



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA 2017-2021

- 16 de mayo del 2017 -

## **CRÉDITOS**

### **DIRECCION Y ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA 2017-2021**

#### **DIRECCIÓN POLÍTICA**

Dra. María Esther Anchía Angulo, Viceministra de Salud

#### **DIRECCIÓN TÉCNICA**

Dr. Allan Rímola Rivas      Jefe Secretaría Técnica en Salud  
Mental, Ministerio de Salud

#### **ASESORIA OPS/OMS COSTA RICA**

Dr. Enrique Pérez-Flores, MSP      Asesor Vigilancia de la Salud  
MSP. Karen Carpio Barrantes      Consultora Salud Mental

## COLABORACIÓN TÉCNICA

### SESIÓN DE CONSULTA NACIONAL

- 10 de junio de 2016 -

PARTICIPANTE	INSTITUCIÓN
Maria Esther Anchía	Viceministra Ministerio de Salud
Azalea Espinoza Aguirre	Ministerio de Salud
Nidia Amador	Ministerio de Salud
Irma García	Ministerio de Salud
Marianela Mora	Ministerio de Salud
Arturo Barboza	Ministerio de Salud
Seidy Segura	Ministerio de Salud
Rosibel Vargas Gamboa	Ministerio de Salud
Lilian Reneau-Vernon	Representante OPS/OMS Costa Rica
Enrique Pérez	OPS/OMS Costa Rica
Karen Carpio	OPS/OMS Costa Rica
Yohana Díaz	OPS/OMS Costa Rica
Ana Monge Campos	Consejo Presidencial Social
Paulina Molina	Consejo Presidencial Social
Guillermo Araya Camacho	Director ICD
Eugenia Mata	ICD
Luis Eduardo Sandí	Director IAFA
Douglas Mata Pernudi	IAFA
Jesús Mendez	IAFA
Eugenia Villalta	Gerente médica CCSS
Lilia Uribe	CCSS

Hugo Chacón	CCSS
Harold Segura	CCSS
Javier Rubiano	ICODER
Ana Teresa León Sáenz	Presidente Ejecutiva PANI
Elizabeth Ballesterro	PANI
Carolina Gutiérrez Carvajal	PANI
Edwin Zamora Bolaños	MEP
Denia Rodríguez Vallejos	MEP
Gloria Calvo Barquero	MEP
Ana Josefina Guell	Viceministra Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social – IMAS
Anabelle Hernández	IMAS
Minor Rodríguez	Presidente ejecutivo INA
Gabriela Coghi Ulloa	INA
Christian Ortiz Mayorga	INA
Evelyn Piedra	INAMU
Víctor Barrantes Marín	Viceministro de Paz, Ministerio de Justicia y Paz
Patricia Alfaro	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Olga Guevara Bravo	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Julián Solano	MIDEPLAN
Carmen Capuano Fonseca	MTTS
Marielos Campos	MTTS
Giovanni Phillips	Ministerio de Cultura y Juventud
Alexander Gamboa Araya	Ministerio de Seguridad Pública –PRAD
Georgina Zamora	UNICEF

# Índice

<b>Abreviaturas y acrónimos</b> .....	<b>6</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>100</b>
<b>Información general</b> .....	<b>11</b>
Introducción.....	11
Antecedentes.....	12
<b>Análisis de situación y evaluación</b> .....	<b>16</b>
Situación de consumo en el país.....	16
Desafíos actuales.....	25
<b>Respuesta del país</b> .....	<b>29</b>
Gobernanza.....	29
Estrategia Nacional.....	30
<b>Áreas estratégicas, objetivos e intervenciones estratégicas</b> .....	<b>31</b>
Eje 1 - Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas.....	31
Eje 2 - Promoción y prevención.....	32
Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento.....	34
Eje 4 - Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación.....	37
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>38</b>
<b>Anexo 1: Marco normativo</b> .....	<b>42</b>
<b>Anexo 2: Legislación y normativa CCSS</b> .....	<b>43</b>

# Abreviaturas y acrónimos

<b>Estrategia</b>	ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA 2017-2021
<b>PND</b>	Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>IAFA</b>	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
<b>STSM</b>	Secretaría Técnica de Salud Mental
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales.
<b>MS</b>	Ministerio de Salud
<b>ICD</b>	Instituto Costarricense sobre Drogas
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense del Seguro Social
<b>IMAS</b>	Instituto Mixto de Ayuda Social
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>AVP</b>	Años de Vida Perdidos
<b>AVPD</b>	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
<b>AVAD</b>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<b>EBAIS</b>	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
<b>CAID</b>	Centros de Atención Integral en Drogas
<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>CMCT</b>	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco

# Glosario

**Determinantes sociales de la salud**

Aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. (31)

**ONG**

Hace referencia a las organizaciones de la sociedad civil cuyos objetivos están estrechamente vinculados con el abordaje del fenómeno sociocultural de las drogas.

**Promoción de la Salud**

Procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su propia salud. Abarca acciones tales como la conformación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios de salud (32).

**Prevención de la enfermedad**

Acciones destinadas a reducir la incidencia de una enfermedad o trastorno, su prevalencia, su recurrencia, el tiempo vivido con síntomas, el riesgo de desarrollar un trastorno asociado, prevención o retraso de las recaídas y disminución del impacto de la enfermedad en la persona, su familia y sociedad (35).

**Prevención primaria**

Acciones dirigidas a prevenir la aparición de la enfermedad. Se subdivide en prevención universal, selectiva o indicada, según la población a la que esté dirigido (35).

**Prevención secundaria**

Acciones enfocadas en reducir la severidad de un trastorno o enfermedad ya existente en una persona o población (35)

**Prevención terciaria**

Acciones enfocadas en reducir la discapacidad causada por un trastorno o enfermedad, así como toda forma de rehabilitación y prevención de recaídas (35).

**Prevención primaria universal**

Acciones preventivas dirigidas al público general o a un grupo poblacional como un todo (35).

**Prevención primaria selectiva**

Acciones preventivas enfocadas en individuos o subgrupos en riesgo de desarrollar un trastorno o enfermedad (35).

**Prevención primaria Indicada**

Acciones preventivas dirigidas a personas con alto riesgo de desarrollar el trastorno o enfermedad (35).

**Modelo de Reducción del Daño**

El conjunto de estrategias e intervenciones integrales dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, según sus necesidades y contexto (12)

**Atención Primaria de Salud**

“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (38).

**AVP**

Años de Vida Perdidos son los años de vida perdidos por muerte prematura. Se calculan a partir de las muertes a cada edad multiplicadas por los años restantes de vida que cabría esperar según la esperanza de vida general, estándar para todos los países (5).

**AVPD**

Los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVPD) se calculan multiplicando los casos nuevos de lesión o enfermedad por la duración media de la enfermedad y por un peso de discapacidad que refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte) (5).

**AVAD**

La principal unidad para medir la carga de enfermedad. Combina los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) con los años de vida perdidos por discapacidad (APD). Un AVAD perdido es un año perdido de vida “sana”. Los AVAD miden la carga de enfermedad en términos de la brecha existente entre el nivel actual de salud de la población y el nivel ideal de una población donde todos vivieran hasta una edad avanzada sin padecer discapacidad (5).

**Uso** Justificar con DSM V y CIE-10

**Consumo** Justificar con DSM V y CIE-10

**Consumo perjudicial** Justificar con DSM V y CIE-10

**Fenómeno sociocultural de las drogas** Política ICD

# Resumen

*La presente ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA 2017-2021 con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud ha contado con la participación activa de actores de interés dentro y fuera del sector salud. La Estrategia contempla las acciones clave para dar respuesta oportuna al problema del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica. Desde la Estrategia se plantea un abordaje interinstitucional e intersectorial que contempla la totalidad del ciclo vital de las personas, así como el curso natural de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Con el fin de incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas, se plantea una Estrategia que parte de las políticas y planes nacionales, las recomendaciones internacionales basadas en evidencia en materia de salud y consumo de sustancias psicoactivas y el análisis de situación local. La Estrategia comprende cuatro grandes áreas estratégicas: liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas; promoción y prevención; servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento; y vigilancia, monitoreo y evaluación; que cuentan con una serie de objetivos e intervenciones estratégicas específicas que han sido consensuadas con los actores de interés a nivel nacional. Esta Estrategia estará necesariamente acompañada de un Plan de Acción con metas y actividades claras, indicadores de cumplimiento y medios de verificación que ha de ser elaborado de manera participativa con los diferentes actores de interés dentro y fuera del sector salud.*

# Información general

## Introducción

1. Este documento propone una ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA 2017-2021 (en adelante denominada Estrategia). La Estrategia toma en cuenta las características epidemiológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica para responder adecuadamente según el contexto local y población meta; se enmarca en las políticas y planes nacionales en materia de salud y uso sustancias psicoactivas; y toma en cuenta las recomendaciones internacionales basadas en evidencia para incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas.
2. Por medio de acciones dirigidas a la reducción de la demanda, la Estrategia complementa las acciones que se realizan en materia de control de oferta y tráfico de drogas. Además, desde el enfoque de salud pública, la Estrategia se fundamenta en los principios de los determinantes de la salud y contempla la aplicación de políticas que promueven la salud y el bienestar social de la población costarricense. Para esto, se definen intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias; la intervención temprana del consumo; la reducción de daños causados por el consumo; el acceso a tratamiento oportuno y de calidad; la recuperación de las personas, incluyendo su reinserción social; y la administración de los servicios de salud (6).
3. En adherencia a los ejes transversales y principios orientadores de la Política Nacional de Salud (7) y de 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 (8); la *Estrategia* incorpora los ejes de participación social, igualdad y no discriminación, enfoque de género, enfoque de derechos, transparencia, interinstitucionalidad e intersectorialidad, y calidad; y se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, interculturalidad; enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo. La Estrategia asume a su vez los principios recomendados por la OPS para el abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas, a saber: Cobertura sanitaria universal, derechos humanos, practica basada en evidencias, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital y enfoque multisectorial (6). Además adopta el término

recuperación, “que comprende la promoción del derecho al empleo, la vivienda y la educación” (9) como parte del abordaje integral de las personas con problemas derivados del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Así mismo en el caso del control de productos de tabaco incorpora el mandato del artículo 5.3 de la Ley 8655, Convenio Marco para EL Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT) que señala : “A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional”(10,11).

4. La *Estrategia* está constituida por cuatro áreas estratégicas: liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas; promoción y prevención; servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento; y vigilancia, monitoreo y evaluación. La Estrategia se elabora en cumplimiento a las políticas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante” (PND) (12), la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” (7) y la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (13); y contempla a su vez las estrategias establecidas en Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 (14) y 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 (8). Además, se ha desarrollado en seguimiento a los mandatos suscritos por los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia y Plan de Acción sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública; el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (9); los Estándares Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas (15) y la Estrategia y plan Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 (16) y la Ley 8655, Convenio Marco para EL Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT).

## Antecedentes

5. En el PND se señala que uno de los principales problemas del sector salud, nutrición y deporte, es la reducida oferta de servicios de atención y tratamiento para las personas con problemas o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, así como los programas selectivos de prevención para la población en riesgo (12). Estimaciones del Instituto sobre Alcoholismo y

Farmacodependencia (IAFA) indican que únicamente 36.000 personas tienen acceso oportuno a servicios, lo cual representa un 16% del total de la población con trastornos por consumo de sustancias. Destaca una importante inequidad de acceso entre las distintas zonas del país, ya que la mayoría de servicios se encuentran centralizados en el Gran Área Metropolitana. Además, la oferta para mujeres y personas menores de edad es muy reducida. En el PND se reconoce que para dar respuesta a dicha problemática es necesario un abordaje integral que contemple acciones de promoción de estilos de vida saludables, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social. Para dar respuesta a la brecha de tratamiento, en el PND se establece como objetivo fortalecer la detección, atención y seguimiento de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas; esto por medio de:

- 5.1. *El mejoramiento de las acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas*
- 5.2. *La creación de equipos interdisciplinarios para la atención ambulatoria de personas con adicciones y otros problemas de salud mental.*
- 5.3. *La provisión de camas en hospitales para la atención personas con trastornos mentales y del comportamiento, incluidas los debidos al consumo de sustancias psicoactivas.*
- 5.4. *El incremento de la cobertura de los servicios de salud de IAFA.*

6. La Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” establece que la atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es un área de intervención prioritaria en salud. En esta línea, se define una política de “prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” que contempla tres estrategias, a saber:

- 6.1. *“brindar una atención integral a las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con un enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud;*
- 6.2. *articular acciones a nivel interinstitucional e intersectorial para la prevención de las adicciones y la atención integral de las personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas;*
- 6.3. *promover el fortalecimiento de los factores protectores del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con enfoque comunitario” (7).*

7. La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 tiene como objetivo “fortalecer el sistema de protección social de la salud mental por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales,

promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población” (13) e incluye entre sus lineamientos y acciones el abordaje de salud pública del problema de las drogas. Para esto, propone el desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas, así como el fortalecimiento de los factores protectores de la población, con enfoque comunitario, con base en evidencia epidemiológica y científica (13). A partir de la oficialización de la política, y con el fin de declarar de interés público las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la Rectoría de la Producción Social de la Salud Mental, se crean la Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) y el Consejo Nacional de Salud Mental. La STSM como órgano técnico, adscrito al despacho del ministro de salud, y responsable de abordar el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud; con la participación de instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica. El Consejo por su parte, se establece como órgano responsable de apoyar al despacho ministerial y a la STSM en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de salud mental; establecer mecanismos de coordinación, conducción y dirección política con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud; definir mecanismos de modulación del financiamiento; y gestionar investigaciones científicas en salud mental en Costa Rica, incluyendo el abordaje de salud pública del problema de las drogas.

8. El Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 (14) es la estrategia vigente del Estado Costarricense para enfrentar el problema de las drogas en todas sus manifestaciones. El Plan busca maximizar el uso de los recursos disponibles y potenciar el accionar coordinado del Estado Costarricense, entendiendo éste como Gobierno Central, Poder Judicial, Gobiernos Locales e Instituciones Autónomas, especialmente aquellas que prestan servicios de salud. Además, fomenta la participación comprometida de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), del sector privado, la sociedad civil organizada y los organismos de cooperación internacional. El Plan valida el rol fundamental del fortalecimiento de la familia y la protección de la población infanto-juvenil como ejes imprescindibles para la acción e incorpora el componente de equidad de género. En el eje estratégico “Reducción de la demanda de Drogas” contempla la promoción de la salud, la prevención del consumo y problemas asociados, el diagnóstico, la prestación de servicios de salud y la integración social; incluyendo dos propuestas de acción específicas, a saber:

- 8.1. *“Creación de intervenciones universales, selectivas e indicadas, mediante el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para prevenir el consumo de drogas.*
- 8.2. *Fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, mediante intervenciones de calidad, integrales y basadas en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto cultural de las distintas poblaciones objetivo” (14).*

9. 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 (8) y su plan de acción (14), se encuentran articulados con la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 y el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017. La Política busca posibilitar “el 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” (8). Para esto cuenta con cuatro lineamientos estratégicos que dirigen las acciones en materia de tratamiento para las drogas, en términos de: disponibilidad y diversidad de servicios, que sean gratuitos y asequibles para la población; acceso y uso de los servicios, especialmente de personas en situación de vulnerabilidad; sostenibilidad del Sistema Nacional de Tratamiento; y readecuación del modelo de tratamiento, como proceso gradual, participativo y generador de cambios para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento. La Política en mención debe concebirse como parte fundamental de esta *Estrategia*, bajo el principio de puesta en marcha de medidas integradas y coordinadas que buscan el desarrollo y fortalecimiento de programas eficaces, integrados y basados en evidencia científica (8).
10. La Estrategia contempla a su vez las medidas establecidas en el Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas (12). Además, sigue las recomendaciones basadas en evidencia del Programa de Acción para superar las Brechas de Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (17) y del Enfoque de Salud Pública en las Políticas sobre Sustancias Psicoactivas en Costa Rica (18).
11. La Caja Costarricense del Seguro Social, principal prestatario de servicios de salud en el país, define, en el Proyecto de Reforma del Sector Salud de 1993, que las adicciones son uno de los problemas prioritarios de salud. Dicha declaratoria fue posteriormente ratificada en el Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001- 2006, y en el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS en el año 2014 (12).

12. Costa Rica cuenta con un amplio marco jurídico constituido por diferentes leyes, decretos, resoluciones y convenios que norma el abordaje de salud pública de la problemática de las drogas. La legislación vigente aborda: la creación y reformas de las instituciones responsables de dar respuesta al problema de las drogas (MS, IAFA, ICD, CCSS, IMAS); la asignación de funciones según las competencias de cada institución, dentro y fuera del sector salud; asuntos relativos a la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad por consumo de sustancias y trastornos asociados; asignación presupuestaria proveniente de cargas tributarias al licor y cigarrillos e incautaciones por tráfico de drogas; el abordaje del problema de las drogas en la niñez, la adolescencia y la persona joven; el abordaje de las personas en conflicto con la ley; las normas para la habilitación, certificación y funcionamiento técnico de programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas; ratificación de convenios con organismos internacionales (OMS, OPS, OEA, entre otros). (Ver lista completa de documentos en Anexo 1).

## Análisis de situación y evaluación

### Situación de consumo en el país

13. Costa Rica tiene a su disposición varios informes recientes sobre la situación actual del consumo de drogas en el país. Entre ellos se cuentan el Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2015 (19), la Encuesta Nacional de 2010 sobre consumo de drogas en Costa Rica (20), la IV Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2015 (21) y datos preliminares de la VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015 (22) Además, se cuenta estudios internacionales tales como el ATLAS en Uso de Sustancias (23), el Estudio sobre Carga de Enfermedad de 2013 (24) y el Informe del Uso de Drogas en las Américas de 2015 (25).
14. Al día de hoy, en Costa Rica existen limitaciones en cuanto a la disponibilidad de datos epidemiológicos sobre la carga de enfermedad atribuible al uso de sustancias psicoactivas. Dichas limitaciones de información son especialmente evidentes en materia de datos sobre la discapacidad relacionada con el consumo. Además, los datos actualizados en materia de prevalencia de uso, mortalidad y morbilidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, no siempre están

disponibles de manera oportuna para la toma de decisiones por los diferentes actores de interés. Dado que las intervenciones efectivas en materia de prevención, atención y recuperación varían según el tipo de droga, es necesario comprender mejor el fenómeno de uso de estas sustancias para poder dar respuesta oportuna a las necesidades de la población (23). A su vez, la brecha de información epidemiológica limita la capacidad del país para posicionar el tema del consumo de las drogas como un problema de salud pública y para tomar decisiones basadas en evidencia. El fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de la Salud en la recopilación, monitoreo y análisis de datos es urgente para la toma de decisiones basadas en evidencia.

15. A nivel internacional, la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol es generalmente mayor que la prevalencia de trastornos por consumo de drogas, en el grupo de población mayor de 15 años; con una mayor prevalencia de consumo en población masculina (23). A nivel nacional, resultados preliminares de la VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015 respaldan este dato al indicar que la prevalencia de consumo activo de alcohol en la población entre 12 y 70 años es de 26%, equivalente a 980.434 personas, seguido por una prevalencia de consumo activo de tabaco y marihuana de 9,8% y 2,6% respectivamente (22). La diferencia según sexo también se evidencia en la prevalencia de consumo activo de alcohol en población general en Costa Rica; datos preliminares revelan un 33.1% de prevalencia de consumo en población masculina versus un 19,3% en población femenina (22). En estudiantes de secundaria (21) la prevalencia de consumo de alcohol es de 19,5%, manteniendo la tendencia observada en población general. No obstante, en este grupo poblacional la prevalencia de consumo activo de marihuana es de 4,9%, superando en 2,5 puntos porcentuales el consumo activo de tabaco cuya prevalencia es de 2,4% (21). Los datos evidencian una tendencia de mayor consumo de marihuana en población joven que debe ser atendida de manera oportuna.

16. La carga de enfermedad atribuible al consumo de sustancias psicoactivas puede medirse en términos de Años de Vida Perdidos (AVP) debido a mortalidad prematura, Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVPD) y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Aunque no existen datos locales en materia de AVP, AVPD o AVAD, los datos del Estudio por Carga de Enfermedad de 2013 del Institute for Health Metrics and Evaluation (24) indican que en Costa Rica pueden atribuirse 1,091.5 AVP a trastornos por consumo de drogas ilícitas (22.4 AVP/100.000 hab.), mientras que 1,840.17 AVP son atribuibles a trastornos por consumo de alcohol (37.77/100.000

hab.). Los datos evidencian que en Costa Rica muchas más personas pierden años de vida por consumo de alcohol que por consumo de drogas ilícitas (24). Por su parte, los AVAD atribuibles a trastornos por consumo de alcohol y drogas son una medida de carga de enfermedad que cuantifica la mortalidad y la morbilidad debido al uso problemático de alcohol y drogas ilícitas que permite conocer el impacto, en términos de discapacidad, que tiene el consumo de estas sustancias en el potencial de las personas de vivir una vida saludable hasta la vejez (23). En contraposición a los indicadores de mortalidad, se atribuyen 188.3 AVAD por cada 100.000 habitantes (9,172.81 AVAD) a trastornos por consumo de drogas, mientras que 147.5 AVAD por cada 100.000 habitantes (7,186.1 AVAD) son atribuibles a trastornos por consumo de alcohol; colocando el consumo de drogas ilícitas como principal factor de riesgo para la discapacidad, por encima del alcohol. Específicamente, se atribuyen 43.2 AVAD/100.000hab. (2.105,4 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de opioides; 40 AVAD/100.000 hab. (1,947.78 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de cocaína; 23.5 AVAD/hab. (1,143.01 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de anfetaminas; y 2.5 AVAD 100.000/ hab. (121.48 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de marihuana (24). Los datos evidencian la necesidad urgente de desarrollar acciones dirigidas a disminuir las tasas de discapacidad causadas por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

17. La edad media de inicio de consumo varía según la sustancia y el grupo poblacional (21,22,26). En población general, los datos preliminares indican una edad media de inicio de consumo de 16,4 años para tabaco, 18 años para alcohol, 18,3 para marihuana, 20,1 para cocaína y 20,9 para crack (22). Se evidencia además que la población masculina inicia el consumo de tabaco, alcohol y marihuana a edades más tempranas que la población femenina; la tendencia se invierte para el inicio de consumo de cocaína y crack, sustancias para las que se observa una edad de inicio más temprana en población femenina (26). En estudiantes de secundaria la edad media de inicio en consumo varía con respecto a los estudios en población general, revelando edades de inicio mucho más tempranas. Datos del IAFA del año 2015 (21) indican que la edad de inicio de consumo es de 13,3 años para tabaco, 13,6 para alcohol, 13,9 para crack, 14,1 para cocaína y 14,2 para marihuana. Estos datos evidencian que en materia de drogas lícitas, el consumo inicia mucho antes de la edad permitida. Además, se demuestra el inicio de consumo de drogas ilícitas a edades muy tempranas.

18. El fumado en adultos según datos de la Encuesta Global de Tabaco en Adultos (GATS) 2015 (27) es de 8,9%, 13,4 % en los hombres y 4,49% en mujeres. Por otra parte, la encuesta pone en evidencia que el consumo actual de tabaco en general es de 9.1% %, lo que representa 300 mil adultos. En el 2015 un 73,0% de fumadores actuales planearon o pensaron dejar de fumar. El 6,3% de adultos quienes trabajan en espacios cerrados estuvieron expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo. Un 4, 9 % de adultos estuvieron expuestos al humo de tabaco en su hogar. Un 7, 9 % de adultos quienes visitaron restaurantes en los últimos 30 días, estuvieron expuestos al humo del tabaco. Además, destaca que el gasto promedio de cigarrillos por mes fue de 19.370.00 colones. La Encuesta Nacional de Drogas en Población Secundaria (21) indica que la edad media de inicio en consumo es 13,7 años. Aproximadamente 42 de cada mil estudiantes han iniciado el consumo de tabaco durante el último año y el promedio diario consumido por dicha población es de 5,2 cigarrillos.
19. La VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015 (22) contempla la demanda potencial de tratamiento por consumo de alcohol, marihuana, cocaína, crack, disolventes volátiles, heroína, alucinógenos, éxtasis y otras drogas sintéticas. Sus datos preliminares indican que la demanda potencial de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 70 años es de 11,3%, siendo 8.5% por consumo de alcohol y 2.8% por consumo de sustancias ilícitas (22). De acuerdo con estos datos un total de total 422.921 personas se consideran como “necesitadas de tratamiento” por consumo de sustancias psicoactivas (22), el equivalente a la sumatoria de proyección de población total en la provincia de Guanacaste y el cantón de Guácimo para el año 2016 (28).
20. En Costa Rica el alcohol es la principal sustancia psicoactiva por la cual se consulta a los servicios de salud dirigidos a población con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas (26) Durante los años 2013, 2014 y 2015, el alcohol, el alcohol más otra droga (marihuana, cocaína o crack), la marihuana y el crack, fueron en orden jerárquico las sustancias psicoactivas por las que más atenciones se brindaron en servicios del IAFA (26). En cambio, las ONG acreditadas por el IAFA, cuyos servicios son en su mayoría de tipo residencial, brindaron atenciones fueron principalmente por trastornos relacionados con consumo de alcohol, seguido por trastornos por consumo de crack y marihuana (26). No se cuenta con datos exactos acerca de la totalidad de atenciones por consumo de sustancias en servicios de la CCSS durante estos años. Adicionalmente

se evidencia que muchas de las personas que consultan por una droga principal, reciben también atención por el consumo de una droga secundaria; ejemplo de esto son las personas atendidas por consumo de crack como droga principal, para quienes se reporta consumo problemático de marihuana en un 40% de los casos y consumo problemático de alcohol en un 36% de los casos. El abordaje de las personas poli-consumidoras exige una respuesta integral que va más allá de la sustancia y se enfoca en la enfermedad adictiva (20). Adicionalmente, la adherencia al tratamiento varía según la sustancia principal por la que se consulta, el perfil de la persona que requiere tratamiento y sus recursos de apoyo.

21. Datos de ICD indican que la edad modal de los pacientes en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de alcohol es de 48 años (10). De la totalidad de las personas en tratamiento, se estima que el 67% es dado de alta por cumplimiento del programa, mientras que 29% abandona el proceso terapéutico (10). Destaca la alta tasa de recaídas en esta población, ya que más del 50% de la población que completa satisfactoriamente su tratamiento, reingresa al programa (10). Además, de las personas que se encuentran en tratamiento por trastornos debido al consumo de alcohol como droga principal, se ha identificado que el 36% consume crack como droga secundaria, 35.2% cocaína y 25,4% marihuana. El ICD (19) enfatiza que más de la mitad de los recursos destinados al abordaje de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, son utilizados en servicios para personas en situación de consumo de alcohol, sustancia con la mayor prevalencia de consumo a nivel nacional.
22. Los trastornos por consumo de marihuana ocupan el segundo lugar en la prestación de servicios de IAFA y el tercero en ONG (26). Datos de ICD (10) indican que la edad modal de inicio de tratamiento de esta población es de 15 años, momento en el cual el 86% de las personas en tratamiento no se encuentra inserto en el sistema educativo y el 55,7% no ha completado los estudios primarios. El nivel de escolaridad de las personas repercute en su pronóstico de recuperación posterior al tratamiento, ya que la baja escolaridad crea dificultades para la integración al mercado laboral; la reincorporación social de la persona es esencial en su proceso de recuperación y la ausencia de la misma ocasiona círculos viciosos de recaídas (19). La baja escolaridad en la población en tratamiento por consumo de marihuana evidencia la necesidad de establecer mecanismos para la reincorporación de esta población al sistema educativo, con el fin de mejorar sus posibilidades para un futuro libre de consumo y de inserción social y laboral. Por último, destaca la disminución del

10% en la tasa de abandono a los programas de tratamiento acreditados por IAFA, pasando de 68% en 2013 a 58% en el 2014, con un 32% de egresos por cumplimiento del programa (19).

23. Las personas consumidoras de crack, tercera droga motivo de consulta a los servicios de salud acreditados por IAFA y segunda en servicios de ONG, presentan una edad modal de inicio de tratamiento de 24 años (10). Destaca que el 65.5% de las personas atendidas por consumo problemático de crack cuentan con estudios máximos a nivel de primaria. Las personas atendidas por consumo problemático de crack son las que presentan la más baja adherencia al tratamiento, observándose un 69% de abandono del programa y un 23% de alta terapéutica por cumplimiento (19).

## Oferta de servicios

24. En Costa Rica, la oferta de servicios de tratamiento a personas con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra dividida entre el sector público y el sector privado. La oferta de servicios de salud existente no es suficiente para cubrir la demanda de a nivel nacional. Además, se observan barreras en el acceso a la atención según el tipo de servicio, ya que el sector público presta en su mayoría servicios de tipo ambulatorio, con únicamente dos servicios de internamiento, mientras que las ONG (con y sin fines de lucro) y clínicas privadas ofertan en su mayoría servicios residenciales de corta y larga estancia (8,29). Del 100% de servicios residenciales existentes, el IAFA y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ofertan un 13% de los servicios, mientras que las ONG dedicadas al tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias ofertan el 87% restante. Evidenciando el importante rol que juega el sector privado en la prestación de servicios para esta población.

25. Desde el año 2012 se trabaja en la consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, conformado por instancias gubernamentales (IAFA, CCSS y Programas de tratamiento y rehabilitación en el ámbito laboral y en el Sistema Penitenciario) y ONG y clínicas privadas dedicadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas asociados al consumo de drogas, que han sido debidamente certificadas por el IAFA. A pesar de estos esfuerzos, actualmente el país no cuenta con acceso universal garantizado a servicios de

tratamiento y rehabilitación, la oferta de servicios específicos para poblaciones prioritarias es baja (8).

26. Datos del IAFA (26) indican que en 2015 se atendieron a 17.741 personas en servicios de IAFA, de las cuales el 76% correspondió a población masculina. Se brindaron un total de 72.281 atenciones en IAFA, para un total de 4,1 atenciones por paciente. En el mismo año las ONG realizaron 5.296 atenciones, no obstante se desconoce el dato del número de personas atendidas así como el número de atenciones por paciente. A su vez, se desconoce el número real de personas que consultaron los servicios de la CCSS por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas así como el número de atenciones brindadas, ya que al reportarse únicamente el diagnóstico principal de consulta existe un importante sub-registro de estos casos (30). La diferencia en el número de atenciones puede deberse al tipo de servicios prestado. Esto porque que las ONG, aunque superan en número los establecimientos de IAFA, prestan servicios residenciales de corta y larga estancia a un reducido número de pacientes, mientras que los servicios de IAFA son en su mayoría ambulatorios.
27. La CCSS es el principal prestatario de servicios de salud a nivel nacional, y brinda servicios a la población a través de su red de servicios. En el primer nivel de atención, la red cuenta con 1097 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), 743 puestos de visita periódica en zona rural y 104 Áreas de Salud. Dichos establecimientos realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de baja complejidad. En el segundo nivel de atención se cuenta con 10 clínicas, 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos responsables de apoyar al primer nivel mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de mayor complejidad y especialidad. El tercer nivel de atención corresponde a la prestación de servicios curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad y actualmente cuenta con 3 hospitales nacionales y 6 hospitales especializados.
28. A pesar de contar con una amplia oferta de servicios de salud que alcanza el 96% de cobertura a nivel nacional, la CCSS ha evidenciado limitaciones para brindar la prestación de servicios específicos para la atención de la población con trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Destacan carencia de suficiente recurso humano capacitado para implementar un sistema de atención con cobertura a nivel local, regional y nacional (29) y la baja oferta de servicios de internamiento en hospitales no especializados (8). Estos elementos constituyen una importante

barrera en la implementación de actividades de recuperación, rehabilitación y reinserción social de la población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que requieren de servicios que trascienden la atención ambulatoria (8).

29. En el tercer nivel de atención, el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí cuenta con el Programa Nuevos Horizontes, el cual presta servicios de desintoxicación a personas menores de edad consumidores de sustancias psicoactivas por medio de un internamiento de corta estancia. El programa cuenta con 30 camas distribuidas equitativamente entre población femenina y masculina (30) Posterior a la etapa de desintoxicación, los usuarios de este programa son referidos a otras instancias, ya sea públicas o privadas, para su proceso de recuperación. Adicionalmente, en el segundo nivel de atención se han establecido 27 de Clínicas de Cesación de Fumado, enfocadas en el tratamiento a la adicción al tabaco; y se han impulsado iniciativas aisladas de programas de atención a población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en algunos hospitales nacionales y regionales, tales como el Hospital Blanco Cervantes y el Hospital William Allen de Turrialba (8). Por su parte en el primer nivel de atención se realizan intervenciones de tipo consejo breve para personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco.
30. Para hacer frente a las barreras identificadas, en el año 2014, la CCSS inició la capacitación del personal médico de primer y segundo nivel de atención en el Programa mhGAP (17) y su guía de intervención mhGAP-IG (31) con la finalidad de aumentar la capacidad de los servicios de salud de la CCSS para reducir la carga de los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias. El Programa y su guía de intervención cuentan con amplia evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones para los trastornos debidos al consumo de sustancias. Además, en seguimiento a lo estipulado en el PND, la CCSS y el IAFA trabajan en acciones para el fortalecimiento de la detección, atención y seguimiento de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas (12). En cumplimiento a los objetivos del PND, en 2016 la CCSS ha iniciado con la implementación de los Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental (EISAM) con el fin de ampliar la oferta de servicios en el primer nivel de atención, y las gestiones para el establecimiento de camas de psiquiatría en hospitales generales que puedan ser utilizadas para atender a la población farmacodependiente. Por último, destaca que la CCSS y

el IAFA cuentan con un convenio de cooperación que busca establecer proyectos y acciones conjuntas para el abordaje integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas (8).

31. El IAFA tiene a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas. Además, es responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; y de gestionar la suspensión o el cierre de programas, si éstos incumplen los lineamientos establecidos para la oferta de diversos servicios de promoción de la salud, prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación (32). Desde su creación, el IAFA ha asumido la atención de salud de las personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, enfocándose en la atención a nivel ambulatorio. Actualmente IAFA no cuenta con programas residenciales de rehabilitación y reinserción social con cobertura nacional. El Instituto presta servicios de tratamiento en sus oficinas centrales, ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, en la provincia de San José. Entre los cuales se cuentan: el **Proceso de Atención a Pacientes**, que brinda servicios ambulatorios de orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa para la población en general; y el **Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad**, el cual brinda atención exclusiva para niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas por medio de servicios de valoración, un centro ambulatorio intensivo y un centro residencial dotado de 24 camas. Dicho centro cuenta con apoyo de la CCSS, el MEP, el PANI y el Ministerio de Trabajo a través de DESAF. Además, el IAFA cuenta con ocho Centros de Atención Integral en Drogas conocidos como **CAID**, que se encuentran ubicados fuera de San José, en Cartago, en el Cantón Central; Alajuela, en San Ramón y San Carlos; Puntarenas, en el Cantón Central, Aguirre y Coto Brus; Guanacaste, en Santa Cruz y Limón en el Cantón Central. Los CAID brindan servicios ambulatorios de diagnóstico y tratamiento integral a personas que presentan algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, así como orientación, educación e intervención terapéutica, a sus familiares o red de apoyo (8,33).

32. En Costa Rica el sector privado es un importante aliado en el aseguramiento del acceso a servicios de salud para población con problemas asociados al consumo de drogas. Al 30 de mayo de 2016, se cuentan 59 ONGs (con y sin fines de lucro) y clínicas que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación en todo el territorio nacional y cuyos programas han sido debidamente acreditados por el IAFA. Entre estos se encuentran distintas sedes del programa Hogar Salvando al Alcohólico y

Farmacodependiente, albergues para adultos mayores, programas residenciales de desintoxicación, programas residenciales de rehabilitación, programas no residenciales, programas diurnos asistenciales y programas de prevención (34). En algunos casos, las personas necesitadas de tratamiento pueden una subvención por parte del Estado (Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad, Patronato Nacional de la Infancia, Junta de Protección Social, Instituto Mixto de Ayuda Social, entre otros) para cubrir los costos de la atención requerida. No obstante, cuando la persona no cumplen los requisitos para dicho apoyo, el costo debe ser asumido por el usuario del servicio o sus familiares, lo cual representa una importante barrera de acceso a los servicios.

33. Con el fin de asegurar la calidad de la atención, el IAFA ha sido designado como ente responsable de la regulación de los servicios privados en materia de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas asociados al consumo de drogas. Para esto, cuenta con la “Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas” y las “Normas mínimas para el funcionamiento de los servicios de atención a las personas menores de edad, con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas”. Ambas normativas son de acatamiento obligatorio y especifican los requerimientos en términos de calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad, necesarios para la habilitación por parte del Ministerio de Salud y la aprobación por parte del IAFA. Además, estas organizaciones son objeto de asesoría, capacitación técnica y apoyo financiero de parte del IAFA. En el año 2014, 24 ONG acreditadas recibieron apoyo financiero por parte del Instituto (8,33).

## Desafíos actuales

34. El ICD ha identificado tres áreas problemáticas a nivel país en el abordaje de salud pública del problema de las drogas: La dificultad de acceso a servicios de calidad, con una importante ausencia de servicios como el trabajo de calle, los albergues de noche, los centros de bajo umbral y media complejidad, entre otros; la escasa o nula articulación entre servicios, que ocasiona parcialización y fragmentación de las respuestas, así como duplicidad de ofertas; y por último la existencia invisibilizada de servicios que no cuentan con acreditación oficial, lo cual impide asegurar la calidad de la atención prestada (12). Por su parte el Ministerio de Salud y el IAFA consideran que las limitaciones de financiamiento a los programas del sector público en materia de drogas repercute

en la escasa disponibilidad de servicios de tratamiento a nivel nacional. La limitación en el financiamiento ha incidido además en la separación de los servicios de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas asociados al consumo de drogas, de la atención general de salud, generando mayores limitaciones de acceso. A esto contribuyen el estigma asociado al consumo y la falta de capacitación y experiencia del personal de salud en el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (8) .

35. Las limitaciones de acceso a servicios de tratamiento, tanto públicos como privados, están directamente relacionadas con la inequidad observada en la distribución geográfica, etaria y de género, de los servicios (29). Además el estigma social vinculado con la enfermedad adictiva y el nivel económico que ostenta la persona, inciden en la exclusión de la persona del Sistema Nacional de Tratamiento. El PND expone que la actual oferta de servicios de tratamiento es reducida, así como la de los programas selectivos de prevención para la población en riesgo (12). A este respecto, se identifica la necesidad de desarrollar soluciones integrales para la población adulta y menor de edad con trastornos por consumo de sustancias que se encuentran en situación de calle y/o en conflicto con la ley, que actualmente no cuentan con servicios aceptables para su plena recuperación y reintegración social.
36. Así mismo, la distribución geográfica de servicios de internamiento es desigual; San José es la provincia con mayor acceso, con 39 establecimientos (públicos y privados) mientras que Guanacaste, cuenta únicamente con cinco establecimientos convirtiéndose en la provincia con menor acceso. Guanacaste y Puntarenas son las provincias en mayor desventaja, ya que a la escasez de servicios de internamiento se suman características geográficas de las provincias, obligando a la población a recorrer grandes distancias para poder acceder a la atención. Destaca la existencia de únicamente dos servicios de internamiento para personas menores de edad, y un único servicio exclusivo para población femenina; los cuales se encuentran en las provincias de San José y Cartago y cuentan con un número limitado de camas (29).
37. Partiendo del contexto costarricense actual, el Ministerio de Salud e IAFA señalan la necesidad de contar con una alternativa comprensiva y flexible que permita responder a las diversas necesidades de la población según su etapa de vida, el curso de su enfermedad y el contexto social en que se desenvuelven. Además hacen referencia a la necesidad de establecer acciones estratégicas claras y

medibles, a corto, mediano y largo plazo, que permitan articular la participación de los distintos sectores gubernamentales, de empresa privada y de la sociedad civil (8).

38. El ICD plantea a su vez cuatro desafíos en materia de consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento, a saber: El mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de atención a personas consumidoras de drogas; el mejoramiento de los esfuerzos dirigidos a población adulta por medio de acciones de prevención y atención familiar y universitaria; la oferta de servicios de tratamiento, recuperación e integración a personas consumidoras de drogas en conflicto con la ley; y la promoción de la salud y el bienestar social de las personas menores de edad, por medio de acciones preventivas (14).

## Marco conceptual

39. La Estrategia reconoce que los determinantes sociales de la salud (6) son factores fundamentales para el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. La OPS (31) define los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades; dichas circunstancias se ven afectadas por un conjunto de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes de la salud incluyen factores personales tales como la clase social, el género, la etnicidad, el acceso a educación, la calidad de la vivienda, la presencia de relaciones de apoyo; así como factores comunitarios tales como el nivel de participación social y cívica, y la disponibilidad de trabajo (32). Factores que han demostrado estar vinculados con factores de riesgo para diferentes enfermedades, tales como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (31).

40. Al comprender que el proceso de salud-enfermedad es un continuo que no es estático sino que evoluciona con el tiempo, La Estrategia plantea un abordaje integral que inicia con la promoción de la salud, entendiendo ésta como los procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su propia salud- (32). La promoción de la salud se pone en práctica mediante la acción y la abogacía para abordar los determinantes de la salud, haciendo uso de enfoques participativos en los que los individuos, organizaciones, comunidades e instituciones colaboran para crear

condiciones que garanticen la salud y bienestar para todas las personas (2,35). La promoción de la salud abarca diferentes tipos de acciones, tales como la conformación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios de salud (32). Aunque la promoción se centra en los determinantes de la salud y la prevención se enfoca en las causas de las enfermedades, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son actividades complementarias que se relacionan y superponen (2,3,36).

41. Las acciones para la prevención abarcan aquellas medidas locales, regionales, nacionales e internacionales destinadas a reducir la incidencia de una enfermedad o trastorno, su prevalencia, su recurrencia, el tiempo vivido con síntomas, el riesgo de desarrollar un trastorno asociado, prevenir o retardar las recaídas y disminuir el impacto en la persona, su familia y sociedad. (35). Desde el enfoque de salud pública impulsado por la OMS (3,37) la prevención puede ser de tipo primaria, secundaria o terciaria, según el objetivo establecido para la acción. La prevención primaria busca prevenir la aparición de la enfermedad en sí misma y se puede subdividir en prevención universal, selectiva o indicada, según la población a la que esté dirigida. La prevención primaria universal busca realizar acciones dirigidas al público general o a un grupo poblacional como un todo; la prevención selectiva se enfoca en individuos o subgrupos en riesgo de desarrollar un trastorno o enfermedad; y la prevención indicada busca enfocarse en acciones dirigidas a personas con alto riesgo de desarrollar el trastorno o enfermedad. Por su parte, la prevención secundaria se enfoca en la severidad del trastorno o enfermedad, por lo que busca realizar acciones para reducir prevalencia; mientras que la prevención terciaria busca realizar intervenciones para reducir la discapacidad, así como toda forma de rehabilitación y prevención de recaídas (35). De manera que ésta Estrategia fomenta la implementación de acciones preventivas del consumo de sustancias psicoactivas que vayan dirigidas a población libre de consumo, pero también a aquellas personas que ya han desarrollado un trastorno y para las cuales es posible reducir su severidad, curso, duración y discapacidad asociada por medio de acciones preventivas implementadas durante el curso de la enfermedad.
42. La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como un componente clave de los Sistemas de Salud debido a su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, por lo que se coloca como eje central del abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de

sustancias psicoactivas desarrollado en esta Estrategia. Desde la Conferencia de Alma Ata (38), la APS se define como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”. Desde su concepción, la APS ha sobrellevado una renovación conceptual y actualmente se enfoca en que los Sistemas de Salud sean comprendidos como conjuntos que involucran diferentes sectores, tanto públicos como privados, con y sin fines de lucro (39). Por último, se descarta la idea de que los equipos de trabajo de APS sean definidos según un tipo específico de recurso humano en salud, sino más bien de acuerdo con los recursos disponibles en cada país, las preferencias culturales y la evidencia (39).

## Respuesta del país

### Gobernanza

43. Costa Rica se encuentra frente a una importante oportunidad para el fortalecimiento de un Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que permita brindar una respuesta integral y oportuna para la población con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas (8). El reto actual del país yace en lograr difundir estrategias eficaces de reducción de la demanda y ofrecer servicios de promoción de la salud, prevención, intervención temprana, tratamiento, disminución de las consecuencias adversas del consumo de estas sustancias, tratamiento y recuperación, que den respuesta a las necesidades tanto de la población general como de los grupos más vulnerables (6). Para lograr esto, se debe contar con recursos apropiados para la implementación de acciones, compromiso político, así como la inclusión de la dimensión de salud pública en todas las políticas relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas (6).
44. El Ministerio de Salud en conjunto con el Consejo Presidencial Social y con el apoyo de técnico de la OPS/OMS en Costa Rica, presenta la **ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA**

**2017-2021**, con el fin de asegurar la planificación e implementación articulada de las acciones estratégicas para el abordaje de salud pública del problema de las drogas.

## **Estrategia Nacional**

45. Se han establecido cuatro ejes de acción para el abordaje integral de las personas con problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas. A saber:

- 1)** *Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas*
- 2)** *Promoción y prevención*
- 3)** *Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento*
- 4)** *Vigilancia, monitoreo y evaluación*

Cada uno de los ejes cuenta consta de un Área Estratégica, Objetivos e Intervenciones Estratégicas. Para alcanzar los objetivos propuestos podría ser necesario adoptar un enfoque progresivo cuyos detalles sean acordados en el marco de un diálogo participativo durante la elaboración del Plan de Acción sobre esta Estrategia Nacional.

# Áreas estratégicas, objetivos e intervenciones estratégicas

## Eje 1 - Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas

**Área Estratégica 1:** Ejercicio del liderazgo y gobernanza eficaz en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la salud pública por medio de alianzas estratégicas que fomenten la articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales.

**Objetivo 1** Fortalecer la capacidad de las instituciones estatales y otros actores involucrados para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, de sus determinantes y de los problemas asociados, con enfoque de salud pública.

### Intervenciones estratégicas

1.1 Conformar un mecanismo de articulación y colaboración interinstitucional e intersectorial liderado por el Ministerio de Salud y con participación de ICD, CCSS, IAFA, PANI, MEP, IMAS, organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas y gobiernos locales, para el desarrollo de una respuesta integral y multidimensional de salud pública a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

1.2 Conformar una “mesa técnica”, liderada por el Ministerio de Salud y el ICD, y con participación de la CCSS, el IAFA, organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, y gobiernos locales, como instancia responsable de coordinar la ejecución articulada de las acciones para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.

1.3 Fortalecer las capacidades de la autoridad rectora nacional en el fenómeno sociocultural de las drogas (ICD) y del IAFA como rector técnico, las instituciones ejecutoras y otros actores involucrados en el desarrollo de políticas, planes y programas nacionales para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública

**Objetivo 2** Promover mecanismos de información y participación activa de la población, gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, en todos los niveles del proceso de elaboración, implementación y evaluación de ésta Estrategia.

**Intervenciones estratégicas**

2.1 Definir un mecanismo de participación activa de la población, los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, en todos los niveles del proceso de elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de ésta Estrategia.

2.2 Fomentar la creación de espacios de intercambio entre las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, para fortalecer la articulación de las acciones entre ellas y los vínculos con las distintas instancias gubernamentales.

## Eje 2 - Promoción y prevención

**Área Estratégica 2** : Fortalecimiento de las políticas de promoción de la salud y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, haciendo énfasis en intervenciones tempranas de tipo familiar, comunitario y laboral enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y jóvenes en su ambiente social inmediato

**Objetivo 3** Desarrollar acciones de promoción de la salud que generen sensibilización, compromiso, y participación de los distintos actores sociales para el abordaje del fenómeno sociocultural de las drogas como un tema prioritario de salud pública

**Intervenciones estratégicas**

3.1 Sensibilizar a la población y a los medios de comunicación sobre la dimensión del fenómeno sociocultural de las drogas desde la perspectiva de la salud pública y la importancia de su abordaje desde los determinantes sociales de la salud, así como sobre las responsabilidades compartidas entre los diferentes actores de interés.

3.2 Desarrollar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de factores protectores ligados a procesos de crianza, en los ámbitos educativos, comunitarios y familiares.

**Objetivo 4** Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de edad mediante intervenciones tempranas de tipo familiar, escolar y comunitario basadas en evidencia y enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes en su ambiente social inmediato.

#### **Intervenciones estratégicas**

4.1 Desarrollar acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas con base en evidencia científica en los programas de estudio del MEP, considerando los diferentes grupos de edad en su implementación.

4.2 Fortalecer en el ámbito familiar, el desarrollo de habilidades sociales y competencias personales de padres, madres y encargados de personas menores de edad, orientadas a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.

4.3 Fortalecer los programas y acciones de desarrollo social como elementos clave en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de sus efectos sobre la población.

4.4 Desarrollar programas de prevención, selectiva e indicada, dirigidos a personas menores de edad en situación de alto riesgo psicosocial.

4.5 Fortalecer el desarrollo de medidas para reducir la demanda de productos de tabaco, según lo dispone el CMCT.

**Objetivo 5** Diseñar e implementar programas de prevención basados en evidencia dirigidos a la población adulta y para ser ejecutados a nivel familiar, comunitario y laboral.

#### **Intervenciones estratégicas**

5.1 Fortalecer el desarrollo de alianzas estratégicas con actores de interés, gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la empresa privada, para impulsar acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de sus consecuencias dirigidas a población adulta. Respetando el artículo 5.3 del Convenio Marco de Tabaco.

5.2 Desarrollar y fortalecer acciones en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en población adulta, que sean efectivos, seguros, culturalmente aceptables y asequibles.

## Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento

**Área Estratégica 3: Mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud integrales que atienden el consumo de sustancias psicoactivas incorporando la intervención temprana y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento.**

*Subtema: Ampliar y mejorar servicios*

**Objetivo 6** Mejorar el acceso a la atención de tipo comunitario mediante la integración de los servicios de detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas a los servicios de atención primaria, potenciando el abordaje intersectorial.

### **Intervenciones estratégicas**

6.1 fortalecer las acciones de detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de atención primaria de la salud

6.2 Implementar una red de apoyo entre los equipos de atención primaria que atienden problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISAM) de la CCSS.

6.3 Mejorar y ampliar la atención y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud generales (clínicas y hospitales), para la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, de acuerdo con su nivel de complejidad.

**Objetivo 7** Organización de una Red Integrada de Servicios interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas liderada por el sector salud (CCSS, IAFA, ONGs)

### **Intervenciones estratégicas**

7.1 Establecer una Red Integrada de Servicios, con diferentes niveles de complejidad, para atender a las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que articule la oferta asistencial interinstitucional e intersectorial y facilite el acceso y la continuidad de la atención (CCSS, IAFA, ONGs).

7.2 Desarrollar programas para la atención, seguimiento y reincorporación social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la Red Integrada de Servicios, que contemplen las características personales, la etapa en el curso de vida y el curso natural de la enfermedad.

**Objetivo 8** Facilitar el acceso y priorizar la detección temprana y atención a grupos con necesidades especiales y de alto riesgo tales como: mujeres, mujeres embarazadas o con niños y niñas pequeñas; personas menores de edad; personas adultas mayores; personas con discapacidad; personas indígenas; personas LGTBI; personas en conflicto con la justicia o privadas de libertad, personas en situación de calle.

**Intervenciones estratégicas**

8.1 Desarrollar Programas de Reducción del Daño con énfasis en población en situación de alto riesgo con alcance a todo el territorio nacional.

8.2 Crear instancias comunitarias integradas a la Red de Servicios, y disponibles en todo el territorio nacional para la implementación de un Programa de Reducción de Daños que brinde servicios a diferentes grupos etarios.

**Subtema: Mejorar la Calidad de la Atención**

**Objetivo 9** Mejorar la calidad de la atención mediante el mejoramiento de las competencias y destrezas del recurso humano que interactúa y atiende a población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas..

**Intervenciones estratégicas**

9.1 Desarrollar programas de capacitación continua sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas dirigidos al recurso humano que conforma el Sistema Nacional de Tratamiento.

9.2 Establecer mecanismos de soporte y supervisión dirigidos al recurso humano que conforma el Sistema Nacional de Tratamiento que permitan gestionar el adecuado cumplimiento de las normas y protocolos para la prestación de atención de calidad.

9.3 Desarrollar iniciativas de capacitación y soporte dirigidas a familiares y cuidadores de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

9.4 Certificación del recurso humano responsable de proporcionar servicios a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

9.5 Fortalecer los planes de estudio universitarios del Recurso Humano multidisciplinario e intersectorial que conforma el Sistema Nacional de Tratamiento.

**Objetivo 10**    **Asegurar la prestación de servicios de calidad mediante la aplicación de normas de funcionamiento de los servicios de salud actualizadas, el fortalecimiento del uso de intervenciones basadas en evidencia, y el desarrollo de acciones de mejora continua.**

**Intervenciones estratégicas**

---

10.1 Elaborar y actualizar las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y otros documentos de normalización técnica de atención basados en la evidencia.

---

10.2 Gestionar la verificación sistemática del cumplimiento las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y otros documentos de normalización técnica de atención establecidos.

---

10.3 Utilizar intervenciones basadas en evidencia científica para la atención de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, considerando las características particulares de las poblaciones a quien se dirigen las intervenciones.

---

10.4 Desarrollar programas de mejora continua de los servicios del Sistema Nacional de Tratamiento que incorporen elementos tales como: el monitoreo de los servicios de salud, la mejora en los sistemas de comunicación, el incremento de las destrezas gerenciales de los tomadores de decisiones y la vinculación con la comunidad.

## Eje 4 - Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación

**Área Estratégica 4: Vigilancia de la salud, monitoreo, evaluación e investigación del abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas.**

**Objetivo 11 Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia, responsable del registro, recopilación y análisis de datos nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas, mediante la generación de información pertinente para la toma de decisiones.**

### Intervenciones estratégicas

11.1 Mejorar las capacidades del Sistema Nacional de Vigilancia para identificar factores de riesgo y factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas y analizar su repercusión sobre la salud, desagregando las variables al menos por sexo, edad y zona geográfica.

11.2 Fortalecer la investigación en salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas mediante la participación de actores claves tales como IAFA, CCSS y universidades y el aseguramiento del respaldo financiero correspondiente.

11.3 Incorporar el monitoreo de la Industria tabacalera en el Observatorio de Vigilancia de Estrategias e Intervenciones en Salud bajo la coordinación del Ministerio de Salud, para el Cumplimiento de la Ley 9028 y CMCT.

**Objetivo 12 Fortalecer las acciones de monitoreo y evaluación de las políticas y programas nacionales y locales dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.**

### Intervenciones estratégicas

12.1 Desarrollar o adaptar herramientas estandarizadas para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.

12.2 Establecer mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.

# Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Documento de referencia 3: Conceptos clave [Internet]. s.f. [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1)
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Francia; 2004.
3. World Health Organization. Prevention and Promotion in Mental Health. France: WHO; 2002.
4. Ministerio de Salud, Instituto Costarricense sobre Drogas, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Caja Costarricense del Seguro Social, Municipalidad de San José. Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. 2015 [citado 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Da%C3%B1os-09-02-15.pdf>
5. Beaglehole, R. Bonita, R., Kjellstrom, T. Epidemiología Básica [Internet]. Segunda edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado 27 de julio de 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Vigny/Desktop/Epidemiologia%20basica.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 25 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf?ua=1>
7. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Salud; 2015 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015>
8. 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 [Internet]. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 2012 [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/PoliticaTratamientoAdiccionesIAFA2012.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Ley 8655. Convenio Marco para EL Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT). jul 17, 2008.
11. Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en La Salud.
12. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 Alberto Cañas Escalante [Internet]. Gobierno de Costa Rica; 2014 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en:

<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Ca%C3%B1as%20Escalante%20WEB.pdf>

13. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 [Internet]. Ministerio de Salud; 2012 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planos-en-salud/politicas-en-salud/1558-politica-nacional-de-salud-mental/file>
14. Instituto Costarricense sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 [Internet]. 2013 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND\\_2013\\_2017\\_mar\\_2015.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf)
15. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estándares Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas [Internet]. 2013 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://201.161.17.101/media/Documentos/07.01\\_Publicaciones%20IAPA/07.01.01\\_Art%C3%ADculos/Materiales%20para%20la%20reflexi%C3%B3n%20sobre%20sobre%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20en%20adicciones/2013\\_08%20Estandares\\_Internacionales\\_Prev.pdf](http://201.161.17.101/media/Documentos/07.01_Publicaciones%20IAPA/07.01.01_Art%C3%ADculos/Materiales%20para%20la%20reflexi%C3%B3n%20sobre%20sobre%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20en%20adicciones/2013_08%20Estandares_Internacionales_Prev.pdf)
16. Americanos O de los E, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2011-2015 [Internet]. Organización de Estados Americanos; 2010 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia\\_drogas.pdf](http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas.pdf)
17. Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción para superar las Brechas de Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. OMS; 2008 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
18. Alfonzo, Luis, Alvares, Angel. El enfoque de salud pública en las políticas sobre sustancias psicoactivas en Costa Rica. s.f.
19. Instituto Costarricense sobre Drogas. Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas Costa Rica 2014 [Internet]. Instituto Costarricense sobre Drogas; 2015 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR\\_SituacionNacional\\_DrogasActivConexas2015.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas2015.pdf)
20. Instituto Costarricense sobre Drogas. Encuesta Nacional de 2010 sobre consumo de drogas en Costa Rica [Internet]. IAFA; 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.iafa.go.cr/investigacion/nuestras-investigaciones/encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-costa-rica-2010.html>
21. IV Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2015 [Internet]. IAFA; 2015 [citado 23 de junio de 2016]. Report No.: 4. Disponible en: [www.iafa.go.cr](http://www.iafa.go.cr)
22. IAFA. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015: Datos preliminares [Internet]. 2016 En prensa [citado 23 de junio de 2016]. Report No.: 6. Disponible en: [www.datosabiertos.iafa.go.cr](http://www.datosabiertos.iafa.go.cr)

23. World Health Organization. ATLAS on Substance Use [Internet]. WHO; 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/)
24. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2013 [Internet]. University of Washington; 2013 [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
25. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington, D.C.; [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
26. IAFA. Datos Abiertos [Internet]. [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: [www.datosabiertos.iafa.go.cr](http://www.datosabiertos.iafa.go.cr)
27. Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, CDC Foundation, Center for Disease Control and Prevention. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) : Resumen ejecutivo 2015. 2015.
28. INEC. Encuesta Nacional de Hogares: Proyecciones de población. [Internet]. 2011 [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: [www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx](http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx)
29. Chacón, W. Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas: Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica. Rev Geográfica América Cent Esc Cienc Geográficas Univ Nac [Internet]. 2014;56. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/6615>
30. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS: IESM-OMS 2015. Costa Rica; 2016 en prensa.
31. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental Neurological and Substance Use Disorders in non-specialized health settings [Internet]. 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf)
32. Ley 7035 de Creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1986.
33. IAFA. Informe resumen de la prestación de servicios por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2015.
34. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Directorio Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas. IAFA; 2016.
35. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud [Internet]. [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es)

36. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.
37. Mrazek PJ, Haggerty RD. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
38. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.
39. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.

# Anexo 1: Marco normativo

1. *Constitución Política de la República de Costa Rica;*
2. *Ley 5395: Ley General de Salud (Actualizada en 1998 y en 2000);*
3. *Ley 5412: Ley Orgánica del Ministerio de Salud;*
4. *Ley 7035: Creación del IAFA y sus reformas;*
5. *Ley 17: Constitutiva de la C.C.S.S.;*
6. *Ley 7471: Reforma del Sector Salud;*
7. *Ley 8204: Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo;*
8. *Ley 7600: Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;*
9. *Ley 7972: Cargas tributarias a licores y cigarrillos;*
10. *Ley 7739: Código de Niñez y adolescencia. Art. 44 h;*
11. *Ley Nº 7576: Ley penal juvenil.*
12. *Ley Nº 7374: Establecimiento de la atención de servicios integrales de salud (1993);*
13. *Ley 8093. Programa nacional de educación contra las drogas;*
14. *Ley 8261. Ley General de la Persona Joven. Artículo 6 incisos a y k;*
15. *Ley 4760 de Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social;*
16. *Ley 8289 de Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Nº 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*
17. *Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en La Salud (2008)*
18. *Ley 9213 de Creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental;*
19. *Decreto 30571-S: Reglamento de Habilitación de establecimientos de servicios de salud y afines;*
20. *Decreto 32997-S: Manual de normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas mayores de 18 años (2005)*
21. *Decreto Ejecutivo Nº 34784-MSP-S, Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional (2008);*
22. *Decreto Ejecutivo, Nº 35383-S. “Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas” (2009);*
23. *Decreto Ejecutivo Nº 36661-MP. Coordinación y ejecución de las políticas, programas y proyectos contemplados en el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo (2011);*
24. *Decreto Ejecutivo Nº 37110-S. Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012);*
25. *Votos Constitucionales, Resoluciones de Sala IV Nº 2011008617, de las diecisiete horas y cincuenta y nueve minutos del 28 de junio del 2011, y; Nº 2010001664, de las quince horas y ocho minutos del veintisiete de enero del 2010: Declaratoria del Alcoholismo como Enfermedad;*
26. *Convenios internacionales ratificados por el Gobierno de la República (OMS, OPS, ONU, OEA, entre otros).*

## Anexo 2: Legislación y normativa CCSS

### Recuadro 2: Legislación y normativa institucional existente en relación a la atención en salud a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas

- Ley N° 5395, Ley General de Salud (1973): Se indica que es un deber constitucional y legal del Estado, velar por la salud de la población y le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por este deber.
- 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.
- Ley N° 7374 Ley de Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica (1993): se 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.
- Ley N° 8289 Reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (2002): se 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.
- Ley N° 8204 Ley sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas (2002): 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. En su Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 20121 se establece que la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, corresponde a la CCSS en coordinación con otras instancias.
- Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012)
- Ley No 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012): En respuesta al Convenio Marco, en marzo del 2012, se crea en Costa Rica la Ley 9028, con el objetivo de “establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco”.

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Nota: Se presenta en orden cronológico