

**Política del Sector Salud
para el Tratamiento de la
Persona con Problemas
Derivados del Consumo
de Alcohol, Tabaco y otras
Drogas en Costa Rica**



Costa Rica, 2012

Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica



Costa Rica, 2012

362.292

P769p Costa Rica. Ministerio de Salud

Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica / Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

—San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.

97 p.; 28x22 cm.

ISBN 9977-62-132-6

1. Política de Salud. 2. Alcohol. 3. Tabaco. 4. Drogas 5. Costa Rica
1. Título

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

El contenido de este documento puede ser reproducido o transmitido por cualquier medio electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabación y otros, siempre y cuando sea usado para fines académicos, investigativos y para la promoción de la salud y la prevención de las adicciones.

Diseño, diagramación e impresión en **Producción Documental**,

Unidad de Mercadotecnia Institucional, Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.

Ministerio de Salud, 2012

CREDITOS

Elaborado por el Dr. Douglas Mata Pernudi

Coordinador, Unidad de Desarrollo Institucional, IAFA.

Actualizado por Grupo Área Técnica IAFA:

Dra. Patricia Orozco Carballo, Directora General del IAFA.

Dra. Vera Barahona Hidalgo, Coordinadora Área Técnica, IAFA.

Dr. Pedro Acuña Quesada, Área Técnica.

Licda. Marianella Araya Mora, Área Técnica.

Licda. Marilyn Salguero Osejo, Área Técnica.

Licda. Silvia Pereira Ulloa, Área Técnica .

Validado por:

Ministerio de Salud

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Ministerio de Educación Pública

Ministerio de Justicia

Ministerio de Seguridad Pública

Instituto Contra Drogas

Caja Costarricense del Seguro Social

Federación de Hogares Salvando al Alcohólico

Asociación de Comunidades Terapéuticas

Poder Judicial

Patronato Nacional de la Infancia

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	17
2. CONTEXTO GENERAL DE LA POLITICA.	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. Aprendizajes Institucionales realizados	19
2.1.2. Cobertura y servicios actuales.	20
2.2. Diagnóstico	23
2.2.1. Análisis de la situación de consumo de drogas	23
2.2.2. Atención en los servicios de tratamiento del IAFA	25
2.2.3. Población egresada de Hospitales y Centros de tratamiento de drogas	27
2.2.4. Consumo de drogas en personas adultas privadas de libertad	31
2.2.5. Evaluación de las necesidades de tratamiento	32
2.3. Marco Político-Institucional	32
2.3.1. Marco Jurídico-Legal	32
2.3.2. Instituciones y regulación	35
2.3.3. Normativa que regula los servicios de tratamiento	36
3. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO	38
3.1. Justificación de la política	38
3.1.1. Razones políticas, económicas y sociales	40
3.1.2. ¿Qué es una política pública de tratamiento?	43
3.1.3. ¿Por qué una política pública de tratamiento?	45
4. MARCO ESTRATEGICO	47
4.1. Política	47
4.2. Principios (Rectores)	47

4.3. Complementariedad de la Política de Tratamiento de Drogas del Sector Salud, con el Plan Nacional sobre Drogas	48
4.4. Dimensiones de la Política de Tratamiento	49
4.4.1. Dimensión político-administrativa	49
4.4.2. Dimensión poblacional y territorial	49
4.5. Alcance de la política: Ejes Estratégicos y Líneas de Acción	49
4.5.1. Disponibilidad y Diversidad	50
4.5.2. Acceso y Uso	51
4.5.3. Sostenibilidad	51
4.5.4. Readequación del Modelo de Tratamiento de Drogas	52
5. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	53
5.1. Sistema Nacional de Tratamiento para la atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	53
5.1.1. Visión	53
5.1.2. Objetivo General	53
5.2. Recursos Institucionales (Gubernamentales).	53
5.2.1. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.	54
5.2.2. Caja Costarricense del Seguro Social.	55
5.2.3. Programas de tratamiento y rehabilitación en el Ámbito Laboral y en el Sistema Penitenciario	60
5.2.4. Niveles de Atención: Un acercamiento al caso de Costa Rica	60
5.3. Organizaciones no gubernamentales	61
5.4. Marco Orientador del Sistema de Tratamiento	61
5.4.1. Sistema de tratamiento	62
5.4.2. Momentos de la atención	62
6. INSTRUMENTOS DE APOYO.	69

6.1. Sistema de Información	69
6.2. Sistema de seguimiento y evaluación	70
6.3. Estimación de demanda de tratamiento	72
7. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO	74
7.1. Fuentes de financiamiento	74
7.2. Forma de distribución de la inversión	74
ANEXO N° 1	77
ANEXO N° 2	79
ANEXO N° 3	81
8. BIBLIOGRAFIA	87



PRESENTACIÓN

En Costa Rica, y en el mundo, la salud de las personas es una prioridad ya que es considerada un derecho humano fundamental; como lo contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

En el país, para garantizar la salud de la población, el Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud, lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce potestades de Autoridad Sanitaria.

Uno de los problemas graves que tiene actualmente la población en el país, y que tiene un abordaje complejo por la interacción de múltiples factores (ambientales, sociales, culturales, biológicos, entre otros), es el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Las consecuencias que este consumo puede generar tienen impacto en la salud física y mental, tanto del individuo como de la sociedad. En este sentido, afecta la calidad de vida, las relaciones familiares, laborales y sociales, así como genera problemas económicos que muchas veces tienen repercusiones de corto y largo plazo.

Los índices de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas muestran una porción importante de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial o dañino, lo que requiere de acciones concretas y suma de esfuerzos para su atención y recuperación.

Actualmente, esta situación se agrava ya que persisten los patrones de bebedores “excesivos” o “de riesgo”, el inicio del consumo a edades más tempranas y el aumento de consumo en la población femenina. Además, la evidencia científica destaca una estrecha relación entre enfermedades mentales, como la depresión, ansiedad y esquizofrenia, con el consumo de sustancias psicoactivas.

Por esta razón, es imperativo que el abordaje a este problema de salud pública sea integral, tanto intersectorial e interdisciplinario, dando énfasis no solo en el tratamiento sino también en la prevención y el mejoramiento de las condiciones de vida.



**POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO
DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA**



El Ministerio de Salud presenta a la comunidad nacional e internacional, la **Política del Sector Salud para el Tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica**, que fue elaborada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y que está articulada con la Política Nacional de Salud Mental, elaborada y oficializada por el ministerio de Salud en este mismo año.

El objetivo de esta Política, es posibilitar el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por el consumo de drogas, así como aumentar la cobertura de centros de tratamiento y se fundamenta en los lineamientos políticos del Plan de Gobierno 2010-2014.

La implementación de esta Política tendrá beneficios no solo para la persona que tiene el problema de consumo, sino para la sociedad en su conjunto.

Por lo tanto, insto para que las acciones que se proponen en esta Política se cumplan para así garantizar el derecho a la salud y a la dignidad de las personas.

Dra. Daisy Corrales Díaz

Ministra de Salud



Introducción

El uso de sustancias que afectan el sistema nervioso (“psicoactivas”) tanto con fines terapéuticos, recreativos como místicos, tiene sus orígenes con la Humanidad misma, sin embargo con el paso del tiempo y según las distintas sociedades o culturas, el uso de estas sustancias con fines no terapéuticos se han ido intensificando hasta llegar a producir serios problemas de Salud Pública.

El impacto que tiene en la salud de la población y la repercusión en los sistemas de salud y en la sociedad en general, hace indispensable que el abordaje de esta enfermedad se realice de manera integral.

Según la Organización Mundial de la Salud, una droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969), de tal manera que, según estudios científicos, el cerebro de las personas adictas presenta cambios neuroquímicos importantes y demostrables.

Tales cambios se manifiestan en alteraciones de los procesos cognitivos y de la conducta, asociados con la búsqueda y consumo de drogas, que cada vez hace más difícil que la persona enferma controle su consumo de drogas.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, están incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-OMS) en la sección F10-19, donde se definen como “trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

En Costa Rica, el abordaje de la enfermedad adictiva, ha sido considerado un problema de Salud Pública, que se debe abordar integralmente y así se ha articulado la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 y esta Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica, elaborada por el IAFA.

El IAFA tiene sus antecedentes en el Decreto Ejecutivo No.10 del 12 de agosto de 1925, con



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



lo que se inicia la primera iniciativa de prevención estatal en materia de consumo de bebidas alcohólicas, que estableció como obligatoria la enseñanza antialcohólica en todos los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, tanto públicos como privados.

En 1929, se elaboró la “Cartilla Antialcohólica” por parte de los miembros de la Liga Antialcohólica y algunos educadores; y siete años más tarde se estableció en nuestro país la Ley Sobre Venta de Licores, que incluyó la necesidad de regular la publicidad de bebidas alcohólicas (Ley No.10 del 7 de octubre de 1936).

Para noviembre de 1954, se creó la Comisión Nacional sobre Alcoholismo y tuvo a su cargo la lucha contra el alcoholismo y su prevención. Los objetivos de la comisión eran estudiar el problema del alcoholismo en Costa Rica y desarrollar la investigación social del problema en las distintas áreas locales y regionales del país.

Con la Ley Orgánica del Ministerio de Salud en 1972, se creó el Instituto Nacional Sobre Alcoholismo (INSA). De acuerdo con la ley, este cambio buscó un marco institucional más fuerte, que correspondiera a las necesidades del país asignándole como funciones la investigación, prevención y lucha contra el alcoholismo.

En este mismo contexto se definió el establecimiento del Departamento de Investigación con el objetivo de construir el trabajo de desintoxicación y rehabilitación realizado en Tirrases en un centro de experimentación para entrenar y capacitar a los funcionarios de los hospitales en estas áreas de trabajo con los pacientes alcohólicos.

A partir del 12 de marzo de 1986, con la promulgación de la Ley No. 7035 se creó el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del INSA para todos los efectos legales del tema. Se le asignan como funciones principales la prevención, investigación, tratamiento y rehabilitación de la persona alcohólica o farmacodependiente. Con ello se pretende ampliar la cobertura y el ámbito de acción del Instituto al incluir el consumo de diferentes drogas tanto lícitas como ilícitas, y no sólo alcohol como lo fue durante los años anteriores. Esto, ante la situación generada en torno al consumo de diferentes drogas, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Además, le corresponde la coordinación de los programas públicos y privados orientados a los mismos fines de la institución, según su ley constitutiva y la regulación y control de la publicidad relacionada con las bebidas alcohólicas que se publique por cualquier medio de



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



comunicación, según el artículo 45 de la Ley No. 5489.

Los programas de prevención que ha desarrollado el IAFA durante varias décadas para atender un problema tan complejo y de gran magnitud como es el fenómeno droga, han tenido como objetivo fundamental dirigir acciones tendientes a proteger, promover y fortalecer a las personas en el ámbito escolar, familiar, laboral y comunal.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia es un órgano adscrito al Ministerio de Salud, el cual tiene independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica instrumental, teniendo a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines, de conformidad con dicha ley.

Tiene como misión contribuir en el marco de sus responsabilidades de ente rector y ejecutor en el ámbito de la drogas, a mejorar las condiciones de vida de todas las personas en sociedad, por medio de un conjunto de intervenciones en promoción de la salud mental y preventivo-asistenciales tendientes a modificar hábitos, costumbres y actitudes para disuadir el consumo de drogas y minimizar sus consecuencias.

El IAFA se constituye como un referente científico técnico a nivel nacional e internacional en el diseño e implementación de modelos integrales de atención y en la producción y transferencia de conocimiento en materia de drogas como problema de salud pública y a partir de febrero de este año, el IAFA ha sido instaurado nuevamente como Centro Colaborador en el tema de prevención, tratamiento e investigación en el tema de Drogas, de la Organización Mundial de la Salud.

Dra. Sisy Castillo Ramírez

Viceministra de Salud

Presidenta de la Junta Directiva del IAFA



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Prólogo

Una mirada retrospectiva de la labor realizada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, en particular en el último quinquenio, reafirma el compromiso de Institución, tanto en la atención de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, como en la búsqueda de soluciones integrales a dicha problemática.

Un ejemplo claro del esfuerzo tesonero que por más de 50 años viene realizando el IAFA, es el presente documento de “Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica”, oficializado el 25 de junio 2012 en el Alcance Digital número 82 de La Gaceta N° 122, en el Decreto Ejecutivo Número 37110-S por parte de la Presidenta de la República y la Ministra de Salud de Costa Rica.

Sin embargo, es importante resaltar que este documento fue formulado y presentado en el año 2008 y desde entonces el IAFA viene realizando acciones que le dan sustento al mismo, con medidas vinculadas a la readecuación del marco normativo que permite regular el funcionamiento de los diversos establecimientos que brindan servicios en ésta materia; la elaboración de protocolos de atención para dichas poblaciones y la creación y ubicación en prácticamente todas las provincias del país de los Centros de Atención Integral, que han permitido paulatinamente ampliar la provisión de servicios, así como la mejora en la accesibilidad a los mismos, garantizando el derecho a la atención de todas las personas

Dichas acciones se ven complementadas con los procesos de formación y actualización del recurso humano de los diversos programas que conforman parte del sistema de tratamiento, así como el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación que facilitan el desarrollo de la intersectorialidad, primordialmente, en materia de sostenibilidad política, técnica y financiera.

El IAFA ha replanteado su modelo de atención con el objetivo de favorecer una organización en red que conduzca al desarrollo conjunto de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección e intervención temprana, reducción de las consecuencias adversas, así como, el tratamiento, rehabilitación y reinserción en materia de consumo de sustancias psicoactivas.

La propuesta busca, en primera instancia, hacer posible el acceso universal y una atención integral, eficaz, oportuna, de calidad y continua y en segunda instancia, lograr satisfacer las demandas de la población, con la intención de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, en un marco de participación social, protección de derechos e igualdad de oportunidades.

Es claro que mejorar la accesibilidad y la atención integral a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y sus familias, mediante el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, es el gran reto que el mediano plazo afrontamos como sociedad.


Dra. Patricia Orozco Carballo
Directora General - IAFA



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



1. INTRODUCCIÓN

Nuestro actual sistema de tratamiento en materia de drogas contempla una oferta sustentada en una base relativamente centralizada. Si bien, durante las últimas décadas se han llevado a cabo reformas al Sistema Nacional de Salud del país,¹ que suponían componentes para minimizar dicha situación, muchas de esas iniciativas no se han aplicado a cabalidad y otras por diversas circunstancias, están detenidas o no dieron los frutos esperados.

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en el país en materia de tratamiento y rehabilitación de drogas, para reducir la falta de servicios y mejorar la prestación actual de los mismos, los resultados obtenidos en más de una década y media de intentos, parece presentar dicha meta como cada vez más lejana.

En Costa Rica la atención de los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas ha venido siendo desarrollada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y de manera espontánea por organizaciones no gubernamentales, en respuesta a los vacíos que ha dejado el servicio público ante la problemática derivada del consumo de drogas.

Por ello, esta política de tratamiento ha de concebirse como un elemento o parte sustantiva de una estrategia integrada, como bien señala la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) bajo el principio de “medidas integradas y no descoordinados”, que tienen como finalidad el desarrollo y fortalecimiento de programas eficaces e integrados basados en pruebas científicas, “... que garanticen la prevención y la atención continua en las instituciones de atención de la salud y los servicios de asistencia social, desde la prevención primaria hasta la intervención, precoz, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social y servicios de apoyo conexos destinados a promover la salud y el bienestar entre las personas, familias y comunidades y atenuar las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para las personas y para la sociedad en general, teniendo en cuenta los problemas especiales que

¹ Se entiende por Sistema Nacional de Salud el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del nivel de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los organismos de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Dirección General de Salud, San José, Costa Rica, junio, 2007, pp. 17.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



plantean los drogodependientes de alto riesgo.”²

Actualmente, no se cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el sistema nacional de salud, ni en el sistema privado. Si bien, la oferta existente en la red de los servicios ha aumentado significativamente los últimos años, la misma sigue siendo baja para atender las necesidades de cierto tipo de poblaciones específicas afectadas.

Dada la poca disponibilidad de alternativas de servicios a poblaciones prioritarias, existe la necesidad de coordinar las acciones entre las distintas áreas y dependencias ejecutoras del Estado, para garantizar la instrumentación de programas de tratamiento que articulen las acciones en las regiones con baja cobertura de atención en materia de drogas, buscando fortalecer las capacidades locales y su relación con las Municipalidades, con lo que a su vez se refuerza las políticas y planes de atención nacionales.

Es imperativo aumentar la cobertura de los programas de tratamiento y rehabilitación, mejorar los servicios de atención públicos y privados, fortalecer y consolidar las redes sociales o comunitarias de atención y diversificar la oferta existente para adecuarla a los requerimientos de las personas afectadas y al nivel de complejidad del problema de las drogas en el país.

En resumen, se debe contar con una alternativa comprensiva y flexible, apta para responder a una realidad heterogénea y capaz, por ende, de acompañar oportunamente los cambios sociales, bajo un esquema de organización competente que incida en la regulación y en la planeación funcional de los programas y servicios de tratamiento en lo que a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se refiere, por medio de acciones estratégicas claras y medibles a corto, mediano y largo plazo, que se articulen con una comprometida participación de todos los sectores de gobierno, instituciones y organismos de la sociedad.

² UNODC. Declaración Política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. Serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes Viena, 11 y 12 de marzo de 2009. Naciones Unidas, Nueva York, 2009. pág. 19

2. CONTEXTO GENERAL DE LA POLITICA.

2.1. Antecedentes

Las limitaciones de financiamiento de programas en el sector público, es uno de los principales motivos por los que existen restricciones en la disponibilidad de servicios de tratamiento en materia de drogas en el país.

En Costa Rica, las limitaciones financieras de las instituciones gubernamentales encargadas de la atención del consumo de alcohol, tabaco y otra drogas, generaron una reducción de los servicios, por lo cual en la última década, el tratamiento para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se ha prestado de forma independiente a la atención general en salud de nuestro país. Esto ha incidido en que las organizaciones y programas de tratamiento y rehabilitación hayan evolucionado separadamente.

La falta de cobertura de los servicios de salud para los tratamientos, el estigma que acompaña a las personas consumidoras de drogas, así como la falta de formación y experiencia en lo relativo al manejo del abuso de sustancias psicoactivas por parte de los profesionales vinculados a estos servicios, contribuye a la segregación de los tratamientos de drogas de los demás servicios de atención en salud.

Esta falta de integración con otros servicios de atención y proveedores de salud, se constituye en un problema importante, porque muchos de las personas que necesitan servicios de tratamiento, también requieren de otros servicios. Por ejemplo, un porcentaje de las personas que sufren de dependencia a las drogas también padecen de otros trastornos mentales. El problema es particularmente agudo en el caso de los grupos vulnerables que cuentan con poco o ningún acceso a los servicios de atención general en salud.

2.1.1. Aprendizajes Institucionales realizados

En la década de los setenta y principios de los ochenta, del siglo pasado, en el país existía una política pública específica, definida y mantenida en el tiempo, relacionada con la prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo. Esta siempre estuvo a cargo del Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), antecesor del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), dependencia adscrita al Ministerio de Salud.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Manifestaciones de esta política fueron la creación del Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos de Tirrases de Curridabat (CREAT), que se inauguró el 14 de diciembre de 1976 y el establecimiento en el año 1983 de la Unidad de Desintoxicación Alcohólica (UDA), en el Hospital Calderón Guardia, como producto de las coordinaciones que se dieron con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Sin embargo, en el año 1992 se suspendió el convenio con la UDA, del Hospital Calderón Guardia, siendo cerrada y a mediados de la década de los noventa fueron paulatinamente limitados los servicios de internamiento del IAFA, hasta contar en la actualidad solo con servicios ambulatorios, además de un programa residencial para personas menores de edad.

En el primer quinquenio de la década de los noventa el IAFA intentó consolidar en algunas Clínicas y Hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), equipos de atención integral al adicto, llegando a constituir poco más de 10 equipos, que finalmente no lograron tener continuidad.

2.1.2. Cobertura y servicios actuales.

En Costa Rica, la oferta gubernamental de servicios de tratamiento, se encuentra relacionada con la infraestructura a cargo del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

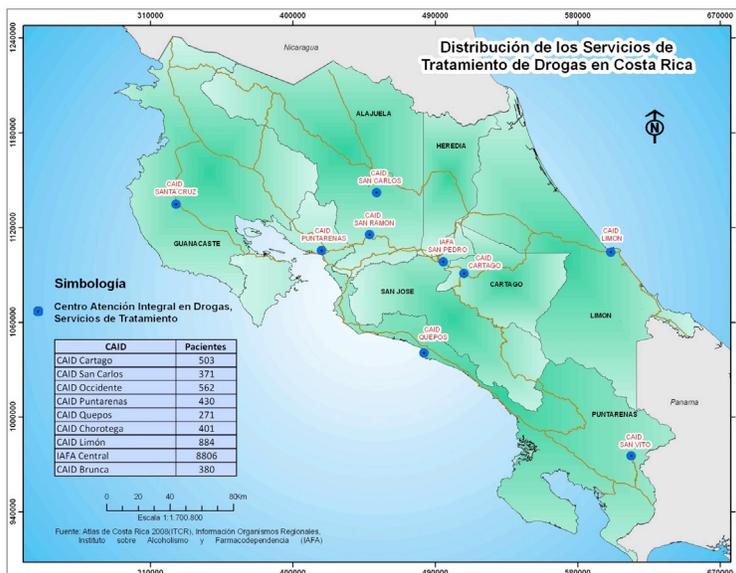
En la actualidad existe una importante oportunidad de poder fortalecer el desarrollo de un Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que permita brindar una respuesta más oportuna a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica.³

Para ello, el IAFA trabaja en la consolidación de los servicios que se van a constituir en la puerta de entrada para los servicios gubernamentales, en varias localidades estratégicas del país; denominados Centro de Atención Integral en Drogas (CAID). Estos centros están

³ El Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se encuentra adherido y reconoce "... la razón de ser del Sistema Nacional de Salud, (que) consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población, es decir, que el conjunto de entidades que lo conforman actúen, en forma sinérgica, para provocar un impacto positivo sobre la salud, corrigiendo además las fallas o desviaciones que puedan producirse en el proceso, para garantizar que las mejoras en el nivel de salud se den, en mayor grado, en aquellos segmentos de la población más vulnerables".

Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Dirección General de Salud, San José, Costa Rica, junio, 2007, pp. 20.

conformados por equipos multidisciplinarios, de tal manera que se brinda una atención integral a la persona consumidora de sustancias psicoactivas y a su familia en el nivel local, en coordinación con los sistemas locales de salud y las ONG existentes.



Los CAID realizan el diagnóstico y tratamiento integral, en régimen ambulatorio, de los personas que presentan algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, así como también brindan orientación, educación e intervención terapéutica, a los familiares o red de apoyo de las personas directamente afectadas, según sus necesidades

Los equipos actualmente se encuentran ubicados en cinco provincias, a saber: en la provincia de Puntarenas, en el Cantón Central, Aguirre y Coto Brus, en la provincia de Guanacaste, en Santa Cruz, en la provincia Alajuela, en San Ramón y San Carlos, en la provincia de Limón y de Cartago en el cantón central.

Por otra parte, en el Oficinas Centrales, ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, se cuenta con los siguientes dispositivos:

Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad, el cual se creó para la atención de los niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, a fin de modificar su situación de consumo, fomentar nuevos estilos de vida, favorecer su inserción social, y mejorar así, su calidad de vida y la de su familia. Este centro cuenta con los servicios de valoración de las personas menores edad, centro ambulatorio intensivo⁴ y centro residencial.

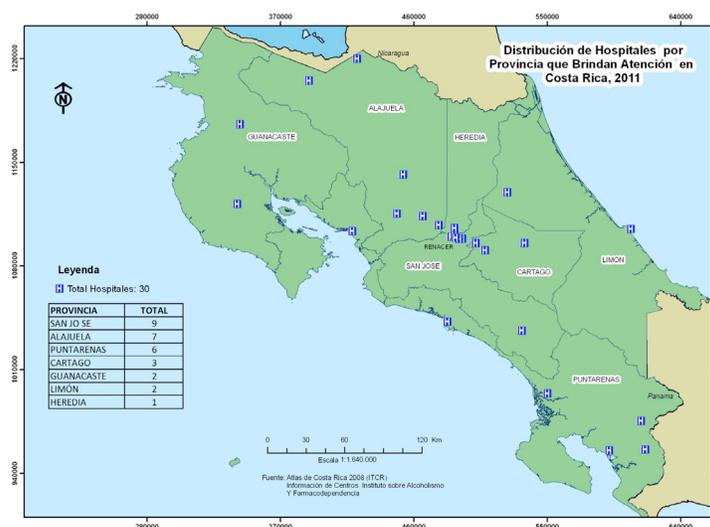
⁴ El programa denominado ambulatorio intensivo, antes del año 2010, funcionaba bajo la modalidad de centro diurno.

Dicho Centro, cuenta con el apoyo para su funcionamiento de instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional de la Infancia, Ministerio de Trabajo a través de DESAF.

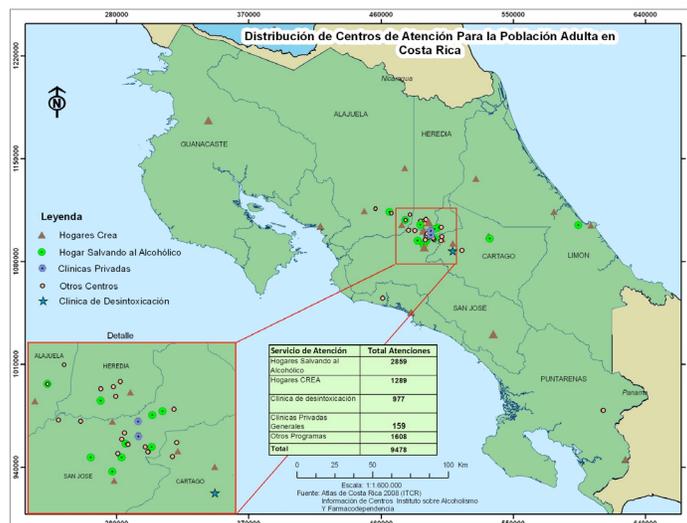
Proceso de Atención a Pacientes: cuenta con los servicios de consulta de orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa para la población en general.

Por su parte la CCSS, cuenta en todo el país con 29 Hospitales, 104 Áreas de Salud y 944 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), distribuidos en todo el territorio nacional.

Además cuenta con el Programa Nuevos Horizontes, ubicado físicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual brinda desintoxicación a personas menores de edad consumidores de sustancias psicoactivas. Existen también otras iniciativas aisladas de programas de atención a población consumidora de sustancias psicoactivas; como el del Hospital Blanco Cervantes y el del Hospital William Allen de Turrialba. Asimismo, existen Clínicas de Cesación de Fumado en algunos hospitales nacionales y se está tramitando su apertura en otros centros de la Institución.



En el caso de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el país cuenta a la fecha con 73 programas de tratamiento y rehabilitación, aprobados por el Iafa, según el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento. De los cuales, tres trabajan con población menor de edad.



Prácticamente la totalidad de los centros se enmarcan dentro de la modalidad de instancias residenciales.⁵ La capacidad de atención de los centros en Costa Rica es para 27 personas en promedio y la media de antigüedad de 10 años, con una capacidad instalada nacional cercana a las 1.500 camas de las ONG.

2.2. Diagnóstico

Se presenta un acercamiento a ciertas variables que se considera deben formar parte de un diagnóstico de la situación sobre el consumo de drogas y la respuesta que en Costa Rica se brinda a la población que recurre por atención a los diversos establecimientos con que cuenta la red nacional de tratamiento del país.

El objetivo es ofrecer una visión de la evolución de la situación de consumo que afecta a la población, así como de las actuaciones que se han realizado. Esta es una realidad que cambia y por lo tanto genera modificaciones tanto en los patrones de consumo como en el perfil de los consumidores.

2.2.1. Análisis de la situación de consumo de drogas

Los índices de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas identifican a una porción

⁵ Dentro de la actual oferta de programa de los centros aprobados en el país, el 62% están orientados a la atención de hombres (mayores de edad), en tanto que solo un 2% para mujeres. Los programas que atienden población adulta de ambos sexos representa un 26%. En lo que respecta a población menor de edad solo un 10% prestan de servicios, en una proporción de 5% para ambos sexo. En el nivel nacional existen unos 800 grupos de Alcohólicos Anónimos.

importante de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial o dañino, que requieren acciones concretas y suma de esfuerzos para su atención y recuperación, con lo cual se podría contribuir a la reducción de la prevalencia de consumo y los objetivos de atención regional y nacional.

Distribución porcentual de la muestra según prevalencia de consumo activo de drogas. Costa Rica, 1990 - 2006

DROGA	1990	1995	2000	2006
Alcohol	27,4	24,8	26.6	24.3
Tabaco	18,7	17,5	15.8	14.8
Marihuana	1,14	0,3	0.4	0.6
Cocaína	0,1	0,1	0.2	0.06
Crack	--	0,2	0.1	0.1

Fuente: IAFA, Estudios Nacionales sobre Consumo de Drogas.

Partiendo de los datos recopilados con el AUDIT⁶ en la encuesta nacional del 2006 se encontró que la proporción de personas que ingieren alcohol de manera riesgosa y perjudicial agrupó a un 22% de los bebedores del último año. En tanto que la dependencia alcohólica se situó, en este estudio, en 4,4% de las personas que refirieron consumo en los últimos doce meses.

Distribución porcentual de tomadores del último año, según resultados del Audit, por sexo Costa Rica, 2006

Sexo	Consumo		Dependencia
	Riesgoso	Perjudicial	
Hombres	19,6	10,6	5,9
Mujeres	3,4	3,4	2,0

Fuente: IAFA, Estudios Nacionales sobre Consumo de Drogas. 2006

⁶ AUDIT es la Prueba de identificación de desordenes por el consumo de alcohol. La ingesta alcohol de manera riesgosa es el consumo de cinco o más tragos por ocasión y una frecuencia semanal de ingestión y perjudicial el sentimientos de culpa, haberse lastimado o herido a alguien y haber recibido alguna recomendación para dejar de beber. La dependencia alcohólica es la pérdida de control sobre la bebida, alteración de las actividades cotidianas por la ingestión de alcohol e ingesta matutina para aliviar los síntomas de la abstinencia.



Considerando que no más de un 12% de las personas con dependencia alcohólica ⁷ refirió haber recibido tratamiento o internamiento para su problema, habría un muy alto porcentaje exento del beneficio de algún tipo de intervención. Dicha proporción se incrementaría si se considera a los consumidores problemáticos de otras drogas.

2.2.2. Atención en los servicios de tratamiento del IAFA

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), ha señalado que para que un tratamiento sea efectivo, éste debe asegurar que un elevado número de dependientes tenga acceso al mismo (UNDCP, 2000). Bajo esta premisa es que el IAFA define su prioridad de trabajo buscando que la población pueda disponer de una atención especializada de fácil acceso.

El IAFA busca favorecer la accesibilidad al tratamiento, por medio de un servicio de valoración inicial que se realiza en los CAID así como en las Oficinas Centrales (vías de entrada al sistema), con el fin de derivar a los diferentes servicios tanto de las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales, con base en las características de la persona y en virtud de las necesidades de la población, para lo cual ha incrementado la amplitud de servicios en diferentes regiones del país.

En los tres últimos años el IAFA ha creado 8 centros de servicios ambulatorios conocidos como Centros de Atención Integral en Drogas (CAID), ubicándolos fuera de la provincia de San José, y que se suman al tradicional servicio que ha tenido en las Oficinas Centrales, en San Pedro de Montes de Oca.

Estas acciones desplegadas por la Institución han permitido que se incremente la cobertura de los programas y el acceso a los servicios de las poblaciones que no tienen residencia en el Área Metropolitana.

⁷ La estimación se realiza con base en los criterios del DSM IV, para establecer un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems establecidos, en un período continuado de 12 meses.



**POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO
DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA**



Personas Atendidas en los Servicios de Tratamiento del IAFA. 2000 - 2010

Año	Personas	Atenciones
2000	4.866	9.342
2001	4.718	8.765
2002	4.297	7.868
2003	5.539	10.380
2004	5.752	12.218
2005	5.195	9.677
2006	6.879	15.343
2007	7.138	15.370
2008	8.350	16.774
2009	11.492	22.415
2010	13.054	42.314

NOTA: No incluye la consulta de orientación y la atención en las clínicas de cesación de fumar. A partir del año 2008 se incluye la información de los Centros de Atención Integral en Drogas.

En relación a las personas menores de edad se creó el “Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para personas Menores de Edad”, que brinda tratamiento en las modalidades; residencial (internamiento) y ambulatorio intensiva; con el fin de ampliar el acceso a los servicios especializados a nivel regional como en el nivel central, bajo una atención integral en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en especial para aquellas personas que están en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión social. Para la ejecución de este programa se cuenta con el apoyo económico y/o de recurso humano de otras instituciones gubernamentales tales como; CCSS, PANI, FODESAF, ICD y MEP.

**Personas atendidos en los servicios del Centro de Atención Integral
para Personas Menores de Edad – IAFA, por sexo. Costa Rica. 2010**

Modalidad	Centro de Personas Menores de Edad		
	2009	2010	Total
Ambulatorio intensivo.	40	79	119
Hombres	32	58	90
Mujeres	8	21	29
Residencial	51	113	164
Hombres	39	79	118
Mujeres	12	34	46
TOTAL	91	192	283

Con estas actuaciones realizadas en el último quinquenio, se logra el objetivo de promover programas de tratamiento, mediante el involucramiento de otros actores sociales presentes en las localidades del país, como por ejemplo los Gobiernos Locales y organizaciones de la sociedad civil. Lo mencionado permite corroborar el desarrollo de los programas de tratamiento, en el marco de cuatro componentes interrelacionados, postulados en la presente Política de Tratamiento.

2.2.3. Población egresada de Hospitales y Centros de tratamiento de drogas

Con base en la información que se obtiene de los informes presentados por las organizaciones, se elabora un perfil general de la población que recibió algún tipo de servicios en los programas de las organizaciones no gubernamentales (ONG`s), Hospitales y Clínicas del Seguro Social y Privadas. En promedio estas organizaciones generan un total de 10.000 egresos al año. Sin embargo a nivel hay un subregistro de los casos.

**Egresos de personas de Hospitales, Clínicas y
Centros de Tratamiento para Adicciones Costa Rica, 2000 - 2009.**

Tipo de Centro	Años									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospitales Públicos	2.351	2.434	2.402	2.819	3.000	2.901	2.873	2.950	3.836	2.586
ONG y Clínicas Privadas	5.841	6.095	7.558	7.590	7.935	7.583	7.881	8.510	8.047	6.892
Total	8.192	8.529	9963	10.399	10.935	10.484	10.754	11.460	11.883	9.478

Fuente: IAFA, Estudios de Egresos y Atenciones.

En conjunto los hospitales y clínicas, públicos y privados, aunado a las organizaciones no gubernamentales, para el año 2009 produjeron un total de 9.478 egresos. El 27.3% corresponden a los hospitales y el 72.7% a las ONG. La distribución por sexo muestra que el 86.4%, corresponde a hombres mientras que solo el 13.6% a mujeres.

Egresos en Hospitales, Clínicas y Centros de Tratamiento. Costa Rica, 2009.

Modalidad de atención	Frecuencias absolutas			Frecuencias relativas (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hospitales CCSS	1863	723	2586	72,0	28,0	100,0
Hogares Salvando al Alcohólico	2630	229	2859	92,0	8,0	100,0
Hogares CREA ₁	1477	129	1608	91,9	8,0	99,9
Clínica de desintoxicación (ADEPEA)	918	59	977	94,0	6,0	100,0
Clínicas privadas generales	108	51	159	67,9	32,1	100,0
Otros programas ₂	1195	93	1289	92,7	7,2	99,9
Total	8191	1284	9478	86,4	13,6	100,0

Nota: (1 y 2) Para algunos personas egresados no se consignó el sexo
Fuente: IAFA Informes y Reportes de los Centros de Tratamiento.

Con la información disponible del año 2009, con respecto a la población que recibió algún tipo de servicios en los Hogares Salvando al Alcohólico (HSA), se establece que un 10% son mujeres y un 90% son hombres.

El 71% de las personas atendidas en los HSA se encuentra en edad productiva, es decir, entre los 20 y 50 años de edad, destacando que el 30% se encuentra en el rango de edad de 40 a

49 años. En cuanto al motivo de salida, se establece que el 78% de la personas concluyen el programa de los HSA. El 21% de los personas abandonó y un 1% se trasladó a otro centro.

El perfil general de la población que asiste a otros centros que ejecutan programas con estancias más prolongadas que en los HSA, muestra características muy similares a los últimos señalados.

Los servicios para la atención de las mujeres, son la minoría, la disponibilidad de camas sigue siendo menor que para los hombres. En dichos programas ingresaron solo un 6% de mujeres, mientras que el 94% corresponde a varones. Un dato recurrente es que el mayor porcentaje de personas que es atendido por problemas de dependencia a las drogas en estos centros, se encuentra en edad productiva, correspondiendo a un 75% de la población. Para estos centros llama la atención que se diferencia de los HSA en que el 48% de las personas se encuentra en el rango de edad de 20 a 29 años, siendo población más joven.

Los Hogares Crea con sus 23 programas generaron el 17% de los egresos. El 92% de la población atendida son varones y el 8% corresponde a mujeres y para el año 2009, se obtiene que solo un 1% de las personas concluyen el programa.

**Motivos de salida de los personas egresados de los distintos programas de tratamiento y rehabilitación por consumo problemático de drogas del 2009.
Costa Rica.**

Motivo de salida	Frecuencias absolutas				Frecuencias relativas (%)			
	Hogares Salvando al Alcohólico	Hogares CREA	Otros programas	Total	Hogares Salvando al Alcohólico	Hogares CREA	Otros programas	Total
Cumplimiento	1609	22	427	2058	56,3	1,4	33,1	35,8
Abandono	437	1087	641	2165	15,3	67,6	49,7	37,6
Expulsión	31	38	112	181	1,1	2,4	8,7	3,1
Traslado	16	89	17	122	,6	5,5	1,3	2,1
Otra	8	8	20	36	,3	,5	1,6	0,6
Sin respuesta	758	364	72	1194	26,5	22,6	5,6	20,7
Total	2859	1608	1289	5756	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: IAFA Informes y Reportes de los Centros de Tratamiento.

Por otra parte, como algunos de los Centros que se presentan en este apartado también atienden a personas menores de edad, es importante resaltar el hecho de que un 17% de las personas que buscan ayuda y atención para sus problemas



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



se encuentra en el rango de edad de 10 a 19 años. En el caso particular de estos centros, el motivo de salida, muestra que el 10% de la personas concluyen el programa, mientras que el 88% restante abandonó, se fugó o se les solicitó salir del centro (alta administrativa).

Dentro de este mismo apartado se incluye a la Asociación de Desarrollo Específico para el Enfermo Alcohólico (ADEPEA), pero se analiza por separado, en la medida que su programa se diferencia de los otros (de tratamiento y rehabilitación), al ser el único centro (ONG) que se ocupa de brindar servicios de desintoxicación bajo la modalidad de internamiento y ambulatoria. En el 2009 en ADEPEA el 98% fueron personas masculinos y solo un 2% mujeres.

Los usuarios de este tipo de servicio se concentran mayoritariamente en un rango de edad entre los 30 y 60 años, que corresponde al 76% de los atendidos y sobresale que un 17% corresponde a personas mayores de 60 años.

En el caso de este centro, el motivo de egreso, muestra en promedio que el 77% de la personas concluyen el programa y un 23% abandonan o se fugan.

En lo que respecta a los Hospitales de la CCSS, estos generaron 2.586 egresos, la distribución por género muestra que el 72%, corresponde a hombres, mientras que solo el 28% a mujeres. El 52% de la población egresada se encuentra en edad productiva, es decir, entre los 20 y 50 años de edad.

Hay un predominio de alcohol como sustancia asociada a diagnóstico y el tabaco está asociado a una importante cantidad de diagnósticos.

Sustancias psicoactivas asociadas a los diagnósticos realizados a las personas egresadas de hospitales, clínicas privadas con padecimientos relacionados con el consumo de esas sustancias. Costa Rica, 2009

Sustancias psicotrópicas asociadas a diagnósticos	Frecuencias absolutas			Frecuencias relativas (%)		
	Hospitales nacionales	Clínicas privadas generales	Total	Hospitales nacionales	Clínicas privadas generales	Total
Alcohol	1355	102	1457	51,2	81,0	52,6
Opiáceos	8	3	11	0,3	2,4	0,4
Cannabinoides	123		123	4,7		4,4
Sedantes e hipnóticos	19		19	0,7		0,7
Cocaína	168		168	6,4		6,1
Otros estimulantes (y cafeína)	1	6	7	0,0	4,8	0,3
Alucinógenos	7	3	10	0,3	2,4	0,4
Tabaco	298	6	304	11,3	4,8	11,0
Disolventes volátiles	3		3	0,1		0,1
Múltiples u otras drogas	662	6	668	25,0	4,8	24,1
Total de egresos	2644	126	2770	100,0	100,0	100,0

2.2.4. Consumo de drogas en personas adultas privadas de libertad

En una investigación ⁸ se encontró que el 33% de la población que se encuentra privada de libertad, se debe a la comisión de delitos contra la Ley de N° 8204. El 33.4% de las personas privadas de libertad cometieron el delito bajo el efecto de las drogas y el 22.6% cometió el delito como medio para proveerse de las drogas para el consumo.

Se determinó que las drogas de mayor consumo en los recintos penitenciarios son el tabaco, cuya prevalencia de consumo activo o de último mes, es del 47.6%, tres veces superior a la de población general; seguida de la marihuana, con un 12.9% y el crack, con el 6.6%, que presenta una prevalencia 43 y 66 veces mayor que la prevalencia en población general, respectivamente. La edad de inicio del consumo de estas sustancias, en esta población, se estableció en los 13 años.

⁸ IAFA/ICD. El consumo de drogas en la población privada de libertad en Costa Rica y su relación con la Comisión del Delito. San José, Costa Rica. 2004. pp. 40.

2.2.5. Evaluación de las necesidades de tratamiento

El país aún no cuenta con datos que establezcan la demanda efectiva de tratamiento. Existe una diferencia importante entre el número de personas que desean realizar un tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas o que podrían beneficiarse del mismo y el número de personas que llega a recibir estos servicios.

2.3. Marco Político-Institucional

Las motivaciones anotadas anteriormente, que originan la formulación de las políticas públicas orientadas al tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, se ven complementadas con la revisión de marco normativo que regula la prestación del servicio en Costa Rica.

Si bien, se considera la normativa internacional, de manera específica el país dispone de la siguiente normativa relacionada con el tema del tratamiento, rehabilitación de drogas y la reinserción social.

2.3.1. Marco Jurídico-Legal

Cabe destacar en primer término que la Constitución Política de la República de Costa Rica (1949), si bien no hace referencia explícita al tema, contiene argumentos en relación con el derecho a la vida (artículo 21) y a la salud pública, además del derecho a un ambiente sano (artículo 50) que cobijan el contenido de esta política específica.⁹

Es un deber constitucional y legal del Estado, según lo establece la Ley N° 5395, Ley General de Salud (1973), velar por la salud de la población y le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por este deber.

⁹ Además, el artículo 73 de la Constitución Política que establece los seguros sociales, encomienda su administración y gobierno a la Caja Costarricense de Seguro Social. Además, en el Capítulo de Protección al Trabajo, artículos 56 a 71, en las normas fundamentales en materia de trabajo, el artículo 66 establece que los patronos deben adoptar en sus empresas las medidas necesarias para la higiene y seguridad del trabajo, por lo que relacionando este artículo con el 56 del mismo cuerpo normativo, -donde se indica que el trabajo, como obligación que es del persona para con la sociedad, en donde el Estado debe procurar que todos tengan ocupación honesta y útil,- se puede colegir que el mismo Estado debe incentivar y desarrollar los programas relacionados con la reinserción social de los rehabilitados. De este modo, debería contribuir y tomar parte activa en el desarrollo de los programas de tratamiento y rehabilitación de los dependientes, promoviendo las directrices pertinentes hacia los centros de trabajo.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Cabe destacar también que la Ley General de Salud, establece que cuando se ponga en riesgo la salud de las personas, todo establecimiento de atención médica, similares y afines podrá ser intervenido o clausurado por la autoridad competente, según cuan grave sea la situación.

La Ley N° 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973), menciona en su artículo 3, que el Ministerio cumplirá sus funciones por medio de sus dependencias directas y de los organismos adscritos y asesores. En el campo de las drogas, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, es su órgano especializado.

La Ley N° 8289 (2002), reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y asigna al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar y aprobar todos los programas públicos y privados relacionados con sus fines.¹⁰

Mediante la Ley N° 8204 (2002), sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas, se asigna al fenómeno de las drogas la característica de una materia de interés público y problema social de primera importancia.

Esta Ley crea el Instituto Costarricense sobre Droga (ICD), adscrito al Ministerio de la Presidencia. A esta instancia se le confiere la tarea de coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias de prevención y atención del consumo de drogas, así como contra el tráfico ilegal de drogas, la legitimación de capitales y otras actividades relacionadas.

La Ley N° 7374, (1993) que establece la atención de servicios integrales de salud, estipula además que corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, la ejecución de las políticas de salud, la atención de las personas afectadas por el consumo de drogas, como parte de los programas asistenciales que brinda dicha institución.

Dentro de las características del sistema de atención de la salud en Costa Rica, es

¹⁰ A partir de la Ley N° 10, Ley de Licores (1936), en su artículo 45, se le asigna al IAFA la regulación y control de la publicidad de bebidas alcohólicas.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



importante señalar que en el año 1997 entró en vigencia la Ley de Reforma del Sector Salud,¹¹ mediante la cual se le asigna a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la función de prestar servicios asistenciales en salud.

La Ley N° 7739 (1998) Código de la niñez y la adolescencia, en su artículo 4, destaca la obligación del Estado de adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad, no pudiendo alegar el Estado limitaciones presupuestarias para desatender sus obligaciones.¹²

La Ley N° 7576. (1996) Ley penal juvenil, mediante la cual se establecen sanciones de internamiento en centros especiales que serán diferentes a las que usualmente se destinan a las personas que delinquen y que se encuentran sujetas a la legislación penal común, establece además la creación de dos centros en el país, uno para mujeres, uno para hombres. Aplica para personas con edades entre los 12 y menos de los 18 años al momento de la comisión de un hecho tipificado como contravención o delito.

Con la Ley N° 7972, (2001) relativa a la creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niños y niñas en riesgo social, personas discapacitadas, abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución, se obtienen recursos para el financiamiento de diversos programas de bien social, y existe el compromiso de financiar permanentemente a las instituciones como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para que desarrolle diferentes acciones de prevención y tratamiento.

¹¹Ley N° 7441, Aprobación del contrato préstamo Banco Mundial para financiar Reforma del Sector Salud. Aprobación del Contrato de Préstamo No. 3654-CR y sus Anexos, suscritos entre el Gobierno de la Republica de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud.

¹² En relación con el derecho a la salud, el código señala en el artículo 44, inciso h) la competencia del Ministerio de Salud en la promoción, "... por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas...."

El artículo 66, relacionado con "Denuncias ante el Ministerio de Educación Pública" señala en el inciso b) la obligatoriedad de las autoridades de los centros educativos públicos y privados de comunicar al MEP "los casos de drogadicción" para que el sistema educativo establezca los mecanismos propios para responder oportuna y eficazmente a ésta problemática.



2.3.2. Instituciones y regulación

Como se mencionó anteriormente el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es un órgano adscrito al Ministerio de Salud, el cual tiene bajo su responsabilidad la definición de la política nacional de salud y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, siendo el rector del Sector Salud,¹³ con competencia en todo el territorio nacional.

Así mismo, la revisión de la legislación realizada deja de manifiesto la responsabilidad que asume la CCSS, en la prestación de servicios para la atención de las personas afectadas por problemas derivados de su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. No obstante, la institución de seguridad social ha tenido contratiempos para asumir este compromiso, ya que no cuenta con el personal suficiente y capacitado para poner en funcionamiento un sistema de atención de cobertura nacional y el modelo de atención actual no facilita el desarrollo de actividades que promuevan procesos de recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por consumo de sustancias psicoactivas.

La atención de las personas con problemas por el consumo de sustancias psicoactivas ha sido asumida por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), aunque sin la oferta de programas de rehabilitación y reinserción social en virtud de las limitaciones de recursos que afronta.

Por su parte la CCSS y el IAFA han suscrito “un convenio de cooperación con el objetivo de establecer proyectos y acciones conjuntas para la atención integral de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población, su familia y la comunidad, mediante la prevención, la atención temprana y oportuna, el tratamiento y la rehabilitación”.

Esta situación produce que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) hayan venido
13 Se entiende que el Sector Salud está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el nivel de salud de la población y es el Ministerio de Salud el encargado de ejercer la rectoría sobre este.

Según el decreto N° 34582-MP-PLAN, del de junio del 2008, el Sector Salud está conformado por las entidades que se anotan a continuación:

Ministerio de Salud
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER)



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



llenando el vacío dejado por el Estado en materia de tratamiento y rehabilitación.

2.3.3. Normativa que regula los servicios de tratamiento

Para operar en el país, las Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales (ONG), que brindan asistencia a las personas con consumo de sustancias psicoactivas, deben ajustarse a la normativa vigente, relacionada con todas aquellas condiciones y requisitos que garanticen la calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad necesaria para las personas usuarias de estos servicios, entre la normativa que regula estas actividades se encuentran:

- El Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud (Decreto ejecutivo 34728-s, que entró en vigencia el 9-10-2008).
- Programa de desintoxicación publicado el 6 de abril del 2006.
- La Ley General de Salud.
- La Ley de creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y su Reglamento
- La ley de igualdad de Oportunidades para las Personas con discapacidad y su reglamento.

El IAFA como ente especializado en el tema de drogas, debe dar su aprobación a los programas desarrollados por estas organizaciones ya sean públicas o privadas, función que le fue asignada mediante la Ley 8289, para lo cual se ampara en la normativa vigente en el país. La normativa tiene cobertura nacional y aplica a todos los centros de tratamiento, sean estos públicos, privados o mixtos.

Además, las organizaciones deberán ajustarse al Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud, del 26 de mayo del 2011, que regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades y licencias en los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y los autorizados por ésta.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Dicho reglamento establece que:

- La Caja Costarricense de Seguro Social solo aceptará recomendaciones de incapacidad de centros que estén autorizados por el IAFA y que además tengan definidos los plazos para los planes de recuperación.
- Si se tratara de un trabajador (a) independiente y asegurado voluntario, será necesario que este (a) aporte una certificación de su patrono, en el que se acredite su condición de trabajador (a) activo (a).
- En acatamiento de lo dispuesto en el párrafo 1° del artículo 5° del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades, solo se aceptarán las recomendaciones de incapacidades que vengan emitidas en el formulario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- La certificación mencionada anteriormente se deberá acompañar de una epicrisis certificada por el médico, quien deberá ser el mismo que firma la solicitud de incapacidad. La firma del médico deberá ser la que esté registrada y actualizada en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- La recomendación de incapacidad no puede ser tramitada por terceros, ya que eventualmente el paciente deberá estar presente en el centro de adscripción para que sea valorado o citado, de acuerdo a lo que establece el párrafo 2° del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias. Lo anterior se refuerza por lo que establece el artículo 8° de dicho reglamento.
- Las recomendaciones de incapacidades deberán ser presentadas a sus centros de adscripción en un plazo no mayor a los tres días hábiles posteriores a su emisión.
- Las recomendaciones de incapacidades para pacientes de centros autorizados por el IAFA deberán solicitarse cada 30 días, en aquellos centros que superen este período de recuperación, en forma retroactiva y de manera personal. También podrán hacerse por períodos más cortos, si así lo solicita el médico a cargo.
- Las recomendaciones de incapacidades certificadas por los médicos, no podrán exceder los días establecidos en los programas de recuperación de los diferentes centros.
- De igual manera los médicos que laboran para el IAFA, que emitan recomendaciones de incapacidades, deberán de cumplir lo señalado anteriormente.



3. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO

En Costa Rica al igual que en muchos otros países, se impulsa un proceso de creación y fortalecimiento de un sistema nacional de tratamiento, cuyo fin es alcanzar un conjunto de servicios de atención lo suficientemente integrados con los cuales se pueda llegar al máximo número de personas, con el mayor impacto y al menor costo.

Estos esfuerzos requieren de un modelo o enfoque claro y coherente que permitan desarrollar una planificación de los servicios que haga un uso eficiente de los recursos disponibles para maximizar los logros sanitarios y sociales, constituyéndose en un requisito indispensable que los servicios que se brinden se encuentren basados en la evidencia y que al mismo tiempo respondan a las necesidades de las poblaciones.

El país y la administración deben priorizar las acciones que le permitirán responder a la situación y circunstancias actuales. Dichas acciones, entendidas como buenas prácticas basadas en la evidencia y el conocimiento científico acumulado, deben guiar las intervenciones y ser implementadas en pasos progresivos en función de la disponibilidad de recursos y las etapas del desarrollo del sistema nacional de tratamiento.

3.1. Justificación de la política

En gran medida el alcanzar estructurar un sistema público de tratamiento pasa por la comprensión clara del fenómeno a que se enfrenta, con el fin de incluir de forma ordenada y congruente todos sus componentes.

En el mundo son muy pocos los países que cuentan con un sistema público de tratamiento, que cubra los lineamientos de intervención para tratar a personas con consumo de las diferentes sustancias psicoactivas (consumo perjudicial o dependencia).

El consumo perjudicial; se conceptualiza por el CIE-10 "como una forma de consumo que está afectando de forma negativa ya a la salud física o mental, como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

La dependencia; es entendida como un deseo compulsivo de obtener y usar estas sustancias, a pesar de las graves consecuencias personales y sociales que acarrea. La dependencia se

genera como el resultado de profundos cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro, que interactúan con variables genéticas, psicológicas, familiares y socio-ambientales, con lo que se constituye en una enfermedad crónica y compleja, pero tratable.¹⁴

Ante la problemática descrita anteriormente se debe de brindar tratamiento, a las personas con consumo de sustancias psicoactivas. El tratamiento es definido por la OMS (2003) y citado por la ONUDD (2003), como el “proceso que comprende una serie de eventos que se inician en el momento que los consumidores o dependientes a sustancias psicoactivas establecen contacto con un establecimiento de salud u otro servicio comunitario, prosiguiendo con acciones de variada índole, orientadas a la identificación asistencia, atención de salud e integración social de las personas afectadas.”

Por su parte la ONUDD (2003) define el tratamiento como “una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud, causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

El tratamiento es un proceso a largo plazo, que necesita de varias intervenciones, para alcanzar la abstinencia. Incluso los que sufren de dependencia pueden participar en el tratamiento y reducir el uso de drogas y los daños y riesgos relacionados con el consumo. También se considera que el tratamiento es un continuum en el cual abarca desde intervenciones de mínima complejidad hasta aquellas que requieren de una especialización mayor de recursos humanos y tecnológicos.

En razón de lo anterior, en un sistema público de tratamiento los servicios y posibilidades pueden comprender desde la desintoxicación/estabilización,, la rehabilitación, seguimiento, mantenimiento, reinserción integral y reducción del daño, la terapia de sustitución y mantenimiento, las cuales tienen por objeto tratar la dependencia de las sustancias psicoactivas y reducir también las consecuencias sanitarias y sociales negativas causadas o relacionadas por el consumo de esas sustancias.

Además, es claro que el tratamiento de drogas debe proporcionar el apoyo médico, social, psicológico que muchas personas necesitan para dejar de usar drogas. Este apoyo debe ser integral de manera que promueva el desarrollo de las diferentes áreas de la persona.

¹⁴ La Organización Mundial de la Salud, define dependencia como una enfermedad crónica, que se caracteriza por recaídas frecuentes, siendo un trastorno en el cual participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución.



Diversos estudios demuestran que la detección precoz y la intervención breve pueden influir en la motivación de las personas para someterse a tratamiento, así como en la evolución de su salud a largo plazo. De tal forma, el fin último del tratamiento y la rehabilitación es suspender o reducir el uso de las sustancias psicoactivas y con ello disminuir los efectos nocivos de este grave problema de salud pública sobre los consumidores, la familia y el entorno social.

3.1.1. Razones políticas, económicas y sociales

Mucho se ha discutido si se debe o no tratar o atender a las personas que presentan problemas de consumo o dependencia a las drogas. Se esgrime el alto costo que tiene los servicios para atender a estas personas y la sobrecarga que tienen para los servicios de salud y de justicia, entre otros, además se cuestiona su éxito relativo.

Es claro que los tratamientos de la dependencia a sustancias psicoactivas, no se administran, ni se evalúan partiendo de los mismos supuestos que en el caso de otras enfermedades crónicas.¹⁵

Los tratamientos dependen considerablemente de las modificaciones del comportamiento y del cumplimiento de la medicación, para ser eficaces. Se ha determinado que el factor que más contribuye a que reaparezcan los síntomas, es el hecho que la persona no se apegue o atenga al régimen de tratamiento.

La mayoría de las personas que empiezan cualquier tipo de tratamiento de drogas, lo abandonan antes de que termine, o hacen caso omiso de los consejos del personal tratante, tales como tomar la medicación y participar en el postratamiento o en grupos de autoayuda.

Por otra parte, los tratamientos de la dependencia a sustancia psicoactivas, rara vez se administran en forma permanente, la mayoría de los tratamientos son de corta duración, con una combinación finita de medicación, asesoramiento, terapia y servicios sociales.¹⁶

¹⁵ "... Al respecto, resulta interesante que las tasas de recaída relativamente altas de las personas diabéticas, hipertensas y asmáticas una vez que dejan de tomar la medicación se hayan considerado una prueba de la eficacia de ésta y de la necesidad de establecer estrategias para fortalecer el cumplimiento. En cambio, las recaídas en el consumo de drogas y alcohol una vez que cesa el tratamiento de la adicción se suelen considerar una prueba del fracaso del tratamiento".

ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003. pp.37 - 38.

¹⁶ "... Debido a las múltiples condiciones médicas y sociales anómalas concomitantes y al escaso cumplimiento del régimen



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Tal y como lo afirma la Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), es contraproducente e incluso absurdo, esperar que tratamientos “de corta duración”, logren la eliminación de las causas fundamentales de la dependencia y la obtención de beneficios duraderos.

Por ello, se supone que el mejor tratamiento para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es una combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento de forma continuada, que debe ir emparejado a otros servicios que logren la satisfacción de otras necesidades de las personas, con el fin de lograr reducir el número de síntomas, aliviar su gravedad y mejorar la función personal, siempre y cuando, la persona participe o se mantenga en el programa.¹⁷

Sin embargo, el centro del problema no es si los tratamientos de drogas son eficaces o no, ya que hay datos científicos abundantes que muestran que lo son y son tan o más eficaces que los tratamientos para otros desórdenes crónicos, tales como enfermedades del corazón, diabetes y algunas enfermedades mentales.

El hecho es que con un tratamiento de drogas exitoso, se logra tomar a una persona, que era vista hasta ahora sólo como un gasto de recursos para la sociedad y se retorna a dicho persona al conjunto de miembros productivos de la sociedad; más aún, si se toma en cuenta que la mayoría de las personas afectadas se encuentra en edades productivas.

La efectividad de los tratamientos en la reducción del uso de drogas en una persona, también genera beneficios de importancia para la familia de la persona y la comunidad. Por ejemplo, en los Estados Unidos se ha determinado que la disponibilidad generalizada y el acceso fácil al tratamiento generan amplios beneficios a la sociedad.

El Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos, ha señalado que por cada \$1 invertido en el tratamiento de drogas, hay un retorno de entre \$4 a \$7 de ahorros a la sociedad, al reducirse las pérdidas causadas por hechos delictivos relacionados con las drogas, los costos

de tratamiento, tanto en lo que respecta al aspecto médico como a comportamiento, ha quedado demostrado con estudios de seguimiento de un año de duración que, por lo general, apenas entre el 40% y el 60% de las personas tratadas se abstienen del consumo, si bien otro 15% a 30% no ha vuelto a ser dependiente durante ese período.”

“... El abandono de la rehabilitación residencial parece ser un problema común y los estudios suelen registrar niveles de abandono del 25% de las personas en las dos primeras semanas, y del 40% al cabo de tres meses”.

ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. Nueva York, 2003. pp.6.

¹⁷ Las personas que cumplen el régimen recomendado de educación, asesoramiento y medicación obtienen resultados favorables durante 6 a 12 meses, como mínimo, después de recibir tratamiento.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



del sistema de justicia penal y los hurtos. Los estudios indican que el invertir en tratamiento produce un ahorro en términos de los costos asociados con la delincuencia, la salud y la productividad, se estima que la tasa de ahorro a la inversión es de una proporción de trece a uno.¹⁸

Específicamente, con las políticas públicas en este campo se busca:

- Mejorar la salud de los consumidores.
- Mejorar su condición.
- Reducir los delitos que cometen.
- Reducir el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas.

Un tratamiento bien organizado, con personal capacitado y respaldado, puede tener repercusiones rápidas y duraderas para las personas afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Invertir en tratamiento es una buena decisión, tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista económico.

Por otra parte a nivel internacional, los diferentes Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos, han realizado esfuerzos para dictar directrices en relación a como llevar a cabo acciones para reducir la demanda. La Estrategia Hemisférica sobre Drogas, adoptada en su cuadragésimo período ordinario de sesiones, realizada en Lima, Perú, en el mes de junio de 2010, ha sido clara en las políticas que deben implementar los Estados Miembros, con el propósito de que la intervención y abordaje del fenómeno drogas sea efectivo e integral. A continuación se mencionan los lineamientos adoptados:

- Garantizar un enfoque integral y equilibrado del problema mundial de las drogas, habida cuenta de que el abuso de éstas constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario.
- Las políticas de reducción de la demanda deberán incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas.
- Como forma de contribuir a fundamentar la formulación de políticas públicas y expandir

18 UNODC/WHO: Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper. March 2008. pág. 2.

el conocimiento sobre el tema, se debe fortalecer la relación de los gobiernos con instituciones de enseñanza e investigación y organizaciones no gubernamentales especializadas, para fomentar la realización de estudios e investigaciones científicas que generen evidencias sobre los distintos aspectos de la demanda de drogas.

- Se promoverá y fortalecerá la formación y capacitación continua de los diferentes profesionales, técnicos y actores involucrados en la implementación de acciones para reducir la demanda de drogas.
- La dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales, y debe ser considerada y tratada como un asunto de salud pública, tal como el tratamiento de otras enfermedades crónicas.
- Se facilitará el acceso a un sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad.”

3.1.2. ¿Qué es una política pública de tratamiento?

Como lo establece la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, se debe establecer y desarrollar “... una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el “problema del abuso de drogas” (que) sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas”.¹⁹

Estos esfuerzos deben desarrollarse bajo un enfoque sistemático de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y determinando la cantidad de personas que necesitan tratamiento. De tal forma, el planeamiento y ejecución de los servicios requiere de una secuencia lógica que vincule la política con la evaluación de necesidades y la planificación del tratamiento, así como su implementación y continuidad con el seguimiento y la evaluación.

¹⁹ ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003. pp. iii.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



El National Institute Drugs Abuse (NIDA), ²⁰ de Estados Unidos, ha establecido algunas observaciones que son necesarias de considerar como punto de partida para la ejecución de una política pública en materia de tratamiento, considerando los siguientes principios básicos:

- Las personas han de tener acceso o deben ser remitidas al tratamiento que más les convenga; los servicios de tratamiento deben tener en cuenta necesidades concretas relativas al sexo, la edad, la salud y las conductas de riesgo;
- Las personas con problemas relacionados con drogas han de ser tratadas de diversa forma en una variedad de esferas personales, sociales y económicas;
- Los problemas generados por las drogas se pueden tratar eficazmente si las personas tienen acceso a un tratamiento y a servicios de rehabilitación apropiados a sus necesidades y de calidad, intensidad y duración suficientes;
- Ningún tratamiento es eficaz en todos los casos; las personas pueden necesitar diversas clases de tratamiento en distintos momentos y etapas de su problema, y esos tratamientos deben integrarse y coordinarse con eficacia;
- A menudo se ven personas con problemas relacionados con drogas y trastornos mentales, aquellas personas que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser diagnosticados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno.
- Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra los adictos y a apoyar su reintegración en la sociedad como miembros sanos y productivos de la comunidad;
- Los servicios de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que ponen, a ellos u otros, en riesgo de ser infectados.
- La coordinación eficaz de la atención es una tarea esencial de todo sistema funcional de tratamiento;
- Los servicios de tratamiento, en la medida de lo posible, deberán aprovechar las instituciones

²⁰ NIDA. Principios de Tratamiento para la Drogadicción. Una Guía basada en investigaciones. julio 2001.

sociales y de salud existentes y vincularse e integrarse a ellas a fin de que la atención se preste en forma ininterrumpida. También deberán comprender servicios comunitarios;

- Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz ha de entrañar una asociación entre el gobierno y los organismos y proveedores de servicios públicos y privados en los planos regional y local, los usuarios de los servicios y la comunidad;
- El apoyo financiero en materia de tratamiento y rehabilitación se debe orientar a los servicios que hayan obtenido buenos resultados;
- Las actividades de investigación deben tener por objeto llenar las lagunas de conocimientos acerca de la eficacia de los tratamientos y la atención a determinados grupos. La capacitación del recurso humano también ha de estar orientada en ese sentido.

De tal forma, una política de tratamiento para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como Política de Estado, está orientada al mejoramiento de la salud, de la calidad de vida y la protección social de las personas afectadas.

3.1.3. ¿Por qué una política pública de tratamiento?

La salud y el bienestar constituyen un derecho de las personas, garantizar ese derecho compete a los poderes públicos, organizando y tutelando la salud pública por medio de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios de atención a las personas necesarios.

El Estado debe propiciar las políticas públicas que garanticen la seguridad de los habitantes y el sano desarrollo de estos en la sociedad para que desempeñen los roles correspondientes a su quehacer social.²¹

Por ello, se establece como propósito de esta política, la atención de las personas con problemas

de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde el sector público, con el fin de crear y desarrollar oportunidades, mecanismos y espacios para potenciar las diversas capacidades

²¹ La Ley N° 5395, Ley General de Salud, del 30 de Octubre de 1973, publicada en La Gaceta N° 222, del 24 de noviembre de 1973, establece en su artículo segundo que:

“ARTICULO 2: Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como “Ministerio”, la definición de la Política Nacional de Salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias”.

institucionales y ciudadanas, que puedan concurrir para ir produciendo de manera incremental y sostenida, una mejora en la salud de todos los habitantes afectados del país, con equidad social, étnica, cultural, generacional, de género y libre de todo tipo de discriminaciones.

Grandes Retos



La política de tratamiento de drogas, del Sector Salud, se enmarca en el enfoque de derechos y, desde el punto de vista ético, los valores que la sustentan son la equidad, el respeto y la solidaridad.²²

El objetivo ulterior de la misma es posibilitar el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por el consumo de drogas, por medio del incremento de las oportunidades de acceso a servicios de atención.

²² El Ministerio de Salud de Costa Rica, se fundamenta en lo que denomina “El Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud”, el cual a su vez, “... se sustenta en el enfoque de derechos humanos, por lo tanto, se reconoce que, el Ministerio de Salud, en su calidad de rector de la salud, debe garantizar el derecho a la salud que tienen todas las personas que habitan el territorio nacional lo que incluye, no sólo el acceso a los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano que requieran, sino también asegurar el abordaje de los determinantes de la salud para proteger y mejorar el nivel de salud de la población, con énfasis en la protección de los derechos de las poblaciones excluidas o marginadas, y de aquellos grupos que presentan un mayor deterioro de su nivel de salud o que se encuentran en mayor riesgo de sufrirlo.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Dirección General de Salud, San José, Costa Rica, junio, 2007, pp. 15.



4. MARCO ESTRATEGICO

4.1. Política

Acceso de toda la población a la atención integral en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en especial para aquellas personas que están en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión social.

A partir de lo señalado, esta política es:

Universal, en la medida en que busca que todas las personas, sin distinción, se beneficien.

Integrada, ofreciendo servicios a la población desde los sistemas sanitario, educativo y de protección social promoviendo la intersectorialidad.

Personalizada, ya que tiene en cuenta la heterogeneidad de la población.

Equitativa, promueve el acceso a bienes y servicios de las personas que han estado tradicionalmente excluidos de las oportunidades.

Integral, en cuanto que aborda aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Desconcentrada, su aplicación es diferenciada en las distintas localidades, incluyendo áreas urbanas y rurales.

Corresponsabilidad, entre la Sociedad, la población afectada y el Gobierno.

4.2. Principios (Rectores)

La creación de condiciones que garanticen el acceso oportuno a servicios de salud, eficaces y de calidad para todos los habitantes, son obligaciones ineludibles del Estado y un derecho de todas las personas. Por ello los principios rectores que fundamentan la Política, son:

- La salud es un derecho humano indispensable para la plena realización personal y condición esencial para el desarrollo económico y social del país.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



- La reducción de las inequidades en salud es un compromiso técnico y político, pero principalmente es un deber moral y ético.
- Responsabilidad compartida de las personas, de los diversos grupos humanos, del Estado y de la sociedad civil, para actuar concertadamente para la producción de la salud física, mental y social de las personas y para el mejoramiento de la calidad de vida.
- Satisfacción universal y equitativa de las necesidades de las personas, priorización de acciones en los individuos y grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad social, poblaciones excluidas y en pobreza.
- Intersectorialidad y gestión compartida, con eficiencia, eficacia, calidad técnica y humana en las prestaciones de los servicios brindados.
- Las estrategias de reducción de la demanda de drogas "...deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas, estas. deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten".²³

4.3. Complementariedad de la Política de Tratamiento de Drogas del Sector Salud, con el Plan Nacional sobre Drogas

Se considera al tratamiento de drogas, un componente fundamental de una estrategia integral para la reducción de la demanda de drogas.

La política de tratamiento de drogas definida y asumida por el Sector Salud, se encuentra articulada a la formulación del Plan Nacional sobre Drogas, del Instituto Costarricense sobre Drogas,²⁴ respondiendo a uno de sus componentes y a las prioridades incorporadas en dicho

²³ Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas. Resolución S-20/3, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

²⁴ El Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), es el ente rector político, encargado de la coordinación y diseño de políticas en materia de prevención y de atención a dependientes de drogas, las cuales deberá coordinar con el IAFA, como rector técnico en materia de prevención del consumo y tratamiento y en lo respecta al tráfico de drogas, la fiscalización y el control de estupefacientes, precursores y psicotrópicos, la legitimación de capitales y otras actividades.



Plan, en específico, a la atención de los consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas.

Efectivamente, el Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 2012, del Instituto Costarricense sobre Drogas, establece una política que consiste en la “... atención integral, prioritaria, especializada, universal y sistémica, a personas con consumo problemático de drogas”.²⁵

4.4. Dimensiones de la Política de Tratamiento

4.4.1. Dimensión político-administrativa

Es una Política de Estado, de orden público e interés social, que abarca un periodo aproximado de 10 años, es decir del 2012 hasta el 2022, para su cabal implementación.

4.4.2. Dimensión poblacional y territorial

Cubre a la totalidad de la población que resida en cualquier localidad del territorio nacional.

4.5. Alcance de la política: Ejes Estratégicos y Líneas de Acción

Los lineamientos que orientan las iniciativas que se desarrollan a raíz de la política pública, vistas como prácticas tendientes a ir logrando cambios favorables en la situación de salud de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, son:

- La mejora en el acceso al tratamiento: que significa aumentar la cobertura y pertinencia de la oferta de servicios existente, con el fin de atender a todos los sectores, en especial a los de mayor vulnerabilidad social.
- La mejora en la calidad de la atención y de los servicios prestados: que implica el mejoramiento de la infraestructura disponible en el país y la formación o mayor especialización de los recursos humanos.
- La mejora de los canales de referencia y derivación: que se relaciona con la coordinación e integración de esfuerzos para asegurar y potenciar los recursos.

²⁵ ICD, Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 2012, San José, Costa Rica. pp. 58.

- La mejora del diagnóstico y de la detección e intervención temprana: que asegura mejores resultados para las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas al brindar una respuesta oportuna, referir y derivar a los servicios según corresponda y al entregar orientación a las familias, para enfrentar el problema.

Lo anterior, refleja los diversos espacios en los cuales se hará realidad, tomará forma y contenido la política de tratamiento en drogas en el país, lo cual se logrará a partir de los ejes estratégicos y acciones prioritarias que se detallan a continuación:

4.5.1. Disponibilidad y Diversidad

El incremento en la cobertura debe propender por garantizar una provisión suficiente y oportuna de servicios gratuitos y asequibles para la población.

Lineamiento	El incremento en la cobertura debe propender por garantizar una provisión suficiente y oportuna de servicios gratuitos y asequibles para la población
Eje Estratégico	Mejorar la cobertura y disponibilidad de servicios de tratamiento en drogas en el país.
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Fortalecer y promover la creación (competitiva) de alternativas locales y regionales de calidad en la prestación de servicios de tratamiento de drogas
	Fortalecer los mecanismos de acción coordinada y complementaria de intervenciones sectoriales.
	Desarrollar programas centrados en la prevención y la intervención temprana de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas destinados a promover la salud y el bienestar social.

4.5.2. Acceso y Uso

Los servicios de tratamiento en drogas deben propender a la inclusión y garantizar el derecho a la atención de todos los ciudadanos, en especial a aquellos en situación de vulnerabilidad.

Lineamiento	Los servicios de tratamiento de drogas deben propender a la inclusión y garantizar el derecho a la atención de todos los ciudadanos, en especial a aquellos en situación de vulnerabilidad.
Eje Estratégico	Fomentar el acceso y la mejor utilización de los servicios asistenciales para el tratamiento de drogas.
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Facilitar y mejorar el acceso a los grupos vulnerables, garantizando la asistencia directa y los servicios básicos de calidad en ámbitos urbanos y rurales.
	Identificar, cuantificar y localizar grupos humanos sin acceso o con acceso limitado a servicios de tratamiento de drogas, valorando sus expectativas y necesidades.

4.5.3. Sostenibilidad

Generación del apoyo político, financiero, técnico y social que garantice la sostenibilidad del sistema de tratamiento en drogas, mediante compromisos específicos y aportes complementarios de fondos.

Lineamiento	Generación del apoyo político, financiero, técnico y social que garantice la sostenibilidad del Sistema de Tratamiento de Drogas, mediante compromisos específicos y aportes complementarios de fondos.
Eje Estratégico	Lograr que las intervenciones tengan la continuidad, eficiencia y el impacto deseado.
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Fortalecer la gestión, el financiamiento y el control de calidad de las prestaciones que se brindan en los servicios de tratamiento de drogas.
	Analizar y monitorear fuentes de financiamiento, flujo de fondos y de gasto para valorar sustentabilidad financiera del sistema y verificar su nivel de equidad.

4.5.4. Readequación del Modelo de Tratamiento de Drogas

Readequación del modelo de tratamiento en drogas como proceso gradual, participativo, generador de cambios, para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Lineamiento	Readequación del modelo de atención para personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.
Eje Estratégico 1	Ordenamiento del marco jurídico – normativo
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Actualizar y velar por el cumplimiento de la normativa en salud, otras leyes, reglamentos, normas, guías de atención, protocolos y procedimientos.
	Definir normas generales, específicas y de regulación para instituciones, establecimientos, servicios y programas de salud;
	Adecuar la organización y definir roles, funciones y competencias de todos los componentes y en todos los niveles del Sistema.
Eje Estratégico 2	Fortalecimiento de la capacidad técnica del Sistema de Tratamiento de Drogas.
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Desarrollar un sistema de información que permita valorar el avance y consolidación del Sistema de Tratamiento de Drogas, medir sus logros, establecer dificultades y realizar los ajustes
	Fortalecer los procesos de investigación, evaluación, formulación de modelos e intercambio de experiencias.
	Fortalecer los sistemas de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación de impacto de las intervenciones
	Capacitación / actualización permanente de los diversos componentes del Sistema Nacional de Tratamiento en drogas y activar mecanismos de intercambio de experiencias y buenas prácticas.
Eje Estratégico 3	Ejercer la conducción política y el liderazgo intra e intersectorial.
Acciones prioritarias o Líneas de acción	Organizar funcionalmente el Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas, por niveles de atención y de complejidad.
	Revisar, actualizar, difundir y velar por el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentaciones vinculadas al Sistema Nacional de Tratamiento en materia de drogas.
	Promover alianzas estratégicas mediante acuerdos y convenios para un trabajo cooperativo / colaborativo entre instituciones, los servicios de salud y las ONG.

5. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La organización de los servicios, se visualiza como un proceso que comprende una aplicación gradual de cambios, vinculados con desconcentración, acción intersectorial y participación de diversos grupos para el fortalecimiento del **Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas**, proceso en el cual, el desarrollo de los recursos humanos y la educación permanente se constituyen en ejes estratégicos del cambio hacia la calidad y la eficacia, con la excelencia técnica y humana en todos los niveles de un Sistema, el cual, estará regulado de acuerdo a una normativa ajustada al contexto y realidad nacional que permita una clara definición de roles y competencias.

5.1. Sistema Nacional de Tratamiento para la atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Es necesario establecer las bases de un nuevo diseño estratégico del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y para ello, se ha considerado oportuno formular una visión de futuro de lo que se desea, así como un planteamiento que refleje la razón de ser (objetivo) de esta nueva organización de los servicios.

5.1.1. Visión

Instituir un Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, universal, público y articulado con los establecimientos de los niveles correspondientes, cuya puesta en marcha sea financiada con fondos estatales y ejecutado con participación del sector privado y comunitario, sensible a suministrar una buena atención integral, con base en redes articuladas, a los demandantes de los servicios, conforme a las normas vigentes en el país.

5.1.2. Objetivo General

Brindar a la población, sin exclusión, un conjunto de oportunidades individuales y colectivas, que le permitan superar los problemas que plantea el consumo de sustancias psicoactivas, en beneficio propio y de la sociedad de la que hacen parte.

5.2. Recursos Institucionales (Gubernamentales).

La consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo sustancias psicoactivas, requiere del desarrollo de mecanismos de coordinación, colaboración y



cooperación entre instituciones y organismos, para atender los problemas derivados del consumo de estas sustancias. Por ello, es necesario hacer un recuento de los recursos disponibles en el nivel gubernamental, ya que el tratamiento responde, como en otras latitudes y países, a una necesidad estatal de carácter nacional, por ello es importante reseñar cual es la oferta de servicios y la capacidad de respuesta, para garantizar un adecuado funcionamiento y la calidad de las actividades que lleven a cabo, los componentes del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de Drogas.

5.2.1. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

El modelo de atención que ha venido aplicando el IAFA y que proyecta a futuro desarrollar, parte de tres componentes:

Primer Componente - Consulta de Orientación:

Orientada a familiares o miembros de los grupos de contención de los consumidores de sustancias psicotrópicas, que demandan conocimiento sobre el cómo manejar ese tipo de problemática, en aras de facilitar el proceso de atención y recuperación de las personas que están directamente involucradas en el consumo.

Intervención Temprana:

Abordaje terapéutico de baja intensidad, para atender oportunamente a consumidores de sustancias psicoactivas en situación de riesgo para desarrollar un trastorno por dependencia o consumo perjudicial.



Segundo Componente - Tratamiento Ambulatorio

Desintoxicación Ambulatoria

Servicio de atención para personas con cuadros agudos y dirigido a personas que presentan cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo o tiene un mínimo riesgo de complicaciones, bajo supervisión médica, en un esquema de consultas periódicas.

Consulta Externa

Consulta de Seguimiento, tratamiento que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de baja intensidad.

Tercer Componente - Tratamiento Residencial

Internamiento (Residencial)

Tratamiento (24 horas) que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de alta intensidad, bajo internamiento.

5.2.2. Caja Costarricense del Seguro Social.²⁶

Funcionamiento en Red

La prestación de servicios de salud de la CCSS, está organizada en tres niveles de atención, que operan bajo un modelo de red, con el soporte de un sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, con relaciones de mutua colaboración, que busca asegurar la continuidad de la atención de los usuarios, haciendo el mejor uso de los recursos. Bajo estas condiciones, el sistema está conformado por tres Redes, es importante señalar en

²⁶ Información suministrada por el Área de Atención Integral a las Personas, CCSS.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



este punto que a la fecha en la Institución se han utilizado diferentes formas de denominación, para efectos del presente trabajo y dado la importancia que tiene el enfoque de red en la prestación de servicios de salud se debe adoptar y oficializar una única nomenclatura. En el presente estudio se identifican las redes como: Red Noroeste, Red Sur y Red Este.

Cada red a su vez está compuesta por establecimientos de Primer Nivel (Áreas de Salud tipo 1), Segundo Nivel (Áreas de Salud tipo 2 y 3, Hospitales Periféricos y Regionales) y el Tercer Nivel de Atención lo componen los Hospitales Nacionales Generales y Especializados. Estos últimos brindan apoyo especializado a las tres redes que componen el sistema de servicios de salud.

Además, se identifican en las redes, establecimientos denominados Centros de Atención integral en Salud (CAIS), debido a que no hay hasta la fecha ninguna consolidada en su perfil, no se puede identificar en qué nivel de atención se ubican y a qué tipo de Área de Salud se asemeja.

Para el tratamiento de la dependencia o el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, la CCSS inició en el año 2010 un proceso de sensibilización e información en el tema, dirigido a funcionarios de los tres niveles de atención de la institución, en las diferentes regiones.

Además la Institución cuenta con un Manual Técnico de Atención Integral a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas y un Plan Estratégico Institucional para la Atención Integral a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas; los cuales están en espera de aprobación de las autoridades correspondientes, para su publicación.

Por otro lado, actualmente la CCSS desde el Área de Salud Ocupacional, está trabajando en la implementación de un programa de atención a funcionarios y funcionarias consumidores de sustancias psicoactivas, basado en los lineamientos que establece la nueva Normativa de Relaciones Laborales de la Institución.

Primer Nivel de Atención

Principal puerta de entrada al sistema de salud, está constituido por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud y un equipo interdisciplinario de apoyo. El personal de estos centros de salud es el encargado de ejecutar los programas de reducciones de riesgos y daños, así como brindar otros recursos que permiten atender las necesidades sociales y sanitarias básicas.

Son los encargados de realizar detección temprana, registro, promoción y prevención en drogas. Además, deberán realizar el diagnóstico y tratamiento inicial del consumo de sustancias psicoactivas, como también efectuar referencias a Clínicas u Hospitales, Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA, ONG y otros grupos organizados afines, para aquellos pacientes que según la complejidad de su caso, lo requieran. Debe recibir a los pacientes referidos de CAIDs, ONGs, medicina privada, mixta o de empresa, así como a personas contrarreferidas de Clínicas u Hospitales para su mantenimiento y seguimiento.

Según las Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento de la Organización Panamericana de la Salud, dentro de las funciones que se deben realizar en éstos Centros de Salud están (OPS, 2000:70):

Acciones a desarrollar en Primer Nivel de Atención

1. Detección oportuna en comunidad de casos aún no detectados por el sistema de salud.
2. Entrevista clínica y familiar.
3. Exámenes de gabinete.
4. Examen físico y mental.
5. Orientación y referencia.
6. Charlas de orientación e información.
7. Coordinación con grupos de autoayuda.
8. Medidas generales en casos leves.
9. Coordinación interprogramática

Segundo Nivel de Atención

Centros de salud compuestos por equipos interdisciplinarios que se responsabilizan de diseñar y desarrollar planes terapéuticos individualizados para consumidores de sustancias psicoactivas, con condiciones de consumo perjudicial o dependencia. Cuentan con recursos especializados como Psicología, Trabajo Social, y algunas especialidades médicas como Psiquiatría.

Pueden referir a Hospitales, a aquellos usuarios (as) que lo requieran por complicaciones no manejables en este nivel; debido a intoxicación o comorbilidad; también refieren a ONGs y CAID del IAFA.

Por otra parte, este nivel recibe usuarios (as) del primer nivel de atención, de instituciones como el IAFA, ONGs, medicina privada, mixta o de empresa, para la atención de usuarios (as) que por complicaciones lo ameritan; además pueden recibir usuarios (as) del tercer nivel para la atención de consumidores ya estabilizados. Se pueden dar también contrarreferencias a primer nivel, para seguimiento de aquellos consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren estabilizados, en etapa de mantenimiento.

Según la Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento, algunas de las funciones que se deben realizar en éstos Centros de Salud son (OPS, 2000:70):

Acciones a desarrollar en Segundo Nivel de Atención

1. Exámenes de gabinete
2. Orientación y referencia
3. Entrevista clínica y familiar
4. Examen físico y mental
5. Medidas generales en casos leves
6. Evaluación diagnóstica especializada
7. Charlas de orientación, contención e información
8. Inducción al tratamiento
9. Grupos de orientación y seguimiento al control de abstinencia
10. Tratamiento ambulatorio de casos leves
11. Coordinación con grupos de autoayuda
12. Seguimiento de egresados
13. Coordinación interprogramática

Tercer Nivel de Atención

Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización, representados por Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y otras disciplinas y especialidades médicas. En este sistema se incluyen servicios de tratamiento ambulatorio y de hospitalización de corta estancia.

Los usuarios (as) pueden acceder a este nivel de atención mediante referencias realizadas por el primero y segundo nivel de atención, en casos de intoxicación severa o complicaciones médico-psiquiátricas. Recibe también referencias de interconsulta de otras especialidades del Sistema Hospitalario.

Además, las referencias pueden proceder de instituciones como el IAFA, ONGs, medicina privada, mixta o de empresa, para la atención de complicaciones biomédicas y psicosociales no manejables en el primer y segundo nivel de atención. Por otra parte, se realizan referencias a ONGs y CAIDs del IAFA de usuarios (as) estabilizados.

Las contrarreferencias pueden ser dirigidas hacia el primer y segundo nivel, en el caso de aquellos consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren estables, para que continúen con su seguimiento y mantenimiento.

De acuerdo a las Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento de la Organización Panamericana de la Salud, las funciones que se deben realizar en este Sistema son (OPS, 2000:70):

Acciones a desarrollar en Sistema Hospitalario

1. Orientación y referencia
2. Diagnóstico y evaluación en casos graves
3. Medidas generales y específicas en casos graves.
4. Atención de las complicaciones
5. Diagnóstico integral
6. Inducción al tratamiento
7. Manejo de la abstinencia
8. Mantenimiento de la abstinencia
9. Reinserción social
10. Atención y orientación de recaídas
11. Charlas de orientación e información
12. Coordinación con grupos de autoayuda
13. Coordinación con demás niveles
14. Docencia y capacitación
15. Coordinación interprogramática



5.2.3. Programas de tratamiento y rehabilitación en el Ámbito Laboral y en el Sistema Penitenciario

Las condiciones de trabajo son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. El ámbito laboral debe ser entendido como un espacio comunitario donde los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, se reflejan con características específicas y en donde el consumo de estas es prevalente.

Es necesario que exista una política en el medio laboral encaminada a prevenir o minimizar los riesgos laborales derivados del consumo de sustancias psicoactivas, con programas de prevención y apoyo al abordaje asistencial de los trabajadores afectados de acuerdo a la legislación vigente.

Por otra parte, el tratamiento y la atención como alternativa de carácter judicial, o bien, el iniciar un proceso de intervención mientras se está privado de libertad, seguido por el apoyo después de la liberación disminuyen el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas, de la transmisión del VIH y de la reincidencia en la delincuencia.

Sin embargo, estos dos aspectos no serán desarrollados en el presente documento, aún cuando son parte importante de la política de tratamiento. El país requiere de realizar una revisión específica de lo actuado en estos dos ámbitos.

De igual forma, se deben mejorar los esfuerzos que en esta materia se realizan, principalmente por parte del Ministerio de Justicia, con el fin de lograr una mayor articulación y apoyo mutuo entre sectores.

5.2.4. Niveles de Atención: Un acercamiento al caso de Costa Rica

A partir del recuento de los recursos institucionales con que cuenta en la actualidad el país, adicionado a los recursos de la sociedad civil, se puede ir perfilando los niveles de atención con que contaría el Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas, en Costa Rica. Dichos

niveles de atención constituyen el "... marco institucional o programático dentro del cual se realizan las actividades de tratamiento", 27 básicamente, la estructura que se establece es:

Componente (Ver Anexo N° 1)	Área de Intervención
Recursos Comunitarios	Mantenimiento de la abstinencia y disminución de daños y riesgos.
Atención Inmediata	Manejo de la intoxicación y del síndrome de supresión
Ambulatorio (Nivel I)	Atención ambulatoria - intervención temprana
Ambulatorio Intensivo / Hospitalización Parcial (Nivel II)	Atención ambulatoria de mediana intensidad
Residencia / Comunidad Terapéutica (Nivel III)	Tratamiento residencial – internamiento
Hospital (Nivel IV)	Atención medica especializada – hospitalización

5.3. Organizaciones no gubernamentales

Las organizaciones no gubernamentales, son entidades de carácter privado que están a cargo de personas de la sociedad civil, con interés común; que pueden estar organizadas local, nacional o internacionalmente con objetivos humanitarios para atender diferentes temáticas sociales.

En materia de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas asociados al consumo de drogas, en Costa Rica a la fecha se cuenta con un total de 73 programas (ONG) aprobados por el IAFA, que brindan servicios tales como: atención inmediata, tratamiento ambulatorio, atención de mediana intensidad e internamiento residencia.

5.4. Marco Orientador del Sistema de Tratamiento

La consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, pasa por tener claro un marco de referencia teórico con respecto al ámbito de tratamiento y rehabilitación, en el cual se incorpora las recomendaciones internacionales para diseñar y estructurar las estrategias y los componentes del mismo.

27 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC. 2003. pp 35 – 47.

5.4.1. Sistema de tratamiento

Se entiende por Sistema de Tratamiento a la "... sumatoria de las intervenciones terapéuticas, que a manera de "continuum", dan cabida a todo el espectro de servicios (establecimientos, programas), que están disponibles para la población de usuarios en un momento dado, de acuerdo con sus necesidades, así como el conjunto de todos aquellos servicios que se ofrecen sucesivamente a lo largo de la evolución del trastorno, dentro del proceso de recuperación de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas".²⁸

Las Áreas de intervención del Sistema de Tratamiento de Drogas, serían:

- a- Intervención temprana
- b- Manejo de la intoxicación
- c- Manejo del síndrome de abstinencia
- d- Tratamiento de la dependencia y consumo perjudicial
- e- Manejo de la co-morbilidad médica y psiquiátrica
- f- Orientación socio- laboral y reinserción social.

5.4.2. Momentos de la atención

Sobre la desintoxicación y estabilización

El tratamiento de desintoxicación y estabilización²⁹ se administra a las personas que sufren síntomas de privación tras un abuso de drogas prolongado. De igual forma, requiere de un

²⁸ Ibid. pp. 31

²⁹ Los objetivos principales de esta etapa son tratar sin riesgos, las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para el cambio de comportamiento, que posteriormente favorezcan los esfuerzos de rehabilitación. Se busca aliviar y estabilizar los síntomas agudos que estaban fuera de control y que impiden al paciente pasar directamente a la etapa de rehabilitación y continuar el tratamiento con objeto de prolongar la abstinencia y fomentar la rehabilitación.

Hay éxito en esta etapa si después de haber sido dado de alta (a las dos semanas), el paciente:

- Presenta una reducción considerable de la inestabilidad fisiológica y emocional (por lo menos para ser sometido a un régimen de rehabilitación ambulatoria);
- Se han resuelto positivamente las complicaciones orgánicas o psiquiátricas, en el caso de que éstas hubieran aparecido en el curso de esta etapa de tratamiento
- Se ha integrado y participa en un programa de rehabilitación adecuado.

ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003. pp. 28

adecuado diagnóstico psiquiátrico en este momento del tratamiento.

La desintoxicación puede definirse como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional.³⁰

No obstante, la etapa aguda de desintoxicación y estabilización no se puede considerar un tratamiento completo, sino únicamente la preparación para continuar el tratamiento, ya que la desintoxicación por sí sola, es poco probable que ayude a las personas a recuperarse a largo plazo.

Sobre la rehabilitación y prevención de recaídas

La rehabilitación es apropiada³¹ en el caso de las personas que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos de un reciente consumo de drogas y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento.

El objetivo, es el poder controlar la necesidad de utilizar sustancias psicoactivas y evitar que se reanude el consumo activo que requeriría de nuevo desintoxicación y estabilización; con lo que se recuperaría o mejoraría la salud de la persona y su función en la sociedad.³²

30 ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. Nueva York, 2003. pp. 3

31El tratamiento orientado a la rehabilitación tiene cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate, que son:

- Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación;
- Propiciar y mantener la reducción del consumo de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total);
- Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud (por ejemplo, el VIH/SIDA) y la seguridad pública;
- Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003. pp. 29

32 ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. Nueva York, 2003. pp. 5.

Proceso Terapéutico

Entendido como el "... conjunto de actividades que se realizan en un ámbito definido, programa o establecimiento, correspondiente a un nivel de atención, como parte del tratamiento y que están dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en el paciente".³³

Las metas a tomar en consideración en el proceso de tratamiento son de acuerdo a la CICAD/OEA, OPS (2000):

- Detener el consumo.
- Modificar el curso de la enfermedad: no solo estabilizar al paciente.
- Prolongar la abstinencia: abordando la vulnerabilidad para la recaída.
- Recuperar un patrón de funcionalidad suficiente: acciones propias de la rehabilitación y reinserción de la persona afectada por el consumo, entre otras áreas, en el nivel personal (con la mayor integración posible), social y económico.

Modalidad de Tratamiento

Se entiende como el "... conjunto de tecnología utilizada en el tratamiento de un problema o conjunto de problemas afines, relacionados con el consumo de drogas y que por sus características puede manejarse en base a recursos de similar nivel de complejidad".³⁴

Ejes de Evaluación de Necesidades de Atención (Ver Anexo N° 2)

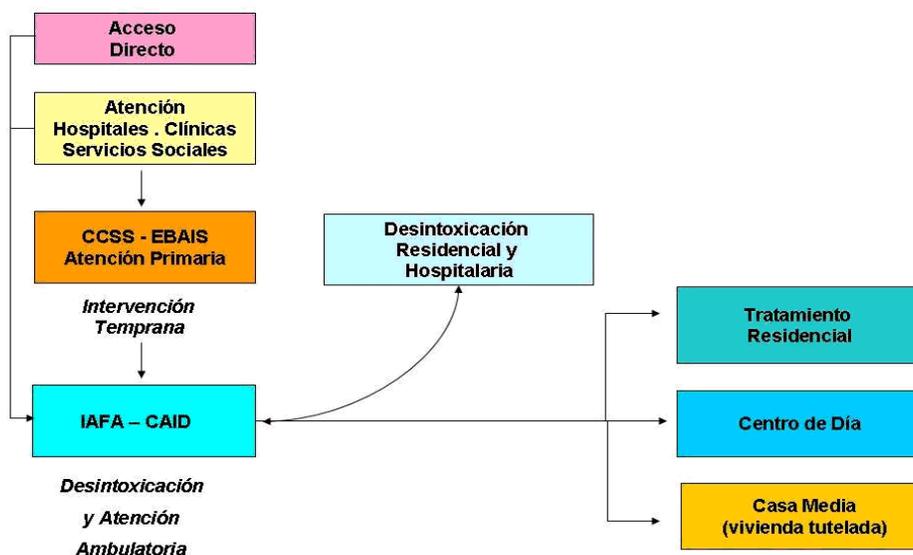
Los criterios para la ubicación de personas adultos en los diversos niveles de atención del Sistema de Tratamiento de Drogas, parten de la comprensión de seis ejes de valoración.

Eje 1:	Potencial de Intoxicación Aguda y/o Síndrome de Abstinencia
Eje 2:	Trastornos y Complicaciones Médicas (Biomédicas)
Eje 3:	Trastornos y Complicaciones Psicológicas o Psiquiátricas
Eje 4:	Disposición al Tratamiento
Eje 5:	Potencial de Recaída, de Uso continuado de Drogas y persistencia de otros problemas
Eje 6:	Ambiente de Recuperación / Ambiente de Vida.

³³ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC. 2003. pp. 29.

³⁴ Ibid. pp. 35.

5.4.3. Tipología de los centros, servicios y requisitos



La grafica muestra la propuesta organizacional, que constituye la “vía de acceso a tratamiento” y a partir de ella, se construye una red de servicios que permite a las personas, partiendo de un diagnóstico apropiado de dependencia/abuso, acceder a los recursos que más se ajusten a sus necesidades siempre dentro del esquema de protección y atención integrada, de manera gratuita o costada por el Estado.

Definición de Centros y Servicios ³⁵

Los centros y servicios de atención a los problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, son los siguientes:

1. Los Centros de Atención Integral en Drogas, son unidades de tratamiento que se ocupan de la atención directa con las personas consumidoras, sus redes de apoyo y desintoxicación ambulatoria.
2. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, que bajo internamiento dentro de un centro hospitalario, realizan desintoxicación cuando las condiciones del paciente lo requieren.

³⁵ Se ha tomado con base de referencia lo establecido en el Decreto 124/2001, del 10 de julio de 2001, del Gobierno Valenciano, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



3. Los Centros de Día, que durante horas del día, realizan tratamiento, rehabilitación y reinserción, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, con objeto de facilitar la incorporación social.
4. Los Centros de Tratamiento Residencial, que bajo internamiento realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, y promueven la participación activa de las personas, con objeto de facilitar su incorporación social.
5. La Casa Media, centros residenciales sin funciones asistenciales, en donde los internos conviven y cuyo objeto se orienta a alcanzar el mayor grado de autonomía personal y de convivencia dentro de un ambiente normalizado.
6. Los Albergues, con internamiento temporal, o ambulatorios, intervienen en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos, priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por el consumo de drogas.

Flujo de Ingreso / Egreso para la Atención de Personas

Las personas pueden acceder, por cuenta propia, o por referencia de alguna institución gubernamental o no gubernamental a los diferentes servicios (Centros de Atención Integral en Drogas CAID, Proceso de Atención a Pacientes, Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad).

Los diferentes servicios brindados por el IAFA realizan el diagnóstico, la atención inmediata y el tratamiento, en régimen ambulatorio o residencial, de las personas que presenten consumo perjudicial o algún tipo de dependencia a drogas, así como el apoyo, educación y asesoramiento específico a los familiares o redes de apoyo directamente afectados, en pro del proceso del proceso de recuperación del paciente.

En este modelo, la atención implica la valoración de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, su problemática y, de acuerdo con la misma, la definición del plan de tratamiento, para su recuperación, tanto en situaciones emergentes como de seguimiento.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Los diferentes dispositivos del IAFA o la CCSS realizan la derivación de las personas con criterios diagnósticos de dependencia a las sustancias psicoactivas, a las diversas alternativas con que cuenta la red del Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas. Para ello, deben coordinar con los distintos recursos gubernamentales, privados y comunitarios de la región en que estén ubicadas, para la derivación de casos a éstos, cuando proceda.

De tal forma, la persona podrá ser referida, según su condición, a un establecimiento para su desintoxicación, ya sea en el ámbito hospitalario o residencial. O bien, el paciente atendido podrá ser remitido directamente a un tratamiento residencial y continuar su seguimiento en los servicios.

De acuerdo a su evolución, si se considera necesario y el paciente no tiene recursos inmediatos (familiares, laborales, habitacionales) para su mantenimiento y contención podrá ser remitido a una estancia temporal ya sea en un Centro de Día o en una Vivienda Tutelada.

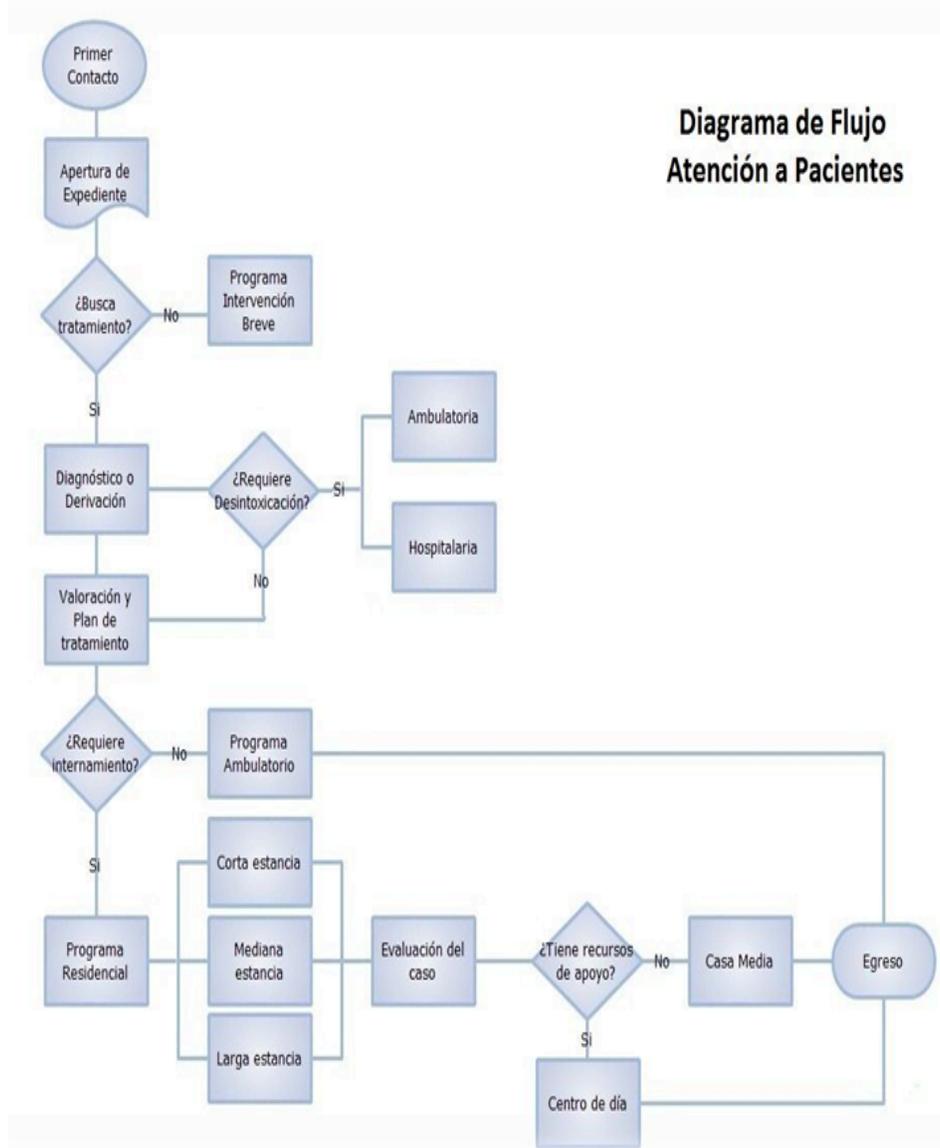
Otros aspectos importantes de resaltar es el hecho de que el IAFA tiene que asesorar a los recursos de la red de servicios del Sistema, en su ámbito geográfico de actuación, en especial a los servicios y unidades hospitalarias, así como a los equipos de atención primaria.

Las instituciones del estado (CCSS y IAFA) son el recurso primario de atención de la dependencia de drogas, dentro del Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas. Una singularidad o característica primordial de este Sistema, es que su fuerza radica en la prestación de servicios ambulatorios y como se mencionó anteriormente, en el hecho que se constituye en la puerta de entrada a los servicios de tratamiento, siendo ésta es de carácter estatal.

El tener una puerta estatal de entrada al Sistema, permite realizar proyecciones en relación con los eventuales servicios que pudieran requerir o demandar la población actualmente o en el futuro. Con este fin se debe establecer un sistema de información para la evaluación de la calidad asistencial, que se basa en un indicador de tratamiento, con el fin de establecer la oferta y determinar la demanda de tratamiento.

Con ello se busca ordenar la oferta real de servicios y la asignación de recursos financieros a

las diversas organizaciones que se encuentran dentro de la red, que implica la contratación de un número específico de plazas o camas, por periodo de tiempo, con las organizaciones que podrán brindar diferentes servicios, siempre que cumplan con los requisitos de acreditación y con los mínimos en las planillas de recursos humanos.³⁶



³⁶ Los servicios, necesariamente deberán contar con profesionales, técnicos y otros recursos humanos, los cuales deben haber aprobado una cantidad de horas de capacitación y manejar la formación continuada, es decir, la actualización de conocimientos impartidos por el IAFA o un ente reconocido.



6. INSTRUMENTOS DE APOYO.

6.1. Sistema de Información

El Sistema de Información sobre Drogas, es un esfuerzo institucional del IAFA que se basará en la recopilación de datos relacionados con indicadores de consumo, morbilidad, mortalidad, tratamiento, percepciones, conocimientos y prácticas de la población.

Si bien, los indicadores indirectos no permiten una estimación precisa de la prevalencia de consumo, si son de gran utilidad para realizar estimaciones mínimas sobre la magnitud del consumo y sobre su distribución social y geográfica.

Para el caso particular de la política de tratamiento, tal y como lo establece el indicador de demanda de tratamiento ³⁷ (Grupo Pompidou – Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), lo que se busca es poder brindar información comparable, confiable y anónima, sobre las personas que demandan tratamiento, en específico:

- El número de personas tratadas debido al consumo de droga
- Características y Perfil de los usuarios
- Patrones de consumo
- Tendencias a lo largo del tiempo

En razón de lo anterior la información a recolectar se vincula con:

Detalles sobre el centro de contacto de tratamiento

- tipo de centro
- duración del tratamiento
- tratamiento anteriores
- fuente de derivación

³⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA SCIENTIFIC REPORT: Treatment demand indicator, standard protocol 2.0. Lisboa Portugal. 2000.



Información socio-demográfica

- sexo
- edad
- año de nacimiento
- situación laboral
- condiciones de vida (convivencia y residencia)
- educación
- nacionalidad

Información relacionada con las drogas

- Drogas primarias
- Drogas secundarias
- tratamiento de sustitución
- modalidad de consumo (vía de administración)
- frecuencia de consumo
- edad en que se consumió por primera vez

La información se recolectará tanto en los servicios propios del IAFA como en los centros, clínicas y hospitales, públicos y privados.

Dentro del enfoque del uso de nuevas tecnologías de información, el IAFA, a partir de 2001 incorpora un sistema de información, el cual contempla el uso de una solución integrada para la gestión clínica, aplicable a cualquier servicio que disponga la institución. La historia clínica electrónica (expediente electrónico) contribuirá a garantizar la calidad de la prestación sanitaria brindada en los servicios del IAFA, así como la planificación, organización, gestión y evaluación de la actividad asistencial.

6.2. Sistema de seguimiento y evaluación

El desarrollo de un sistema institucional de evaluación, debe relacionarse directamente con la generación de información para la toma de decisiones.

El IAFA debe diseñar y aplicar los indicadores, que le permitan realizar un proceso de evaluación



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



y análisis que redunde en conclusiones claras, sobre el comportamiento del Sistema y de la entidad en razón del cumplimiento de la misión y de las acciones y los programas que ejecuta.

Los indicadores se elaboran como una razón o un ratio entre dos variables cuantificables y que permiten realizar una medición de los productos (eficacia-cobertura).

Aumento de la cobertura y acceso a la atención en programas de tratamiento y rehabilitación.

Indicadores:

Porcentaje de personas que participan en programas de tratamiento en servicios de salud públicos y o centros privados, que alcanzan objetivos terapéuticos.

Porcentaje de personas tratadas que participan en programas de reinserción.

Aumento de la cobertura anual de programas para personas con problemas asociados al consumo de drogas.

Aumento de la cobertura anual de programas de tratamiento y rehabilitación para mujeres, jóvenes y niños.

Aumento de la cobertura anual de programas de tratamiento y rehabilitación para población penal.

Mejora de la calidad de los servicios y programas de tratamiento públicos y de centros privados de atención.

Indicadores:

Aumento del número de organizaciones y sus respectivos programas acreditados y supervisados por el Ministerio de Salud y el IAFA.

Aumento del número de servicios de públicos y centros privados de atención que cumplen con las normas de calidad establecidas por el Ministerio de Salud y el IAFA.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Fortalecimiento del sistema de detección, diagnóstico y derivación.

Indicadores:

Aumento del número de instancias que realizan detección, diagnóstico y derivación.

Inserción social de personas con problemas asociados al consumo de drogas que egresan de programas de tratamiento.

Indicador:

Aumento de personas tratadas y reincorporadas socialmente.

Formación, capacitación, especialización y/o actualización de recursos humanos de los programas de tratamiento.

Indicador:

Aumento de profesionales y técnicos que reciben formación, capacitación, especialización y/o actualización en contenidos especializados para desarrollar programas de tratamiento.

6.3. Estimación de demanda de tratamiento

Un sistema de tratamiento tendrá un impacto limitado si las personas a quienes se dirige no pueden acceder a los servicios. Por ello, es primordial identificar a quienes son consumidores dependientes de drogas, o aquellos manifiestan problemas relacionados con el consumo de éstas, lo anterior con el objetivo claro de incentivarlas a buscar ayuda e intervención.

El país no ha contado con datos que establezcan la demanda efectiva de tratamiento. Sin embargo para lograr un acercamiento a lo que sería las Necesidades de Tratamiento en el país, se ha tomado como base la definición utilizada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA),³⁸ adecuando dicho indicador a la información disponible en la última encuesta de hogares sobre consumo de drogas realizada en el año (ver Anexo 3).

³⁸SAMHSA. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. 2007. Revisado el 3 de julio del 2008 en <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>

Los resultados de aplicar el indicador de necesidades de tratamiento desarrollado por el IAFA, basado en el propuesto por SAMHSA, arrojan la siguiente información:

Necesitados de tratamiento por consumo problemático de alcohol o drogas ilícitas entre residentes de 12 a 70 años en hogares por provincia y sexo. Costa Rica, 2006

Provincia	Población de 12 a 70 años			Necesitados por alcohol			Necesitados por drogas ilícitas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
San José	589.133	590.663	1.179.796	16.7	7.5	12.1	2.3	0.1	1.2
Alajuela	319.265	302.919	622.183	16.7	2.2	9.6	1.1	1.3	1.2
Cartago	189.017	183.388	372.405	20.1	8.7	14.5	2.4	0.3	1.4
Heredia	164.806	159.074	323.879	17.5	8.6	13.1	1.7	0.0	0.8
Guanacaste	107.752	101.689	209.440	19.1	5.8	12.6	0.4	0.0	0.2
Puntarenas	143.231	131.032	274.262	13.9	5.1	9.7	1.8	0.0	1.0
Limón	159.934	142.062	301.996	13.4	1.8	8.0	1.3	0.0	0.7
Costa Rica	1.673.136	1.610.826	3.283.961	16.8%	6.0%	11.5%	1.8%	0.3%	1.1%

Fuente: IAFA. Con base en los resultados Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, 2006

7. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO

7.1. Fuentes de financiamiento

El IAFA, mediante la asignación de recursos provenientes del Gobierno Central y de la Ley N° 7972, procura ampliar sus servicios y al mismo tiempo apoyar financieramente la gestión y operación de las organizaciones no gubernamentales, de manera que puedan dar cobertura a la demanda de servicios en este campo.

Una segunda fuente de financiamiento, se vincula con los recursos que otras instituciones de gobierno destinan a apoyar financieramente la gestión y operación de las organizaciones no gubernamentales. A saber:

- Instituto Mixto de Ayuda Social
- Patronato Nacional de la Infancia
- Junta de Protección Social de San José
- Instituto Costarricense sobre Drogas
- Caja Costarricense del Seguro Social
- Municipalidades

Las implicaciones que tiene el trabajo en red va a conducir a la necesidad de ingresos adicionales para las diferentes estancias que trabajan con personas con problemas derivados del consumo de sustancias.

7.2. Forma de distribución de la inversión

Se ha establecido mediante un protocolo un procedimiento de coordinación interinstitucional, con la finalidad de mantener una comunicación sistemática y oportuna entre las Instituciones supramencionadas, responsables del proceso de asignación y giro de recursos financieros, así como de la supervisión de los programas, dirigidos a la atención y tratamiento a las personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas del país, en el marco de la gestión del Estado.

Con lo anterior se pretende revisar las necesidades de financiamiento de las organizaciones públicas y privadas y priorizar los recursos económicos disponibles para la atención de las necesidades de la población objetivo.



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Las instituciones públicas o gubernamentales realizarán la distribución de los recursos siguiendo los lineamientos establecidos para la elaboración de planes y presupuestos institucionales y respondiendo a su planificación estratégica.

En el caso de las ONG, cuando las mismas sean sujeto de ayuda estatal, la transferencia se ejecutará ya sea por medio de la firma de convenios de cooperación o por contratación de servicios, siguiendo las directrices emanadas para tal efecto por cada uno de las instancias.

Para una mejor utilización de los recursos públicos, las Instituciones del Gobierno, deberán coordinar la asignación y distribución que se realizará a cada una de las ONG que solicite apoyo financiero.

Para lograr el objetivo mencionado, se debe considerar lo siguiente:

- Que los programas y servicios respondan a las políticas nacionales e institucionales en la materia de tratamiento y rehabilitación.
- Que la organización cumpla con las leyes, políticas y normativas de la materia de tratamiento y rehabilitación.
- Que las necesidades planteadas sean congruentes con su presupuesto anual y con el programa aprobado por el IAFA.
- Que los programas se fortalezcan, periódicamente, con el fin de mejorar la calidad de los servicios que prestan.
- Que la organización logre demostrar el adecuado funcionamiento en aspectos administrativos, técnicos, financieros y de organización operacional.
- Que la Organización tenga y promueva políticas de coordinación y cooperación para obtener recursos estatales y privados.

ANEXO N° 1: Niveles de Atención: Un acercamiento al caso de Costa Rica

COMPONENTES	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	MODALIDADES	SERVICIOS	ORGANIZACIÓN (ejemplos)
Recursos Comunitarios	Mantenimiento de la abstinencia	Apoyo	Grupos de Autoayuda	AA y NA
	Disminución de daños y riesgos	Ambulatorio y/o Internamiento temporal	Albergues	ONG
ATENCIÓN INMEDIATA	Manejo de la Intoxicación y del Síndrome de Abstinencia leve	Desintoxicación ambulatoria	Desintoxicación / CAID	IAFA
			Emergencias de Hospitales y Clínicas	CCSS
		Desintoxicación Residencial (con manejo médico)	ADEPEA	ADEPEA (ONG)
			Nuevos Horizontes	CCSS
	Manejo del Síndrome de Abstinencia severo	Hospitalaria	Hogares Salvando el Alcohólico, Camino a la Libertad.	ONG
NIVELES DE ATENCIÓN				
NIVEL I	Atención Ambulatoria	Intervención temprana	Consulta externa - EBAIS	CCSS
			Equipos de salud	Empresas e Instituciones
NIVEL II	Atención de Mediana Intensidad	Ambulatorio Intensivo	Consulta Externa / CAID	IAFA
			Hospitalización parcial	
NIVEL III	Tratamiento Residencial	Internamiento	Centro de Menores	IAFA
			Nuevos Horizontes	CCSS
			Residencia Comunidad Terapéutica	ONG y Clínicas privadas
			Centros de Rehabilitación.	ONG
NIVEL IV	Atención Médica General y Especializada	Hospitalización	Hospitales, de Niños, de la Mujer y Nacional Psiquiátrico	CCSS
Reinserción	Orientación socio-laboral	Apoyo vocacional / laboral	Centros de Día	
	Integración social	Alojamiento / vivienda	Casa Media / Vivienda tutelada	

ANEXO N° 2: Criterios para la ubicación de personas adultos. ³⁹

Ejes de Valoración	Niveles de Atención			
	Nivel 1: Ambulatorio	Nivel 2: Ambulatorio Intensivo Hospitalización Parcial	Nivel 3: Residencia Comunidad Terapéutica	Nivel 4: Hospital
Eje 1: Intoxicación o Síndrome de Abstinencia	Riesgo no significativo o mínimo	Riesgo moderado de Síndrome de Abstinencia severo.	Mínimo. Síndrome de Abstinencia moderado o severo manejable.	Alto riesgo. Manejable en ambiente con recursos de un hospital.
Eje 2: Trastornos Médicos	Ninguno o muy estable, en control médico	Ninguno o no implica obstáculo. Manejable	Ninguno o estable; en control médico	Requiere control médico 24 horas, enfermería y los recursos de un hospital.
Eje 3: Trastornos Mentales	Ninguno o muy estable, o la paciente está en control de salud mental	Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación; el persona necesita de estabilización.	Ninguno o mínima o de Severidad Leve o Moderada que no implica obstáculo para la recuperación.	Severidad moderada o grave inestables. Cuidados psiquiátricos 24 h. Tratamiento concomitante para la dependencia de drogas.
Eje 4: Disposición al Cambio	Dispuesto para la recuperación pero necesita motivación y control o hay alta severidad en este eje pero no en otros	Pobre compromiso Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo	Necesidad de estructura de modelaje de conducta. Abierto a la recuperación. Necesita ambiente estructurado o entorno residencial o hay alta severidad en este eje pero no en otros. Necesita fortalecimiento motivacional.	Resistente al tratamiento, pobre control de impulsos, necesita estrategias motivacionales en encuadres estructurados de 24 horas ó programa de fortalecimiento motivacional
Eje 5:	Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o	Intensificación de la problemática, a pesar participar activa mente en un programa	Grave dificultad u oposición al tratamiento, con peligrosas	No califica para servicios menos intensivos

Ejes de Valoración	Niveles de Atención			
	Nivel 1: Ambulatorio	Nivel 2: Ambulatorio Intensivo Hospitalización Parcial	Nivel 3: Residencia Comunidad Terapéutica	Nivel 4: Hospital
Riesgo de Recaída, Mantenimiento del consumo u otros problemas	en metas motivacionales con un mínimo apoyo	ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, persistir en el consumo o continuar sus problemas, sin control cercano y apoyo casi diario.	consecuencias inminentes. Entiende las recaídas, pero necesita estructura para mantener los logros terapéuticos. Poca conciencia y necesita intervenciones residenciales para prevenir las recaídas, con consecuencias peligrosas inminentes, déficit cognitivos y disfuncionalidad.	
Eje 6: Ambiente de recuperación	Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación	No cuenta con apoyo pero con estructura, apoyo y el alejamiento del ambiente hogareño, el paciente puede manejarse con éxito	Peligroso. Necesita de una estructura de 24 horas para aprender a manejarse exitosamente	Peligroso. No califica para servicios menos intensivos

³⁹ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC. 2003. Pág. 60.

ANEXO N° 3:

Personas con necesidad de atención: un indicador sobre la magnitud de la demanda de atención por consumo problemático de alcohol y drogas ilícitas en Costa Rica, 2006.⁴⁰

I. METODO Y DEFINICIONES

El indicador a desarrollar señalará la proporción de personas con necesidades de atención por consumo de sustancias psicoactivas. Este indicador, al elaborarse como un número relativo, permite las comparaciones entre países, entre regiones de un mismo país y, al medirlo en distintos momentos, también permite conocer la evolución de las necesidades de atención por consumo de drogas a lo largo del tiempo. Esta ventaja que ofrece el uso de números relativos se hace mayor cuando, generando los valores correspondientes para grupos de edad en la población, se pueda producir valores ajustados por edades o “estandarizados”, con lo que se hacen más equilibradas las comparaciones geográficas o temporales. En lo que a este ensayo concierne, nos limitaremos al cálculo del valor bruto del indicador sugerido, haciéndolo específico tan sólo para alcohol y drogas ilícitas.

I.1 Definición del indicador “Proporción de personas con necesidades de atención por consumo de sustancias psicoactivas”

Este indicador, que se representará con p , se obtiene de dividir el total de personas con necesidades de atención en la población de interés entre la magnitud de esa población. Ambas cifras consideradas para un área geográfica o territorio definido de antemano y para un momento dado. Simbólicamente:

$$p = \frac{\text{Personas con necesidades de atención en región de interés en momento dado}}{\text{Total de personas en región de interés para un año dado}}$$

El denominador representa el total de personas que habitan en la región de interés en un momento dado. La disponibilidad de datos o proyecciones de la magnitud de la población o segmento de población para el momento de interés aconsejará la escogencia de la mejor aproximación de la cifra. Por su parte, el numerador da el total de personas que manifiestan necesidades de atención por el consumo problemático de drogas y, probablemente, se requiera de un estudio para estimarlo.

⁴⁰ Elaborado por Gerardo Sánchez C. Estadístico, IAFA



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



Para facilitar la interpretación de la magnitud resultante, se puede multiplicar por 100 y expresarla como un porcentaje. Este porcentaje debe leerse como la cantidad de personas con necesidades de atención por cada 100 personas de la población o segmento de interés. Usando P para representar este porcentaje:

$$P = \frac{\text{Personas con necesidades de atención en región de interés en momento dado}}{\text{Total de personas en región de interés en momento dado}} \times 100$$

Valores específicos de este indicador se pueden generar por sexo, grupo de edad, o cualquier otro segmento de población, al considerar solamente la base de personas que conforman ese segmento como denominador y el total de personas con necesidades de atención por consumo de sustancias psicoactivas en ese segmento, como numerador. O bien, ya sea para la población general de un territorio o segmentos de la misma, el indicador se puede calcular para una sustancia o grupo de sustancias determinado.

I.1.i Personas con necesidades de atención por consumo de drogas

Se ha asumido la definición planteada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) para establecer qué persona presenta alguna necesidad de atención por el consumo de sustancias psicoactivas. En lo sucesivo, nos referiremos como necesitado de tratamiento a la persona con alguna necesidad de atención por consumo de alguna sustancia psicoactiva y como necesidad de tratamiento a la situación de necesidad de atención en que se encuentra esta persona (necesitado de tratamiento).

En el contexto del consumo de sustancias psicoactivas, y para un momento determinado (digamos el momento que llamaremos t_0), se consideran como personas necesitadas de tratamiento por el consumo de cierta sustancia o grupo de sustancias (denominado como D), a quienes pueden ser clasificados en al menos una de las siguientes categorías:

1. quienes, por su propio reporte de manifestaciones o prácticas de los 12 meses anteriores a t_0 , puedan ser diagnosticados como dependientes de D en el instante t_0 , de acuerdo a los criterios propuestos en el DSM-IV (APA, 1994),

2. quienes, por su propio reporte de manifestaciones o prácticas de los 12 meses anteriores a t_0 , puedan ser diagnosticados como abusadores de D en el instante t_0 , de acuerdo a los criterios propuestos en el DSM-IV (APA, 1994), y,

3. quienes, en los 12 meses anteriores al momento t_0 , reportaron haber sido objeto de tratamiento especializado para atender su consumo de D.

La atribución del calificativo necesitado de tratamiento a una persona como consecuencia de su pertenencia a cualquiera de las categorías descritas, supone que tal persona ha mostrado un consumo reciente de la sustancia de interés D. Es decir, que tal persona consumió D alguna vez en el transcurso de los 12 meses anteriores al momento t_0 . De lo contrario, no se le considera como necesitado de tratamiento.

Esta especificación se impone con el propósito de evitar la incompatibilidad o ambigüedad que podría resultar al concurrir la situación de afectación por el consumo problemático de la sustancia que supone ser calificado como necesitado de tratamiento y la capacidad que habría demostrado ese informante de haber podido controlar el consumo de la sustancia o sustancias de interés por un lapso igual o superior a los 12 meses.

De lo anterior se deduce que la atribución de la condición de necesitado de tratamiento a un sujeto no reviste un carácter permanente y podría variar de un año a otro si sus condiciones de vida fuesen monitoreadas prospectiva o retrospectivamente.

I.1.ii Tratamiento especializado

La postulación de la tercera categoría descrita permite que se considere como necesitada de tratamiento a toda persona que haya sido objeto de tratamiento especializado por el consumo de alguna sustancia psicoactiva objeto de estudio. Debe entenderse por tratamiento especializado por consumo de la sustancia D el que se recibe para atender o enfrentar las manifestaciones del consumo de D o controlar el consumo mismo, en los siguientes dispositivos sanitarios:

1. centros de salud mental,
2. hospitales (cuando hay internamiento, es decir, estadía mínima de 24 horas en unidad hospitalaria, pero no de emergencias), o,
3. centros de tratamiento y rehabilitación;

I.1.iii Dependientes de una sustancia (DSM)

Siguiendo los criterios establecidos en el DSM-IV-TR se considera como persona dependiente de una sustancia D, a quien se le diagnostiquen por un facultativo al menos tres de los siguientes síntomas en el transcurso de los 12 meses anteriores al momento de interés t_0 :

1. Tolerancia a D. Puede ser entendida como la necesidad de mayores cantidades de D para generar los mismos efectos, o como una menor intensidad de los efectos al consumir en veces sucesivas una misma cantidad de D.
2. Síntomas de abstinencia por supresión de D. Puede manifestarse por el síndrome característico de abstinencia de D, o bien por el uso de la misma para aliviar o evitar la manifestación de esos síntomas.
3. Uso frecuente de D en cantidades mayores a las deseadas o por períodos mayores a los deseados.
4. Deseos persistentes de cortar o controlar el uso de D, o esfuerzos infructuosos para lograrlo.
5. Gran desperdicio de tiempo para obtener o usar D, o bien para recuperarse de sus efectos.
6. Reducción o abandono de actividades diversas por el consumo de D.
7. Consumo de D a pesar de la presencia de problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes atribuibles a su uso.

I.1.iv Abusador de una sustancia (DSM)

Según se establece en el DSM-IV-TR, se considera como abusador de la sustancia D a quien sea objeto de un diagnóstico realizado por un facultativo en que se detecte al menos uno de los siguientes síntomas en el transcurso de los 12 meses anteriores al momento de interés t_0 :



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



1. El uso recurrente de D impide cumplir con las obligaciones.
2. Uso recurrente de D en situaciones de riesgo para la integridad física.
3. Problemas legales recurrentes asociados al consumo de D.
4. Uso continuado de D pese a la presencia de problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes atribuibles al consumo de la sustancia.

El diagnóstico de abuso de D aplica siempre y cuando el paciente no sea diagnosticado como dependiente a esa sustancia. En este caso, prevalece el criterio de dependencia y no se le considera como abusador de la sustancia.

I.1.v Salvedad

Por las preguntas utilizadas para el cálculo del indicador es claro que se está pensando en los *necesitados de tratamiento* como personas que ameritan un proceso de atención o rehabilitación. Es posible que adicionalmente haya informantes que evidenciaron episodios aislados, no reiterativos, de intoxicación. Tales episodios, no obstante, son insuficientes para calificar a quienes los sufrieron como *necesitados de tratamiento*. Incluso, ameritando una intervención de desintoxicación, tal casos no quedan contemplados dentro de la definición que estamos considerando de *necesitados de tratamiento*, entendidos éstos como personas necesitadas de un proceso de atención. Quien evidencia un consumo problemático de drogas es precisamente quien manifiesta la necesidad de un proceso de tratamiento.

II.1 Aproximación para Costa Rica, año 2006

El Estudio Nacional del año 2006 siguió la metodología de una encuesta de hogares.

El cuestionario utilizado para la recopilación de los datos de los informantes incluyó una serie de preguntas con las que se intentó traducir el contenido de los ítemes anteriormente señalados para el diagnóstico del abuso o la dependencia de una sustancia psicoactiva.

Las respuestas a las preguntas del cuestionario correspondientes a los ítemes del DSM-



POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA



IV se consideraron positivas (indicadoras de síntomas) solamente cuando se respondió afirmativamente a las mismas. La ausencia de respuesta se tomó como una respuesta negativa y, por ello, se entendió como ausencia del síntoma correspondiente.

En lo que concierne al tratamiento especializado por consumo de alcohol, se preguntó a los informantes si habían recibido tratamiento por consumo problemático de bebidas alcohólicas, sin que en las preguntas planteadas se formulara una restricción temporal sobre cuándo lo habían recibido.

Por otro lado, para el caso de las drogas ilegales, en el cuestionario utilizado para la encuesta del estudio nacional, no se preguntó a los informantes si habían recibido tratamiento especializado. Para suplir esta carencia y poder aproximar la magnitud del tercer componente del total de necesitados de tratamiento, se consideró la respuesta a la pregunta sobre los intentos efectuados para cesar el consumo de drogas ilícitas en el último año. Al menos 1 intento de cesar el consumo en el último año se tomaba como una respuesta positiva.



8. BIBLIOGRAFIA.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC. 2003

Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia. Diario Oficial de la Unión Europea, 2003.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA SCIENTIFIC REPORT: Treatment demand indicator, standard protocol 2.0. Lisboa Portugal. 2000

Generalitat Valenciana. Normativa Autonómica Valenciana en Materia de Drogodependencias. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. España, Julio 2004.

Gobierno Valenciano. Decreto 124/2001, del Gobierno Valenciano, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana, del 10 de julio de 2001

Grupo Pompidou. Proyecto de Indicadores de Demanda de Tratamiento del OEDT. 2000

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional 2006. San José, Costa Rica. 2007

IAFA. Atención y Egresos de personas de Hospitales Clínicas y ONG relacionados con el consumo de drogas. San José, Costa Rica. 2007

IAFA. Directorio de los programas de tratamiento y prevención del consumo de alcohol y otras drogas en Costa Rica. San José, Costa Rica. Julio 2007.

IAFA/ICD. El consumo de drogas en la población privada de libertad en Costa Rica y su relación con la Comisión del Delito. San José, Costa Rica. 2004



**POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO
DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA**



Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 2012, San José, Costa Rica. 2008.

Mata Pernudi, Douglas. La política de drogas de Costa Rica. Un análisis de las estrategias de intervención. (Tesis doctoral, SEP). San José, C.R.: Universidad de Costa Rica. 2006.

Ministerio del Interior de España. Indicador Tratamiento, Urgencias y Mortalidad. Informe Año 2000.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Dirección General de Salud, San José, Costa Rica, junio, 2007

Naciones Unidas. Declaración Política, Periodo extraordinario de sesión de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, 8-10 junio, 1998. Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y Medidas de fomento de la cooperación Internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas. (1999).

National Institute Drugs Abuse (NIDA). Principios de Tratamiento para la Drogadicción. Una Guía basada en investigaciones. Julio 2001.

NIDA. Diferentes enfoques de tratamiento para la drogadicción. InfoFacts. Octubre de 2006.

Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía practica de planificación y aplicación. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.

ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.

ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. Nueva York, 2003.

ONUDD. Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas. Módulo 8 del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas. Naciones Unidas, Nueva York, 2006.



**POLÍTICA DEL SECTOR SALUD PARA EL TRATAMIENTO
DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DERIVADOS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN COSTA RICA**



UNODC/WHO. Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper. March 2008
Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia:
30° Informe. Ginebra: OMS, 1998

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Drug Abuse Rapid
Situation Assessments and Responses. Vienna, 1999.

UNODCCP. Demand Reduction. A Glossary of Terms. United Nations Publications, New York,
2000.

UNODC. Declaración Política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de
una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas.
Serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes Viena, 11 y 12 de marzo de
2009. Naciones Unidas, Nueva York, 2009.

World Health Organization. Workbook 3: · Needs Assessments. Evaluation of Psychoactive
Substance Use Disorder Treatment. WHO/MSD/MSB 00.2d. 2000

World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. WHO. Geneva. 1994.

CCSS- IAFA. Convenio de Cooperación conjunta entre la Caja Costarricense de Seguro social y
el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica, 2009

