

Encuesta de instalaciones para análisis sobre el terreno

**Estudio de la OMS y la UNODC sobre las unidades de tratamiento
de trastornos relacionados con el uso de sustancias**

Febrero de 2018

Introducción

Este estudio se realiza para cartografiar el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias en un país. Para poder llevar un seguimiento de los cambios en las características del consumo de drogas en la comunidad y planificar un sistema de tratamiento eficaz resulta vital medir la demanda de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Este estudio se ha preparado en el marco del Programa Conjunto UNODC/OMS sobre el Tratamiento y la Atención de la Drogo dependencia¹.

Los datos facilitados en respuesta a este cuestionario pueden utilizarse para varios fines: elaborar un inventario de servicios en un país o región, crear un registro para el público en general, efectuar investigaciones (en una versión refundida), o servir de base para supervisar la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los tratamientos.

El estudio sobre las unidades, junto con las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, el indicador de la demanda de tratamiento y la herramienta de garantía de la calidad en el tratamiento de la UNODC, forma parte de un proyecto de paquete básico para la planificación y supervisión².

¹ https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf

² [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders March 17 ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_International_Standards_for_the_Treatment_of_Drug_Use_Disorders_March_17_ebook.pdf)

Instrucciones generales

El cuestionario consta de cinco secciones:

- A. Datos de contacto de la unidad de tratamiento para la correspondencia relacionada con el estudio
- B. Datos de contacto de la unidad de tratamiento para el público en general
- C. Descripción de la unidad de tratamiento y tratamiento que se ofrece
- D. Número de personas tratadas
- E. Capacidad de tratamiento (edificios y personal)

Cada sección del cuestionario contiene las instrucciones correspondientes. Tenga en cuenta que la sección A tiene fines de comunicación únicamente y no se pondrá a disposición del público. Es importante cumplimentar todas las secciones del instrumento de cartografía. Si no se dispone de datos, sírvase dar una estimación e indicarlo convenientemente.

Una *unidad* es una entidad orgánica separada (un centro médico, un departamento, un programa, etc.) que tiene sus propios objetivos definidos, procedimientos, normas y alcance de los servicios y las intervenciones, sus propios grupos de destinatarios, un equipo y un director (jefe de equipo). Esas unidades pueden ser independientes (como los centros nacionales de tratamiento de adicciones) o estar integradas en otros centros de atención médica, clínicas o dispensarios (como los centros generales de salud, los centros de salud mental o los hospitales). Si una unidad de tratamiento ofrece diferentes servicios, cada uno de los servicios deberá cumplimentar un cuestionario independiente e indicar su relación con la unidad principal. Cada pregunta va acompañada de instrucciones adicionales.

El *tratamiento de la drogodependencia* se define como un proceso destinado a lograr un estado de salud deseado para los pacientes que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas. El tratamiento es proporcionado por profesionales cualificados, en el marco de una práctica médica, psicológica o de asistencia social reconocida.

El *año civil* comprende de enero a diciembre de cada año.

Parte A: Datos de contacto de la unidad de tratamiento para la correspondencia relacionada con el estudio (los datos no se harán públicos)

A1. Jefe de la unidad de tratamiento* (nombre)			
- dirección de correo electrónico para la correspondencia con la unidad			
A2. Nombre del coordinador para este estudio dentro de la unidad			
- dirección de correo electrónico del coordinador			
A3. Dirección de correo electrónico permanente de la unidad			
A4. Número de teléfono de la unidad para fines administrativos	Prefijo internacional	Indicativo regional	Número
A5. Fecha de cumplimentación del cuestionario	Día	Mes	Año

A1. Jefe de la unidad de tratamiento (nombre)

Nombre del director de la unidad o gerente al más alto nivel jerárquico posible.

- *dirección de correo electrónico para la correspondencia con la unidad*
Dirección de correo electrónico del director de la unidad o del programa de tratamiento para contacto y seguimiento en el futuro.

A2. Nombre del coordinador para este estudio dentro de la unidad

Cumplímétese si la persona que rellena el cuestionario no es el director de la unidad; en caso contrario, déjese en blanco.

- *dirección de correo electrónico de la persona que rellena el formulario*
Proporcione la dirección de correo electrónico del coordinador para contacto y seguimiento en el futuro.

A3. Dirección de correo electrónico permanente de la unidad

Indíquese la dirección de correo electrónico de contacto permanente de la unidad. Si no hay una dirección de correo electrónico permanente de la unidad, sírvase aportar una segunda dirección de correo electrónico del director o de otro personal de categoría superior.

A4. Número de teléfono de la unidad

Indíquese el número de teléfono de la oficina o del móvil de la persona de contacto o del programa de tratamiento. Sírvase utilizar el formato telefónico nacional. Evite el signo "+", que podría causar problemas en Excel.

A5. Fecha de cumplimentación del cuestionario

Indique el día que cumplimenta el cuestionario como se indica.

Parte B: Datos de contacto de la unidad de tratamiento para el público en general (datos públicos)

B1. Nombre de la unidad de tratamiento					
B2. Dirección de la unidad de tratamiento (sírvese incluir: calle, número, código postal, ciudad y país)	Calle	Número	Código postal	Ciudad	País
B3. Nombre de la organización matriz (si procede). En el caso de las organizaciones gubernamentales, sírvase especificar a qué ministerio pertenece					
B4. Coordenadas geográficas de la unidad de tratamiento					
B5. Sitio web de la unidad de tratamiento					
B6. Número de teléfono para los clientes o pacientes que deseen acceder al servicio					
B7. ¿La unidad de tratamiento está acreditada formalmente por un organismo reconocido a nivel nacional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
B8. En caso afirmativo, ¿por cuál?	Nombre	Sitio web	Dirección	Teléfono	Número de acreditación

B1. Nombre de la unidad de tratamiento

Sírvese indicar el nombre de la unidad que ofrece tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El término *unidad* se refiere a centros, departamentos, pabellones de tratamiento; unidades diseñadas y designadas para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Esas unidades pueden ser independientes (como los centros nacionales de tratamiento de adicciones) o estar integradas en otros centros de atención médica, clínicas o dispensarios (como los centros generales de salud, los centros de salud mental o los hospitales).

B2. Dirección de la unidad de tratamiento

Sírvese incluir los siguientes datos: calle, número, ciudad y código postal.

B3. Nombre de la organización matriz (si procede)

Si su unidad forma parte de una organización más grande con varias unidades en distintos lugares, sírvase indicar el nombre de la organización principal aquí. Podría ser, por ejemplo, una organización no gubernamental con varios centros de tratamiento. En el caso de las organizaciones gubernamentales, sírvase especificar qué ministerio supervisa la unidad.

B4. Coordenadas geográficas de la unidad de tratamiento

Para determinar las coordenadas geográficas de una unidad con Google Maps:

1. Amplíe Google Maps hasta el nivel que le permita ver el lugar que desea seleccionar.
2. Mueva el cursor hasta el lugar que corresponde a la posición deseada y pulse con el botón derecho para desplegar el menú. Después pinche en “¿Qué hay aquí?”
3. En el punto deseado aparece un marcador, y en el recuadro de búsqueda de Google Maps se indican sus coordenadas (por ejemplo, 46,232733 o 6,134357). Copie las coordenadas del recuadro de búsqueda y péguelas donde las necesite.

B6. Número de teléfono para los clientes o pacientes que deseen acceder al servicio

Número de teléfono de la unidad que los clientes pueden utilizar para solicitar información o pedir cita. Este número podría figurar en un directorio nacional de los servicios disponibles a pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Sírvase utilizar el formato nacional de números de teléfono. Evite el signo "+", que podría causar problemas en Excel.

B7. Servicios de tratamiento acreditados formalmente (Sí/No)

Si existe una concesión de licencias por parte del Gobierno (por ejemplo, por el Ministerio de Sanidad) o alguna otra organización, responda "sí" o "no" en función de si esta unidad dispone actualmente de licencia para prestar servicios de tratamiento. Seleccione la respuesta adecuada.

B8. Datos de la acreditación

Indique el nombre de la institución que otorga la acreditación. Proporcione los datos de contacto disponibles (por ejemplo, el sitio web o la dirección).

Parte C: Descripción de la unidad de tratamiento y del tratamiento que se ofrece

Si una unidad de tratamiento ofrece diferentes servicios, cada uno de los servicios deberá cumplimentar un cuestionario independiente e indicar su relación con la unidad principal (datos públicos)

Seleccione el tipo de unidad a que se refiere este cuestionario. Si la unidad presta diversos servicios que pueden encuadrarse en los tipos que se indican a continuación, indique un solo tipo de unidad en función de los servicios principales que se prestan (en relación con el número de clientes que reciben servicios anualmente).

C1. Cuáles de las siguientes descripciones corresponden mejor a su unidad (marque solo una)	
Servicios de bajo umbral	<input type="checkbox"/>
Servicios de atención general (primaria) de la salud	<input type="checkbox"/>
Servicios especializados de tratamiento ambulatorio de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>
Servicios de tratamiento residencial hospitalario de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>
Servicios de tratamiento residencial no hospitalario de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>
Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>
Comunidad terapéutica	<input type="checkbox"/>
Servicios especializados de reinserción social	<input type="checkbox"/>
Otros (indique cuáles):	

Servicios de bajo umbral: El término "bajo umbral" describe un entorno que facilita el acceso de los usuarios de drogas a servicios sociales y de salud, en particular los que ayudan a prevenir y reducir los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Para alentar a los consumidores a entrar en contacto con esos servicios, generalmente se requiere muy poca burocracia, a menudo ningún pago, y no se exige haber dejado o estar dispuesto a dejar de consumir drogas. Esos servicios van dirigidos a los usuarios actuales, usuarios "de difícil acceso" y grupos de alto riesgo entre los consumidores de drogas y los usuarios experimentales. Comprenden servicios de información y centros de acogida, así como servicios sociales básicos.

Servicios de atención general (primaria) de la salud: Atención médica básica o general, normalmente punto de entrada al sistema sanitario para la prestación de servicios de tratamiento de una serie de trastornos. Se prestan servicios a personas o comunidades a fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Es la base para la remisión de casos a servicios sanitarios más especializados, cuando sea necesario. Esta categoría incluye a los médicos generalistas.

Entre otros servicios sanitarios, el personal sanitario de atención primaria a veces ofrece también elementos para el tratamiento de la drogodependencia.

Servicios especializados de tratamiento ambulatorio de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias: Describe una unidad o departamento concreto del hospital donde se da tratamiento médico a pacientes externos y asesoramiento sobre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Servicios de tratamiento residencial hospitalario de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias: Describe una unidad residencial que ofrece servicios médicos o de enfermería para enfermos o heridos, incluidas las personas con trastornos causados por el consumo de sustancias, las 24 horas.

Servicios de tratamiento residencial no hospitalario de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias: Entornos de tratamiento residencial en los que las personas drogodependientes viven juntas y siguen un programa de asesoramiento o de terapia para lograr un cambio social y psicológico. Los programas de tratamiento residencial se pueden respaldar con diversos enfoques teóricos, como terapias familiares, psicodinámicas, cognitivo-conductuales, métodos médicos o programas de 12 pasos.

Servicios de salud mental: Esos servicios se centran en la prestación de diversos servicios de salud mental, que pueden incluir el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de drogas. Generalmente, los servicios de salud mental incluyen una variedad de servicios que se prestan a personas de todas las edades, como asesoramiento, psicoterapia, atención psiquiátrica, intervención en situaciones de crisis y grupos de apoyo. Sin embargo, la finalidad de esos centros no es únicamente el tratamiento de la drogodependencia.

Comunidad terapéutica: Normalmente, un entorno libre de drogas en el que las personas drogodependientes conviven en forma organizada y estructurada con el fin de promover un cambio social y psicológico. La filosofía básica es que los residentes participan activamente en su propio tratamiento y en el de los demás y que la responsabilidad del funcionamiento diario de la comunidad es compartida entre los residentes y el personal.

Servicios especializados de reinserción social: Una unidad centrada principalmente en los servicios de reinserción social (servicios relacionados con la vivienda, la educación y el empleo) destinada a los grupos vulnerables.

Otros: Si su unidad no responde a ninguna de las categorías anteriores, sírvase proponer otra categoría.

C2. Afiliación de la unidad de tratamiento (seleccione una) (datos públicos)

Sírvase indicar si su unidad es:

- pública/gubernamental
- privada (con fines de lucro)
- sin fines de lucro (ONG)
- otra (sírvase especificar)

Si ha marcado otra, indique cuál:

C2. Afiliación de la unidad de tratamiento

Pública/gubernamental: Seleccione esta opción si la unidad forma parte del sistema público de salud, gestionado por el Gobierno.

No gubernamental con fines de lucro (privada): Seleccione esta opción si la unidad está gestionada por una empresa con ánimo de lucro, ya cotice en bolsa o no.

Organización no gubernamental sin fines de lucro (ONG): Seleccione esta opción si la unidad es una organización sin fines de lucro o una empresa social.

C3a. Indique qué porcentaje de su financiación se obtiene a través de cada fuente. Todas las respuestas se indicarán en porcentajes (%) (datos consolidados)	
- Ministerio de Salud	
- Ministerio de Servicios Sociales	
- Ministerio de Fiscalización de Drogas	
- Ministerio de Justicia	
- Ministerio de Interior	
- Ministerio de Educación	
- No se aplica	
- Presupuesto local (por ejemplo, municipio)	
- Seguro médico público	
- Seguro médico privado	
- Organización internacional	
- Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria	
- Otros (indique cuáles):	
- TOTAL	100 %

C3a. Indique qué porcentaje de su financiación se obtiene a través de cada fuente

Sírvase indicar en porcentajes de qué fuentes de financiación dispuso su servicio durante el año civil anterior.

C3b. ¿Cuál fue el presupuesto total de la unidad a lo largo del último año civil en moneda nacional y en dólares de los Estados Unidos? (datos consolidados)	
Moneda nacional	Equivalente en dólares de los Estados Unidos

C3b. Cuál fue el presupuesto total de la unidad a lo largo del último año civil en moneda nacional y en dólares de los Estados Unidos

Sírvase indicar el presupuesto anual a lo largo del último año civil en su moneda nacional y en dólares de los Estados Unidos.

Costos a cargo del paciente		
C4. Existe la posibilidad del pago directo por parte de los pacientes que reciben servicios de tratamiento? (datos públicos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
C5. Promedio de gastos diarios de pago directo por hospitalización (pago directo por parte del paciente) (indíquese el tipo de moneda) (datos consolidados)	Moneda nacional	Equivalente en dólares de los Estados Unidos
C6. Promedio de gastos diarios de pago directo por atención ambulatoria (pago directo por parte del paciente) (indíquese el tipo de moneda) (datos consolidados)	Moneda nacional	Equivalente en dólares de los Estados Unidos

C4. *¿Existe la posibilidad del pago directo por parte de los pacientes que reciben servicios de tratamiento?*

En este campo se aclara si los clientes tienen que efectuar un pago directo por los servicios. Seleccione la respuesta adecuada. Seleccione “no” si el tratamiento es gratuito para todos los clientes (por ejemplo, porque los servicios se financian a través de un sistema nacional de salud por un impuesto específico, mediante seguros médicos públicos o a través de organizaciones benéficas). Seleccione “sí” si todos los clientes están obligados a pagar cierta cantidad directamente. Si los clientes cuentan con la asistencia de una compañía de seguros privada, el pago se contabilizará como pago por tratamiento (seleccione “sí”). Si los clientes siempre tienen que pagar un determinado porcentaje del total en forma de pago directo, seleccione también “sí”.

C5. *Promedio de gastos diarios de pago directo por hospitalización (pago directo por parte del paciente) (en moneda local y en dólares de los Estados Unidos)*

Si los pacientes tienen que realizar pagos directos (“sí” en la pregunta anterior), estime el costo medio diario de hospitalización o tratamiento residencial de cada paciente, ya sea en su moneda local o en dólares de los Estados Unidos. Si se trata de información delicada desde el punto de vista comercial, puede optar por no responder a la pregunta. Sírvanse indicarlo señalando n/a.

C6. *Promedio de gastos diarios de pago directo por atención ambulatoria (pago directo por parte del paciente) (en moneda local y en dólares de los Estados Unidos)*

Si los pacientes tienen que realizar pagos directos, estime el costo medio diario del tratamiento ambulatorio de cada paciente, ya sea en su moneda local o en dólares de los Estados Unidos. Si se trata de información delicada desde el punto de vista comercial, puede optar por no responder a la pregunta. Sírvase indicarlo señalando n/a.

C7. ¿Se ha establecido una colaboración entre esta unidad y las siguientes instituciones a las que puede remitir clientes? (datos consolidados)	Sí
Instituciones sanitarias (hospitales, médicos generalistas)	<input type="checkbox"/>
Servicios sociales (proveedores de vivienda, educación, empleo y servicios)	<input type="checkbox"/>
Servicios penitenciarios y de libertad condicional	<input type="checkbox"/>
Otros servicios especializados de tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo (ambulatorios u hospitalarios)	<input type="checkbox"/>

C7. *¿Se ha establecido una colaboración entre esta unidad y las siguientes instituciones a las que puede remitir clientes?* Seleccione “sí” si su unidad ha establecido una colaboración con la institución correspondiente.

C8a. Disponibilidad de servicios <i>in situ</i> (datos públicos)	Seleccione los servicios disponibles y especifique (múltiples respuestas)	
Tratamiento del síndrome de abstinencia (desintoxicación)	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (es decir, metadona o buprenorfina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Dispensación
Apoyo psicosocial breve (menos de 2 semanas)	<input type="checkbox"/>	
Apoyo psicosocial extenso (más de 2 semanas)	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, especifique las diferentes formas de tratamiento psicosocial:</i>
		<input type="checkbox"/> • Terapia cognitivo-conductual <input type="checkbox"/> • Terapia de mejora de la motivación <input type="checkbox"/> • Gestión de situaciones imprevistas <input type="checkbox"/> • Terapia familiar <input type="checkbox"/> • Asesoramiento en grupo <input type="checkbox"/> • Facilitación en 12 pasos <input type="checkbox"/> • Asesoramiento individual <input type="checkbox"/> • Coordinación asistencial <input type="checkbox"/> • Tratamiento por Internet o por web <input type="checkbox"/> • Otra (indique cuál):
Disponibilidad <i>in situ</i> de naloxona y servicios de gestión de sobredosis	<input type="checkbox"/>	
Distribución de naloxona para su administración en el domicilio y capacitación sobre la gestión de sobredosis	<input type="checkbox"/>	
Apoyo en cuestiones de empleo y generación de ingresos	<input type="checkbox"/>	
Educación y formación profesional	<input type="checkbox"/>	
Asistencia en cuestiones de vivienda y alojamiento	<input type="checkbox"/>	
Servicios de bajo umbral a consumidores de sustancias que están en la calle (por ejemplo, acercamiento o servicios de acogida)	<input type="checkbox"/>	
Otros servicios (indique cuáles):	<input type="checkbox"/>	

C8a. Disponibilidad de servicios *in situ*

Seleccione “disponible” si su unidad ofrece el servicio correspondiente y especifique los detalles que corresponda.

C8b. Frecuencia de los servicios básicos de tratamiento disponibles (datos consolidados)	Especifique el número de personas que han recibido este servicio durante el año civil anterior	Número de clientes/pacientes tratados en un solo día (véase la instrucción D10 en caso necesario)		
		Fecha de la observación		
		DD	MM	AA
		Número de miembros del personal ausentes ese día:		
Tratamiento del síndrome de abstinencia (desintoxicación)				
Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (es decir, metadona o buprenorfina)				
Apoyo psicosocial breve (menos de 2 semanas)				
Apoyo psicosocial extenso (más de 2 semanas)				
Disponibilidad <i>in situ</i> de naloxona y servicios de gestión de sobredosis				
Distribución de naloxona para su administración en el domicilio y capacitación sobre la gestión de sobredosis				
Apoyo en cuestiones de empleo y generación de ingresos				
Educación y formación profesional				
Asistencia en cuestiones de vivienda y alojamiento				
Servicios de bajo umbral a consumidores de sustancias que están en la calle (por ejemplo, acercamiento o servicios de acogida)				
Otros servicios (indique cuáles):				

C8b. Frecuencia de los servicios médicos básicos disponibles
Especifique la frecuencia con que se prestan los servicios disponibles.

C8c. Prestación de otros servicios médicos (datos consolidados)	Especifique el número de personas que han recibido este servicio durante el año civil anterior	Número de clientes/pacientes tratados en un solo día (véase la instrucción D10 en caso necesario)		
		Fecha de la observación		
		DD	MM	AA
		Número de miembros del personal ausentes ese día:		
Suministro de equipo esterilizado para inyecciones a los consumidores de drogas por inyección				
Distribución de preservativos y lubricantes				
Farmacia <i>in situ</i> (dispensación supervisada de medicamentos)				
Pruebas de detección de VIH <i>in situ</i>				
Pruebas de detección de hepatitis C <i>in situ</i>				
Pruebas de detección de hepatitis B <i>in situ</i>				
Tratamiento del VIH/sida con ART <i>in situ</i>				
Tratamiento de la hepatitis C <i>in situ</i>				
Vacunación contra la hepatitis B <i>in situ</i>				
Tratamiento de la hepatitis B <i>in situ</i>				
Otros servicios (indique cuáles):				

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
 sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida
 ART: terapia antirretroviral

C8C. Prestación de otros servicios médicos

Seleccione “disponible” si su unidad ofrece el servicio correspondiente y especifique la frecuencia con que se presta el servicio.

C8d. Servicios adaptados o prestados a poblaciones especiales (datos consolidados)	Especifique el número de personas que han recibido este servicio durante el año civil anterior	Número de clientes/pacientes tratados en un solo día (véase la instrucción D10 en caso necesario)		
		Fecha de la observación		
		DD	MM	AA
		Número de miembros del personal ausentes ese día:		
Prestación de servicios relacionados con las drogas a los reclusos				
Servicios específicos para clientes relacionados con la justicia penal (delincuentes remitidos por el sistema de justicia penal, pero que en la actualidad no cumplen condena en un centro penitenciario)				
Servicios integrados para clientes en los que concurren los trastornos mentales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (alcohol o drogas)				
Servicios específicos para mujeres				
Servicios específicos para mujeres embarazadas				
Servicios específicos para personas mayores (> 50) y ancianos				
Servicios específicos para adolescentes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias (de 12 a 18 años)				
Servicios específicos para niños con trastornos relacionados con el consumo de sustancias (de 4 a 11 años)				
Servicios específicos para trabajadores sexuales				
Servicios específicos para grupos étnicos y minoritarios, migrantes y refugiados				
Servicios específicos para personas sin hogar				
Servicios específicos para personas LGBTI				
Otros servicios (indique cuáles):				

LGBTI: Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales

C8d. Servicios adaptados o prestados a poblaciones especiales

Indique si su unidad ofrece servicios adaptados a las poblaciones especiales, y sírvase especificar la frecuencia con que se prestan esos servicios.

Parte D: número de personas tratadas (datos consolidados) (toda la parte D)

D1. Tipo de pacientes que trata la unidad		Especifique
Todos los pacientes tienen trastornos relacionados con el consumo de sustancias (es decir, la unidad se centra en la atención de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias) Si la respuesta es afirmativa, sírvase seleccionar lo que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol y drogas
El objetivo del servicio de tratamiento son los trastornos de salud mental, entre otros los relacionados con el consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	(en caso de respuesta afirmativa, sírvase responder detenidamente a D2)
El objetivo del servicio de tratamiento es cualquier afección de la salud (es decir, atención primaria o servicios hospitalarios generales)	<input type="checkbox"/>	(en caso de respuesta afirmativa, sírvase responder detenidamente a D2)
Otros (especifique):	<input type="checkbox"/>	

D1. Tipo de pacientes que trata la unidad

Sírvase marcar la casilla apropiada en función del objetivo que tiene su unidad y el tipo de pacientes en que se centra. Si todos los pacientes tienen trastornos relacionados con el consumo de sustancias, seleccione lo que corresponda en la categoría “especifique”. Si ha respondido “otros”, especifique a qué tipo de pacientes trata su unidad.

D2. Proporción de pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias	
Sírvase estimar el porcentaje de sus pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias	_____ %

D2. Proporción de pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias

Estime el porcentaje de sus pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Si la unidad se centra en trastornos relacionados con el consumo de sustancias, este número probablemente se acercará al 100 %.

Volumen de tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias por entorno de tratamiento									
Tipos de entorno de tratamiento	Indique si se dispone de ellos	D3. Número de personas consideradas “en tratamiento” (véanse las instrucciones)		D4. Número total de episodios de tratamiento a lo largo del último año civil		D5. Duración media del tratamiento en días (si se conoce)		D6. Número total de clientes/pacientes atendidos durante el año civil anterior	
		R	E	R	E	R	E	R	E
Hospitalización/residencial	<input type="checkbox"/>								
Ambulatorio (excluidas las personas a las que se ha prescrito un tratamiento de mantenimiento con opioides)	<input type="checkbox"/>								
Total									

R Datos reales

E Estimación

Si no está en condiciones de proporcionar datos precisos para **D3-D6**, sírvase rellenar el **D7** *Número total de personas tratadas en un solo día*.

D7. Número total de personas tratadas en un solo día	Día	Mes	Año
Tipos de entorno de tratamiento	Número total de personas tratadas en un solo día		
Hospitalización/residencial			
Ambulatorio (excluidas las personas a las que se ha prescrito un tratamiento de mantenimiento con opioides)			
Personas a las que se ha prescrito un tratamiento de mantenimiento con opioides (con metadona o buprenorfina)			

Si no se dispone de datos reales, sírvase dar una estimación.

Tratamiento de mantenimiento con opioides (con metadona o buprenorfina): Se refiere al tratamiento de la drogodependencia por prescripción de opioides de acción prolongada como la metadona o la buprenorfina, con el objetivo de reducir o eliminar el uso de opioides y prevenir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del consumo de opioides.

En la fila “TOTAL”, proporcione la suma de los pacientes que reciben tratamiento.

D3. Número de personas consideradas “en tratamiento”

Para pacientes hospitalizados, esto corresponde al número de pacientes que están hospitalizados o siguen un tratamiento residencial en la actualidad; para el tratamiento ambulatorio sería el número de personas que han recibido tratamiento periódico en el dispensario durante el mes pasado.

D4. Número total de episodios de tratamiento por año

Introduzca el número total de episodios de tratamiento en un año (el último año civil o el último año del que se dispone de datos), por tipo o entorno de tratamiento.

Número de episodios de tratamiento: se refiere al número total de ingresos para recibir tratamiento en un año determinado, incluidas las admisiones repetidas del mismo cliente/paciente.

D5. Duración media del tratamiento

Dé una estimación de la duración media del tratamiento en días.

D6. Número total de clientes/pacientes atendidos durante el año civil anterior

Sírvase indicar el número de personas que han recibido servicios de tratamiento a lo largo del último año civil.

D7. Número total de personas tratadas en un solo día

Sírvase indicar el número de personas que han recibido tratamiento en un día determinado. Indique también la fecha de observación.

Tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias – Volumen de tratamiento por sustancia principal	Sustancia concreta	D8. Número de episodios de tratamiento a lo largo del último año civil	D9. Número de clientes / pacientes tratados a lo largo del último año civil	D10. Número de clientes/pacientes tratados en un solo día (véase la instrucción)		
				Fecha de la observación		
				DD	MM	AA
				Número de miembros del personal ausentes ese día:		
		<input type="checkbox"/> Datos reales <input type="checkbox"/> Estimación	<input type="checkbox"/> Datos reales <input type="checkbox"/> Estimación	<input type="checkbox"/> Datos reales <input type="checkbox"/> Estimación		
1. Alcohol	Total					
2. Opioides	Heroína					
	Opio					
	Opioides con prescripción					
	Otras					
	Se desconoce					
	Total					
3. Cannabis (incluido el sintético)	<i>Cannabis</i>					
	Cannabinoides sintéticos					
	Otras					
	Se desconoce					
	Total					
4. Tipo de cocaína	Cocaína crack					
	Clorhidrato de cocaína					
	Otras					
	Se desconoce					
	Total					
5. Estimulantes distintos de la cocaína	Anfetaminas					
	Metanfetaminas					
	Éxtasis					
	Catinonas sintéticas					
	Otras					
	Se desconoce					
	Total					

6. Hipnóticos y sedantes	Benzodiazepinas			
	Barbitúricos			
	Otras			
	Se desconoce			
	Total			
Tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias – Volumen de tratamiento por sustancia principal	Sustancia concreta	D8. Número de episodios de tratamiento a lo largo del último año civil	D9. Número de clientes / pacientes tratados a lo largo del último año civil	D10. Número de clientes/pacientes tratados en un solo día (véase la instrucción)
				Fecha de la observación
				DD MM AA
				Número de miembros del personal ausentes ese día:
7. Alucinógenos y drogas disociativas	LSD			
	Ketamina			
	Otras			
	Se desconoce			
	Total			
8. Inhalantes volátiles	Total			
9. Nicotina	Total			
10. Otras (sírvese especificar)	Total			

Son preferibles los datos reales. Si no se dispone de datos reales, sírvase dar una estimación.

Si no está en condiciones de proporcionar datos precisos para **D8-D9**, sírvase rellenar **D10. Número de clientes/pacientes tratados en un solo día**.

D8. y D9. Número total de episodios de tratamiento/pacientes tratados a lo largo del último año civil
Cumplimente los datos sobre el volumen de tratamiento en el transcurso de un año (el último año civil o el último año del que se dispone de datos), por sustancia principal, dando un total general de episodios de tratamiento en **D8** y el total de pacientes en **D9**. Si es posible y se conocen, dé también un subtotal por sustancias concretas. En caso contrario, confirme el subtotal en la categoría “Se desconoce” o incluya la cantidad de sustancias no enumeradas en la categoría “Otras”.

Las subcategorías tienen el objetivo de hacer más fácil la presentación de información sobre el volumen de tratamiento, ya que hay diferentes formas de medir dicho volumen; sin embargo, si se ha registrado solamente la sustancia principal, sírvase proporcionar únicamente el número total en las respectivas casillas en **D8** y **D9**.

D10. Número de clientes/pacientes tratados en un solo día

Sírvese realizar el estudio de un solo día en su unidad. Seleccione un día de trabajo típico al menos con dos semanas de antelación.

Parte E: Capacidad de tratamiento

Al cumplimentar **E1, E3-E4** puede responder a las preguntas con los datos de toda la unidad o únicamente con los de los pacientes cuyos trastornos se deben al consumo de sustancias – Sírvase indicarlo seleccionando: **(datos consolidados)**

Toda la unidad	<input type="checkbox"/>
Únicamente los pacientes cuyos trastornos se deben al consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>

E1. Recursos físicos (edificios)

Unidades de tratamiento hospitalario	1.1. Número de camas (datos públicos)	1.2. Tasa de ocupación de camas (%) (datos consolidados)
Unidades de tratamiento ambulatorio	1.3. Número de habitaciones para atender a los pacientes (datos públicos)	

E1. Recursos físicos (edificios)

Cumplimente la sección que se aplica a su unidad, ya sea en régimen hospitalario o ambulatorio, utilizando las cifras exactas.

Para unidades de tratamiento hospitalario:

- *Número de camas para el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias*
Funciona como un indicador de la capacidad de tratamiento hospitalario. Determina el número de camas disponibles para clientes en tratamiento de hospitalización o residencial. En los centros donde la disposición para dormir es menos formal (consistente, por ejemplo, en colchonetas o mantas esparcidas por el suelo), el programa de tratamiento puede contar el máximo número de personas que pueden pasar la noche de manera segura en la unidad, entendiéndose que “cama” es una medida de capacidad para dormir.
- *Tasa de ocupación (%)*
Porcentaje medio de camas que están ocupadas por pacientes (para el período reciente de que se disponga, por ejemplo, el último año civil).

Para unidades de tratamiento ambulatorio:

- *Número de habitaciones para atender a los pacientes/clientes*
Funciona como un indicador de la capacidad de tratamiento ambulatorio.

(Datos públicos)

E2. Seleccione todos los días de la semana en que esta unidad está abierta a los clientes durante el día y durante la noche

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Durante el día							
Durante la noche							

E2. Seleccione todos los días de la semana en que esta unidad está abierta a los clientes durante el día y durante la noche

Sírvase indicar el horario de apertura diurno y nocturno para cada día durante la semana.

Recursos humanos (datos consolidados)	E3. Especifique el número de miembros del personal de cada tipo	E4. Número equivalente de miembros del personal a tiempo completo
Personal médico		
- <i>Médicos especializados en medicina o psiquiatría de las adicciones</i>		
- <i>Psiquiatras generalistas</i>		
- <i>Médicos no especializados en psiquiatría o medicina de las adicciones</i>		
Personal de enfermería		
- <i>Enfermeros psiquiátricos y especializados en adicciones</i>		
- <i>Enfermeros generalistas</i>		
Auxiliares de enfermería		
Farmacéuticos		
Psicólogos		
Trabajadores sociales		
Otros profesionales (licenciados)		
Otro personal de tratamiento (expacientes, trabajadores sanitarios legos...)		
- <i>Animadores</i>		
- <i>Trabajadores de la salud comunitarios</i>		
- <i>Voluntarios</i>		
- <i>Otros (indique cuáles)</i>		
Personas que no proporcionan tratamiento		
- <i>Personal (administrativo)</i>		
- <i>Voluntarios y pasantes</i>		

E3. Especifique el número de miembros del personal de cada tipo

Indique el número total de miembros del personal de cada categoría que proporcionan tratamiento en la instalación. (Véanse las notas para E2).

E4. Número equivalente de miembros del personal a tiempo completo

Para calcular el “equivalente a tiempo completo” sume el personal a tiempo parcial y el personal a tiempo completo en cada una de las categorías de personal. Si la unidad proporciona tratamiento también a otros tipos de pacientes (por ejemplo, a personas con otros problemas de salud mental), incluya en la estimación de equivalentes a tiempo completo únicamente la proporción de tiempo dedicado a la gestión de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Ejemplo 1: 2 miembros del personal que trabajan el 50% del tiempo se contarían como 1 equivalente a tiempo completo.

Ejemplo 2: si hay 2 enfermeros a tiempo completo y otros 3 enfermeros que trabajan a media jornada, el número equivalente a tiempo completo sería $2 \times 1 + 3 \times 0,5 = 3,5$ miembros del personal equivalentes a tiempo completo.

Ejemplo 3: en un hospital psiquiátrico, hay 10 psiquiatras a tiempo completo que dedican un promedio de un día a la semana a atender a los pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias; esto se contaría como 2 miembros del personal equivalentes a tiempo completo.

E5. Describa sus vínculos con otros servicios sociales o de salud en el apoyo a las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias (máx. 250 palabras) (datos consolidados)

Explique la relación que tiene su unidad con otras unidades y servicios y cómo colabora con ellos, de manera que sea posible hacerse una idea de cómo funciona todo el sistema de tratamiento. Por ejemplo, indique de dónde suelen provenir sus pacientes, si se los refiere a otros servicios de tratamiento y si normalmente reciben servicios de tratamiento de otras unidades al mismo tiempo.

E6. Describa los servicios de tratamiento prestados por su unidad en la forma en que le gustaría que se presentaran al público (máx. 250 palabras) (podrá ponerse a disposición del público) (datos públicos)

Incluya una descripción de los servicios prestados por su unidad, como le gustaría que aparecieran en un posible directorio de unidades de tratamiento. En caso de que no haya quedado claro en las preguntas anteriores, incluya una descripción de los tipos de pacientes que reciben tratamiento y los servicios que se ofrecen. Tal vez desee incluir también información sobre la filosofía del servicio o cualquier otro dato que pueda ayudar a las personas a encontrar el centro de tratamiento más adecuado para ellas.

E7. Si tiene alguna otra información pertinente sobre su unidad, sírvase incluirla aquí.

Proporcione cualquier información adicional sobre su unidad que crea que podría no estar debidamente representada en este cuestionario o cualquier observación sobre el estudio en sí. Sírvase indicar si prefiere que sus respuestas se hagan públicas o no (**datos consolidados**)

E8. Sírvase estimar el tiempo que ha empleado en cumplimentar este formulario: ___horas y___ minutos.

Indique en horas y minutos el tiempo que ha empleado en rellenar el formulario. Incluya el tiempo necesario para rellenar el cuestionario, no el tiempo utilizado para reunir los datos necesarios para su cumplimentación, pero añada el tiempo empleado en realizar nuevos análisis de datos que de otro modo no se habrían incluido.

Además, si tiene fotografías de su unidad (las vistas exteriores), y cualesquiera otras imágenes que puedan hacerse públicas, sírvase incluirlas (se ruega no incluir los rostros de los pacientes).

Remita el cuestionario cumplimentado a

(indique la organización local que realiza el estudio de la unidad).

Muchas gracias por haber dedicado su tiempo a responder a esta encuesta.