accidentes sin muerte se estima en 3,755 US \$, teniendo en cuenta que los accidentes involucran dos vehículos.

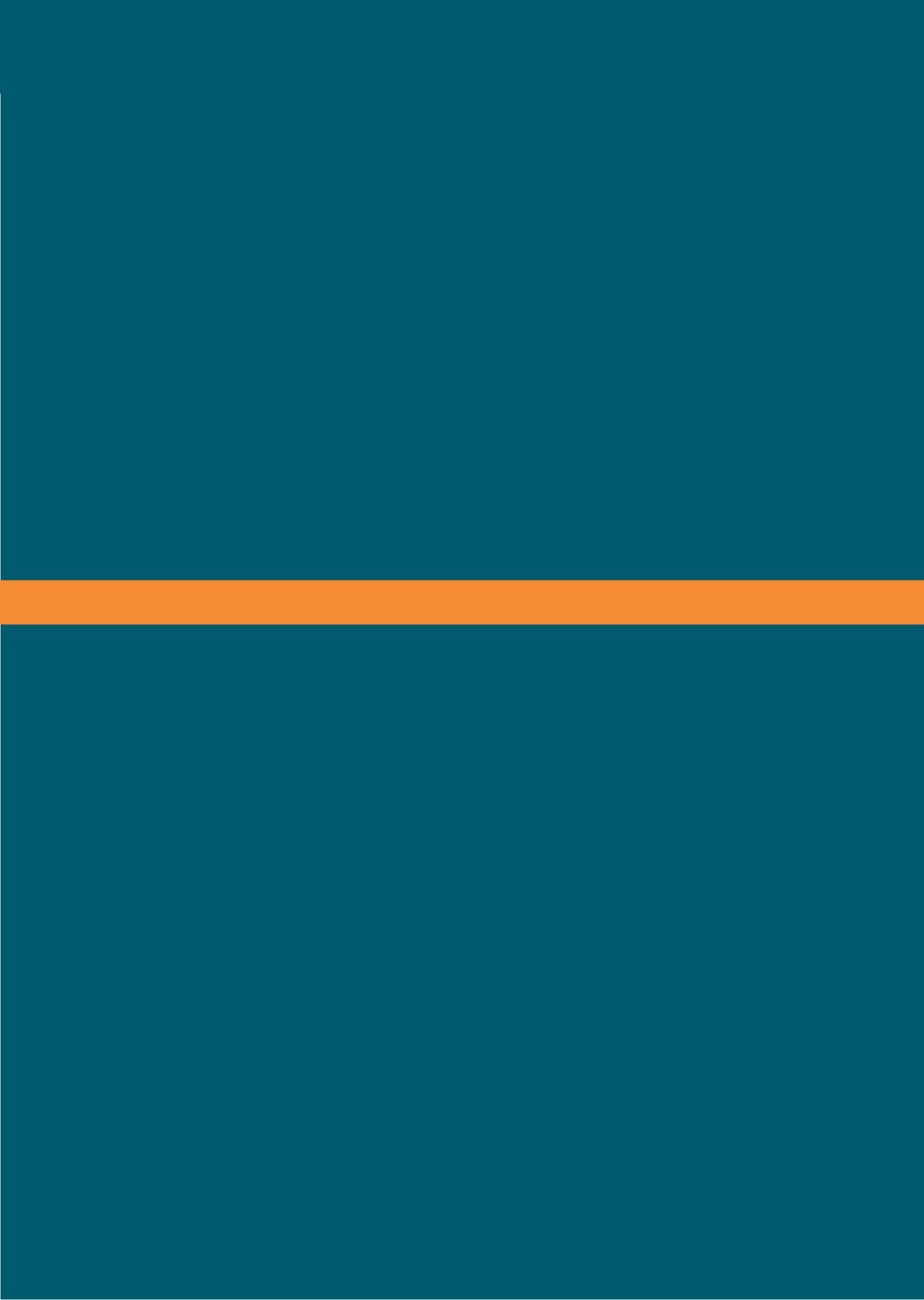
Los costos de daños a la propiedad se identifican 33.336 millones de US\$; correspondiendo a accidentes con muertes un total de \$ 2.564 millones y a accidentes sin muerte \$ 30.772 millones.

Cuadro 45 - Estructura del gasto gubernamental control de SPA en el Perú

Indicadores	Año 2010	%	Años 2002-2010	%
Reducción de Oferta	91,102	86.0%	374,835	86.3%
Reducción de Demanda - Tratamiento	8,078	7.6%	23,326	5.4%
Reducción de Demanda - Prevención	3,703	3.5%	11,354	2.6%
Planeamiento (incluye investigación)	3,063	2.9%	25,062	5.8%
Total	105,946	100%	434,578	100%

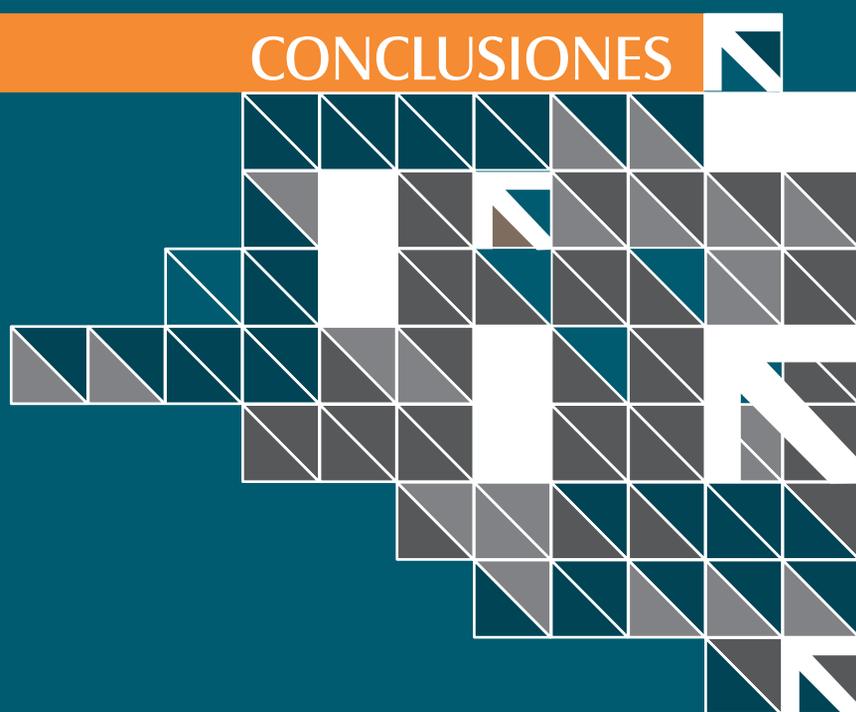
Fuente: Base de datos: Costo económico de las drogas 2002-2010





VI

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1. Se ha determinado que el costo de la problemática de las drogas en el Perú es de 444.7 millones de US\$ anuales, lo que corresponde a cerca de US\$ 16 dólares per cápita. La magnitud del problema representa un 0.2% del Producto Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245.4 millones de US\$ o 8.7 US\$ per cápita, a drogas ilegales 192.3 millones de US\$ o 6.8 US\$ per cápita y al tabaco 7 millones de US\$ con 0.2 US\$ per cápita.
2. Para la estimación se han seguido los lineamientos establecidos en el Manual de Investigación para el programa de la CICAD para calcular los Costos Sociales y Económicos de las drogas en las Américas, sin embargo durante el desarrollo del estudio se identificaron elementos que no se consideraron cuando se inició la búsqueda de información y que responde a la realidad de nuestro país.
3. La mayor parte de los indicadores han sido estimados en función de la información disponible a la fecha resultado de reportes y estadísticas disponibles de las instituciones (datos programáticos) completándose con estimaciones de costos unitarios. Con respecto al indicador Gastos gubernamentales directos, existen sistemas nacionales de administración financiera (SIAF) y adquisiciones (SEACE) que permiten obtener información detallada sobre los conceptos de gastos destinados a actividades para atender la problemática del consumo y tráfico de drogas. Cabe precisar que en esta guía se ha consignado el monto total del gasto sin diferenciar la fuente de financiamiento (que en algunos años provino de recursos de cooperación internacional)
4. De acuerdo a la metodología planteada, no se han incluido los gastos realizados por organizaciones sin fines de lucro – ONG que trabajan en el tema de drogas, instituciones que en su mayoría se financia con recursos de cooperación externa.
5. El presente estudio ha representado una búsqueda permanente de información procedente de diferentes sectores públicos y privados, lo que ha permitido identificar las condiciones en que se registra, reporta y fluye la indagación relacionada a los datos estadísticos que ayudan a comprender mejor el fenómeno asociado al abuso de SPA.
6. Cada institución tiene sus propios sistemas de registro que responden a las necesidades propias de cada una por capturar datos y darle el uso necesario para beneficio propio. Así encontramos que para algunos indicadores la información no necesariamente hace referencia al interés que desde el CICAD se han ido generando para los diferentes países que conforman la OEA.
7. El uso que cada institución da a la información registrada es diverso y no siempre responde a cuestiones metodológicamente orientadas, en consecuencia hay datos que se dejan de registrar y en otros casos esta no necesariamente es de interés prioritario.
8. Como es bien sabido, el tema del recojo, procesamiento y análisis de datos estadísticos demanda de un tiempo que, algunas veces, no todas las personas involucradas pueden disponer, sobre todo cuando el personal cuenta con otras funciones que hacen difícil contar con datos actualizados.
9. Se ha identificado que respecto al sector salud, específicamente en el Ministerio de Salud, los tres hospitales

referenciales para la atención de problemas de salud mental y del comportamiento, incluyendo conductas adictivas, el registro de información es diferente y en consecuencia los reportes también lo son. Esto hace difícil acceder a datos que ayuden a contar con información precisa respecto al fenómeno del consumo de drogas en el país con insumo estadístico común.

10. Otra dificultad encontrada se centra en que no en todos los lugares es posible hallar datos desagregados para las diferentes sustancias psicoactivas, es más frecuente localizar datos específicos para alcohol, pero no así para otras drogas con elevado consumo en el país, como por ejemplo, el uso de tabaco.

11. Una variable importante es encontrar que el consumo y sus consecuencias en la salud se concentran sobre todo en la población masculina relativamente joven, la misma que hace mención a la población económicamente activa y todas las implicancias que este abuso de drogas representa en aquella población trabajadora.

12. También es de destacar las consecuencias en la estructura social respecto a la desintegración familiar que este abuso de SPA representa y su repercusión al interior del hogar ocasionando dificultades para mejorar las condiciones de vida de sus miembros, incluyendo el incremento de capacidades para generar en el futuro, mayores ingresos y todo lo que implica a nivel del estado de bienestar.

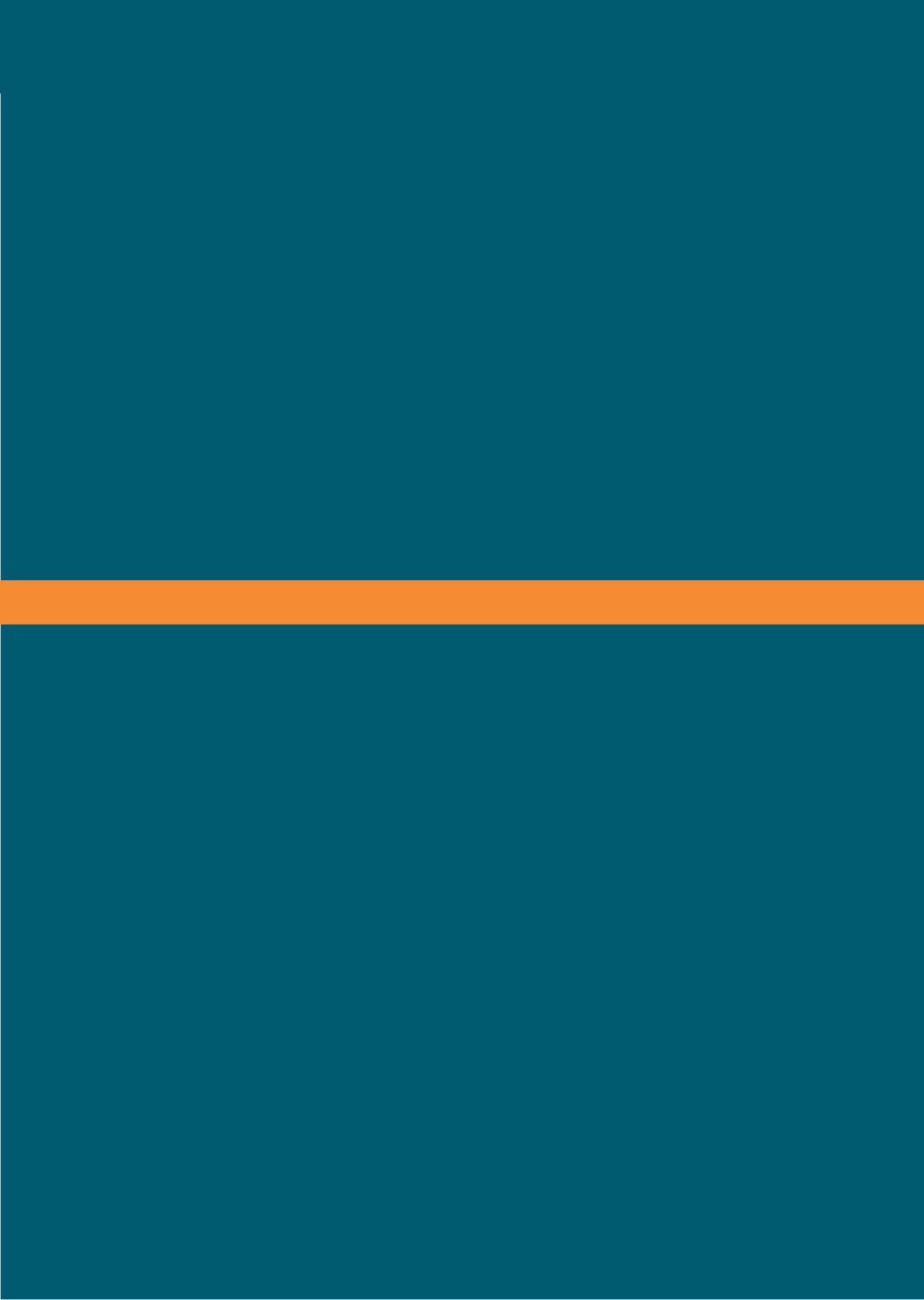
13. Respecto al sistema de información RIDET, desarrollado por el Observatorio Peruano de Drogas, se identifica como un importante esfuerzo por acceder a información de diferentes sectores. Su proceso de implementación deberá ir generando aprendizajes para poder trabajarlos con los diferentes sectores.

14. Considerando que RIDET está en validación, los datos que ahí se consolidan aún están en un nivel parcial.

15. Por otro lado, respecto a las estadísticas referentes a otras instituciones como la relacionada a las personas privadas de la libertad o aquellas que son arrestadas, el acceso a la información no ha generado mayor dificultad.

16. Cabe resaltar la importancia de acceder a información cualitativa a través de entrevistas y conversaciones con actores clave, lo que ha permitido llegar a variables explicativas para comprender mejor el fenómeno asociado al consumo de SPA, ya que las estadísticas muchas veces no dejan percibir otros componentes relacionados a esta problemática socio económica.





VII

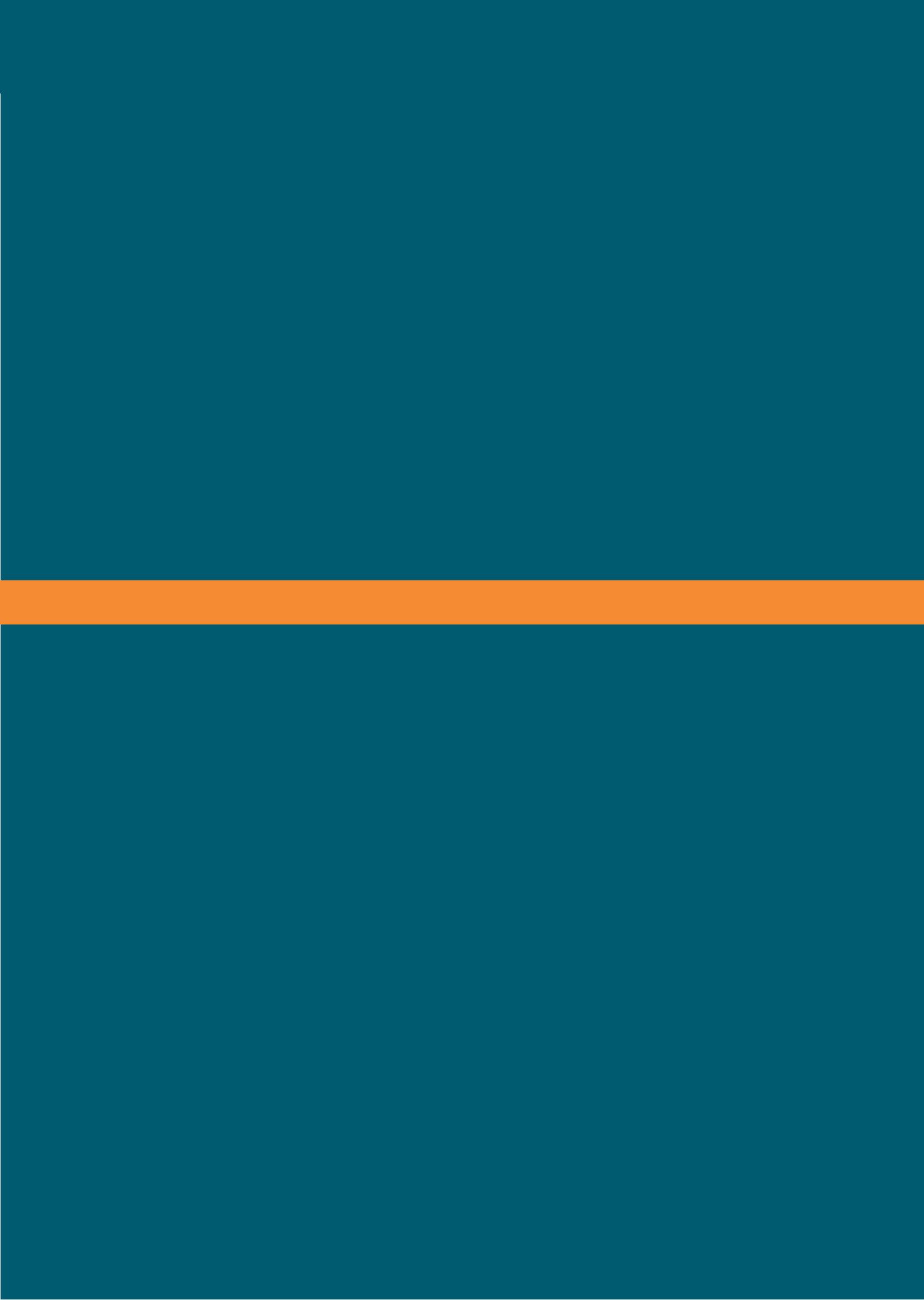
RECOMENDACIONES





RECOMENDACIONES

1. La información existente y recabada permitió estimar el costo total de la problemática del consumo de drogas en el país y lo que representa en cuanto a gasto del Estado. Sin embargo, el estudio evidenció:
 - a. El registro de información para los diferentes indicadores no es uniforme en cuanto a rigurosidad y flujo en el procesamiento, así encontramos datos hasta el 2010 y otros hasta el 2008 no actualizados. Se recomienda socializar los datos encontrados para poner en evidencia los vacíos de información encontrados.
 - b. En algunas instituciones no existe un sistema de monitoreo como tal, en consecuencia para el personal a cargo del registro, procesamiento y análisis de la información, todo esto representa una actividad adicional. En tal sentido, sería importante que se pueda gestionar con las instituciones vinculadas al tema del consumo de SPA de los diferentes sectores del Estado y del ámbito privado, la necesidad de mejorar sus sistemas de monitoreo para que también puedan contar con personal especializado y destinado para estos fines.
2. Es importante saber también que no toda la información existente responde a los indicadores tomados como referencia para el presente estudio. Entonces, será primordial que desde DEVIDA se incida en las organizaciones del Estado por empezar a recoger algunos datos que ayudarán a conocer mejor la magnitud del fenómeno de las drogas y que a su vez permitirán orientar mejor las políticas para enfrentar este problema.
3. En lo que se refiere a los tres hospitales nacionales de referencia del Ministerio de Salud, será importante sugerir una estructura homogénea para el recojo de información de cada año, lo que permita contar con datos estandarizados y que ayuden a conocer mejor cómo se viene dando la demanda y oferta de servicios de salud en torno a las drogas.
4. Idealmente, será a su vez vital tener registros que capturen información por tipo de sustancia, así se podrá tener mayor certeza en el fenómeno asociado a drogas legales e ilegales, lo que ayudará también a conocer de manera más integral la problemática del consumo de SPA en el país.
5. En cuanto a los esfuerzos del Observatorio Peruano de Drogas, será importante que en la RIDET se tome en cuenta la data oficial que se genera en el sector salud y en otros, que si bien no todos responden a los indicadores en cuestión, si hará posible contar con información que desde el sector se genera y está actualizada.
6. De esta manera sería, importante oficializar la plantilla de RIDET y así gestionar para lograr que se registren algunos datos de interés respecto al consumo de drogas que, actualmente, no vienen siendo registrado con el nivel de detalle que requieren parte de los indicadores motivo del presente estudio.



VIII

BIBLIOGRAFÍA

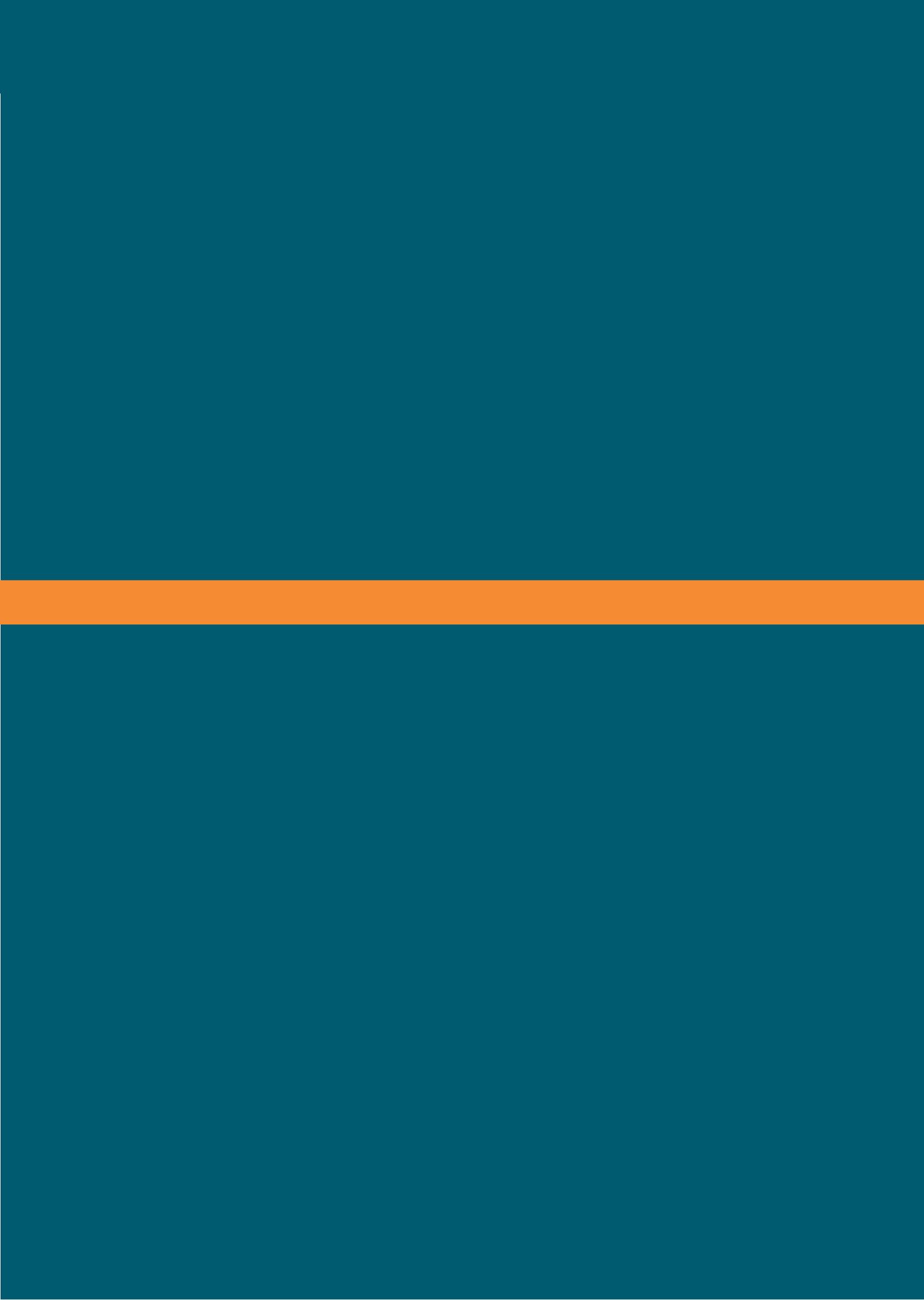


BIBLIOGRAFÍA

- **Augusto Pérez, Ph.D., Ernesto Wilson, M.A.L.S & Juan E. Valencia, M.D.**, "Estudio sobre los Costos Humanos, Sociales y Económicos de las Sustancias Psicoactivas", 2004, NY.
- **DEVIDA-Observatorio Peruano de Drogas**, "Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria del Perú 2005", 2005, Lima-Perú
- **DEVIDA**, "III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú- 2006", 2006, Lima-Perú
- **DEVIDA**, **Información sobre Drogas - Estadísticas en el Perú**", 2006, Lima-Perú
- **DEVIDA**, "Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007 – 2011", 2007, Lima-Perú
- **DEVIDA-Observatorio Peruano de Drogas**, Informe Anual sobre Drogas, 2007, Lima-Perú
- **CEDRO**, "El Problema de las Drogas en el Perú", 2010. Lima Perú.
- **Congreso de la República**, Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 2009, Perú
- Decreto Legislativo N° 635 y modificaciones, Código Penal, 1991, Perú
- **Ministerio de Salud**, "Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas-2008", Lima, 2008
- **Ministerio de Salud**. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú – marzo 2008
- **OEA – Observatorio Interamericano sobre Drogas**, "Pautas Metodológicas para Estudios de Impacto Económico en el Consumo de Sustancias Psicoactivas", En: "Manual de Investigación para el programa de la CICAD para estimar los Costos Sociales y Económicos de las drogas en las Américas", 2006, Washington DC
- **Ministerio Público – Fiscalía de la Nación**, Anuario estadístico 2009, Perú
- **Defensoría del Pueblo**, "Informe defensorial 140 – Salud mental y derechos humanos – Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables", 2009, Perú

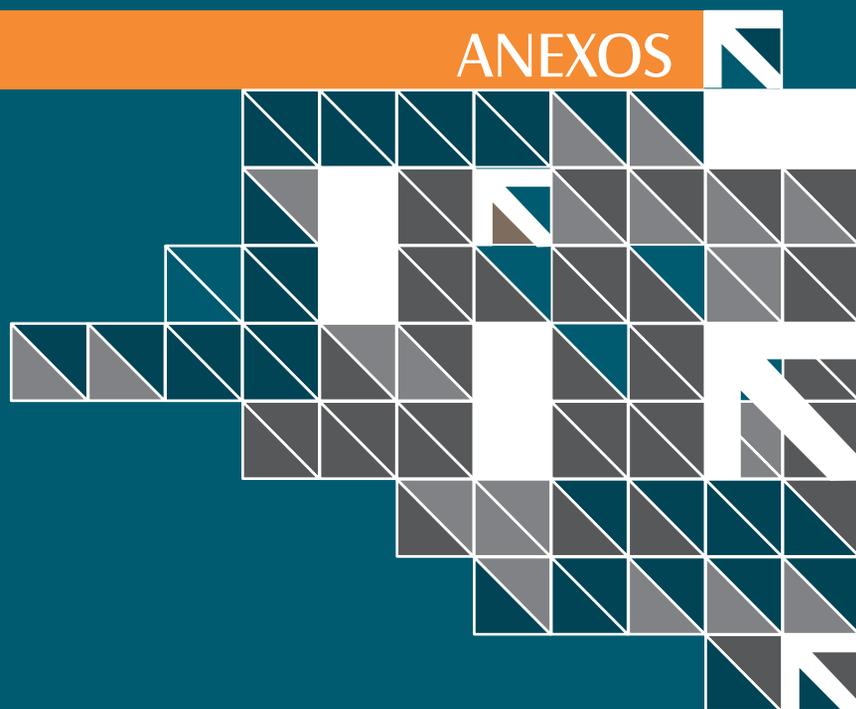
Consulta a las siguientes páginas web:

- <http://www.cicad.oas.org/>
- <http://www.pnp.gob.pe/>
- <http://www.mpfm.gob.pe/iml/index.php>
- <http://www.minsa.gob.pe/hhv/estadisticas.htm>
- <http://www.insm.gob.pe/presentacion.htm>
- <http://www.larcoherrera.gob.pe/>
- <http://www.hhv.gob.pe/>
- <http://www.minsa.gob.pe/hhv/>
- <http://www.opd.gob.pe/>
- <http://www.mef.gob.pe/siaf/>
- <http://www.osce.gob.pe/>
- <http://www.batperu.com>
- <http://www.elcomercio.pe/>
- <http://www.peru21.pe/>
- <http://www.elperuano.pe/>
- <http://www.mpfm.gob.pe/renadesppl>



IX

ANEXOS





ANEXO Nº 1 - Descripción de Indicadores

NIVEL 1 - INDICADORES DE MENOR COMPLEJIDAD

Indicador No. 1 - Número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas

Descripción: se trata de registrar todos los casos en los que ha habido solicitud de tratamiento.

Indicador No. 2 - Número de muertes o lesiones graves asociadas a consumo

Descripción: una fuente importante de información para iniciar el cálculo de los costos que puede tener para un país el abuso en el consumo de SPA ilegales, es el número de personas muertas o heridas en accidentes asociados al uso de esas sustancias. Para cumplir con los objetivos del estudio, es importante tener en cuenta que en los casos de muerte la información debe estar separada en tres categorías: a) accidentes de cualquier tipo, incluyendo sobredosis, b) suicidios y c) homicidios asociados a riñas o peleas. En los casos de lesiones graves, generalmente con secuelas inhabilitantes, deberán incluirse todos los casos que hayan sido examinados por medicina forense o denunciados a la Policía y originados en cualquier forma de violencia o de accidente.

Indicador No. 3 - Número de condenas y tiempo de sentencia por tráfico de drogas

Descripción: este indicador compila costos del sistema penitenciario y se debe referir exclusivamente a las personas que ya han sido condenadas por delitos relacionados con distribución, venta, procesamiento o producción de sustancias. Las personas apenas arrestadas o todavía en proceso de juicio no deben ser incluidas, en un esfuerzo por obtener un estimativo más conservador de los costos asociados con estos delitos.

Indicador No. 4 - Estudios de consumo en población general, en estudiantes o en trabajadores

Descripción: se refiere exclusivamente a estudios de carácter cuantitativo, aunque para tener una percepción más global se pueden incluir investigaciones exploratorias o cualitativas. En aquellos países que no cuenten con estas, pueden acudir a estrategias de bajo costo y de fácil implementación para la recolección de datos indicativos. Los estudios más útiles son aquellos que aluden a población general y habitantes trabajadores; los estudios sobre grupo humano estudiantil permitirán en el futuro evaluar los costos de deserción escolar y pérdida de oportunidades educativas.

Indicador No. 5 - Gastos gubernamentales directos

Descripción: incluye los gastos gubernamentales directos, agrupados bajo dos rubros generales: Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda. La Reducción de la Oferta a su vez incluye todos los egresos relacionados con: sistema judicial, sistema penitenciario, gastos militares y de policía, aduanas y subsidios para la sustitución de cultivos, entre otros. Los gastos de la Reducción de la Demanda son los relacionados con prevención y tratamiento; en algunos países en donde se considera el castigo de privación de libertad a los consumidores de SPA como "disuasión", los costos en los que se incurra por este motivo deben incluirse en reducción de la demanda.

Indicador No. 6 - Número de admisiones/egresos hospitalarios por consumo y tiempo de duración

Descripción: se refiere concretamente a información sobre emergencias resultantes de sobredosis e intoxicaciones originadas en el abuso del consumo de SPA, con detalle sobre tipo de enfermedad (idealmente conforme a la clasificación internacional ICD, con especificación de versión) y tiempo de hospitalización.

Indicador No. 7 - Número de personas en tratamiento, tipo de tratamiento y duración del mismo

Descripción: abarca concretamente información sobre tratamientos para limitar o contener el abuso en el consumo de SPA, con detalle sobre tipo de institución y de tratamiento y tiempo de duración. Se anticipan dificultades en la mayoría de nuestros países con este indicador, aun sin incluir la consulta privada. A diferencia de lo que registra el indicador 1 de este mismo Nivel, que solamente se refiere a las solicitudes de tratamiento, aquí se han de tener en cuenta únicamente las personas que han estado formalmente en tratamiento. Se incluirán todos los casos, tanto quienes terminaron el tratamiento como quienes lo interrumpieron por cualquier razón, pero esta circunstancia deberá quedar registrada en las historias clínicas. Este indicador es fundamental para calcular, más adelante, la relación costo/efectividad de los diferentes tratamientos (indicador 3, Nivel 2)

Indicador No. 8 - Destrucción de activos físicos

Descripción: se trata de estimar la magnitud de los daños a la propiedad consecuentes al abuso en el consumo de SPA, tiene dos expresiones:

- La de los accidentes que tienen lugar bajo el efecto de la sustancia, en donde los más notables son los siniestros de tráfico que culminan en la destrucción de un automóvil o de una propiedad pública o privada. Y también los incendios ocurridos por fumar bajo efectos del alcohol o por dejar prendidos ciertos aparatos eléctricos o por olvidar apagar una estufa.
- La delictiva, asociada con pérdida del control de la agresividad, venganzas o riñas, todo lo anterior bajo el efecto de sustancias.

Indicador No. 9 - Costos de muertes prematuras en términos de productividad

Se trata de establecer, a partir del número de muertes a consecuencia del abuso, determinado por el Indicador 2, Nivel 1 (número de muertes o lesiones graves asociadas a consumo) arriba, lo que la economía en su conjunto pierde como consecuencia de la disminución en productividad. Es uno de los indicadores de más discutida cuantificación porque implica establecer un valor para la vida humana, con base bastante precaria y en función de una sola dimensión. Por la misma razón, algunos supuestos básicos divergentes son susceptibles de arrojar egregias diferencias en los estimativos de costos totales, en cuanto estos dependen del sistema de evaluación que se elija.

No hay acuerdo universal en torno al problema, aun cuando existe consenso alrededor de la idea de que la vida humana tiene un alto valor. En el campo económico, que centra su interés en encontrar el mejor uso posible para unos recursos escasos, de manera consciente o inconsciente se ha fijado un precio a la vida humana cuantas veces se trata de evaluar alternativas de inversión social.

Para el caso concreto que nos ocupa, el coste de la vida humana se suele establecer en términos del efecto que para la economía en su conjunto tiene la ausencia prematura y definitiva de un agente de producción. A falta de mejor instrumento de medición, dicho valor se estima a partir de supuestos sobre la capacidad productiva y la duración de la ausencia.

La capacidad productiva individual se determina por el valor promedio del salario mínimo legal mensual vigente al momento de la estimación del indicador. Aceptando de entrada que se trata de una medida muy general, en cuanto deja de tener en cuenta las características particulares de la persona fallecida (que podía o no haber estado empleada, que podía o no devengar a ese nivel salarial, etc.) sigue siendo cierto que, para cálculos masivos, no parece haber mejor alternativa. Es imaginable que incluso si se contara con información individualizada sobre los muertos por el abuso en el consumo de SPA (que no es caso, ni aun en los países desarrollados) la estimación del

indicador se tornaría impracticablemente dispendiosa.

La duración de la ausencia, por otra parte, se establece por diferencia entre la expectativa de vida al nacer que prevalece para el país al momento de la estimación del indicador y el promedio considerado de edad a la muerte. Otra vez, la generalidad de la estimación es extrema en tanto que hace caso omiso de las particularidades individuales (estado de salud, riesgos profesionales, etc.) pero, como en el caso anterior, no parece haber mejor alternativa.

NIVEL 2 - INDICADORES DE MAYOR COMPLEJIDAD

Indicador No. 1 - Arrestos por porte y consumo de SPA

Descripción: se refiere a las personas arrestadas o todavía en proceso de juicio específicamente en conexión con actividades de porte y consumo de SPA. No incluye a quienes han sido condenados (registrados en indicador 3, Nivel 1) comprende tres aspectos: número de personas arrestadas por porte y consumo en el último año, cantidad de personas involucradas, en promedio, en un arresto (personal policial y parapolicial) y duración promedio del arresto por estos motivos.

Indicador No. 2 - Número de presos por comisión de crímenes y delitos asociados con consumo

Descripción: los delitos asociados al consumo de sustancias abarcan varias categorías: infracciones que responden a la definición consagrada en la ley, que suele ser muy variable entre los países. En algunos, es falta consumir o poseer cualquier cantidad de una SPA; en otros, lo es consumir en lugares públicos y, en casi todos los países, lo es el conducir un automóvil bajo el efecto de SPA. A estos se añaden también las infracciones a la ley que de múltiples formas se relacionan con el narcotráfico, y que incluyen desde cultivos ilícitos hasta distribución al por menor (venta callejera o en locales especiales) pasando por contrabando, lavado de dinero, tráfico de insumos químicos y venta de armas; delitos cometidos bajo el efecto de SPA.

Se trata, principalmente, de hurtos, robos, faltas de respeto o agresiones a personas, daños a bienes ajenos, infracciones a normas de tráfico, etc.; delitos que se cometen con el propósito de conseguir SPA. Generalmente, son faltas contra la propiedad y daños a bienes ajenos (que pueden ocurrir combinados como cuando, por ejemplo, se da el caso de romper el vidrio de un automóvil para robar algo de su interior) pero también pueden relacionarse con prostitución y delitos que ofenden la moral pública que se cometen como consecuencia de estar involucrados en el comercio de SPA ilícitas. Típicamente, se trata de luchas territoriales entre bandas, ajuste de cuentas, retaliaciones, conflictos con las autoridades.

Como se puede apreciar, la diversidad de delitos asociados al consumo de SPA es considerable. Y el sistema de registro en cada país varía sustancialmente, incluso de una región o provincia a otra. En muchos países, un delito prevalece sobre otro y el segundo no se registra. Por ejemplo, en el curso de una investigación por robo imputable a un consumidor abusivo de SPA, en la mayor parte de nuestros países es muy poco probable que se indague acerca de la destinación intencional del producto del ilícito.

En consecuencia, el incidente probablemente, se registra como robo, desechando la conexión con consumo de SPA. En otros casos, los reos de delitos cometidos en relación con narcotráfico, muy difícilmente admitirán su motivación. Y todavía, en otros casos, en un esfuerzo por beneficiarse de atenuantes tras la comisión de un delito, no faltará quienes atribuyan a la influencia de SPA su comportamiento inapropiado (por ejemplo, el consumo de alcohol previo a incidentes de riñas y violencia)

Indicador No. 3 - Costos de ausentismo

Descripción: en nuestro mundo actual, cerca de 450 millones de personas sufren de trastornos neuro-psiquiátricos

que intervienen en cuatro de las 10 principales causas de discapacidad en general. La depresión severa se está convirtiendo, después de las enfermedades cardíacas, en una de las principales causas de morbi-mortalidad y, de acuerdo con la OMS, para el año 2020 esta será la principal causa de incapacidad laboral en los países en desarrollo. La misma fuente considera al consumo de SPA como un problema muy difundido en la sociedad y observa que los índices de consumo son más elevados entre la población económicamente activa que en el conjunto poblacional.

Estudios sobre prevalencia de consumo de alcohol y accidentalidad en el trabajo, realizados en diferentes países durante los últimos 10 años, han encontrado que de 15% a 30% de los accidentes mortales ocurridos en el trabajo están relacionados al consumo; que de 20% a 25% de los accidentes laborales afectan a personas en estado de intoxicación; y que los consumidores de alcohol padecen de dos a cuatro veces más accidentes, mientras que el ausentismo laboral es dos a tres veces mayor entre consumidores de alcohol que entre los demás empleados. En general, el porcentaje de trabajadores con consumo abusivo de alcohol va desde el 40% hasta el 70%. La información citada es apenas referencial. Desafortunadamente, no hay un diagnóstico reciente de salud mental en la población trabajadora latinoamericana o caribeña, ni se tiene conocimiento preciso sobre la frecuencia de uso y abuso de SPA en nuestros países.

Pero, a partir de estudios como los mencionados en los que se indaga acerca de la asociación del consumo de alcohol con accidentalidad laboral, ausentismo y bajo rendimiento y considerando además la presencia de numerosos agentes que causan "estrés" adicionales ligados a nuestra realidad regional (inequidad social, pobreza crónica, insalubridad, etc.) bien puede suponerse que nuestra población trabajadora esté aún más expuesta que la de los países adelantados, a condiciones susceptibles de ocasionar deterioro de la salud mental y menoscabo del rendimiento laboral.

Indicador No. 4 - Pérdida de productividad laboral

Descripción: no hay duda acerca del impacto que el consumo de SPA -legales e ilegales- tiene sobre la economía de un país. Contrariamente a lo que ocurre en otros campos, en donde resulta difícil establecer relaciones causa-efecto (no es tan clara, por ejemplo, la vinculación entre consumo de tabaco y criminalidad) en el ámbito laboral se puede demostrar con claridad y suficiencia que el consumo de cualquier SPA reduce el rendimiento y la productividad.

Efectivamente, el abuso de SPA por parte de los trabajadores no solamente disminuye la cantidad de tiempo que dedican a su labor (ausentismo y retardos, a los que se refiere el indicador anterior) sino que también perjudica su productividad en el puesto de trabajo (menor calidad, menor esfuerzo, mayor frecuencia de errores, etc.)

Adicionalmente, los problemas del trabajador consecuentes al abuso pueden afectar la productividad de sus compañeros de trabajo y la de sus supervisores o subordinados.

En un mercado perfecto, cualquier reducción en la productividad del trabajador daría lugar a una reducción en su salario; argumento que ha llevado a plantear que los costos del abuso de SPA en que incurren algunos trabajadores son asumidos por ellos mismos en la forma de descuentos a sus sueldos, con la consecuencia de que estos deban considerarse privados.

Esta línea de análisis, en principio correcta, asume implícitamente que los trabajadores han tomado decisiones racionales y completamente informadas antes de convertirse en abusadores en el consumo de SPA y que los patronos, por su parte, cuentan en todos los casos con mecanismos para detectar con precisión y oportunidad las reducciones de productividad cómo puedan proceder a los descuentos. Claramente, ninguno de estos supuestos

es generalizable entre nosotros.

Las principales maneras en que la productividad en el puesto de trabajo se ve afectada por el abuso en el consumo de SPA, son las siguientes:

- i. Al nivel más elemental, pequeñas pérdidas de tiempo (que pueden llegar a sumar varias horas diarias en el caso de los fumadores de tabaco) o ausencias y retardos injustificados, porque las personas utilizan espacios como la hora de almuerzo para consumir o adquirir sustancias.
- ii. Accidentalidad asociada al hecho de estar trabajando bajo los efectos de una SPA. La gama de situaciones posibles es muy amplia, pues incluye casos como los de conductores de largas rutas que consumen estimulantes para mantenerse despiertos, quienes operan máquinas o actúan en situaciones de riesgo bajo efectos de alcohol o marihuana o quienes consumen medicamentos sin prescripción ni control.
- iii. Pérdida de calidad del trabajo por actuar bajo efectos de SPA, conflictos con subalternos, compañeros y superiores resultantes del consumo o de sus secuelas.

Indicador No. 5 - Pérdida económica por morbilidad

Descripción: el impacto social de la morbilidad tiene varios elementos constitutivos, a saber: costos de atención médica, gastos administrativos relacionados con procesos de trámite de las incapacidades laborales y subvenciones de invalidez por enfermedades. La atención a los problemas derivados de la morbilidad se traduce en una carga para el Estado, que resultará mayor o menor dependiendo de las características particulares de cada país: nivel de desarrollo económico, estructuras de producción, grado de privatización o socialización de la medicina, esquemas de seguridad social, etc.

Es previsible que en un país existan problemas económicos asociados a la salud pública que en otros pueden no existir, o aun frente a problemas comunes a los diferentes países, el tratamiento y la prioridad de los problemas puede diferir, incluso dentro del mismo país, entre sectores de actividad económica o aun entre industrias. No es frecuente encontrar en nuestro medio análisis de impacto económico de la incapacidad laboral por morbilidad sobre la empresa o la fábrica. Naturalmente, el efecto de la carencia de información relevante no se circunscribe a la esfera micro económica sino que se proyecta al ámbito nacional.

Indicador No. 6 - Impacto social por pérdida de bienes

Descripción: es la continuación y refinamiento del indicador 8, Nivel 1. Mientras aquel se limita a estimar la pérdida de bienes tangibles (también llamados propiedad, o activos fijos) aquí se quisiera incorporar su valor de reposición a partir del razonable supuesto de que en economías como las nuestras, caracterizadas por debilidad de las monedas en presencia de altas tasas de inflación, es muy probable que la restauración de las cosas a su estado original implique costos superiores a los que sirven de base para los estimativos aludidos.

Idealmente, en la medida en que el desarrollo de la teoría económica específicamente enfocada sobre los problemas de evaluación de intangibles lo hagan posible, sería deseable llegar también a alguna estimación de costos atribuible a pérdida de bienes intangibles (es decir, aquellos que no se expresan en unidades monetarias como son los potencialmente devastadores efectos morales de la pérdida del trabajo, de la posibilidad de estudiar y otros efectos del abuso)

El primer cálculo ya es suficientemente arduo por las razones expuestas en su momento (ver indicador 8, Nivel 1) pero la estimación de costos intangibles presenta tal grado de dificultad que no ha sido acometida aún, ni siquiera en los países más adelantados. La razón para ello es que, por más que se reconoce su incuestionable existencia, no se ha llegado todavía a desarrollos teóricos generalmente aceptados para el tratamiento de costos cuya reducción o eliminación no libera recursos asignables a otros fines (tal es la definición económica de los

costos intangibles; los que se originan, a su vez, en el desmedro o pérdida de bienes intangibles)

Para decirlo en otras palabras, los costos intangibles no tienen costo de oportunidad. Así, por ejemplo, el dolor de una familia-destrozada por la adicción incontrolada e incontrolable de uno de sus miembros- indudablemente tiene un costo inmenso que no disminuye (y acaso, por el contrario, aumenta) con la muerte. Pero, no es cuantificable, en la medida en que la supresión del sufrimiento (si se pudiera suprimir) o su inexistencia (en el escenario contra evidente) no puede ser expresado en unidades monetarias.

No cabe duda de que asignar un valor económico al vacío que deja la pérdida de la vida, al dolor, sufrimiento o a la pérdida de calidad de vida asociada al hecho de tener un ser querido con problemas severos de consumo de SPA, es tarea que reviste una dificultad inusual. Se puede pensar que, aceptada la imposibilidad de abordar el problema globalmente desde un comienzo, una manera de allanar la dificultad que plantea su solución sea la de considerar el problema en dos fases diferentes y con niveles distintos de complejidad.

La primera fase podría empezar por asumir que el dolor y el sufrimiento son experiencias humanas que pueden ser medidas (tarea que se han impuesto los psicólogos, psiquiatras y otros expertos en conducta humana) y que tal medición debe hacerse primordialmente, en la célula más básica de la organización social humana: la familia.

En una segunda fase, habría que resolver el problema de atribuir un valor tangible a los diversos grados o niveles de dolor, sufrimiento o sensación de pérdida. Esta tarea, cuya realización cae principalmente en el campo de los economistas, parte de la consideración de que si el sufrimiento no tiene ningún impacto sobre el comportamiento de una persona es, económicamente hablando, irrelevante. Pero, si el sufrimiento tiene un impacto (¿sabemos que lo tiene!) ha de poseer un valor. No parece haber razón lógica para que no pueda establecerse, lo que de ninguna manera significa que sea tarea simple ni que la definición de los criterios o caminos para hacerlo sea algo elemental.

Pero la complejidad del problema no termina ahí. La familia es solamente la célula más directamente afectada por la situación, pero no la única: los vecinos, los amigos, los compañeros de trabajo -para solo citar figuras del entorno inmediato- también sufren en grados variables. Quizás no sea posible aún siquiera imaginar cómo se calcularían esos costos, pero la experiencia nos ha enseñado que el camino más largo que se puede imaginar comienza con un solo paso.

Indudablemente, tratar de estimar los costos intangibles es como darle materialidad a un fantasma. Pero, intuitivamente y dejando a un lado las dificultades prácticas que se oponen a su cuantificación, no se puede dejar de pensar en que los costos intangibles son demasiado importantes como para no ser tomados en cuenta.

Indicador No. 7 - Costo de oportunidad por abuso en el consumo de SPA

Descripción: la determinación del costo de oportunidad por el abuso en el consumo de SPA es la conclusión del estudio de impacto económico del problema social. Es el resultado final de considerar los gastos sociales estimados a partir de los indicadores indirectos y pretende fundir en una sola cifra el sacrificio que para la economía nacional en su conjunto representa el abuso por parte de algunos de los connacionales en el consumo de SPA.

En la terminología de los estudios de costos de enfermedad, ramo al que pertenece este análisis, según se explicó en la sección referente a Costos al comienzo de este mismo Manual, el concepto de costo de oportunidad nace de la consideración de que los recursos que se destinan a contrarrestar el consumo de SPA (prevención, tratamiento, investigación) podrían haber sido utilizados alternativamente para otros fines de interés social: atenciones en



salud de mayor efectividad, a educación, recreación, etc..

Usualmente y con el ánimo de facilitar la comparación directa con los resultados de análisis realizados en otras partes del mundo o en el mismo país en otros momentos del tiempo, se divide el egreso resultante por el número de habitantes para llegar a un costo per cápita.

ANEXO Nº 2 - Normas legales

ANEXO 2.1

CÓDIGO PENAL - SECCIÓN II – TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS

Artículo 296.- Promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas

El que promueve, favorece o facilita el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, mediante actos de fabricación o tráfico o las posea con este último fin, será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE OCHO NI MAYOR, DE QUINCE AÑOS, con ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días-multa e inhabilitación conforme al artículo 36°, incisos 1, 2, y 4.

El que posee drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas para su tráfico ilícito será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE SEIS NI MAYOR DE DOCE AÑOS y con ciento veinte a ciento ochenta días – multa.

El que, a sabiendas, comercializa materias primas destinadas a la elaboración ilegal de drogas, será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE CINCO NI MAYOR DE DIEZ AÑOS y sesenta a ciento veinte días-multa.

Artículo 296°-A.- Comercialización y cultivo de amapola y marihuana y su siembra compulsiva

El que promueve, favorece, financia, facilita o ejecuta actos de siembra o cultivo de plantas de amapola de la especie papaver somniferum o marihuana de la especie cannabis sativa será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE OCHO AÑOS NI MAYOR DE QUINCE AÑOS y con ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días-multa e inhabilitación conforme al artículo 36°, incisos 1, 2 y 4.

El que comercializa o transfiere semillas de las especies a que alude el párrafo anterior será reprimido con pena privativa de libertad NI MENOR DE CINCO NI MAYOR DE DIEZ AÑOS y con ciento veinte a ciento ochenta días-multa.

La pena será privativa de libertad NO MENOR DE DOS NI MAYOR DE SEIS AÑOS y de noventa a ciento veinte días-multa cuando:

1. La cantidad de plantas sembradas o cultivadas no exceda de cien.
2. La cantidad de semillas no exceda de la requerida para sembrar el número de plantas que señala el inciso precedente.

Será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE VEINTICINCO NI MAYOR DE TREINTA Y CINCO AÑOS el que, mediante amenaza o violencia, obliga a otro a la siembra o cultivo o al procedimiento ilícito de plantas de coca, amapola de la especie papaver somniferum, o marihuana de la especie cannabis sativa.”

Artículo 296 –B.- Tráfico ilícito de insumos químicos y productos

El que importa, exporta, fabrica, produce, prepara, elabora, transforma, almacena, posee, transporta, adquiere, vende o de cualquier modo transfiere insumo químicos o productos sin contar con las autorizaciones o certificaciones respectivas, o contando con ellas hace uso indebido de las mismas, con el objeto de destinarlos a la producción, extracción o preparación ilícita de drogas, será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE CINCO NI MAYOR DE DIEZ AÑOS y con sesenta a ciento veinte días multa

Artículo 297.- Formas agravadas

La pena será privativa de libertad NO MENOR DE VEINTICINCO AÑOS; de ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días multa e inhabilitación conforme el artículo 36°, incisos 1), 2) , 4), 5) y 8) cuando:

1. El agente comete el hecho abusando del ejercicio de la función pública
 2. El agente tiene profesión de educador o se desempeña como tal en cualquiera de los niveles de enseñanza.
 3. El agente es médico, farmacéutico, químico, odontólogo o ejerce profesión sanitaria.
 4. El hecho es cometido en el interior o inmediaciones de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial de salud, recinto deportivo, lugar de detención o reclusión.
 5. El agente vende drogas a menores de edad, o los utiliza para la venta o emplea a una persona inimputable.
 6. El hecho es cometido por tres o más personas o en calidad de integrante de una organización dedicada al tráfico ilícito de drogas o de insumos químicos o productos para la elaboración ilícita de drogas.
 7. La droga a comercializarse o comercializada excede de las siguientes cantidades: veinte kilogramos de pasta básica de cocaína, diez kilogramos de clorhidrato de cocaína, cinco kilogramos de látex de opio o quinientos gramos de sus derivados, y cien kilogramos de marihuana o dos kilogramos de sus derivados
- La pena será privativa de libertad, NO MENOR DE VEINTICINCO NI MAYOR DE TREINTA Y CINCO AÑOS cuando el agente actúa como jefe, dirigente o cabecilla de una organización dedicada al tráfico ilícito de drogas o insumos para su elaboración.
- Igual pena se aplicara al agente que se vale del tráfico ilícito de drogas para financiar actividades terroristas.

Artículo 298.-Microcomercialización o microproducción

La pena será privativa de libertad NO MENOR DE TRES NI MAYOR DE SIETE AÑOS y de ciento ochenta a trescientos sesenta días-multa cuando:

1. La cantidad de droga fabricada, extractada, preparada, comercializada o poseída por el agente no sobrepase los cincuenta gramos de pasta básica de cocaína y derivados ilícitos, veinticinco gramos de clorhidrato de cocaína, cinco gramos de látex de opio o un gramo de sus derivados, cien gramos de marihuana o diez gramos de sus derivados.

El Poder Ejecutivo determinará mediante decreto supremo las cantidades correspondientes a las demás drogas y las de elaboración sintética.

2. Las materias primas o los insumos comercializados por el agente que no excedan de lo requerido para la elaboración de las cantidades de drogas señaladas en el inciso anterior.

La pena será privativa de libertad NO MENOR DE SEIS AÑOS NI MAYOR DE DIEZ AÑOS y de trescientos sesenta a setecientos días-multa cuando el agente ejecute el delito en las circunstancias previstas en los incisos 2, 3, 4, 5 o 6 del artículo 297° del Código Penal.

Artículo 299°.- Posesión no punible

No es punible la posesión de droga para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus deriva- dos.

Se excluye de los alcances de lo establecido en el párrafo precedente la posesión de dos o más tipos de drogas.

Artículo 300.- Suministro indebido de droga

El médico, farmacéutico, químico, odontólogo u otro profesional sanitario que indebidamente receta, prescribe, administra o expende medicamento que contenga droga tóxica, estupefaciente o psicotrópica, será reprimido con

pena privativa de libertad NO MENOR DE DOS NI MAYOR DE CINCO AÑOS E inhabilitación conforme al artículo 36º, incisos 1, 2 y 4.

Artículo 301.-Coacción al consumo de droga

El que, subrepticamente, o con violencia o intimidación, hace consumir a otro una droga, será reprimido con pena privativa de libertad NO MENOR DE CINCO NI MAYOR DE OCHO AÑOS y con noventa a ciento ochenta días-multa.

Si el agente actúa con el propósito de estimular o difundir el uso de la droga, o si la víctima es una persona manifiestamente inimputable, la pena será NO MENOR DE OCHO NI MAYOR DE DOCE AÑOS y de ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días-multa.

Artículo 302- Inducción o instigación al consumo de droga

El que instiga o induce a persona determinada para el consumo indebido de drogas, será reprimido con pena privativa de libertad, NO MENOR DE DOS NI MAYOR DE CINCO AÑOS y noventa a ciento ochenta días-multa.

Si el agente actúa con propósito de lucro o si la víctima es persona manifiestamente inimputable, la pena será NO MENOR DE CINCO NI MAYOR DE OCHO AÑOS y de ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días-multa.

Artículo 303.-Pena de expulsión

El extranjero que haya cumplido la condena impuesta será expulsado del país, quedando prohibido su reingreso.

ANEXO 2.2 - NORMAS RELACIONADAS AL COMPROMISO MULTISECTORIAL PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL EL PERUANO

Entidad	Tipo de norma	Nº de norma	Descripción	Fecha
Gobierno Regional de Arequipa	Ordenanza	023-2005-GR AREQUIPA	Constituyen el Consejo Regional de lucha contra el uso indebido en la Región Arequipa	19/02/2006
Gobierno Regional de Ancash	Ordenanza	020-2005-REGION AN-CASH/CR	Constituyen el Consejo Regional de lucha contra el uso indebido en la Región Arequipa	13/01/2006
Gobierno Regional de Tumbes	Ordenanza	003-2008-GOB. REG. TUMBES-CR	Constituyen la unidad especializada en Prevención Contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Región Tumbes y la Mesa Multisectorial de Trabajo y Apoyo de la PRECOSS	20/06/2008
Gobierno Regional de Tacna	Ordenanza	007-2006-cr/ GOB.REG. TACNA	Aprueban Lineamientos de Estrategia Regional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Región Tacna	15/09/2006
Gobierno Regional de La Libertad	Ordenanza	030-2008-GR-LL/CR	Aprueban Plan Regional para la Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de la Región La Libertad 2008-2011	29/03/2009
Gobierno Regional del Callao	Ordenanza	0 07	Crean el Consejo Regional para el Desarrollo y Vida sin Drogas en la Región Callao - COREVIDA CALLAO	26/03/2009
Gobierno Regional de Lambayeque	Ordenanza	001-2008-GR. LAMB/CR	Aprueban el Plan Regional para la Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de la Región Lambayeque 2008-2011	30/01/2008
Gobierno Regional de La Libertad	Ordenanza	012-2007-GR-LL/CR	Conforman el Comité Regional de Desarrollo para una Vida sin Drogas de La Libertad	02/08/2007
Gobierno Regional de Huánuco	Ordenanza	067-2006-CR-GRH	Aprueban la conformación del Comité Multisectorial para la reducción de la demanda de drogas en el ámbito del Gobierno Regional Huánuco.	24/11/2006
Gobierno Regional de Lambayeque	Ordenanza	003-2005-GR-LAMB/CR	Conforman el consejo Regional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – CONVIDA	01/04/2005
Gobierno Regional de Tacna	Ordenanza	036-2004-CR/ GOB.REG. TACNA	Constituyen el "Comité Regional Multisectorial de Lucha Contra el Uso Indebido de Drogas".	12/01/2005
Relaciones Exteriores	Resolución Ministerial	10-2002-RE	Designan delegación que participará en reunión de jefes de los Organismos Nacionales Encargados de combatir el Tráfico lícito de Drogas para la Región de América Latina y el Caribe	23/10/2002

Entidad	Tipo de norma	Nº de norma	Descripción	Fecha
Interior	Resolución Ministerial	1363-2000-IN/1101	Adjudican enseres incautados por tráfico ilícito de drogas a favor de la II Región PNP – Chiclayo	29/10/2000
Salud	Resolución Ministerial	407-97-SA/DM	Aprueban normas complementarias para autorización, funcionamiento y supervisión de centros de atención a dependientes de sustancias psicoactivas	08/09/1997
Municipalidad de San Luis	Ordenanza	095-MDSL	Crean el Programa Municipal de Prevención del Consumo de Drogas y Pandillaje en el distrito de San Luis	17/01/2010
Municipalidad de Surquillo	Ordenanza	199-MDS	Crean el Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el distrito de Surquillo	16/11/2008
Municipalidad Metropolitana de Lima	Ordenanza	982	Aprueban Ordenanza para adecuación normativa de la Ley N° 28681 que regula comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas así como prevenir el uso de drogas y alcohol por menores de edad.	15/12/2006
Municipalidad de El Agustino	Ordenanza	273-2005-MDEA	Reconocen conformación del Comité Multisectorial del Distrito de El Agustino, COMUL-EA, cuya labor se orienta a la prevención del consumo de drogas, violencia familiar y salud integral, entre otros.	17/01/2006
Consejo ejecutivo del Poder Judicial	Resolución Administrativa	125-2004-CE- PJ	Aprueban renovar convenio de cooperación para ejecutar programa de prevención de drogas y de orientación al adolescente en centros juveniles de Lima y Santa Margarita	22/06/2004
Relaciones Exteriores	Decreto supremo	056-2003-RE	Ratifican convenio específico relativo al Programa de prevención del consumo de drogas y de rehabilitación de los toxicómanos suscrito con el Reino de Bélgica	
Consejo ejecutivo del Poder Judicial	Resolución Administrativa	170-2002-CE- PJ	Aprueban renovación de convenio de cooperación con asociación referido a programa de prevención de consumo indebido de drogas y otras conductas de alto riesgo	20/11/2002
Ministerio de Economía y Finanzas	Resolución Suprema	226-98-EF	Aceptan cooperación técnica no reembolsable para la preparación del programa "Apoyo institucional al grupo consultivo contradrogas"	08/11/1998
Relaciones Exteriores	Resolución Suprema	152-97-RE	Oficializan seminario taller de diseño de planes y programas sobre prevención del uso indebido de drogas a realizarse en Lima	23/05/1997
Relaciones Exteriores	Resolución Suprema	034-97-RE	Delegan facultades a funcionario diplomático para suscribir sistema de información sobre uso indebido de drogas y programa de capacitación en prevención, tratamiento de la drogadicción y rehabilitación.	09/02/1997

ANEXO N° 3 - Estadísticas de Salud

ANEXO 3.1 - NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD
A NIVEL NACIONAL

Departamento	Total		Hospital		Centro de Salud		Puesto de Salud	
	Establecimiento	Camas	Establecimiento	Camas	Establecimiento	Camas	Establecimiento	Camas
Total	7,382	25,607	155	17,436	1,321	5,048	5,906	3,123
Amazonas	436	547	5	208	51	162	380	177
Ancash	400	1,183	12	668	55	255	333	260
Apurímac	320	571	7	265	45	194	268	112
Arequipa	249	1,193	5	1,021	62	170	182	2
Ayacucho	361	980	8	452	52	176	301	352
Cajamarca	750	1,187	9	456	113	367	628	364
Callao	55	634	4	615	49	19	2	-
Cusco	299	1,229	6	750	49	249	244	230
Huancavelica	331	349	1	110	51	238	279	1
Huánuco	249	802	2	286	43	288	204	228
Ica	139	981	6	697	36	160	97	124
Junín	446	1,126	7	757	51	285	388	84
La Libertad	229	1,159	10	794	45	183	174	182
Lambayeque	172	478	3	324	43	106	126	48
Lima	686	7,930	30	7,411	228	440	428	79
Loreto	347	680	3	430	51	241	293	9
Madre de Dios	110	205	2	128	12	52	96	25
Moquegua	59	173	1	38	25	116	33	19
Pasco	245	470	3	155	20	88	222	227
Piura	386	861	4	294	72	491	310	76
Puno	443	1,146	11	647	81	343	351	156
San Martín	360	637	12	308	42	229	306	100
Tacna	72	297	1	219	17	45	54	33
Tumbes	43	246	1	141	14	72	28	33
Ucayali	195	543	2	262	14	79	179	202

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del MINSA

ANEXO 3.2 NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR DIAGNÓSTICOS VINCULADOS A CONSUMO DE DROGAS POR ETAPAS DE VIDA - ESTABLECIMIENTOS MINISTERIO DE SALUD, AÑO 2009
- REGIÓN LIMA

Diagnóstico	Total	Etapas de vida				
		00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a	60a y +
Femenino						
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol (O35.4)	10	0	2	5	3	0
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas (O35.5)	17	0	0	6	11	0
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol (Z71.4)	17	7	0	3	6	1
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas (Z71.5)	16	1	3	3	8	1
Consulta para asesoría por abuso de tabaco (Z71.6)	8	2	0	4	2	0
Problemas relacionados con el uso del tabaco (Z72.0)	32	3	7	10	7	5
Problemas relacionados con el uso del alcohol (Z72.1)	626	51	86	232	224	33
Problemas relacionados con el uso del drogas (Z72.2)	388	8	66	158	149	7
Rehabilitación del alcohólico (Z50.2)	3	0	0	0	2	1
Rehabilitación del drogadicto (Z50.3)	4	2	1	0	0	1
Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre (P04.3)	1	1	0	0	0	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)	302	1	39	72	164	26
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	32	0	1	5	18	8
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12)	50	1	13	22	14	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)	44	1	5	8	26	4
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)	141	1	9	45	75	11

Diagnóstico	Total	Etapas de vida				
		00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a	60a y +
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína (F15)	7	0	1	0	3	3
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16)	13	0	0	5	6	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)	15	0	6	1	8	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)	7	1	4	1	0	1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiple. drogas y al uso de otras sust. ps. (F19)	89	2	19	32	34	2
TOTAL	1822	82	262	612	760	106
Masculino						
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol (Z71.4)	11	3	2	1	5	0
Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas (Z71.5)	24	3	2	6	9	4
Consulta para asesoría por abuso de tabaco (Z71.6)	2	2	0	0	0	0
Problemas relacionados con el uso del tabaco (Z72.0)	42	3	15	11	7	6
Problemas relacionados con el uso del alcohol (Z72.1)	880	45	59	221	505	50
Problemas relacionados con el uso del drogas (Z72.2)	610	21	134	229	222	4
Rehabilitación del alcohólico (Z50.2)	5	1	0	1	2	1
Rehabilitación del drogadicto (Z50.3)	10	6	4	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre (P04.3)	1	1	0	0	0	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)	1480	5	47	318	962	148
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	18	0	4	1	7	6
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12)	276	1	65	168	41	1

Diagnóstico	Total	Etapas de vida				
		00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a	60a y +
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)	37	0	1	9	26	1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)	660	3	65	240	334	18
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína (F15)	9	0	4	2	3	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16)	17	0	8	7	2	0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)	30	0	1	9	16	4
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)	30	3	16	6	4	1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltip. drogas y al uso de otras sus. Ps. (F19)	508	4	45	212	237	10
TOTAL	4650	101	472	1441	2382	254

ANEXO 3.3- EGRESOS HOSPITALARIOS – LIMA - 2009

CIE	Descripción	0 - 11 años	12 - 17 años	18 - 29 años	30 - 59 años	60 a mas años	Total
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)	0	10	42	160	32	244
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	0	0	2	5	0	7
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12)	0	7	30	5	1	43
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)	1	1	3	4	2	11
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)	0	6	33	42	0	81
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)	0	0	0	1	1	2
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)	1	0	3	1	0	5
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas (F19)	0	28	139	116	5	288

