



Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica.

Preparado por: Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños

Validado por: Red Nacional de Reducción de Daños

Revisado por: Grupo Focal ONG

Corrección filológica : Alejandra Madrigal Córdoba

Aprobado por:

Dr. Luis Sandí Esquivel

Director General

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

Lic. Guillermo Araya Camacho

Director General

Instituto Costarricense sobre Drogas

San José, Costa Rica

Rige a partir de enero 2017.

Representantes intersectoriales responsables del Modelo de Reducción de Daños

María José Rodríguez Zúñiga. Co coordinadora	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Eugenia Mata Chavarría. Co coordinadora	Instituto Costarricense sobre Drogas.
Alicia Naranjo López.	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Ana Lucía Cruz Arguedas.	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Erick Valdelomar Marín.	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Jorge Gómez Segura.	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Kattia Marín Gómez.	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Carolina Garro Ureña.	Instituto Costarricense sobre Drogas.
Rita Porras Valverde.	Instituto Costarricense sobre Drogas.
Anabelle Hernández Cañas.	Instituto Mixto de Ayuda Social.
Gerardo Alvarado Fernández.	Instituto Mixto de Ayuda Social.
Norma Jaubert Naranjo.	Instituto Mixto de Ayuda Social.
Ernesto Cortés Amador.	Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas.
Demaluí Amighetti López.	Asociación Costarricense para el Estudio Intervención en Drogas.
Harold Segura Quesada	Caja Costarricense de Seguro Social.
Maricruz Ramírez Córdoba.	Municipalidad de San José.
Marjorie Ocampo Gámez.	Municipalidad de San José.
Victoria Corrales Mora.	Ministerio de Salud.

Índice

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
MARCO EPIDEMIOLÓGICO	9
Contexto Nacional	9
Consumo de sustancias psicoactivas.....	10
Poblaciones en condiciones de vulnerabilidad	13
Morbilidad y Mortalidad	21
Personas necesitadas de atención por consumo de sustancias psicoactivas	24
MARCO CONCEPTUAL	28
¿Qué es la Reducción de Daños?	28
Principios de la reducción de daños.....	31
Elementos esenciales para el funcionamiento del Modelo	36
Proporcionar un entorno seguro.....	36
Acceso a vivienda	36
Inclusión laboral	38
Estrategias de pares	38
Centrarse en la persona	39
Consumo de sustancias psicoactivas en entornos de fiesta	40
Contener la sobredosis.....	40
Eliminar barreras de acceso a los servicios	41
Prevención, acompañamiento y tratamiento sociosanitario.....	43
Abordaje con mirada de género.....	46
Abordar la violencia como prerrequisito	48
Cuidado a la maternidad	49
Diversificar el género	50
Trabajo sexual	51
De control social y entornos privativos de libertad	54
Incidencia del sistema judicial.....	56
Cuerpos policiales como agentes de salud	58

MARCO NORMATIVO	60
ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS. ...	69
Concepto	69
Objetivo general:.....	70
Objetivos específicos:.....	70
Red intersectorial	71
Población Meta	72
Descripción de los servicios y dispositivos existentes en Costa Rica	73
Servicios.....	74
Dispositivos	75
PLANIFICACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN	80
La Planificación.....	81
Recogida de Información clave	82
Propuesta de indicadores para la medición, monitoreo, seguimiento y evaluación.....	84
Monitoreo y Evaluación	87
BIBLIOGRAFÍA.....	90

INTRODUCCIÓN

En el mundo y nuestro país, 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).

Costa Rica es un país que ha partido de un enfoque de salud pública en el uso de sustancias psicoactivas y que se visibiliza en la legislación y la política nacional; un país donde no se ha sancionado el consumo y donde el Estado ha incrementado paulatinamente los servicios de atención para personas con un consumo problemático.

La atención de las personas que usan sustancias psicoactivas en Costa Rica ha sido desarrollada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y de manera voluntaria por organizaciones no gubernamentales.

Las acciones, estrategias, programas, políticas deben tomar en cuenta a la población afrodescendiente, los pueblos indígenas, otras minorías étnicas y población sexualmente diversa, haciendo esfuerzos para prevenir la transmisión del VIH, de la Hepatitis Viral y otras enfermedades transmisibles, que pueden estar asociadas con el uso de drogas, y brindar un tratamiento integral, mediante programas que reduzcan el riesgo, prevengan y reviertan los daños sociales generados por el problema mundial de las drogas; además de garantizar la disponibilidad y acceso equitativo a sustancias controladas para fines médicos y científicos.

Todavía queda mucho camino por recorrer, priorizando políticas públicas que ofrezcan una amplia gama de intervenciones biopsicosociales, que incluyan a las familias y a las comunidades; y que sean diseñadas e implementadas con enfoque de género y de vulnerabilidad social.

El Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica surge como una actividad del Plan de Acción 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 (2012), que indica claramente la necesidad de contar con un documento basado en el Enfoque de Reducción de Daños. Para este motivo se creó la Red Nacional de Reducción de Daños (2015) integrada por representantes de instituciones gubernamentales y una organización no gubernamental, estos últimos asumieron la sistematización y construcción de los capítulos.

El proceso de construcción implicó sesiones de trabajo de la Red Nacional de Reducción de Daños, sesiones ampliadas con invitación a organizaciones no gubernamentales relacionadas con el enfoque y consultas a expertos nacionales e internacionales.

Fue designada una subcomisión para la elaboración del documento, que dio seguimiento a los avances. Se generaron discusiones y se tomaron acuerdos, entre ellos, que la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID) asumiera la sistematización de la información. Una vez entregado el producto, se acordó que se tomaría como referencia para el documento oficial. Los capítulos utilizados fueron revisados y ajustados por la Red Nacional de Reducción de Daños.

Una vez consensuada la versión final por la subcomisión y la Red Nacional de Reducción de Daños, el documento fue revisado por una muestra de organizaciones no gubernamentales que brindan principalmente servicios a poblaciones vulnerables consumidoras de sustancias psicoactivas, quienes aportaron sus recomendaciones, y fueron incluidas en el Modelo.

El documento contiene una ubicación epidemiológica costarricense, que da una mirada de los datos del país y cuáles son las limitaciones u omisiones relacionadas con la información disponible. Contiene el marco conceptual del tema con motivo de establecer los conceptos, principios y elementos claves que se deben contemplar al hablar de Reducción de daños. Se respalda en el marco normativo con un contenido de la norma que sustenta el Modelo de reducción de daños.

La persona lectora encontrará la estrategia para la implementación del Modelo, ubicando los elementos que enmarcan el concepto, los objetivos, los contextos, la población, y la descripción de los servicios y dispositivos existentes en Costa Rica, estos últimos con motivo de que orienten a quienes se acercan por primera vez al modelo, no agotándose la posibilidad de crear o generar estrategias novedosas adaptadas a la realidad y necesidades de la población meta.

Para concluir, un apartado de planificación, monitoreo y evaluación orienta sobre los elementos para construir propuestas, generar evidencia, y motiva a seguir una serie de indicadores claramente establecidos desde la reducción de daños.

JUSTIFICACIÓN

El contexto internacional refiere la urgencia para abordar el fenómeno de las drogas desde la perspectiva de los Derechos Humanos y basado en evidencia científica, situación que en Costa Rica, desde lo estatal y la sociedad civil, fundamenta la necesidad de ofrecer nuevas modalidades de atención a las personas consumidoras de drogas y sus entornos.

El Informe Mundial sobre las Drogas del 2008 de UNODC aborda los logros y resultados imprevistos del sistema internacional de fiscalización de drogas. Reconoce que algunas metas más ambiciosas fijadas en UNGASS 1998 continúan siendo difíciles de alcanzar. Analizando el último siglo, llega a la conclusión de que el sistema de fiscalización de drogas y su implementación han tenido consecuencias imprevisibles.

La promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo la base de las acciones en las políticas nacionales de reducción de la demanda, seguida por la debida atención a aquellas personas que consumen, abusan o han desarrollado dependencia a las sustancias psicoactivas.

El país cuenta con un Sistema Nacional de Tratamiento, cuyos principales actores son el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSSS), con la participación de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), y otras entidades públicas y privadas. Sin embargo, existe evidencia de que estas medidas si bien son importantes, no son suficientes, sobre todo para la atención de grupos en condiciones de vulnerabilidad, o con características que no los hace ajustarse a los servicios de atención existentes.

Es debido a lo antes señalado que se hace indiscutible la necesidad de la implementación de enfoques en la atención complementarios, acordes a las características y requerimientos de las diferentes poblaciones. Uno de ellos el enfoque de Reducción de Daños del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

La elaboración de un Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica se da en un contexto muy significativo dentro de la política internacional de control de drogas de las Naciones Unidas. El año 2016 fue testigo de dos encuentros mundiales para que los Estados Miembros pudieran debatir asuntos globales en la materia:

- La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS por sus siglas en inglés), celebrada en Nueva York del 19 al 21 de abril.

- La Reunión de Alto Nivel de 2016 para Poner Fin al Sida, celebrada en Nueva York del 8 al 10 de junio.

La detención del SIDA hasta el 2030 es parte integral de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente el tercer objetivo, que habla sobre la buena salud, el bienestar y las metas en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, reducción de las desigualdades, alianzas mundiales y sociedades justas, pacíficas y no excluyentes. La Reunión de Alto Nivel para Poner Fin al Sida también incluye un conjunto de objetivos y acciones específicas y con plazos concretos donde las estrategias dirigidas a personas que consumen drogas cumplen un componente fundamental.

En la sesión extraordinaria de la Asamblea Especial de la Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas, se recomiendan medidas para abordar la reducción de demanda y oferta de drogas, y mejorar el acceso a medicamentos controlados mientras se limita su desvío. Las recomendaciones también incluyen las áreas de derechos humanos, jóvenes, personas menores de edad, mujeres y comunidades; desafíos emergentes, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas; reforzar la cooperación internacional; y desarrollo alternativo. El texto enfatiza de manera novedosa políticas y prácticas proporcionales de las condenas para delitos relacionados con drogas, y tiene un marcado enfoque en la prevención y el tratamiento.

La segunda vicepresidenta de Costa Rica, Ana Helena Chacón (2016), en su intervención en el plenario general reconoció estos avances, pero también recordó que el documento aprobado excluye cuestiones fundamentales, que considera deben encararse:

Si bien Costa Rica se congratula por el consenso logrado en las recomendaciones negociadas en Viena, y el documento plasma el compromiso de los Estados de hacer frente a un fenómeno que está lejos de estar bajo control, debemos tener presente que, en aras del consenso, dicho documento excluyó elementos cruciales para un abordaje verdaderamente integral.

En ese sentido, Costa Rica desea enfatizar que, si realmente queremos reducir las consecuencias adversas de este flagelo, es imprescindible tratar temas que no se mencionan en el documento, tales como los nuevos abordajes, la reducción del daño, la proporcionalidad de las penas, la no aplicación de la pena de muerte, la efectividad de las políticas y la conformidad de un panel de expertos que analice y guíe las estrategias. Así mismo, el documento no debe considerarse un fin en sí mismo.

En ella se reafirma que el documento no debe considerarse como un fin en sí mismo, sino el punto de partida para el desarrollo y fomento de políticas más integrales y efectivas. Políticas que estén centradas en las personas y que tengan en cuenta sus derechos inalienables, reconociendo que el uso de drogas es un fenómeno socioeconómico y cultural, que debe tratarse como una cuestión de salud pública y que su dependencia requiere de políticas de atención integral e inclusión social.

En ambos casos, el derecho a la salud se interpreta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que no solo se incluyen instancias sanitarias, sino también sociales, económicas, laborales y comunitarias.

MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Contexto Nacional¹

En Costa Rica existe una gran variedad de fuentes de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), tanto en población general como en poblaciones específicas y que se encuentran en mayor vulnerabilidad, como son personas privadas de libertad, LGBTI, trabajadoras sexuales y personas en situación de calle.

Los únicos estudios nacionales epidemiológicos han sido realizados por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), específicamente la Encuesta Nacional de Drogas, se presenta desde el año 1990 cada 5 años hasta el más reciente publicado en el 2015. También cuenta con otros estudios, cuyos resultados se obtienen mediante encuestas en distintas poblaciones, así como en centros de tratamiento público y privado, en la Medicatura Forense del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) y los registros generales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Existen algunos estudios esporádicos en poblaciones específicas como personas privadas de libertad realizados por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) y en poblaciones en alta vulnerabilidad social realizadas por Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) y la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID). Finalmente, también se utilizan las bases de datos sobre mortalidad que tiene disponible el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC).

Con el fin de presentar la mayor cantidad de información disponible para conocer el impacto del uso de sustancias psicoactivas en la sociedad costarricense, se dividió en información relacionada con tres temas generales:

1. Consumo de sustancias psicoactivas: Incluye indicadores básicos de consumo en población general a nivel nacional del IAFA y poblaciones en mayores condiciones de vulnerabilidad como personas LGBTI, personas en situación de calle, trabajadoras del sexo y personas privadas de libertad.
2. Morbilidad y mortalidad: Toma en cuenta comportamientos sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, presencia de sustancias en morgue y muertes por intoxicación.

¹ Este apartado fue tomado del documento elaborado por ACEID, mismo con el que la Red Nacional de Reducción de daños coincide en su contenido. Se hicieron cambios al documento original previamente consensuados por los integrantes.

3. Necesidad de atención por consumo de sustancias: Incluye información sobre personas necesitadas de atención a nivel general, poblaciones vulnerables, así como los distintos servicios de atención y tratamiento

Consumo de sustancias psicoactivas

Datos de estudios nacionales

A nivel epidemiológico, las encuestas de hogares son las investigaciones más comunes que se realizan a nivel internacional. En Costa Rica se han realizado encuestas de este tipo desde 1990 por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) mediante estudios en población entre los 12 y 70 años de edad en todo el país. En relación con las encuestas realizadas en IAFA, tal como se muestra en el siguiente cuadro, las principales sustancias de consumo son el alcohol, tabaco y cannabis, cuyas prevalencias de consumo en el último mes se encuentran muy por encima de la de la cocaína, crack, éxtasis (MDMA) y LSD entre otras. Las principales sustancias de consumo son de venta legal para personas mayores de edad y parecen presentar una tendencia a la baja en la última década, mientras que las otras dos su producción y venta es prohibida y presentan un incremento.

Consumos de distintas SPA en los últimos 30 días, según sexo. Personas de 12 a 70 años de edad. Costa Rica 2000, 2006, 2010 2015. (valores porcentuales)

Sustancias	2000			2006			2010			2015		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Alcohol	37,0	16,3	27,0	32,0	17,0	24,3	24,8	16,2	20,5	34,9	20,7	27,9
Tabaco	23,1	8,2	15,7	21,3	8,1	14,8	18,0	8,6	14,8	15,4	5,5	10,5
Cannabis	0,7	0,0	0,4	1,2	0,1	0,6	3,0	0,9	2,0	5,0	1,4	3,2
Cocaína y crack	0,5	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	1,1	0,1	0,6	1,4	0,0	0,7
Tranquilizantes*	0,5	0,7	0,5	0,6	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	1,1	1,0	1,1
Estimulantes*	0,6	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6	0,9	0,4	0,6	0,8	1,1	0,9
Opiáceos*	2,0	2,0	2,4	0,9	2,2	1,5	0,6	0,3	0,5	0,5	0,6	0,5

*Sin prescripción médica.

Fuente: IAFA (2016)

En relación con los resultados por sexo, en la encuesta más reciente (2015), se muestra una tendencia del consumo de las mujeres siempre por debajo de los hombres, sin embargo, un

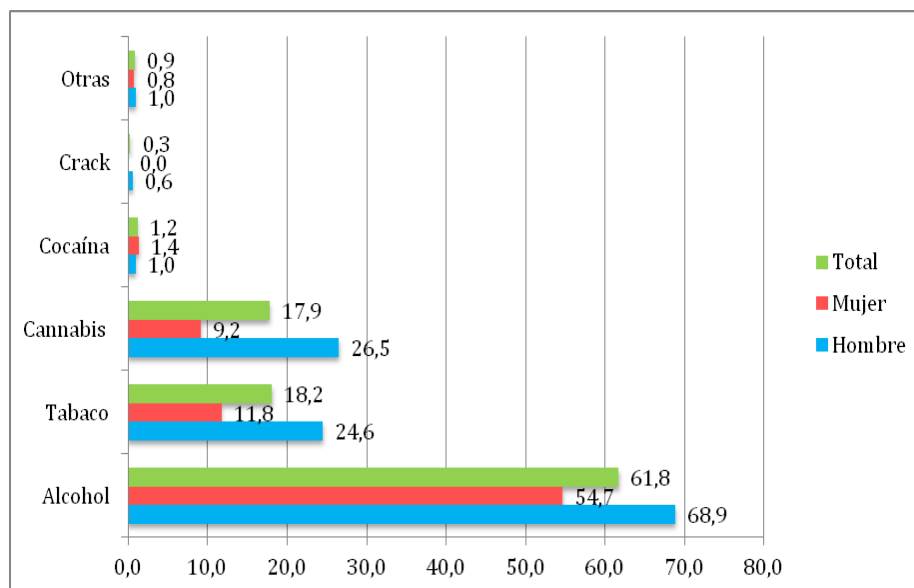
aumento en las mujeres de consumo de sustancias como alcohol (de 16.2% a 20.7% y marihuana de 0.9% a 1.4%), mientras que en el consumo de tabaco se evidencia una baja representativa en el consumo de ambos sexos, situación que está relacionada con las acciones que se han implementado desde los años 90 de manera estable e insistente por parte de IAFA, complementado con la aprobación de la Ley 9028 en marzo del 2012 y actualmente con el apoyo de instituciones como la CCSS y el Ministerio de Salud.

Datos de estudios específicos

La Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID) realizó una encuesta, para un total de 1000 personas aproximadamente, mayores de 18 años, en la provincia de San José (2015) que coincide con el estudio nacional de IAFA, en un mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Los resultados muestran indicadores más altos para el uso de alcohol y cannabis específicamente. La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes supera el 60%, el de cannabis un 18,2%, el de tabaco un 17,9% y el uso de cocaína, crack y otras sustancias psicoactivas no sobrepasa el 2%. En todas las sustancias se presenta una mayor proporción de hombres que dice haber consumido en comparación a las mujeres.

Consumos de SPA en los últimos 30 días, según sexo. San José, Costa Rica 2015 (valores porcentuales)

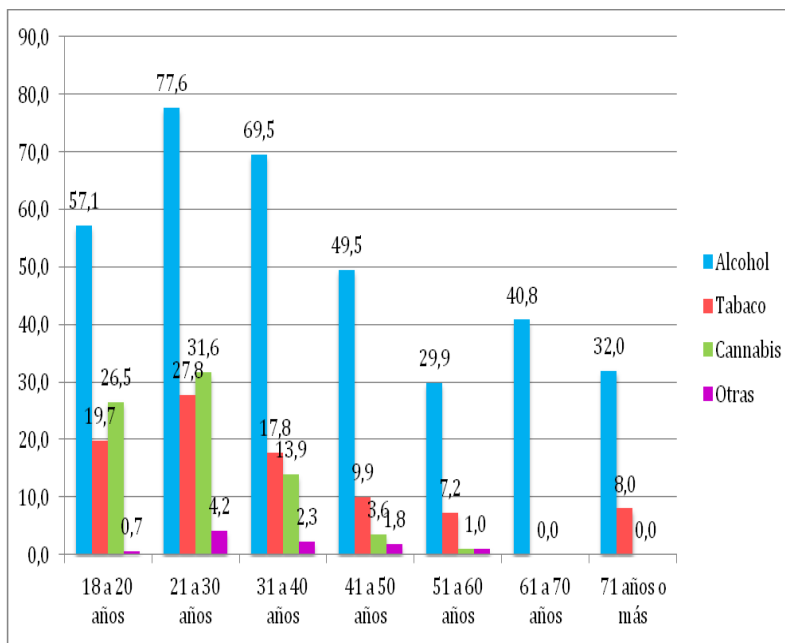


Fuente: Datos elaborados por ACEID para Asuntos del Sur (2015)

Al segregar por edad se observa cómo el consumo en el último mes es mucho más alto entre personas jóvenes (de 18 a 40 años), y, especialmente el de alcohol, entre personas de 21 a 30 años de edad (77,6%). También resalta un mayor uso de cannabis en relación al tabaco entre personas menores de 30 años, así como la presencia de otras sustancias como la

cocaína, crack, MDMA, LSD y ketamina, aunque el promedio de consumo de último mes no sobrepasa el 2% del total.

Consumos de SPA en los últimos 30 días, según grupos de edad. San José, Costa Rica 2015. (valores porcentuales)



Fuente: Datos elaborados por ACEID para Asuntos del Sur (2015)

Poblaciones en condiciones de vulnerabilidad

Dentro de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad se encuentran aquellas personas que no pueden satisfacer necesidades básicas, que habitan en la calle, que pertenecen a grupos minoritarios, o se encuentran privadas de libertad. Existe muy poca información sobre estas poblaciones, ya que son personas estigmatizadas por la sociedad y, por lo tanto, son las de más difícil acceso.

Se rescatan varias investigaciones realizadas por el ICD (2014a, 2014b) en personas privadas de libertad, hombres, mujeres y personas menores de edad; por la CIPAC (2015) en personas LGBTI (Lesbiana, gay, bisexual, trans, intersexual); por el Ministerio de Salud (2011) en hombres que tiene sexo con hombres (HSH); y por la ACEID (2016) que incluye mujeres Trans, HSH, personas en situación de calle y trabajadoras del sexo. Estos datos se complementan con un análisis de 149 expedientes del Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José, realizado por un grupo de estudiantes de la carrera de

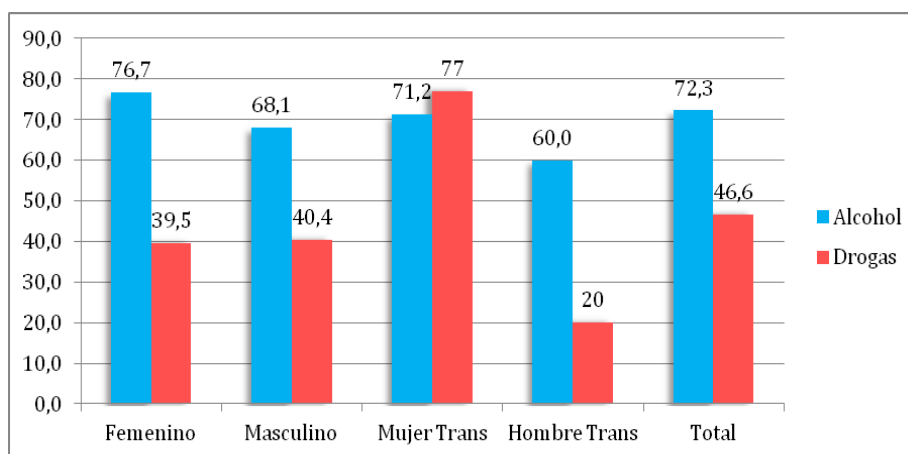
Administración Pública (Rivas et al 2014), así como un análisis del Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO) del IMAS, a partir de la información que suministran algunas de las organizaciones que atienden personas en situación de calle en el 2015.

Los datos que se indican a continuación pertenecen a grupos de poblaciones específicas, por tanto, es importante indicar que estos estudios no se pueden extrapolar a otros grupos de poblaciones ni generalizar las condiciones y situaciones que presentan, sin embargo, son útiles como referencia para evidenciar su problemática y generar acciones que busquen la mejora de la calidad de vida.

Sobre la población Lésbica, Gay, Bisexual y Trans (LGBT) existen muy pocas investigaciones que visibilicen el uso de sustancias psicoactivas y aún menos su relación con comportamientos de riesgo o acceso a servicios de atención. El CIPAC es una de las pocas organizaciones que se focaliza en esta población y recientemente publicó un estudio en relación al consumo de sustancias, donde se entrevistó un total de 167 hombres gays, 151 mujeres lesbianas, 74 mujeres Trans y 5 hombres Trans (CIPAC 2015).

A nivel general, los resultados muestran un consumo más alto de todas las SPA entre población LGBT. El siguiente gráfico muestra una prevalencia de consumo en el último mes de alcohol de un 72,3% en general, porcentaje que es más alto entre los hombres gays, seguido por las mujeres Trans. Esta última población, la que presentó indicadores de consumo más altos, es la única con una prevalencia de consumo de otras drogas de más del 50% y que además es más alta que la del alcohol. La población que presentó indicadores más bajos fue la de hombres Trans, aunque se debe tomar en cuenta la baja representación de la muestra.

Consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 30 días en población LGBT, según identidad de género. Costa Rica 2015 (valores porcentuales)



Fuente CIPAC (2015)

En el siguiente cuadro se analiza el consumo de sustancias psicoactivas consideradas ilícitas entre población LGBT. Se puede observar que el cannabis ocupa el primer lugar con 40,5% de consumo en el último mes y un 33,75% en la última semana, seguido por la cocaína (inhalada) con un poco menos de un 15% y 13,25% respectivamente. Más abajo se encuentran muchas otras sustancias como MDMA, LSD y crack (fumado) que no sobrepasan el 3,5% de consumo en el último mes, así como las benzodiazepinas, ketamina, inhalables (thinner o cemento), etanol (alcohol de 90), opioides y anfetaminas que no superan el 2%.

En el último grupo se observa la cocaína y la heroína por vía inyectada, que aunque no pasan del 1%, demuestra que existe una población que se está administrando sustancias por vía intravenosa. Cabe preguntarse si estas personas tienen conocimientos sobre los riesgos relacionados al uso de estas sustancias, las formas de administración y los contextos de consumo.

Consumo de SPA últimos 30 y últimos 7 días en población LGBT. Costa Rica 2015
(valores porcentuales)

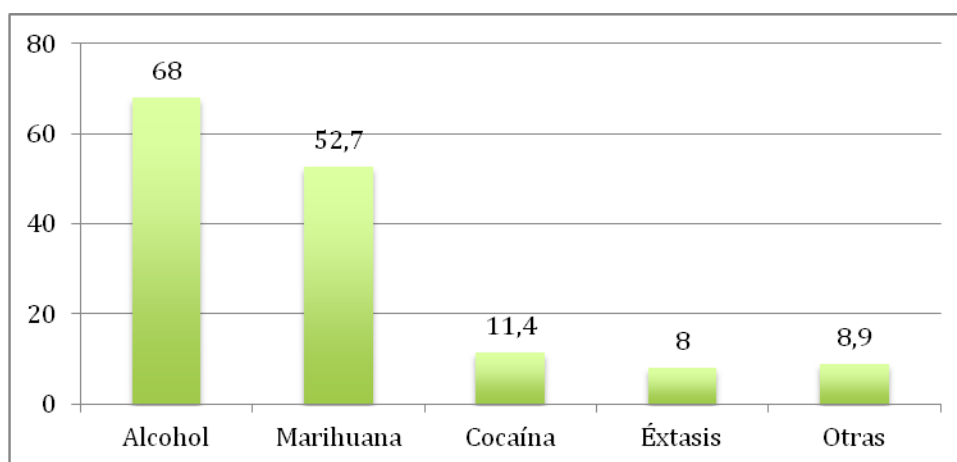
Sustancia	Último mes	Última semana
Marihuana	40,5	33,8
Cocaína (inhalada)	14,3	13,3
Éxtasis, MDMA, Molly	3,5	3
LSD	3,5	2,5
Crack (fumado)	3,3	1,8
Alucinógenos	3,3	1,3
Benzodiazepinas	2,3	1,3
Crack (inhalado)	2	1,3
Alcohol de 90 (Etanol)	2	1
Ketamina o Gatico	2	1
Thinner o cemento	1,8	0,8
Opioides (Tramal, morfina)	1,8	0,8
Anfetaminas	1,5	0,5
Cocaína (inyectada)	1	0,5
Heroína (inyectada)	0,8	0,5
Otras	1,5	0,8

Fuente CIPAC (2015)

Cabe señalar que la proporción de personas que dijeron haber consumido en el último mes, en relación a las que lo hicieron la última semana, no varía considerablemente, por lo que se podría argumentar que la mayoría lo hace con cierta regularidad. De hecho, una proporción significativa dijo realizar actividades relacionadas al consumo de SPA a veces (35,9%), casi siempre (22,4%) y siempre (11,8%). De estas, un 80%, además, mencionó haber sufrido situaciones de violencia cuando ingiere bebidas alcohólicas y un 46% cuando consumió otro tipo de SPA.

Otra de las investigaciones realizadas en poblaciones vulnerables fue elaborada por el Ministerio de Salud en el año 2010 con Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). La misma incluyó una muestra de 300 HSH mayores de 18 años que habitan en el Gran Área Metropolitana; mediante un muestreo dirigido por los entrevistados (RDS: Respondent Driven Sampling, por sus siglas en inglés). A nivel general, los resultados de este estudio también muestran altos niveles de prevalencia de consumo de SPA. El siguiente gráfico muestra cómo más de la mitad de las personas entrevistadas en esta investigación dice haber consumido alcohol (68%) y cannabis (52%) en el último mes.

Consumo de SPA entre HSH. Costa Rica. 2009 (valores porcentuales)



Fuente: Ministerio de Salud (2010)

La última investigación realizada con poblaciones de difícil acceso en condiciones de vulnerabilidad fue llevada a cabo por la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID) mediante la aplicación del cuestionario de Consumidores de Drogas de Alto Riesgo (CODAR) que incluyó una muestra de 71 personas provenientes

de cuatro poblaciones distintas ubicadas en la ciudad de San José: habitantes de calle (18), mujeres trabajadoras sexuales (16), Mujeres Trans (26) y HSH (11) (ACEID 2016).

Esta investigación confirma los altos niveles de prevalencia de consumo en población LGBT, así como en personas en situación de calle y trabajadoras del sexo. En este caso, la siguiente tabla muestra el consumo de sustancias entre esta población los últimos 12 meses, así como el promedio de días que consumió y el valor medio (mediana) del total de días reportado. En relación al uso específico de bebidas alcohólicas, se denota que del 87,3% de las personas que dijeron haber tomado en los últimos 12 meses, un 43,5% se intoxicó más de 50 días, una cuarta parte entre 20 y 50 días, otra cuarta parte menos de 10 días y solamente un 6,5% no lo hizo en el último año.

Consumo de distintas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, promedio y mediana de días de consumo. Costa Rica. 2016

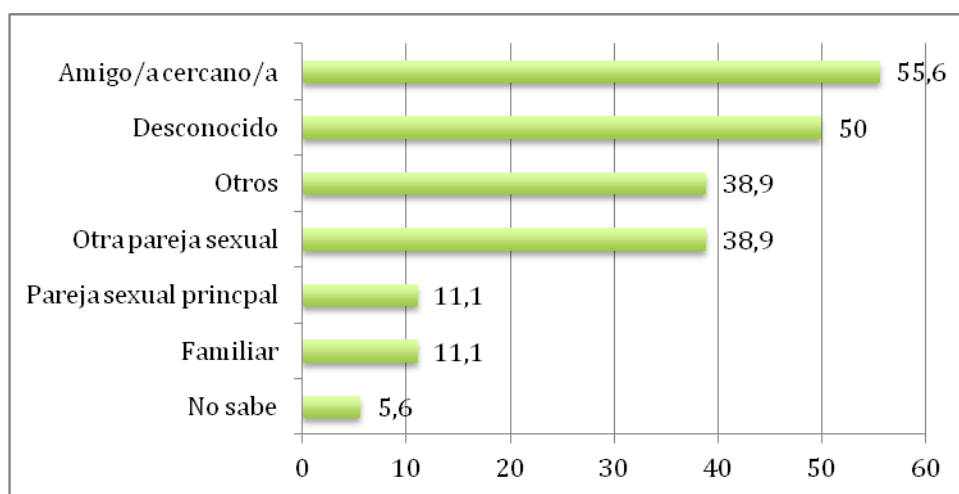
Sustancia	Prevalencia año	Promedio días	Mediana días
Alcohol	87,3%	--	--
Cannabis	81,7%	216,7	282
Cocaína	76,1%	133,2	96
Crack	52,1%	211,3	206
Tranquilizantes	29,6%	108,3	98
Éxtasis u otras drogas de diseño	19,7%	5,3	3
Poppers	15,5%	53,1	12
Opiáceos (no heroína)	11,3%	188,2	169
Anfetaminas	9,2%	38,2	24
Alucinógenos	5,6%	5	3,5
Heroína	4,6%	124	36

Fuente: ACEID (2016)

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación es el hecho de que 14,1% (10 en total) de las personas participantes dijo haberse inyectado drogas alguna vez en la vida (cocaína y/o heroína). De estas, tres cuartas partes se inyectó hace menos de 5 años, y un 40% (4 de las 10) se inyectó hace menos de un año. Por otro lado, una cuarta parte de las personas entrevistadas (25,4%) dice haber tenido alguna relación con una persona que se

inyecta drogas, principalmente con amigos cercanos (55,6%) o personas desconocidas (50%), tal como lo indica el siguiente gráfico.

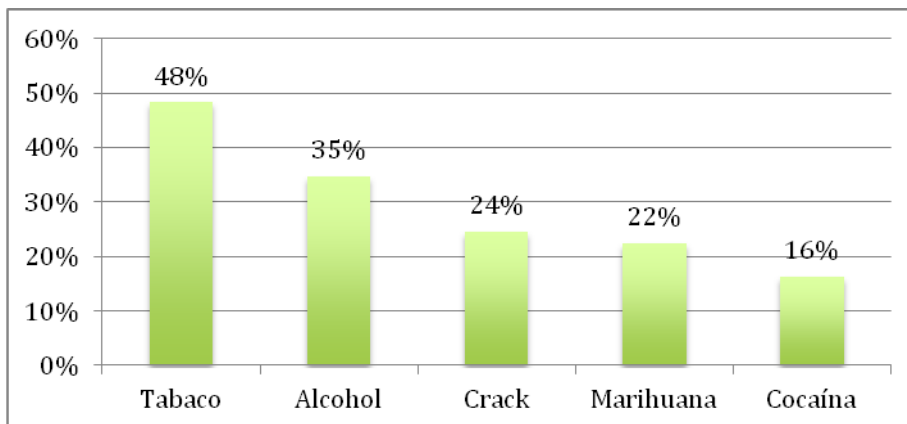
Relación personal con alguien que se haya inyectado en los últimos 12 meses. Costa Rica. 2016 (valores porcentuales)



Fuente: ACEID (2016)

En relación con personas en situación de calle específicamente, en la investigación realizada en el Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José, se analizaron 147 expedientes de las personas que utilizan el servicio, de las cuales un 55% dijo que la razón principal para encontrarse en situación de calle es el consumo de drogas, seguido por no tener donde vivir (21%), la falta de trabajo (20%) problemas familiares (14%) y otras razones (21%). Un 59,2% consumía drogas, principalmente tabaco (48%), seguida por el alcohol (35%), el crack (24%), cannabis (22%) y la cocaína (16%), siendo el crack y el alcohol las sustancias que se mencionan que generan más problemas y necesidad de atención. (Rivas et al 2014)

Consumo de SPA en personas que utilizan los servicios de Centro Dormitorio. San José, Costa Rica. 2014 (valores porcentuales)



Fuente: Rivas et al 2014

Según los datos del SIPO, para octubre del 2015 se registraron un total de 1825 personas en situación de calle, de las cuales una gran mayoría se ubicó en la provincia de San José (65%), un 13% en Limón, 6% Alajuela y Cartago, 4% Guanacaste y Heredia y 2% en Puntarenas. Por sexo, un 87% de estas son hombres y solo un 13% mujeres, y, por nacionalidad, un 87% son costarricenses, un 11% nicaragüenses, y un 2% de otros países de Centro América y un 1% del resto del mundo.

Un porcentaje importante no cuenta con seguro social (67,3%), y, de las personas entrevistadas, un 14% dice tener problemas de salud, entre ellos, 4% limitación física permanente, 5% limitación física temporal y 5% limitación mental permanente. (Ministerio de la Presidencia. 2016)

Sobre las personas privadas de libertad, las encuestas más recientes fueron realizados por el Instituto Costarricense sobre Drogas en hombres adultos (ICD 2015a), en mujeres adultas (ICD 2015b) y en personas jóvenes (Clavo et al. 2015). Todas estas muestran un aumento considerable en el consumo en los últimos 10 años, y, al igual que con otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, el consumo de sustancias psicoactivas entre personas encarceladas también es mucho más alto en comparación con la población general.

**Consumo de SPA en personas privadas de la libertad, según sexo y edad. Costa Rica.
2014 (valores porcentuales)**

Sustancias	Prevalencia Año				Prevalencia Mes			
	Mujeres	Hombres	Jóvenes	Total	Mujeres	Hombres	Jóvenes	Total
Alcohol	15,0	6,4	17,6	10,7	3,0	1,6	5,9	2,3
Cannabis	21,0	19,5	70,6	20,3	17,0	10,4	44,1	13,7
Cocaína	11,0	4,1	23,5	7,6	1,0	1,2	2,9	1,1
Crack	11,0	5,4	5,9	8,2	3,0	2,0	n.d.*	2,5
Tabaco	47,0	39,9	52,9	43,5	44	35,8	23,5	39,9
Tranquilizantes	10,0	7,9	n.d.*	9,0	5,0	4,5	n.d.*	4,8
Estimulantes	2,0	0,6	n.d.*	1,3	1,0	0,6	n.d.*	0,8

*n.d. No hay datos

Fuentes: ICD (2015a, 2015b), Calvo et al (2015)

El cuadro anterior nos muestra que menos de la mitad de las personas privadas de libertad son usuarias de tabaco y una quinta parte de cannabis. La siguiente sustancia de mayor consumo son los medicamentos tranquilizantes, seguidos del crack y el alcohol. Si diferenciamos la población entre mujeres, hombres y jóvenes, encontramos que entre las personas jóvenes el uso activo de cannabis es mucho mayor, así como el de cocaína. Mientras que el uso de tabaco en el último mes entre las mujeres supera a los hombres y personas jóvenes, el de tranquilizantes entre los hombres es el que presenta un porcentaje más alto en relación a otras poblaciones. Excepto el alcohol, que es una sustancia de difícil acceso dentro de un centro penitenciario, los porcentajes de consumo del resto de sustancias son mayores en condiciones de encierro.

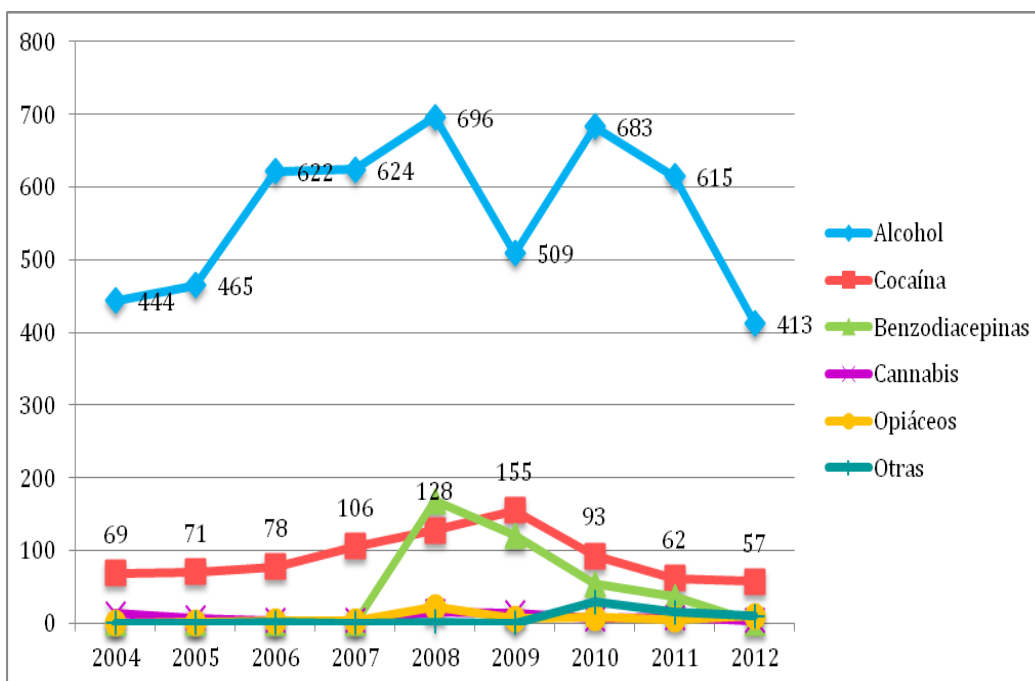
Entre los hombres *“la gran mayoría (93,4%) no se inició como consumidor de sustancias en el recinto carcelario y 85% reporta no haber cambiado el tipo de sustancia que consumía dentro de la cárcel. Sólo un 37% ha reiniciado el consumo de sustancias como consecuencia de su privación de libertad, y de éstos el 44,3% indica que la causa es el estrés, ansiedad, tensión y desesperación.”* (ICD 2015a p.2)

Morbilidad y Mortalidad

Los datos sobre morbilidad y mortalidad se segregan, por un lado, en la presencia de enfermedades o padecimientos relacionados con el consumo de drogas y comportamientos de riesgo relacionados a corto y largo plazo. En el primer caso estaríamos hablando de la morbilidad asociada a la prevalencia de la dependencia por uso de sustancias psicoactivas y la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Sanguínea (ITSS) como VIH, hepatitis o sífilis entre otras. Con relación a indicadores de morbilidad, en primer caso se analizan comportamientos sexuales de riesgo, los cuales se visibilizan principalmente en poblaciones de mayor riesgo mencionadas anteriormente con un alto consumo de SPA: Personas LGBTI, HSH, habitantes en calle y mujeres trabajadoras del sexo.

En relación con la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas, en Costa Rica se puede encontrar información que produce el IAFA a partir de la revisión de expedientes de autopsias realizadas por la Medicatura Forense del OIJ desde el año 2004 hasta el 2012. Este es un Registro Especial de Mortalidad (REM) que incluye todos aquellos casos donde hubo presencia de alguna SPA en los análisis toxicológicos, según las causas generales de la defunción. El siguiente gráfico muestra las tendencias de estas muertes del año 2004 hasta el 2012 según el tipo de SPA encontrada, mostrando como el alcohol está muy por encima del resto de sustancias, seguida muy por debajo por la cocaína y luego las benzodiazepinas.

**Muertes reportadas a Medicatura Forense con presencia de SPA. Costa Rica.
2004 a 2012 (valores absolutos)**



Fuente: IAFA <http://datosabiertos.iafa.go.cr/>

Quando se especifica la causa de muerte según el tipo de SPA, se observa que para el 2012 la gran mayoría de los casos fue por causas accidentales (46,6%), luego por homicidios (18,3%), suicidios (18%) y muertes naturales (13,7%). El alcohol está presente en 81,9% del total de las muertes asociadas al uso de SPA para el 2012, seguida por la cocaína con un 11,3%, otras SPA (principalmente opioides y benzodiacepinas) con 5,9% y solo un 0,8% con presencia de cannabis. Cabe resaltar que dentro de las muertes accidentales se contemplan las intoxicaciones o sobredosis mortales, aunque, debido a que se desconoce la causa básica de muerte y la cantidad de sustancias presentes en los análisis toxicológicos, no se puede determinar la cantidad de casos de este tipo, por lo que se utilizará el Registro General de Mortalidad (RGM).

**Muertes reportadas a Medicatura Forense según causa de muerte y presencia SPA.
Costa Rica 2012 (valores en absolutos)**

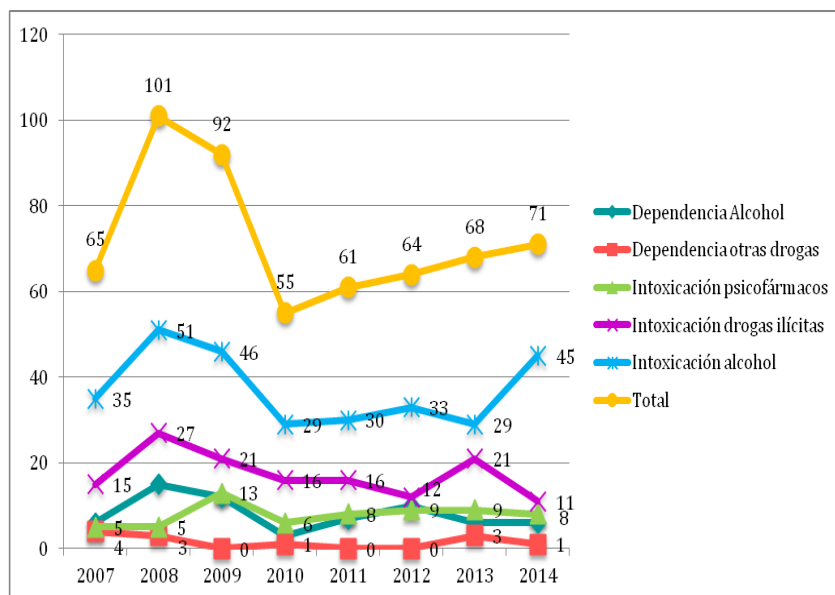
Causa de muerte	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Otras	Total
Accidental	208	17	1	9	235
Homicidio	75	14	3	0	92
Indeterminada	5	2	0	0	7
Natural	49	10	0	10	69
Pendiente de Investigación	8	1	0	1	10
Suicidio	68	13	0	10	91
Total	413	57	4	30	504

Fuente: IAFA <http://datosabiertos.iafa.go.cr/>

Para conocer la cantidad de personas muertas por sobredosis se utiliza el RGM que provee el INEC como parte de las estadísticas poblacionales de defunciones. Las mismas proveen información de todas las personas fallecidas según la causa básica de muerte codificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. En el mismo se encuentran las muertes asociadas a “Trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de SPA” (códigos F10 a F19), así como las intoxicaciones o envenenamientos por uso de alcohol (X45, X65 y Y45), drogas ilícitas (X42, X62 y Y12) y por psicofármacos (X43, X63 y Y13). El único problema con este tipo de codificación es que no diferencia entre tipos de drogas ilícitas o psicofármacos, por lo que los casos no se pueden desagregar según sustancia específica.

A nivel general, se observa cómo el alcohol sigue ubicado en primer lugar en las causas de mortalidad totalmente atribuibles al uso de SPA, específicamente por la intoxicación de alcohol que equivale al 63,3% del total de muertes para el 2014, mientras que la de drogas ilícitas equivale a un 15,5% y la de psicofármacos a un 11,2% para ese mismo año. Las muertes asociadas a la dependencia de alcohol y otras SPA se ubican en los niveles más bajos, tomando en cuenta que las mismas se deben considerar más como causas de morbilidad que de mortalidad.

Muertes asociadas a dependencia o intoxicación por sustancias psicoactivas. Costa Rica. 2007 a 2014 (valores en absolutos)



Fuente: INEC (2016) <http://www.inec.go.cr/poblacion/defunciones>

Resulta de mucha relevancia recuperar los datos específicos sobre las muertes por sobredosis según tipo y cantidad de SPA presentes en el cuerpo, así como otros padecimientos que podrían recuperarse a partir de la comparación de los REM con el RGM, dándole seguimiento a aquellos expedientes de autopsias donde hay presencia de SPA, para confirmar la causa básica de mortalidad codificada por el INEC.

Personas necesitadas de atención por consumo de sustancias psicoactivas

En la encuesta realizada por el IAFA en el 2006 se incluyó un instrumento de tamizaje a partir de los criterios diagnósticos del DMS-IV sobre abuso y dependencia a SPA. La comparación con la población total nacional entre los 12 y 70 años de edad (rango contemplado en la encuesta) permitió dimensionar, por primera vez, una posible cantidad de población que podría estar necesitada de servicios de atención por el uso de SPA en el año 2006 (Sánchez 2009). Mediante una proyección de la población total del país para el 2015 (INEC 2012), se actualiza la posible cantidad de personas necesitadas de atención o tratamiento.

Total de personas de 12 a 70 años necesitadas de atención / tratamiento por consumo de alcohol o drogas ilícitas según sexo. Costa Rica. 2006 y 2015. (valores absolutos)

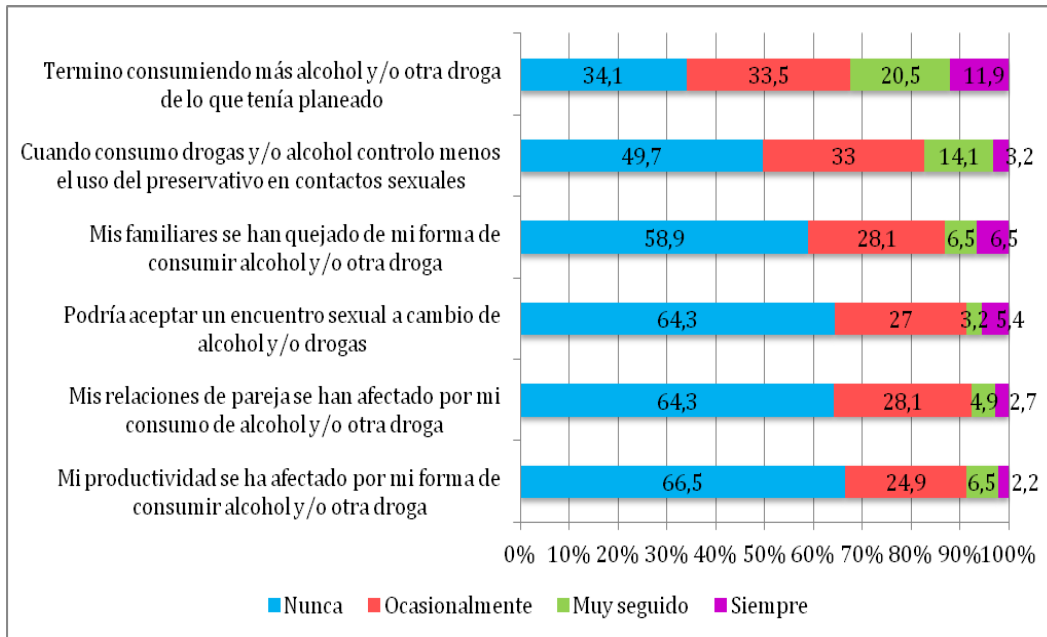
	2006			2015		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Población total	1.673.136	1.610.826	3.283.961	1.879.182	1.837.269	3.716.451
Necesitadas por alcohol	281.087	96.650	377.736	315.703	110.237	427.483
Necesitadas por SPA ilícitas	30.116	4.832	34.949	33.825	5.511	39.552

Fuentes: Elaborado a partir de datos de INEC (2012) y Sánchez (2006)

La tabla anterior expresa un total estimado de personas que podrían beneficiarse de intervenciones para controlar el consumo de SPA: 11,5% (16,7% hombres y 6% mujeres) para el uso de alcohol y un 1% (1,7% hombres y 0,2% mujeres) para personas que usan sustancias psicoactivas ilícitas. Hay que recordar que estos estimados se generaron a partir de encuestas de hogares, que finalmente excluyen a las personas que no contaban con una residencia fija durante la realización de la encuesta.

En poblaciones específicas, como las personas LGBT que dijeron haber usado alcohol u otras sustancias psicoactivas, cerca de una tercera parte dice haber tenido problemas relacionadas con las mismas. Estas situaciones se observan principalmente en relación con el consumo excesivo en un momento particular (65,9%) y comportamientos sexuales de riesgo con el uso del condón (50,3%), y no tanto en función de afectar las relaciones de pareja (35,7%) o la productividad laboral (33,5%), como se observa en el siguiente gráfico.

Problemas de consumo de alcohol y/o otras SPA entre personas LGBT. Costa Rica. 2015



Fuente: CIPAC 2015. p.92

Las investigaciones mencionadas anteriormente sobre personas privadas de libertad utilizaron preguntas para reconocer criterios de dependencia y si se ha recibido atención por el uso de SPA. Estos muestran cómo una cuarta parte de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente, un promedio de 23,7% entre los hombres, 28,5% entre las mujeres y un 26,1% en personas jóvenes. Estas situaciones problemáticas son más altas en la pregunta sobre incapacidad para detener el consumo una vez iniciado y más bajas en la pregunta si no dimensiona los daños a la hora de consumir.

Criterios diagnósticos en personas privados de la libertad. Costa Rica. 2014, 2015
(Valores en porcentaje)

Necesidad de atención / tratamiento	Hombres	Mujeres	Jóvenes
Es incapaz de detener el consumo una vez iniciado	39,8	53	46,4
Presenta síntomas de síndrome de abstinencia	17,1	15	16,1
Consume sin dimensionar los daños	13,2	10	11,6
Ha recibido tratamiento por consumo de drogas	23,1	30	26,6
Ha estado internado/a por consumo de drogas	20,4	27	23,7
Necesita tratamiento por consumo de drogas	28,4	36	32,2

Fuentes: ICD (2015a, 2015b), Calvo et al (2015)

Esto también se observa en relación con las personas necesitadas de atención o tratamiento por consumo de SPA, tomando en cuenta que cerca de una cuarta parte manifiesta haber recibido tratamiento y un poco más del 15% presenta síntomas de síndrome de abstinencia por uso de algún tipo de SPA. (ICD 2015a, ICD 2015b). Además en personas menores de edad, se visibiliza una alta dependencia al uso de cannabis, ya que cerca de un 20% dice presentar síntomas de síndrome de abstinencia, representando la mitad del total de usuarios. Los mismos jóvenes dicen estar dispuestos a recibir tratamiento profesional para el consumo de drogas, ya que un 50% dijo que definitivamente lo recibiría, un 12% dijo que probablemente si lo recibiría. (Calvo et al 2015).

Entre los hombres, *“el 73,6% indica que sí puede dejar algún tiempo de consumir las drogas sin gran esfuerzo o sentirse mal. El 80,4% dice conocer los daños físicos y mentales que puede ocasionar el consumo de drogas. Un 23,1% ha tenido necesidad alguna vez de recibir tratamiento médico o de otro tipo debido a situaciones de enfermedad física o mental derivadas de su consumo de drogas. Más de la mitad indica no tener necesidad de recibir tratamiento para el consumo de drogas que actualmente realiza (65,7%) pero sería adecuado, en un futuro estudio, consultar sobre alternativas ajenas a la búsqueda de la abstinencia cero como meta de tratamiento y evaluar su disposición a formar parte de otro tipo de terapias como lo es la sustitución de sustancias.”* (ICD 2015a p.2)

MARCO CONCEPTUAL²

¿Qué es la Reducción de Daños?

Dos de las realidades contempladas en “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025”³ del *Informe sobre el problema de las drogas en las Américas* (OEA, 2012) plantean la implementación de Reducción de Daños (RdD), desde el siguiente enfoque:

Al reconocer que muchas personas en todo el mundo son incapaces o no están dispuestos a dejar su participación en los mercados de drogas, la reducción de daños intenta proteger su salud, los derechos humanos, la dignidad y el bienestar en la medida de lo posible. (OEA, 2012:47)

Apela a la ya clásica definición de International Harm Reduction Association (IHRA):

La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales⁴ sin necesariamente reducir el consumo. La reducción de daños beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad.⁵

La reducción de daños ha sido adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas⁶ y por otros foros sobre derechos humanos y la salud de Naciones Unidas⁷, por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y las Sociedades Media Luna Rojas⁸, por el Plan de Emergencia de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (Pepfar,

² Este apartado fue tomado del documento elaborado por ACEID, mismo con el que la Red Nacional de Reducción de daños coincide en su contenido. Se hicieron cambios al documento original previamente consensuados por los integrantes.

³ http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_Escenarios.pdf

⁴ El concepto de drogas y/o sustancias psicoactivas abarca en este modelo: alcohol, tabaco, drogas de prescripción, drogas ilícitas y sustancias volátiles

⁵ <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

⁶ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf

⁷ <http://www.ihra.net/files/2010/06/01/BuildingConsensus.pdf>

⁸ http://www.ifrc.org/PageFiles/96733/Red_Cross_spreading_the_light_of_science.pdf

por sus siglas en inglés)⁹, por el Fondo Mundial¹⁰, por otros donantes principales y, de una u otra manera, por casi un centenar de países de todo el mundo, incluyendo una docena de Estados miembros de la OEA y de toda la Unión Europea¹¹. Sin embargo, el término reducción de daños sigue siendo controvertido por la Comisión de Estupefacientes de la ONU, en donde su uso en las resoluciones sigue generando la resistencia de algunos Estados Miembros. La Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adopta el concepto pero también evita el término en sí mismo, hablando en cambio de “servicios de apoyo para reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas.”¹²

Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc) y Onusida han identificado un paquete completo básico de intervenciones basadas en la evidencia para los usuarios de drogas inyectables.¹³ Grupos de la sociedad civil han argumentado a favor de la ampliación de la lista de los servicios de reducción de daños esenciales para incluir, entre otras, las intervenciones por sobredosis, la promoción de reformas a la política, la reducción de la estigmatización, la reducción de la violencia, los servicios jurídicos, las salas de consumo de drogas y el desarrollo alternativo¹⁴. La aplicación de medidas efectivas de reducción de daños para la cocaína fumable (crack, basuco, paco), en las Américas, se encuentra todavía en una etapa inicial, con varios proyectos pioneros en curso en Canadá, Estados Unidos, Brasil, Uruguay, Argentina y Colombia. (OEA, 2012:46)

La reducción de daños se basa en el reconocimiento de que mucha gente alrededor del mundo continúa usando drogas a pesar de los amplios esfuerzos por prevenir la iniciación o continuidad del consumo de drogas. Desata las fronteras tradicionales entre prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción, valorando procesos de recuperación que pueden estar relacionados o no con el abandono del consumo.

La reducción de daños acepta y respeta que personas consumidoras de sustancias psicoactivas no pueden o no quieren dejar de consumir en determinados momentos. Reconoce que, a pesar de comportar riesgos, el uso de drogas también provee a la persona de beneficios que deben tenerse en cuenta si se pretende entender las dinámicas de

⁹ <http://www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf>

¹⁰ J. Bridge, B.M. Hunter, R. Atun, and J.V. Lazarus, “Global Fund Investments in Harm Reduction from 2002 to 2009,” *Int J Drug Policy*, 23(4) (2012), pp. 279-85.

¹¹ <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

¹² <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-e.pdf>

¹³ http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf

¹⁴ http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/GPG_drug%20use_07.06.12.pdf

consumo. Por todo ello, no impone la abstinencia como condición o reflejo del éxito de sus políticas e intervenciones, aun cuando durante el proceso pueda estar contemplada como una de las metas posibles.

Constata que la mayoría de personas usuarias de drogas no acceden a tratamiento, por lo que es necesario proveerles con opciones para minimizar los riesgos de continuar usando drogas, dañarse a sí mismas o a otros. Admite que muchas personas usuarias de drogas prefieran usar métodos informales y no clínicos para reducir su consumo o los riesgos asociados con este, por lo que es necesario adaptar la información, servicios y otras intervenciones.

Afirma que las propias personas usuarias son las principales agentes para reducir los daños derivados de su uso, y busca empoderarlas para que compartan información y se apoyen unas a las otras en estrategias dirigidas a sus actuales condiciones de consumo.

Comprende el uso de drogas como un fenómeno complejo y multifacético que abarca un continuo de comportamientos, desde el abuso hasta la total abstinencia, y reconoce que algunas maneras de usar drogas son claramente menos riesgosas que otras. De ahí que incorpore un espectro de estrategias que oscilan entre un uso menos riesgoso, manejo del uso, abstinencia, contacto con personas usuarias “allá donde están”, respetando sus contextos, espacios y prácticas, abordaje de condiciones de uso de la mano del consumo en sí mismo. Debido a que la reducción de daños demanda que las intervenciones y políticas diseñadas para servir a las personas usuarias reflejen necesidades individuales y comunitarias, no hay una definición universal o fórmula de implementación de reducción de daños.

Tal como se recoge en el Informe, si bien en un principio la reducción de daños se centró en los daños derivados directamente del consumo, paulatinamente se ha ido ampliando:

La noción fue desarrollada originalmente para abordar principalmente los daños directos relacionados con el consumo problemático de drogas (especialmente para prevenir las sobredosis y el contagio de diversas enfermedades entre los usuarios de drogas inyectables) mediante programas de intercambio de agujas, de tratamientos de sustitución, de recetas de heroína y de salas de consumo de drogas bajo supervisión. Recientemente, también alude a los cambios en las prioridades de políticas para lograr la reducción de los daños relacionados con el mercado ilícito y con la aplicación de las leyes vigentes sobre drogas, como la violencia, la corrupción o el deterioro ambiental, sin que ello implique necesariamente la reducción del mercado. (OEA, 2012:16)

Desde la Red Chilena de Reducción de Daños (s.f.), se amplía la definición y considera que es “...toda acción individual y colectiva, médica o social, destinada a minimizar los efectos negativos del consumo de drogas, prácticas sexuales riesgosas y uso de la violencia en la resolución de conflictos, en las condiciones jurídicas y culturales actuales...”

En Costa Rica, de acuerdo con la definición construida por la Red Nacional de Reducción de Daños en el año 2015, en el taller “Elaboración del Modelo para la Reducción de las Consecuencias Adversas del Consumo de Drogas”, como parte de la implementación 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, bajo la dirección del capacitador de dicha actividad, el Dr. Efreem Milanese, asesor internacional de Deutscher Caritas Verband, se entiende la reducción de daños como:

Un conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades.

La reducción de daños en el abordaje de uso de sustancias psicoactivas está basada en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. De ahí que, además de entenderla como un conjunto de estrategias prácticas e ideas dirigidas a reducir las consecuencias asociadas con el uso de drogas, es también un movimiento de justicia social basado en la creencia y respeto por los derechos de las personas que consumen drogas.

Principios de la reducción de daños

Centrarse en los riesgos y daños específicos

Reducción de daños no intenta minimizar o ignorar el real y trágico daño y peligro asociado con el consumo de sustancias psicoactivas¹⁵, sino que lo identifica, para así poder abordar sus causas específicas. En este sentido, según el IHRA, se debe establecer:

- Cuáles son los riesgos y daños particulares.
- Qué causa estos riesgos y daños.
- Qué se puede hacer para reducir estos riesgos y daños.

¹⁵ <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

La identificación de daños específicos, sus causas y decisiones respecto a intervenciones apropiadas requieren de una adecuada evaluación del problema y acciones necesarias. La adaptación de las intervenciones de reducción de daños dirigidas a riesgos y daños específicos debe tomar en consideración factores que pueden agravar la vulnerabilidad de las personas usuarias de drogas, como edad, género o encarcelamiento.

Reconoce más allá del consumo

Aborda el uso problemático de sustancias desde un enfoque de salud de la población que:

- Reconoce que las realidades de pobreza, clase, racismo, aislamiento social, traumas pasados, discriminación sexual, por género y otras desigualdades afectan la vulnerabilidad y capacidad de las personas para manejar efectivamente daños relacionados a drogas.
- Considera y aborda el riesgo potencial e influencia protectora de estatus socio-económico, cultura, género, vivienda, educación, geografía, familia, Ley y políticas, así como otros factores.
- Entiende además que el uso problemático de sustancias muchas veces ocurre simultáneamente con otras condiciones tales como enfermedad mental.

Beneficia a las comunidades

Reconoce que las personas tienen el derecho a vivir en comunidades justas, saludables y seguras, libres de los impactos dañinos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo social.

Basado en evidencia y costo-efectividad

Los enfoques de la reducción de daños son pragmáticos, factibles, seguros y costo-efectivos. Están comprometidos con que sus políticas y prácticas se basen en la evidencia más sólida disponible. Gran parte de las intervenciones son económicas, fáciles de implementar, y cuando se combinan han mostrado tener un fuerte impacto en la salud de las personas y la comunidad.

Gradual

Se valora cualquier cambio positivo que la persona hace en su vida. Las intervenciones son facilitadoras, y parten de las necesidades de los individuos, en consecuencia, los servicios están diseñados para identificar a las personas allá donde ellas se encuentran. Pequeñas conquistas para muchas personas tienen más beneficios entre la comunidad, que grandes conquistas heroicas alcanzadas por unas pocas.

Los objetivos de la reducción de daños en un contexto específico a menudo pueden ser organizados jerárquicamente, con opciones que oscilan entre los más factibles, inmediatos y realistas (medidas para mantener a las personas sanas) hasta opciones menos factibles pero deseables. Mantener a las personas usuarias de drogas vivas y prevenir daños irreparables es considerada la prioridad más urgente, aunque se sabe que hay muchas otras prioridades importantes. La reducción de daños es, por lo tanto, un abordaje caracterizado por el pragmatismo.

Dignidad, respeto y compasión

Se acepta a las personas como son y se evita juzgarlas. Esta compasión y respeto se extiende a las familias de las personas usuarias de drogas (PUD) y sus comunidades. La reducción de daños se opone a la estigmatización y a usar términos como drogadicto, personas adictas, que, por su falta de claridad, perpetúan estereotipos, excluyen y crean barreras para ayudarlas. La terminología y el lenguaje deben mostrar siempre respeto.

Universalidad e interdependencia de los derechos

Los derechos humanos aplican a todas las personas, por lo tanto, aquellas que consumen sustancias psicoactivas no pierden sus derechos, como lo son los más altos estándares de salud, servicios sociales, trabajo, beneficiarse de los progresos científicos, ser libres de detenciones arbitrarias y no estar sujetos a tratos crueles y degradantes.

De lo local a lo global

Aborda el conjunto de las realidades, que dan cuenta de la riqueza de lo heterogéneo y de la diversidad de contextos culturales, políticos, religiosos de las comunidades en las que interviene.

Desafía las políticas y prácticas que maximizan los daños

Varios factores contribuyen a los riesgos y daños relacionados con las drogas, incluyendo los comportamientos y elecciones individuales, el contexto en el que se usan las drogas, así como las leyes y políticas diseñadas para el control de la oferta y demanda de drogas.

Políticas y prácticas, con intención o sin ella, crean o exacerban riesgos y daños para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, estas incluyen la criminalización del uso de drogas, prácticas policiales abusivas y corruptas, leyes y políticas restrictivas o punitivas, la negación de cuidados médicos que salvan la vida, y desigualdades sociales. Todo ello puede derivar en desplazamientos geográficos, ruptura de las redes de apoyo, contribuir a la estigmatización y limitar la factibilidad, cobertura e impacto de respuestas desde la salud pública.

Transparencia, responsabilidad

Una política, programa o intervención efectiva es aquella que puede ser demostrada a una audiencia razonable e informada. Como cualquier política pública, la reducción de daños está inevitablemente vinculada al debate, es por ello que resulta imperativo que las intervenciones se desarrollen bajo argumentos críticos y basados en la evidencia. En este sentido, se anima al diálogo abierto, consulta y debate, para evaluar sus intervenciones y, de no conseguir los efectos y resultados deseados, las replantea o elimina de entre sus prácticas.

Implicación de las personas consumidoras de drogas, así como de las familias y comunidades afectadas.

Asegura que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas con una historia de consumo tengan una voz real cotidiana en la creación de programas y políticas diseñadas para servirles. Las voces de aquellas personas más afectadas por el desarrollo e implementación de políticas, investigación y programas deben ser oídas, y su participación facilitada y procurada de forma significativa.

Busca capacitar a la sociedad civil y las comunidades afectadas en la defensa de la reducción de daños, mediante la consolidación de redes y la colaboración en los diferentes niveles: local, nacional e internacional. De esta manera se facilita que poblaciones en situación de exclusión compartan evidencias, evaluaciones, mejores prácticas, asistencia técnica, recursos, materiales, financiación y experticia.

Cooperación y participación

Dada la compleja naturaleza que subyace a las causas de los problemas relacionados con las sustancias, es fundamental facilitar y establecer alianzas, contando con una amplia gama de agentes significativamente implicados en el desarrollo de políticas y la implementación y evaluación de programas.

Estas alianzas construyen conocimiento, capacidad y redes, además de que facilitan el acceso a los servicios. Pueden tomar muchas formas, incluyendo instituciones gubernamentales, la academia, organizaciones no gubernamentales, miembros de la comunidad. También pueden incluir agencias dentro del sistema de justicia, salud mental, servicios sociales y de salud u otros cuerpos reguladores, personas usuarias de drogas, educadores o ¿trabajadores? de sectores privados, de voluntariado, entre otros.

Información, Educación y Comunicación

Resulta imprescindible habilitar oportunidades de innovación y experimentación, desde la apropiación de nuevas tecnologías que impulsen posibilidades de conjugar lenguajes en narrativas de reducción de daños, útiles para informar, educar y comunicar, mediante múltiples plataformas y formatos disponibles.

Elementos esenciales para el funcionamiento del Modelo

Los elementos que se describen en este apartado son una orientación acerca de los contextos y las poblaciones con las cuales se puede intervenir, basada en evidencia internacional, siendo que es la que existe actualmente. Durante la construcción y puesta en marcha de servicios y dispositivos en Costa Rica, las personas responsables deben ajustarlo a sus poblaciones, realidades, leyes y políticas existentes. A continuación, se describe cada uno de ellos.

Proporcionar un entorno seguro

Las dinámicas del fenómeno de drogas son significativamente influenciadas por la variabilidad de los condicionantes ambientales de los que una persona usuaria participa. La reducción de daños supone ir más allá de actuaciones dirigidas a prácticas de riesgo individuales, para incidir en niveles de contextos complejos que interactúan de forma múltiple. Se trata entonces de aproximaciones más comprensivas que creen entornos seguros, capaces de minimizar el impacto de las violencias que esta población en situación de vulnerabilidad sobrevive, exacerbadas por discriminación y estigmatización que acosan a diario.

Acceso a vivienda

La habitabilidad en calle es resultado de una combinación de factores estructurales, sociales e individuales. La inexistencia o la inadecuación de sistemas y servicios de atención se suman a la falta de recursos asequibles, consumo de drogas, aislamiento, exclusión, desestructuración familiar, desempleo, agresiones sexuales, pobreza, trauma, exposición a la criminalización, encarcelamiento, generando un alto precio en la salud física y mental, así como en expectativas de bienestar de personas que usan drogas. Aquellas con cuadros de patología dual son particularmente vulnerables, fácilmente atrapadas en anquilosados ciclos de exclusión.

No disponer de seguridad y tranquilidad en la vivienda afecta las posibilidades de encontrar empleo, así como los vínculos sociales y familiares, con el impacto que todo ello supone para la familia y la comunidad.

Las dificultades para acceder a una vivienda de manera estable reducen expectativas de vida y aumentan problemas colaterales, como enfermedades cutáneas, bucales,

cardiovasculares, respiratorias y de hígado, úlceras gastrointestinales, diabetes, anemia, epilepsia, cáncer. Además, agudizan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis, tuberculosis (TBC), otras Infecciones de Transmisión Sanguínea (ITSS), sobredosis y muertes que inciden dramáticamente en la población.

Las alternativas de intervención o tratamiento que tienen como puerta de entrada detener el consumo no resultan una posibilidad viable para la mayoría de las personas en situación de calle que consumen sustancias psicoactivas por distintas razones, de ¿falta de? motivación al cambio, o porque no quieren parar en ese momento, quedando excluidos de servicios que no están adaptados a sus necesidades.

Esta falta de contacto regular hace que, en muchos casos, los únicos agentes que acceden a esta población sean dispositivos de emergencia, ya sea la policía, con quien a menudo existen relaciones conflictivas, o servicios de urgencia hospitalaria, poco preparados para atender cuadros tan complejos como los que suele presentar esta población. Todo esto resulta, además de ineficaz, una respuesta muy costosa, judicialización, centros de confinamiento y hospitalización que suponen grandes gastos para las arcas públicas.

En un esfuerzo por acabar con esta situación, ciudades de Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Brasil empezaron a implementar los programas de Vivienda Primero (housing first), que garantizan el derecho a la vivienda por encima de todo y sin precondiciones. Estos programas han resultado ser una intervención efectiva, pragmática y humana para abordar a la población en situación de calle, con severos problemas de salud mental, uso de sustancias y otros asuntos complejos. Muestran que, con los apoyos necesarios, esta población es capaz de mantener una vivienda estable, y lograr mejores resultados en cuanto a reducción y abandono del uso de sustancias que cualquier otro tratamiento convencional.

En el ámbito nacional, el país cuenta con atención ambulatoria que se brinda desde el IAFA, donde la persona puede recurrir sin contar con Seguro Social, o cédula de identificación, independientemente de la situación de consumo en que se encuentre. Se posee una oferta de servicios de ONG aprobadas para tratamiento que solicitan como entrada la abstinencia.

Existen además un grupo de ONG que no cumplen con la aprobación del IAFA por no ser centro de tratamiento, sin embargo, brindan atención a las personas en situación de calle desde hace más de 30 años, lo cual ha generado gran experiencia, así como estrategias para el vínculo con una población vulnerable acostumbrada al rechazo y la estigmatización de los servicios tradicionales. En el apartado de Estrategias para la implementación del modelo, se describirán dichos dispositivos, mismos que deben ser fortalecidos desde el Estado como complemento de los servicios existentes.

Inclusión laboral

Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas soportan presiones derivadas del prejuicio, estigma y exclusión, en parte por sus dificultades en el cumplimiento de condiciones de un empleo formal, pero también, y, en gran medida, por prácticas laborales discriminatorias. Perder el trabajo es uno de los motivos que pueden llevarlas a incrementar el uso de drogas, así como aumentar las prácticas de riesgo. El miedo al despido es otro de los principales motivos para no acceder a tratamiento. Mantener la abstinencia tampoco suele resultar suficiente, ya que muchas empresas se niegan a contratarlas. Los programas de formación e integración laboral suelen ir condicionados a entrar en tratamiento, lo que cierra aún más las posibilidades de obtener trabajo para esta población.

El acceso a opciones de trabajo legítimas y formales posibilita el fortalecimiento de su autonomía y la mejora de componentes básicos en su calidad de vida. Además, se genera un impacto directo en la comunidad, en la disminución de delitos y la percepción de inseguridad.

Es necesario diseñar estrategias dirigidas a garantizar los derechos laborales, adaptadas a las necesidades y expectativas de las personas consumidoras de drogas, para participar activamente en el mercado laboral.

Estrategias de pares

Una de las maneras más efectivas de abordar el desempleo en poblaciones con problemas derivados del uso de drogas ha sido la incorporación de pares a servicios y programas de reducción de riesgos y daños, que a su vez han resultado cruciales al éxito de estas iniciativas. Como máximas expertas en sus necesidades y prácticas, conocen de primera mano, entre otras, el mercado de drogas y hábitos de consumo, indispensables para la adecuación de los servicios de atención.

El trabajo en un ambiente estructurado y de apoyo acordes, contribuye a que personas usuarias aprendan habilidades profesionales básicas, que pueden abrir puertas a empleos en otros lugares de trabajo. Además, su participación en servicios de base comunitaria disminuye el estigma y crea vínculos con el vecindario, que a la larga reducen los procesos de discriminación y criminalización de los que son objeto. Para la población usuaria, el poder recuperar vínculos laborales no sólo refuerza su autonomía, también facilita cierta estructura vital que acompaña el consumo, lo que en muchos casos acaba revirtiendo en una significativa reducción, si no, abandono del consumo.

La participación de pares en estrategias de reducción de daños puede ser muy diversa y conllevar diferentes niveles de implicación:

- **Tomar decisiones:** participan de los órganos competentes en la toma de decisiones y sus aportaciones tienen el mismo peso que las del resto.
- **Experiencia:** reconocidas como un importante recurso de información, conocimiento y herramientas. Participan al mismo nivel que el resto de profesionales en el diseño, adaptación y evaluación de intervenciones.
- **Implementar:** con papel real e instrumental en las intervenciones como cuidadoras, educadoras pares o trabajadoras de *outreach*. Aun así, no diseñan las intervenciones.
- **Vocero:** en actividades que involucran de manera esporádica
- **Contribuir:** invitadas a participar en eventos y reuniones para compartir sus experiencias, pero no participan de otra manera.
- **Participación:** de actividades dirigidas a grupos

International HIV/AIDS Alliance (2015)

Centrarse en la persona

Según UNODC (2016), del total de personas que usan drogas, alrededor de un 10% experimentará problemas relacionados, el 90% restante, por tanto, las utiliza de manera no problematizada. Incluso en tales casos, el uso de sustancias no está al margen de poder generar circunstancias adversas, tan graves como la muerte, accidentes de tráfico por consumo excesivo de alcohol, sobredosis de psicofármacos u otras intoxicaciones habituales en las salas de emergencia.

Aunque parte de los problemas derivados del uso de drogas tienen que ver con los efectos directos de la sustancia sobre el organismo, se ha evidenciado que muchos otros no tienen tanto que ver con la sustancia en sí, como con su adulteración, patrones de consumo o vías de administración.

La incidencia en los diferentes contextos y dinámicas de consumo de manera diferencial ha sido uno de los principales retos que ha abordado la reducción de daños y en los que se requiere impactar de manera urgente.

Consumo de sustancias psicoactivas en entornos de fiesta

Las fiestas patronales, espacios de ocio nocturno, fiestas electrónicas, conciertos, festivales son contextos en los que el uso de alcohol y otras drogas está muy presente y, por lo general, no se problematiza, a excepción de situaciones puntuales derivadas de altos grados de intoxicación o de accidentes relacionados. Estos entornos son una gran oportunidad para tener contacto con personas que no acuden a los servicios de atención específica en drogas, sea porque no los necesita, o no cumplen con sus intereses y expectativas.

Las intervenciones en este campo van sobre todo a ampliar y mejorar la información de sustancias y sus efectos, tanto los deseados como los posibles adversos, junto con recomendaciones dirigidas a paliarlos. Problemas graves, que necesiten de intervenciones médicas o sociales más complejas, escapan a este tipo de servicios, aunque desde ellos se pueda facilitar la derivación a recursos más adecuados.

El contacto con estas poblaciones requiere no sólo de implementar estrategias de reducción de daños, sino también de articularlas, para que ofrezcan atención holística y respuestas a múltiples formas de vulnerabilidad que padecen las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Contener la sobredosis

Las muertes accidentales por sobredosis se asocian en el imaginario colectivo con heroína, pero la evidencia sugiere que el uso indebido de drogas de prescripción y de alcohol sobrepasa los de drogas ilegales, sobre todo psicofármacos opiáceos, vinculados al aumento del consumo de heroína.

Ante esta realidad hay que implementar un paquete de medidas dirigidas a prevenir las muertes por sobredosis.

- Mejorar la educación en sobredosis y valorar la administración de naloxona ★
- Mejorar el monitoreo, investigación, *outreach* y coordinación para sensibilizar acerca de sobredosis, sus ramificaciones y aproximaciones desde la salud pública para reducirlas.
- Leyes que protejan a las personas que responden a sobredosis
- Coordinar la prevención de sobredosis [2]

Drug Policy Alliance

★ Naloxona es un fármaco empleado para contrarrestar los efectos de sobredosis por opiáceos como hidrocodona, la oxicodona, morfina, metadona o heroína. Se utiliza para contrarrestar la depresión del sistema nervioso central y del aparato respiratorio, que ponen en peligro la vida. Los efectos adversos de esta sustancia son menores, mientras que administrada a tiempo salva vidas.

[2] [http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Hoja Informativa_Ley 911 Buen Samaritano_%28Febrero de 2016%29.pdf](http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Hoja%20Informativa_Ley%20911%20Buen%20Samaritano_%28Febrero%20de%202016%29.pdf)

Eliminar barreras de acceso a los servicios

Las razones por las que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas acceden a servicios de atención son muy variadas, si bien lo ideal es que quien se encargue sean los recursos de la red del Sistema Nacional de Tratamiento, lo cierto es que son pocas las personas que se acercan a los servicios.

Los problemas asociados a drogas cambian según la sustancia, la persona y el contexto. Su abordaje, por tanto, debe hacerse teniendo en cuenta cómo se interrelacionan desde el lugar que ocupa el consumo, en relaciones subjetivas que no tienen por qué ser causales. Enfermedades como el VIH/Sida, hepatitis, tuberculosis (TBC) y otras Infecciones de transmisión sanguínea (ITSS), sobredosis o dependencias son algunos de los daños asociados al uso problemático de drogas, que exigen respuestas, por parte del sector social y de salud, disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.

Las situaciones de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se ven agravadas cuando interactúan con otras formas de vulnerabilidad, entre ellas, las personas en situación de calle, mujeres (especialmente trans), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que ejercen trabajo sexual. La situación de exclusión y falta de servicios adecuados a su realidad hacen que sea difícil aceptar las opciones de tratamiento y atención que merecen.

Sin un abandono previo del consumo, o como meta realizable, la mayoría de los servicios de tratamiento dejan de estar disponibles, y aunque cuentan con la opción de procesos ambulatorios, sin embargo, en ocasiones esto no es suficiente.

Las personas tienen la opción de recurrir a servicios comunitarios y de emergencia social, que, si bien es cierto, *a priori* no prohíben la entrada, a menudo se rigen por condiciones y normas difícilmente asumibles, y no cuentan con espacio o sus recursos son limitados para atender a la población que acude a ellos.

La falta de formación y de programas educativos dirigidos a los profesionales de los sectores de salud, sociales y de emergencias, sobre las necesidades específicas de la población, especialmente de aquellos sectores más vulnerables, así como la falta de estrategias de intervención apropiadas, contribuyen a la exclusión. Por una parte, deja a los profesionales sin herramientas, por otra, perpetúa prácticas estigmatizantes y discriminatorias, hasta el punto de que la persona desiste de solicitar su atención.

Al respecto se recomienda:

- Mejorar y mantener actitudes y destrezas de profesionales en continuos procesos de formación, consistentes en múltiples componentes tales como eventos de capacitación, ayudas laborales, supervisión comprensiva, seguimiento a capacitación y orientación.
- Brindar capacitaciones multidisciplinarias y ambientes oportunos que fortalezcan vínculos del trabajo de base comunitaria, generando referencias y el adecuado seguimiento.
- Contar con las personas consumidoras de sustancias psicoactivas como expertas para realizar las capacitaciones al personal de atención.
- Incorporar medidas para la atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en los servicios de atención de medicina general de los sistemas de salud que contemplen diferentes tipos de consumo, distinguiendo entre sustancias, ya que es donde mayor oportunidad existe para detectar e intervenir los problemas relacionados con drogas.
- Establecer políticas antiestigma y antidiscriminación y códigos de conducta, monitoreo y supervisión en los programas, dentro y fuera del sector salud.
- Trabajar de manera directa o indirecta en la atención de las necesidades de las personas, desde la filosofía y estrategias de reducción de daños, incluyendo personal político, sanitario, educativo, social, comunitario, jurídico, policial y penitenciario.

OMS (2016)

Prevención, acompañamiento y tratamiento sociosanitario

Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas siguen cuidándose a sí mismas, sus familias y entre ellas. Superan muchos obstáculos en su día a día, a menudo a un precio muy alto. Todas aquellas que, por una u otra razón, quedan al margen de los servicios de atención, deben vincularse mediante puentes con estrategias adaptables de reducción de daños que rompan las barreras y acerquen servicios integrales allá donde se exijan, de manera oportuna.

El acercamiento de la atención sociosanitaria a personas en situación de extrema exclusión resulta especialmente relevante cuando se tiene en cuenta la incidencia de enfermedades de salud mental, alta prevalencia de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), Hepatitis C (VHC), TBC, ITSS y otros problemas sociales y de salud relacionados; agravados sobre medida en aquellas poblaciones en situación de calle, personas que ejercen el trabajo sexual, personas con patología dual, todavía más cuando se trata de colectivos vulnerables como jóvenes, mujeres, personas trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) e inmigrantes indocumentados.

Un 40% de nuevas infecciones de VIH ocurren en jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 24 años, lo que afecta de manera desproporcionada a mujeres, más aún a mujeres trans, que son por ello una prioridad en relación a la prevención de VIH (ONUSIDA, 2012).

En cuanto a las personas menores de edad, la temprana iniciación sexual y las barreras de edad exacerbaban la amplia disparidad entre necesidad y accesibilidad, debido a que pueden tener dificultades para acceder a servicios sin consentimiento del tutor, específicamente los usuarios de estimulantes en situación de calle quienes son vulnerables y presentan grandes retos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que a pesar de los evidentes obstáculos de exclusión y criminalización, comportamientos de ciertos sectores de poblaciones clave, y los abusos a los derechos humanos de personas que usan drogas, se hace necesario y factible ofrecer servicios relacionados con VIH, de manera que se proteja su seguridad y bienestar.

- Los servicios de salud tienen la obligación ética de cuidar y tratar a las personas de manera imparcial y equitativa.
- Los programas y los países deben asegurar confidencialidad en los servicios.
- El acceso de personas a los servicios generales de salud debe facilitarse
- Mejorar la calidad del servicio mediante la sensibilización y capacitación del personal de servicio. La calidad de los servicios, sensibilizar y capacitar* al personal de atención debe mejorarse.
- Las personas usuarias deben ser motivadas a participar en el diseño y la implementación de servicios de prevención y esfuerzos de respuesta.
- Buscar maneras de actuar coordinadamente entre los equipos de *outreach*, proveedores de salud y servicios comunitarios con el fin de disminuir o eliminar las barreras de acceso a prevención y tratamiento de VIH.

En la actualidad, es fundamental visibilizar la hepatitis C (VHC) debido a su amplia prevalencia e impacto. Entre el 50% y el 90% de las personas infectadas con el virus no logran superarlo y desarrollan una infección crónica, lo que puede derivar en cirrosis o cáncer de hígado, con los correspondientes costos sociales y económicos que esto supone. La hepatitis B tiene considerablemente menores riesgos de derivar en enfermedad crónica, puede co-infectarse de hepatitis D, la cual no se adquiere de manera independiente¹⁶. Entre personas consumidoras de drogas inyectables, también en usuarias de crack, es común la co-infección de VIH y VHC. Además, considerar factores ambientales como beber aguas contaminadas, convivir en condiciones extremas de hacinamiento, falta de acceso a mínimos de higiene, situación de calle, trabajo sexual.

¹⁶ <http://mapcrowd.org/es/>

Paquete comprensivo de nueve intervenciones a implementar entre personas que usan drogas inyectables y sus compañeros sexuales.

1. Programas de Acceso a Material Higiénico de Inyección (PAMHI), también llamados de Intercambio de Jeringas (PIJ)
2. Terapias Sustitutivas de Opiáceos (TSO) y otros tratamientos de dependencia basados en evidencia
3. Testeo, asesoría y tratamiento de VIH
4. Terapia AntiRetroviral (TAR)
5. Prevención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sanguínea (ITSS)
6. Programas de distribución de preservativos para las personas usuarias y sus parejas sexuales
7. Información específica, educación y comunicación para personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas
8. Prevención, vacunación, diagnóstico para hepatitis virales
9. Prevención, diagnóstico y tratamiento

OMS, UNODC y ONUSIDA (2009; 2012)

Debido a la no existencia de evidencia que sugiera que población usuaria de estimulantes deba excluirse de recibir estas intervenciones, ni que no sean efectivas, con el fin de adecuarlas, el *Caribbean Drug Abuse Research Institute*, no sólo adapta, sino amplía sus lineamientos con el fin de adecuarlos.

Un paquete comprensivo de intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y cuidado entre personas usuarias de estimulantes, mayoritariamente no inyectoras, debe incluir servicios de reducción de daños y otros tratamientos basados en evidencia.

1. Intervenciones sobre el comportamiento dirigidas a reducir la transmisión de VIH
2. Información focalizada y programas educativos y de comunicación.
3. Programas de acceso a material higiénico para el consumo inhalado y fumado.
4. Las personas que usan estimulantes deben ser incluidas en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de todos los programas dirigidos a su atención.
5. Educación pública para sociedad civil acerca de la reducción de daños en el uso de estimulantes, personal político de los diferentes niveles de administración, policía, agentes judiciales, personal penitenciario, medios de comunicación.
6. Es necesaria investigación que determine factibilidad y efectividad de estrategias de reducción de daños para asistir a personas usuarias de drogas en situación de vulnerabilidad, de manera más segura: espacios de inhalación supervisados, programas de mantenimiento o sustitución para estimulantes, entre otros.

CDARI (2014)

Al tratarse de una población de difícil acceso, para llegar a las personas usuarias de drogas es necesaria una variedad de aproximaciones, entre ellas, intervenciones de base comunitaria, equipos de calle, servicios móviles, lugares de encuentro, que cuenten con agentes de pares, que han mostrado ser efectivas con poblaciones excluidas de servicios sociales y de salud. (OMS, 2014).

La reducción de barreras de acceso a estos servicios, así como abordar barreras estructurales, permiten a las personas usuarias ejercer sus derechos y facilitan su empoderamiento y organización para exigir aquellos que le son vulnerados (OMS, 2014).

Algunas personas usuarias en contextos altamente criminalizados sobreviven retos asociados con pobreza, desempleo, vivienda inestable y encarcelación. Los programas de reducción de daños que abordan estas cuestiones con otros servicios básicos pueden ayudar a estabilizar su vida y aliviar situaciones de vulnerabilidad, incrementar el acceso a servicios relacionados con VIH, mejorar la adherencia a la medicación y contribuir al cuidado regular.

Abordaje con mirada de género

Las mujeres son invisibilizadas en el fenómeno de las drogas, esto conduce a que las respuestas para abordarlo sean insuficientes de acuerdo con sus necesidades. La UNODC publicó un monográfico sobre las barreras de acceso a atención y tratamiento para mujeres que usan drogas, manifestando como una de las principales causas de inadecuación e insuficiencia de servicios, la falta de información basada en investigación relativa a todos los aspectos relacionados con el consumo, incluyendo efectos y consecuencias psicosociales, características de aquellas con problemas relacionados y sus experiencias de tratamiento.

- Existen **barreras sistémicas** que impiden poner en marcha servicios adecuados a las necesidades de las mujeres en tratamiento, que reflejan su limitada influencia para incidir en política y toma de decisiones sobre asignación de recursos, así como falta de consciencia y entendimiento de las diferencias de género.
- Políticas, programas y servicios presentan **barreras estructurales**, en particular, las mujeres que carecen de un lugar donde dejar a los hijos, las respuestas punitivas a las mujeres embarazadas usuarias de drogas, la locación y el costo de los programas, la rigidez en los horarios y criterios de admisión, preocupación por la propia seguridad y desconocimiento o falta de opciones de tratamiento.
- Las mujeres viven **barreras sociales y personales** en la entrada a tratamiento. Esto incluye estigma, vergüenza y culpa asociados con el uso de sustancias, que se relacionan

al resto de sus circunstancias, miedo a la pérdida de custodia de los hijos, falta de apoyo social y familiar para acudir a tratamiento y falta de confianza en el proceso de recuperación. El miedo a perder a su pareja y que la mayoría de centros separen a miembros de la familia son factores que hacen que muchas parejas desistan de acudir. (UNODC,2004)

- Los hombres son 2 o 3 veces más propensos que las mujeres de usar drogas. Las mujeres son igual o más tendientes al uso de psicofármacos. Para todas las drogas la diferencia entre hombres y mujeres es menor entre personas jóvenes.
- Existen diferencias de género en los efectos a corto y largo plazo en el consumo de algunas sustancias. Entre otras cosas, las mujeres usuarias de drogas tienen un mayor riesgo de contraer VIH que los hombres, así como una incidencia más alta de mortalidad.
- El uso de drogas durante el embarazo puede resultar en un parto prematuro y poco peso en bebés, además de otros efectos específicos de cada sustancia.
- Comparado con hombres, las mujeres que acceden a tratamiento suelen ser más jóvenes, con menos recursos educativos, empleo e ingresos, tienen hijos e hijas a su cargo y conviven en pareja, también usuaria de drogas.
- Las mujeres que usan drogas suelen padecer más situaciones de trauma que los hombres y mayores problemas psiquiátricos asociados.
- Las mujeres están infrarrepresentadas en los servicios de tratamiento. Tienden menos que los hombres a entrar y adherirse.
- Las mujeres logran mejores resultados en el tratamiento cuando ha sido específicamente diseñado a sus necesidades. Estos programas pueden atraer a mujeres que de otras maneras no acceden. [1]

UN Women

[1] "A Gender Perspective on the Impact of Drug Use, The Drug Trade, and Drug Control Regimes . UN Women Policy Brief" En <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender and Drugs - UN Women Policy Brief.pdf>.

Abordar la violencia como prerrequisito

La mayoría de mujeres con problemas relacionados al uso de drogas tienen una historia marcada por trauma y violencia, vivida en la infancia y en la edad adulta. Estas mujeres son la minoría entre las que acuden, tanto a recursos de tratamiento como de reducción de daños. Efectivamente, las mujeres que usan drogas son más vulnerables a violencias físicas, sexuales, explotación y abuso, algo que no se explica sólo en términos psicológicos o individuales, sino desde contextos donde continúan existiendo marcados roles de género. Todo ello puede derivar en vidas caóticas complejas, lo que hace más difícil tratarlas, pero sobre todo ganarse su confianza.

Gran parte de los servicios dirigidos a atender a mujeres que han sobrevivido a situaciones de violencia excluyen de sus criterios de admisión a usuarias de drogas, lo que las deja en una situación de total indefensión, que a menudo las mantiene en el círculo de la violencia. Contar con un espacio seguro es prerrequisito para cualquier tipo de adhesión a tratamiento. La situación se agrava en el caso de mujeres que forman parte de grupos vulnerables, como son mujeres trans, grupos étnicos, con trastornos de salud mental, trabajadoras sexuales y embarazadas.

Aspectos para incluir en la intervención con mujeres

- Reconocer las habilidades para adoptar estrategias personales y tomarlas en cuenta para su auto cuidado, no las reduzca a identidad de víctimas.
- Ampliar el conocimiento sobre las características sociodemográficas de las mujeres usuarias de drogas que han sobrevivido situaciones de violencia, con el objetivo de determinar aquellos factores sociales que contribuyen a ambas problemáticas.
- Profundizar conocimientos sobre experiencias exitosas de sistemas de cuidado para mujeres usuarias de drogas que han sobrevivido situaciones de violencia, cuyo fin sea ajustar programas sociales, de salud y tratamiento.
- Desarrollar herramientas para que las personas que atienden a estas mujeres puedan ser más efectivas en mitigar los efectos de la violencia sobre la salud.
- Para trabajar con mujeres usuarias de drogas víctimas de violencias es fundamental intervenir en la situación de violencia, de lo contrario se convierte en el mayor obstáculo para acceder a atención, así como para evitar eventuales recaídas.
- Apoyar y proteger a mujeres que han sobrevivido violencias es básico, sobre todo en el acceso a dispositivos de vivienda que garanticen su seguridad.
- Disponer de espacios específicos exclusivos para mujeres es esencial, entre ellos, crearse entornos seguros que permitan abordar otras situaciones de vulnerabilidad, como puede ser su relación con el consumo.
- La atención a mujeres que han sobrevivido situaciones de trauma debe partir de construir vínculos de confianza.
- El acceso a servicios dirigidos a atender a mujeres que han sobrevivido a situaciones de violencia no puede condicionarse a la interposición de denuncia penal.
- Mujeres que usan drogas no deben ser excluidas de los servicios de acogida de emergencia y transitorios, dirigidos a quienes han sobrevivido a situaciones de violencia. BCEEWH (2010)

Cuidado a la maternidad

Cuando se trata de mujeres que usan drogas durante el embarazo, habitualmente se pone el foco en los posibles riesgos para el feto, oponiendo las necesidades de las mujeres y futuros bebés. Aunque en el caso del tabaco y el alcohol hace tiempo que existen medidas de reducción de daños que ayudan a mujeres a controlar el consumo durante el embarazo, cuando se trata de drogas ilegales la única opción que se les presenta es la total abstinencia. De no existir familia que se haga cargo de la niña o niño, en muchos casos se procede a la retirada de custodia.

Esto supone muchas barreras para la mujer y su bebé, ya que esta evita cuidados prenatales por miedo a la pérdida de custodia. A pesar de parecer una solución positiva para los niños y niñas a corto plazo, poco se ha valorado las consecuencias a la larga que el trauma de esta separación genera.

Desde los años 90s en países como Canadá y Estados Unidos se empezaron a poner en marcha programas conocidos con el nombre de “único acceso” o *one-stop shop*. Estos modelos de atención, reconocidos en UNODC (2004) por su eficacia, parten de concebir el inextricable vínculo entre la salud de mujer y bebé. Se procura dar respuesta a las necesidades de mujeres embarazadas o madres de manera holística, dando apoyo práctico y emocional dirigido a reducir las barreras de acceso a cuidado y apoyo.

Intentan conectar con la mujer en su periodo de embarazo lo antes posible, con el fin de ir construyendo una relación de confianza, desde la cual poder explorar opciones. Esto ha tenido buenos resultados. La mayoría de mujeres consiguen conservar la custodia, otras pueden tomar la decisión de no continuar con su embarazo, respaldadas por un apoyo emocional y psicológico que requieren. Existen opciones intermedias como compartir custodia, adopciones abiertas, apoyo familiar.

Con el fin de lograr estabilidad, se parte de reconocer que para muchas mujeres el consumo de drogas ofrece una manera de sobrellevar traumas, abuso infantil, violencias de pareja, entre múltiples situaciones de vulnerabilidad. Empezar por abandonar el consumo puede no ser una opción. Las recaídas, en estos programas, no amenazan de manera continua la pérdida de custodia, sino que se entienden como parte del proceso de recuperación, sirven para reforzarlo, integradas entre las cuestiones a tener en cuenta y gestionar. Se apuesta por acordar planes de emergencia con ellas.

La intervención temprana en el embarazo con mujeres usuarias de drogas ha demostrado muy buenos resultados en adhesión a tratamiento y mejoras en la salud y bienestar de mujeres madres y sus hijos o hijas. Además, gracias a la articulación con los servicios de protección a la infancia, cada vez son más las que consiguen mantener custodia. Se reduce también el número de bebés que nacen con falta de peso o con síndrome de abstinencia neonatal, sin olvidar los beneficios para el desarrollo de los niños y niñas, involucrados en estos programas con sus madres.

BCCEWH (2010)

Diversificar el género

Acudir a drogas entre personas de diversidad sexual LGBTIQ (Lesbiana, gay, bisexual, trans, intersexual, queer) se asume desde contextos de estigma, prejuicio y discriminación a los que están constantemente expuestas.

Las sustancias psicoactivas cuentan como mecanismos de reducción del dolor y sufrimiento, que mitigan aflicción emocional y física, facilitan la socialización y sentimiento de pertenencia a comunidades que ofrecen aceptación y apoyo. Usar drogas puede canalizar deseos tabúes y aceptarse más fácilmente. Aun así, existe una falta de adecuación en los programas dirigidos a la población general. No abordan orientación sexual o de género y no son amigables con poblaciones LGBTIQ.

Para ser efectiva, eficiente, aceptable y equivalente, cualquier intervención debe tomar en consideración las circunstancias socioculturales específicas del individuo. Personas LGBTIQ requieren equipos de trabajo con comprensión y competencia, capaces de hacerles sentir seguras, visibles y con confianza de tratar asuntos sensibles.

Los servicios y las personas facilitadoras de la intervención requieren contar con las siguientes herramientas.

- Proveer servicios específicos y adaptados para las intervenciones relacionadas con drogas, para asegurar que formas específicas de comportamiento de alto riesgo sean abordadas e incluidas en las metas de tratamiento relevantes a estos comportamientos.
- La evidencia muestra que medidas de reducción de daños e intervenciones en tratamiento deben abordar el uso de drogas junto con salud sexual y salud mental, áreas donde poblaciones LGBTIQ sobrellevan una carga desproporcionada de enfermedad.
- Involucrar personas LGBTIQ en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas.
- Evaluar el impacto de decisiones acerca de políticas, planeación, puesta en marcha y provisión de servicios a población LGBTIQ.
- Asesoría y tratamientos psicoterapéuticos no deben usar terapias “reparativas” anti- LGBTIQ.
- Incluir a familias LGBTIQ
- Personas LGBTIQ son merecedoras de servicios de calidad en ambientes seguros y apropiados, así como de salud y bienestar. Es responsabilidad del personal técnico y político alcanzar las necesidades de estas poblaciones.

London Friend (2014); Rainbow Health Ontario; Neptune (2016)

Trabajo sexual

Las personas que ejercen trabajo sexual¹⁷ y usan drogas representan los grupos más excluidos, discriminados y estigmatizados de la sociedad. Sin embargo, son raramente abordados teniendo presentes estos condicionantes.

Son múltiples los contextos en que trabajo sexual y uso de drogas interactúan, no necesariamente desde un vínculo causal. A pesar de que existe la preconcepción de que son los problemas relacionados con las drogas una de las principales causas del trabajo sexual, en realidad, la mayoría de personas que lo ejercen, si bien pueden usar drogas, lo hacen de manera no problematizada. El uso de drogas puede ser parte central de la interacción entre quien ejerce trabajo sexual y cliente, ya sea porque se invita a trabajadores sexuales a

¹⁷ El trabajo sexual se refiere a mujeres, hombres y personas transgénero que voluntariamente reciben dinero, u otros bienes a cambio de ofrecer servicios sexuales. Se reconoce que existe un consentimiento.

compartir sus drogas o se busca a trabajadores sexuales que proveen un servicio de “fiesta”, que involucra el consumo conjunto de drogas. También se presenta que personas trabajadoras del sexo son presionadas para usar drogas con clientes, mientras que otras las ven como una ventaja que contribuye a un ambiente de trabajo confortable.

Las personas que ejercen trabajo sexual y son usuarias de drogas enfrentan toda una serie de barreras que les impiden un correcto acceso a los estándares más altos de salud.

Características del contexto de las personas que ejercen trabajo sexual.

- Son excluidas de muchos servicios que requieren de abstinencia o de abandonar el trabajo sexual.
- El acceso a recursos dirigidos a atenuar situaciones de violencia suele estar limitado tanto a personas usuarias de drogas como a aquellas que ejercen trabajo sexual.
- Muchas personas usuarias de drogas que ejercen trabajo sexual continúan siendo excluidas de los tratamientos antirretrovirales, a pesar de las recomendaciones internacionales.
- Las prácticas criminalizantes comprometen la seguridad de las personas trabajadoras sexuales que usan drogas, aumenta su vulnerabilidad e impide el acceso y la prestación de servicios relacionados con prevención de VIH y reducción de daños.
- El estigma y discriminación hacia las personas trabajadoras sexuales que usan drogas reproducidos por servicios sociosanitarios puede incluir desde un trato hostil hasta la negación de prescripción de antirretrovirales, así como de otros tratamientos, o violaciones a su privacidad. El estigma y discriminación aún son mayores entre las personas trans, que suelen además enfrentarse a un total desconocimiento sobre aspectos específicos de salud, por parte del personal sanitario.

HRI (2013)

Con el fin de revertir esta situación, ONUSIDA (2014) destaca la importancia de virar el paradigma que concibe a las personas que ejercen trabajo sexual como receptoras de servicios, por el de empoderamiento. Se asume la promoción de la autodeterminación entre la población trabajadora sexual como una manera colectiva de reclamar sus derechos y ser reconocidas como expertas e iguales, en todas las etapas de puesta en marcha para cualquier estrategia de reducción de daños.

Recomendaciones para el abordaje de personas que ejercen trabajo sexual

- Apoyar y fortalecer colectivos y asociaciones de personas que ejercen trabajo sexual, no excluyentes a usuarias de drogas. Así como incentivar su creación, donde sea necesario.
- Producción y distribución de información específica y explícita, para personas que ejercen el trabajo sexual, acerca de maneras de protegerse a sí mismas o transmitir VIH, motivarlas a usar siempre preservativo e incorporar estrategias de reducción de daños en sus hábitos de consumo de drogas. Producida con ellos y ellas, teniendo en cuenta su heterogeneidad y los diferentes contextos en los que se ejerce trabajo sexual.
- Empoderamiento de personas que ejercen trabajo sexual mediante la creación de grupos de apoyo, para abogar por un trato legal y policial apropiado y mejorar sus herramientas de negociación, con el fin de promover su auto cuidado.
- Garantizar canales de participación para que formen parte, como iguales, de los equipos que diseñen, implementen, monitoreen y evalúen las estrategias de intervención.
- Hacer frente a la violencia contra las personas que ejercen trabajo sexual, dejando claro que los altos niveles de violencia, estigma, discriminación, así como otras violaciones de los derechos humanos, están asociados con la inconsistencia o falta del uso de preservativo, y aumenta el riesgo de ITSS.

ONUSIDA (2014)

- Apoyo a la autorepresentación de experiencias y cultura del trabajo sexual: una rica tradición de representaciones culturales (libros, películas, presentaciones en línea, festivales, danza) existe en las comunidades y organizaciones de personas que ejercen trabajo sexual por todo el mundo. La expresión cultural hace más accesibles los objetivos de un movimiento basado en derechos a personas que pueden no ser familiares con las realidades del trabajo sexual y es una parte esencial de la lucha por los derechos y el cambio.
- El trabajo sexual es trabajo, no “daño”. El trabajo sexual en sí mismo no es inherentemente dañino. Las razones para implicarse en el trabajo sexual son tan variadas como las que llevan a practicar muchos otros oficios. Proveedores de salud y organizaciones que trabajan por los derechos humanos de las personas que ejercen trabajo sexual usan la reducción de daños para encarar sus necesidades. Otras, en cambio, tienen una relación menos cómoda con la reducción de daños porque “daños” es algunas veces definido como trabajo sexual o como las propias personas trabajadoras sexuales. [1]

Red Umbrella Project

[1] <http://www.redumbrellaproject.org/wp-content/uploads/2011/11/SexWorkANDHarmReduction-RedUP.pdf>

En cuanto a la relación entre trabajo sexual y consumo de drogas, OMS, ONUSIDA y UNODC (2012) reconocen la necesidad de implementar reducción de daños entre personas usuarias de drogas que se dedican a trabajo sexual; sin embargo, las guías internacionales dirigidas

a mejorar la situación de las personas usuarias de drogas que se dedican al trabajo sexual son muy escasas y no desarrollan lineamientos específicos.

Las personas involucradas en trabajo sexual tienen problemas complejos, convergentes y cualquier proceso de cambio y recuperación suele tomar mucho tiempo. Debido a esto, la disponibilidad de diversa gama de apoyos resulta crucial, desde reducción de daños y tratamiento hasta servicios que les contribuyan a dedicarse a otro oficio y respalden su recuperación continua. Resultan más adecuados los servicios sólo para personas que ejercen trabajo sexual, que acojan a aquellos que son usuarios de drogas.

Recomendaciones para el abordaje de personas que ejercen trabajo sexual.

- El principio de ‘nada sobre nosotras sin nosotras’ es fundamental para desarrollar políticas y programas, así como provisión de servicios. Personas que ejercen trabajo sexual y usan drogas deben incluirse significativamente en cada etapa.
- Servicios que cumplan necesidades específicas de personas que ejercen el trabajo sexual y usan drogas deben ser creados y/o sistemas de derivación necesitan ser establecidos.
- Los servicios deben ser proveídos de manera discreta y respetuosa, con enfoque en consentimiento informado, bienestar y confidencialidad.
- Autonomía y autodeterminación de personas que ejercen el trabajo sexual y usan drogas debe ser respetada. Proveedores de servicios deben respetar el trabajo sexual como forma legítima de trabajo, y el consumo de drogas debe ser comprendido como una elección.
- Todas las formas de fobia hacia personas que usan drogas, fobias a personas trabajadoras sexuales y avergonzamiento son inaceptables. El estigma y la discriminación asociadas deben ser eliminadas de la provisión de servicios.
- No asumir que trabajo sexual causa consumo de drogas, o que el consumo de drogas lleva a trabajo sexual.

NSWP; INPUD; Bridging the Gaps (2015)

De control social y entornos privativos de libertad

Todos los elementos involucrados en el sistema de justicia penal tienen un papel crucial que desempeñar, de la mano de los servicios sociosanitarios, para influir, con enfoques coherentes y articulados, a reducir los riesgos y daños que genera el impacto de la discriminación y criminalización de personas que usan drogas, así como las numerosas consecuencias que acarrea su estigmatización para la promoción de la salud física y mental, además del bienestar. La clave del éxito de una atención integral a partir de estrategias de prevención, reducción de daños y tratamientos más pragmáticos es que estos sean costo-

efectivos y apropiados, lo que requiere abordajes transversales mediante políticas sanitarias, educativas, económicas, laborales y, en la menor medida posible, penales.

Según la OMS (2014), a nivel global la prevalencia de VIH, hepatitis, TBC y otras ITSS, en población privada de libertad, es entre 2 y 10 veces mayor que para población general. El sistema penal y penitenciario debe desempeñar una influencia contundente y proactiva, que concuerde con su responsabilidad primordial de proveer de los estándares más altos de salud a toda persona privada de libertad.

Recomendaciones

- Aplicar el principio de equivalencia en buenas prácticas, garantizando el derecho de las personas que usan drogas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Cualificar y capacitar al personal penitenciario de manera constante, en todos los niveles de rango, sobre buenas prácticas en reducción de daños, a partir de referentes internacionales sobre lo que se está implementando en otros centros penitenciarios, considerando las posibilidades a explorar y desafíos a superar en entornos privativos de libertad.

UNODC, OMS, ONUSIDA (2007)

Perduran muchos retos inherentes a la privación de libertad, en donde, hasta el momento, no existe un firme compromiso para incorporar contextos de reducción de daños como parte integral de la salud pública. El reto de proveer servicios de reducción de daños en prisiones necesita de un impulso político que cuestione la eficiencia de priorizar la toma de decisiones basadas en cero tolerancia del uso de drogas, e incorpore iniciativas sustentadas en evidencia. Al tratarse de abordajes costo-efectivos, la falta de recursos no debería constituir una excusa para no garantizar una amplia gama maleable de respuestas innovadoras, comprensivas y multidisciplinarias en reducción de daños afines a las realidades, subjetividades y carencias básicas de personas privadas de libertad.

El cometido de generar condiciones legales de abstinencia dentro de los centros penitenciarios justifica la obligatoriedad de medidas de seguridad basadas en políticas de tolerancia cero, como requisas o análisis toxicológicos. No obstante, es suficiente la documentación que confirma las graves consecuencias de este tipo de medidas de seguridad. Muchas personas mientras cumplen condena inician o continúan consumiendo, sean las mismas sustancias u otras más difíciles de detectar, más riesgosas y acaso más tóxicas. De hecho, las preocupaciones con este tipo de programas es que pueden incrementar, en lugar de disminuir, los riesgos de contagio de VIH. (UNODC, OMS, ONUSIDA, 2007)

- Eliminar pruebas toxicológicas de orina obligatorias
- Mejorar la documentación y evaluación de estas medidas debe ser una prioridad del sistema penitenciario para sopesar sus costos en vista de la poca evidencia que confirme su eficacia en reducir los niveles de consumo de drogas.
- Establecer protocolos basados en el principio de no discriminación y protección de los derechos humanos.
- Ofrecer adecuado asesoramiento y servicios de apoyo en reducción de daños y tratamiento.
- Garantizar el respeto a necesidades especiales, basado en consentimiento por parte de mujeres embarazadas.
- Condenar cualquier programa de tratamiento forzoso para personas usuarias, por su comprobada ineficacia y consecuencias contraproducentes.

UNODC, OMS, ONUSIDA (2012)

Las políticas actuales de control de drogas saturan los espacios privativos de libertad con personas que usan drogas. Sobrerrepresentadas, las mujeres cumplen sentencias desproporcionadas por delitos no violentos asociados a microtráfico, actividad constreñida por la pobreza y la obligación de aliviar necesidades económicas personales y familiares (WOLA, 2016). La privación de libertad no solamente agrava causas estructurales de exclusión, sino que se convierte en otra amenaza a sus derechos, al agudizar condiciones de inseguridad, vulnerabilidad y exposición a riesgos de sufrir maltratos, problemas de salud física y mental, agudizados durante la condena por la ausencia o dificultad de acceso a cuidados y mantenimiento sociosanitario básico.

Incidencia del sistema judicial

Las personas que usan drogas no suelen disponer de los mismos recursos a las estructuras legales ni amparo como el resto de ciudadanía. La desaprobación a respetar la decisión autónoma de hacer con su cuerpo y mente lo que se considere más conveniente ha resultado en la imposición de tácticas de reprobación y sanción social que castigan semejantes actos como síntomas de enfermedad o delincuencia.

Para revertir estos gravísimos condicionantes estructurales, organismos internacionales han declarado conjuntamente la ineludible tarea que deben asumir los países para transformar leyes punitivas que criminalizan a personas usuarias de drogas.

- Acabar con la criminalización de las personas que usan drogas, pasar de la criminalización a aproximaciones más humanas y de apoyo a las personas usuarias de drogas, y considerar los problemas a los que se enfrentan, hace transformar las estrategias nacionales en mejores resultados para la salud pública.
- Acabar con detención arbitraria, tortura y otras formas de maltrato.
- Implementar medidas para garantizar el acceso a la justicia de personas usuarias cuyos derechos han sido violados.

OMS, UNODC y ONUSIDA (2014)

Resulta crítico comenzar por minimizar el uso de la herramienta penal y de la cárcel, mediante la eliminación de la obligación de prisión preventiva para delitos menores relacionados con drogas y trascender a medidas alternativas, ya que su establecimiento coacciona los principios de privación de libertad, como medida de *ultima ratio* (última razón) y constituye una vulneración al principio de presunción de inocencia. El sistema penal debe propender a aplicar opciones más integrales y adecuadas a las variables facetas de conductas relacionadas con drogas que estima delictivas.

En consonancia con variados instrumentos de Naciones Unidas, reformas legislativas y de políticas necesarias deben llevarse a cabo, en las siguientes esferas:

- Leyes y sanciones penales, con objeto de reducir la penalización de infracciones no violentas con drogas y reducir significativamente el recurso a la reclusión para personas usuarias de drogas no violentas.
- Leyes y penas de lucha contra las drogas con objeto de que esta legislación, su interpretación y observancia completen las estrategias relativas al VIH/Sida y no obstaculicen la prevención o el acceso al tratamiento correspondiente.
- Legislación y prácticas relativas a fallos judiciales, con objeto de ofrecer distintas alternativas a la reclusión carcelaria y posibilidades que excluyan detención para las personas condenadas por infracciones relacionadas a drogas, a fin de reducir significativamente el número de usuarias encarceladas, la población carcelaria general y el hacinamiento.
- Legislación y política penitenciaria, con objeto de lograr que todas las medidas de prevención, tratamiento y apoyo en el marco del VIH, así como los servicios de tratamiento a consumo problemático de drogas disponibles fuera de las cárceles también estén disponibles a las personas reclusas.

UNODC (2007)

Cuerpos policiales como agentes de salud

La obligación de proteger y promover derechos humanos fundamentales de las personas usuarias de drogas, incluyendo su derecho a los estándares más altos posibles de salud física y mental, permite apreciar mejor el privilegio que otorga tener contacto frecuente con la población. Esta relación cotidiana debe derivar en acciones que garanticen, protejan y apliquen todas las formas de apoyo, asistencia, consejería y capacidad de derivación, la disponibilidad de opciones adecuadas y efectivas de acceso a servicios socio sanitarios públicos y recursos comunitarios de reducción de daños. Todo ello no tiene por qué ser incompatible con prioridades de lucha contra el crimen organizado, mantenimiento del orden social y cumplimiento de las leyes. Se trata de construir relaciones positivas a partir de esfuerzos que ayuden a restablecer confianza en población de difícil acceso y en situación de vulnerabilidad.

Las tácticas policiales tienen que ser percibidas por la comunidad como justas, legítimas y eficaces. Esta profesionalización y reentrenamiento de agentes puede fundamentarse en la disponibilidad de evidencia científica y empírica sobre maneras pragmáticas de aplicar prácticas, políticas y agendas acordes con la reducción de daños, que faciliten mejorar el acompañamiento, respondan a las necesidades e intereses de las personas usuarias de drogas, especialmente para aunar esfuerzos en prevenir, frenar y revertir las tasas de infecciones por VIH, hepatitis, TBC y otras ITSS, además de muertes por sobredosis.

Elementos para una colaboración significativa

- La actuación policial hacia trabajadores sexuales y personas usuarias de drogas es con frecuencia una función de iniciativas no positivas. Reformas exitosas de prácticas policíacas hacia estos grupos deben identificar incentivos, o maneras de involucrar a la población en entrenamientos correspondidos para demostrar que estos esfuerzos pueden ayudar a que la policía se proteja a sí misma y permitirles hacer su trabajo sin generar tanto miedo.
- Asegurar apoyo por parte de altos mandos. Debido a la naturaleza jerárquica del orden público, es esencial asegurar el aval del liderazgo policial para cambiar prácticas arraigadas hacia personas que ejercen el trabajo sexual y personas usuarias de drogas, y hacer que comuniquen este giro en todos los niveles de mando.
- Desarrollar entrenamientos regulados y sistemáticos que involucren a trabajadores sexuales y personas consumidoras de drogas. El conocimiento por parte de la policía de estos grupos, muchas veces, está conformado por los mismos estereotipos y juicios morales prevalentes en la sociedad en general. Ha probado ser crítico entrenar a las fuerzas del orden público sobre las realidades vividas por estas poblaciones, así como de la efectividad y disponibilidad de servicios de atención.
- Los entrenamientos dirigidos a la policía deben ser repetitivos y frecuentes, ofrecidos a diversos niveles del estamento, para evitar vacíos debido a la frecuente rotación de personal. Es importante involucrar a las personas que ejercen el trabajo sexual y usan drogas en estos entrenamientos, para que se conozcan los impactos que la represión y el abuso policial tienen en sus vidas.
- Compromiso policial hacia mecanismos de rendición de cuentas y retroalimentación. Para grupos acostumbrados a ser objeto del cumplimiento de la ley, el compromiso de la policía de rendir cuentas y crear mecanismos de participación comunitarios es fundamental para construir confianza. Esto ha demostrado ser particularmente poderoso cuando la policía es capaz de abrir canales de comunicación directa con grupos afectados.
- Grupos organizados de trabajadores sexuales y personas que usan drogas. Debido al inherente desbalance de poderes entre orden público y población estigmatizada, es más probable una colaboración cuando trabajadores sexuales y personas usuarias de drogas están organizadas y son capaces de articular posiciones unificadas respecto a comportamientos policivos.
- Financiación sostenible. Aunque las colaboraciones descritas en este reporte no son costosas, todas requieren de financiación sostenible —sea de donantes externos o gobiernos locales— para catalizar reforma. Aunque sería óptimo reformar la ley, no es imprescindible para modificar la práctica de orden público. El cambio no debe aguardar actos gubernamentales, sino que puede y debería efectuarse de manera más inmediata a partir de la implicación de la policía y las comunidades.

OSF (2014)

MARCO NORMATIVO

La legislación nacional define el marco normativo que instrumentaliza y respalda la prestación de servicios a personas consumidoras de sustancias psicoactivas. El marco normativo contiene una serie de instrumentos de derecho internacional y nacional que están vinculados al enfoque de derechos humanos y la presentación de servicios.

Como primer término, se debe considerar que Costa Rica es un país firmante de una gran cantidad de instrumentos internacionales, principalmente aquellos enmarcados en el derecho internacional de derechos humanos. En este caso, sería importante mencionar algunas de las convenciones y pactos más significativos:

Año	<i>Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos</i>
1965	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD)
1966	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR)
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR)
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)
1984	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT)
1989	Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)
1990	Convención internacional sobre la proyección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares (ICRMW)
2006	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD)

La legislación costarricense también contempla una gran cantidad de leyes que son atinentes al enfoque de reducción de daños y que justifican su implementación en el contexto nacional.

Año	Instrumentos Nacionales
1936	Ley 10. Ley de Licores
1943	Ley 17. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
1970	Ley 4544. Aprobación Convención Única de Estupefacientes de 1961.
1971	Ley 4760. Ley de Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
1971	Ley 4762. Ley de Creación de la Dirección General de Adaptación Social Creación:
1972	Ley 4990. Aprobación Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
1973	Ley 5168. Aprobación Protocolo de Modificación Convención Única de 1961
1973	Ley 5395. Ley General de Salud
1974	Ley 5412. Ley Orgánica del Ministerio de Salud
1978	Ley 6227. Ley General de Administración Pública
1990	Ley 7198. Aprobación Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes de 1988
1993	Ley 7319. Ley de la defensoría de los habitantes de la República
1998	Ley 7771. Ley General sobre el VIH-SIDA
1998	Ley 7786. Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas
1998	Ley 7852. Desconcentración de los hospitales y las clínicas de la caja costarricense de seguro social
2001	Ley 8204. Reforma a Ley 7786, Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales, actividades conexas y financiamiento al terrorismo
2002	Ley 8239. Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de Salud Públicos y Privados
2002	Ley 8261. Ley General de la Persona Joven

2002	Ley 8289. Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, No. 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al IAFA
2009	Ley No. 8718. Autorización para el cambio de nombre de la junta de protección social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales
2012	Ley 9028. Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud
2012	Ley 9047. Ley de Regulación y comercialización de bebidas con contenido alcohólico
2014	Ley 9234. Ley reguladora de Investigación Biomédica
1998	Decreto No. 27894 Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA
2008	Decreto No. 34784 Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional
2009	Decreto No. 35383 Oficialización de la “Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo del alcohol y otras drogas”
2010	Decreto No. 36021 Convocatoria y organización de un proceso de consulta ciudadana para la elaboración de una política integral y sostenible de seguridad ciudadana
2012	Decreto No. 37110 Política del sector salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
2012	Mediante Decreto Ejecutivo N° 37326-S, se oficializó “Normas Mínimas para el Funcionamiento de los Servicios de Atención a las Personas Menores de Edad (PME), con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

Esta vasta legislación nacional respalda la puesta en práctica de un modelo nacional de reducción de daños para personas que usan SPA, así como la prestación de servicios e intervenciones en instituciones públicas, privadas o de la sociedad civil. Dentro de este marco normativo, se rescatan varias políticas públicas que funcionan como antecedentes fundamentales al presente modelo y le brindan un sentido instrumental al mismo:

- Plan Nacional de Desarrollo “Alberto Cañas Escalante” 2015-2018
- Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017
- Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012 – 2022)
- Política Nacional de Salud Mental 2012-2021
- Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle (2016-2026)

Estas políticas coinciden con la necesidad de diversificar y ampliar el acceso a los servicios de atención en todo el territorio costarricense, así como de articular entre instituciones públicas, las ONG y empresa privada. Esto con el fin de garantizar derechos básicos fundamentales, en especial a aquellas personas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad social. En este caso, debe existir un amplio acceso a una gran variedad de servicios de atención sanitaria y social, fundamentados en un enfoque de derechos humanos, inclusión de género, generacional y cultural.

Cabe mencionar la importancia de incorporar la población de personas usuarias de drogas y la necesidad de brindar servicios de atención sociales y de salud en otras políticas o planes nacionales que puedan estar relacionados y que implican a otras instituciones públicas que no se incluyen por completo en las políticas anteriores, como es el Ministerio de Justicia o CONASIDA; y, por lo tanto, en los planes Plan Nacional de Salud, Plan Nacional VIH/SIDA, entre otros.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2015-2018

Dentro de los principales problemas que define el Plan Nacional de Desarrollo (PND) se encuentra que la “...oferta de servicios de atención y tratamiento para las personas con problemas o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas es reducida, así como los programas selectivos de prevención para la población en riesgo.” (PND 2015 p.172)

Según el PND, a partir de varios diagnósticos se ha determinado que únicamente el 16% de la población costarricense que tiene un trastorno asociado al uso de sustancias psicoactivas (36.000 personas) tiene acceso a los servicios que brinda el IAFA. Muchas de las personas que poseen un consumo problemático no cuentan con el acceso garantizado a servicios de tratamiento y rehabilitación en el Sistema Nacional de Salud, ya que la mayoría de la oferta actual de servicios se concentra la Región Central del país, así como menos opciones para las mujeres y personas menores de edad.

Es por esto que unos de los objetivos del PND buscan fortalecer la detección, atención y seguimiento de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas. En el mismo se esperan varios resultados que son complementarios al enfoque de reducción de daños y al presente modelo, como son:

- Establecimientos de salud provistos de equipos interdisciplinarios para la atención ambulatoria de personas con adicciones y problemas de salud mental. Estos serán administrados por la CCSS y se espera contar con 20 equipos instalados para el 2018.
- Incremento en la cobertura de servicios de salud del IAFA, llegando a un aumento del 10% en el 2018

Queda claro la necesidad e interés del gobierno central por impulsar políticas que brinden servicios de atención y tratamiento para personas que usan SPA, tanto desde la CCSS y el IAFA. Las mismas deben articular acciones con otras instituciones públicas que puedan relacionarse con personas que puedan necesitar de los servicios, así como con otras organizaciones que puedan complementar la atención primaria de salud con modelos de tratamiento residencial o comunitario.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2017:

Elaborado y monitoreado por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el Plan Nacional de Drogas ya tiene más de 20 años y cinco ediciones distintas. El objetivo principal de este plan se enfoca en coordinar la ejecución de una política nacional sobre drogas mediante la articulación intersectorial que logre optimizar las acciones emprendidas y futuras en relación al uso y tráfico de drogas. Dentro del Eje de Prevención del Consumo y Tratamiento, se encuentra una política dedicada al “Fortalecimiento del sistema nacional de tratamiento, mediante un conjunto de 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.” (ICD 2013 p.76).

A nivel general, este Modelo se basa en la complementariedad que esta Política Nacional sobre Drogas debe tener con la Política Nacional de Tratamiento. En relación directa con este modelo, uno de los programas específicos de esta política es el de “Reducción del daño”, cuyo objetivo es “implementar el modelo de reducción de daños para enriquecer como país la oferta de abordajes que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, así como, disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.” (ICD 2013 p.77) Esto se pretende lograr mediante esfuerzos e intervenciones comunales y procesos de sensibilización y capacitación.

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

Aprobada mediante el Decreto Ejecutivo 37110 del 2012 del Ministerio de Salud y el IAFA, comprende un periodo de acción entre el año 2012 y el 2022, estableciendo como su marco referencial el enfoque de derechos humanos y el derecho al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental. El propósito principal de la política es asegurar 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, mediante la articulación de las respuestas de instituciones públicas, las ONG y empresas privadas que brindan atención a personas que usan drogas.

Durante las últimas décadas, se han llevado a cabo reformas al Sistema Nacional de Salud, 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. Tal como lo menciona la misma política:

“A pesar de los esfuerzos que se han realizado en el país en materia de tratamiento, para aumentar la oferta 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” (IAFA 2012 p.17).

Dicha Política, también plantea el imperativo de aumentar la cobertura de los programas de atención, mejorar los servicios de atención públicos y privados, así como 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. De esta manera, se proyecta la necesidad de contar con una alternativa comprensiva y flexible, apta para responder a una realidad heterogénea y capaz, acorde a los cambios sociales y mediante acciones articuladas con una comprometida participación de todos los sectores de gobierno, instituciones y organismos de la sociedad.

En la política también se hace mención de los *Recursos Comunitarios*, aunque no los desarrolla, dentro de los que se hace referencia a servicios básicos dirigidos al

mantenimiento de la abstinencia y la disminución de daños y riesgos. En este caso, estos recursos o servicios de base comunitaria son concebidos, desde el Modelo de Reducción de Daños, como la puerta de inicio de atención para poblaciones vulnerables, por lo que son elemento fundamental en la articulación intersectorial como parte de la cadena de respuestas articuladas en el sistema nacional de tratamiento.

Aun así, debido a que en la política no se desarrollan a plenitud estos recursos, se estableció, en el Plan de Acción para su Implementación de la Política de Tratamiento, la formulación del presente Modelo que brinde una amplia descripción del mismo. Sin embargo, debido a la amplitud del enfoque de reducción de daños, este modelo no solo cubre aquellos recursos de base comunitaria, ya que el mismo es aplicable en distintos recursos y servicios de atención, ya sean estos estatales o no gubernamentales, así como residenciales o ambulatorios.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2012-2021

Al igual que otras políticas o planes de gobierno, la PNSM 2012-2021 también expone la necesidad de fortalecer las redes de promoción, prevención, atención y rehabilitación a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Este objetivo se busca solventar en el Eje Social y Económico con el *“desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas y promover el fortalecimiento de los factores protectores, con enfoque comunitario, con base en la evidencia epidemiológica y científica”* (Ministerio de Salud de Costa Rica 2012 p.57). Este programa nacional de atención integral parte del mismo contexto legal y político, por lo que está ligado directamente a la Política Nacional de Tratamiento, buscando la participación de una gran cantidad de actores sociales, como son el mismo Ministerio de Salud, el IAFA, la CCSS, el ICD, las ONG, Gobiernos locales, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Justicia y Paz, sociedad civil, entre otros.

El aporte principal de esta política en el modelo de reducción de daños está implícito en el mismo slogan de la política: *“De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”*. De esta forma, se busca reorientar el enfoque de atención tradicional de corte intrahospitalario, hacia un enfoque basado en el respeto por los derechos humanos y cuya intervención se realice contemplando el contexto personal, familiar y comunitario, buscando incorporar la convivencia social como parte del proceso terapéutico, buscando realmente una integración social armónica en la comunidad.

POLÍTICA NACIONAL PARA LA ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS EN SITUACION DE ABANDONO Y EN SITUACION DE CALLE 2016-2026

El objetivo general de esta política es *“Generar acciones gubernamentales y no gubernamentales articuladas, oportunas, sistemáticas y sostenibles, para la prevención, atención y protección de las personas en situación de abandono y personas en situación de calle, en el marco de la exigibilidad y accesibilidad a los derechos humanos.”* (MDHI 2016 p.90)

En la misma se menciona la Red Nacional de Reducción de Daños, la cual fue formada a inicios del 2015 y cuyo objetivo es la implementación de servicios y dispositivos de abordaje a personas consumidoras de drogas, que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, bajo nuevos enfoques de atención. Esta Red está conformada por las siguientes organizaciones:

- ACEID (Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en drogas).
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).
- Ministerio de Salud (MS).
- Municipalidad de San José (MSJ).

Esta Red Nacional de Reducción de Daños también tuvo la tarea de elaborar el presente modelo, así como de presentarlo y darle seguimiento, meta que por cierto se incluye en la Política de Habitante de Calle, como una forma de garantizar que para el 2017 se cuente con un marco teórico y normativo para fortalecer los servicios de atención (acceso y calidad de los servicios) dirigidos a personas en situación de calle que consuman sustancias psicoactivas.

En este caso, la Política de Habitante de Calle integra completamente el modelo de reducción de daños como el abordaje principal para dar atención a las personas habitantes de calle, tanto para organizaciones de la sociedad civil como del Estado. Esto queda palpable en el Eje de Fortalecimiento Institucional, donde dos de sus metas son la sensibilización y capacitación del personal del IAFA, CCSS y las ONG para el abordaje de personas en situación de calle consumidoras o no de sustancias psicoactivas bajo el modelo de reducción de daños.

Es así que, dentro del marco de atención a personas que se encuentran en graves condiciones de vulnerabilidad social y económica, pero que además presentan un consumo problemático, o no, de SPA, la Política de Habitante de Calle orienta a la creación o redirección de los servicios de atención sociales y de salud desde el enfoque de la reducción de daños que se presenta en este modelo. Por esta razón, el mismo también se fundamenta en el Eje de Protección y Reconocimiento de Derechos de esta población, como son el derecho a la salud, al trabajo, a la educación y la participación activa en los procesos de toma de decisiones.

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.

Concepto

En Costa Rica, de acuerdo a la elaboración teórica de la Red Nacional de Reducción Daños se entenderá reducción de daños como:

Un conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades. (2015)

La definición construida se complementa con lo aportado por Harm Reduction International, información contenida en el marco teórico de este documento, debido a que amplía los marcos y se puntualiza que no es solamente un tema de salud sino también social y económico, esta es:

La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales¹⁸ sin necesariamente reducir el consumo. La reducción de daños beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad.¹⁹

¹⁸ El concepto de sustancias psicoactivas abarca en este modelo: alcohol, tabaco, drogas de prescripción, drogas ilícitas y sustancias volátiles

¹⁹ <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

Objetivo general:

Implementar estrategias de abordaje a personas consumidoras de drogas, que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, mediante el fortalecimiento y nuevos enfoques de atención.

Objetivos específicos:

- Incorporar estrategias de reducción de daños en la oferta de servicios de atención dirigidos a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Fortalecer las capacidades económicas y de gestión de instancias que ofrezcan servicios de reducción de daños dirigidas a personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Incrementar el acceso y participación de los grupos poblacionales a los procesos de prevención, tratamiento y reinserción socio ocupacional (inclusión e integración)

Red intersectorial

Los capítulos anteriores aportan la conceptualización, los elementos esenciales basados en evidencia internacional y el contexto epidemiológico y normativo nacional. La información brinda insumos para ubicar los servicios y estrategias de reducción de daños en que es necesario se priorice la intervención en Costa Rica, con este propósito la Red Nacional de Reducción de Daños seleccionó los siguientes contextos:

- Contexto comunal: Lugares de uso común, parques, paradas de autobuses, calles, lotes baldíos, casas y edificios abandonados, *bunkers*, zonas verdes comunales, entre otros.
- Comunidades vulnerables: Centros Penitenciarios, distritos prioritarios, zonas rojas, zonas de fiestas, comunidades comerciales, zonas fronterizas y portuarias, entre otros.
- Contexto cultural: Actividades físicas, lúdicas, artísticas, bares restaurantes, actividades públicas y privadas masivas. (música, deporte, festivales, fiestas cívicas y patronales, expo y teatro.
- Contexto familiar y relacional inmediato: Padres, madres, personas cuidadoras, pares, entre otros.
- Contexto educativo: Escuelas, colegios, universidades, formación técnica (atención de prevención selectiva e indicada), oferta de educación abierta, entre otros.
- Contexto de servicios de atención: CCSS, IAFA, ONG, IMAS, Servicios de Salud Privados, entre otros.
- Contexto laboral: Instituciones del estado y privadas principalmente, hospitales, zonas francas, call center, transportes, entre otros (MEP; PANI; Dirección General de Migración y Extranjería, Ministerio de Justicia, Ministerio de Seguridad Social y Trabajo, Empresa privada, Banca estatal).
- Contexto comunicación; Medios de prensa escrita, radio, televisión, redes sociales, corredores culturales, entre otros.
- Contexto espiritual²⁰.

²⁰ Agregado durante la validación del documento con las Organizaciones no gubernamentales el 14 de noviembre del 2016

Población Meta

Así mismo, se consideraron las siguientes poblaciones meta, entendiéndose que cada una de ellas, se abordará con perspectiva de género:

- Personas consumidoras de sustancias psicoactivas
- Personas en alta vulnerabilidad:
 - Personas en situación de calle
 - Personas con discapacidad
 - Personas que viven con VIH y otras ITSS
 - Personas Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI)
 - Persona adulta mayor
 - Persona migrante- refugiado
 - Personas Indígenas
 - Personas trabajadoras del sexo
 - Personas adultas jóvenes
 - Personas privadas de libertad
 - Personas con patología dual

Descripción de los servicios y dispositivos existentes en Costa Rica

Con base en la experiencia y el conocimiento adquirido de instancias como instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales, se considera que el trabajo de red es fundamental en la respuesta que se pueda brindar a la población meta de los servicios. En este sentido, el trabajo de red puede ser pensado como un proceso en el cual toda la comunidad (por medio de sus actores organizados) ayuda a superar las situaciones de vida de las personas, de manera que se puedan implementar acciones de autoprotección, de seguridad, de cuidado y sobre todo de prevención de todos sus miembros.

Es importante considerar que no todas las personas se encuentran en igual situación de riesgo o vulnerabilidad, por ello es necesario contar con espacios de acogida y redes para cada uno de los momentos del proceso de inclusión social.

Actualmente en Costa Rica existen experiencias que proporcionan una base para la implementación de servicios y dispositivos con el enfoque de reducción de daños, principalmente dirigidos a personas en situación de calle, también se reconocen otros en que se trabaja con población trans y personas que viven con VIH, con el agravante de que estos servicios y dispositivos de atención no cuentan con evidencia de evaluación, seguimiento y monitoreo del impacto de las intervenciones, situación que se espera cambie en el país, con el propósito de contar con evidencia.

A continuación, se describen brevemente algunos de estos servicios y dispositivos, de manera que sirvan de punto de partida y se complementen de acuerdo a la particularidad de cada persona y contexto en que se interviene.

Es importante aclarar que estas no son los únicos servicios o dispositivos que pueden implementarse en el país, la innovación y la creatividad son propios del proceso de la construcción de ideas desde las particularidades y las necesidades de las personas para generar estados de bienestar, reducir riesgos y daños asociados al fenómeno de las drogas.

En relación con la puesta en marcha de cualquier servicio o dispositivo que se genere, bajo ningún motivo se excluirá del servicio a personas si se presentan en consumo activo de sustancias psicoactivas. En caso de presentarse a los servicios o dispositivos una persona en situación de intoxicación aguda o compromiso biopsicosocial, el servicio o dispositivo debe tener previamente coordinados mecanismos para la referencia o derivación inmediata a la institución correspondiente, con motivo de proteger la vida de la persona.

Servicios

Concepto

El país cuenta con acciones dirigidas a personas en situaciones de vulnerabilidad que van desde iniciativas personales, hasta grupos de sociedad civil organizada, que brindan diferentes servicios con orientaciones distintas, entre ellas:

- Cristocéntricas: en las que se brinda principalmente servicio de alimentación, acompañado de un mensaje religioso, dirigiéndose a lugares en que pernoctan las personas en situación de vulnerabilidad, u otras alternativas que cuentan con espacios que se acondicionan principalmente en las Iglesias o casas, con un horario para brindar el servicio.
- Asistencial: se brinda servicio de alimentación, baño, cambio de ropa, servicios estéticos, de manera regular (cada semana, cada quince días) o intermitente (una o dos veces al año), dependiendo de la capacidad de la organización, en un lugar establecido. Estas acciones buscan del apoyo de personal voluntario para realizar diferentes actividades con las personas durante su permanencia en el lugar.

Otros servicios que se realizan en el país son el contacto cara a cara principalmente con grupos pares, dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad, se realizan abordajes para brindar información para la prevención de ITSS, y se entregan condones de manera regular.

Este tipo de acciones son importantes, en el tanto puedan formar parte de las redes comunitarias que generen la detección, y funcionen como enganche para que las personas puedan acceder a servicios que permitan trabajar en otras áreas, como centros de escucha, centros de convivencia, centros dormitorios inclusive centro de tratamiento ambulatorios o residenciales.

Dispositivos

CENTRO DE ESCUCHA: DERIVACIÓN DE CASOS Y ARTICULACIÓN DE REDES

Concepto

Un centro de escucha es un servicio (equipo, programa operativo, recursos para la operación, sede operativa y territorio de trabajo, etcétera) de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, acompañamiento y derivación.

Los centros de escucha han sido pensados como una primera modalidad de creación de servicios de muy bajo umbral. La primera forma de la escucha es la presencia, es estar allí. El centro de escucha cuenta con un pequeño local que también puede ser una carpa o un espacio en un parqueo de la zona. (Fergusson S., Góngora A, Milenese E, 2007,sp).

La función de un centro o de una unidad de escucha no es la de dar respuesta a todo. Inicialmente puede resultar importante que no se convierta en un centro de tratamiento encubierto o de asesoría.

Objetivo General

Implementar un proceso de escucha, acogida, atención, que genere una mejor calidad de vida mediante la articulación (referencia, contrarreferencia, seguimiento de casos) entre los diferentes actores, sin importar su condición, edad, sexo o características personales.

Servicios básicos:

De acuerdo con el documento Centro de Escucha y Acogida Comunitaria (s.f), Efrem Milanes, en la presentación de los centros de escucha, indicó algunas de las funciones, se rescatan las siguientes:

- Escuchar
- Orientar
- Mediar
- Organizar
- Capacitar
- Derivar

Personal Básico:

Coordinador del Dispositivo: Organización responsable del proceso

Recurso humano capacitado fijo al menos un profesional en Ciencias Sociales o de Salud (pares, voluntarios)

LA CARPA (ESCUCHA Y ATENCIÓN)

Concepto

La Carpa es una estrategia de atención comunitaria, un espacio de encuentro de personas en situación de vulnerabilidad, que tiene como fin la escucha, aceptación, el auto reconocimiento, la canalización de situaciones especiales y la motivación para la construcción de proyectos de vida.

Objetivo General

Implementar un proceso de escucha y acogida, dirigido a personas en condiciones de vulnerabilidad, que genere una mejor calidad de vida.

Personal Básico:

Coordinador del Dispositivo: Organización responsable del proceso
Recurso humano capacitado (pares, profesionales, voluntarios)

Servicios básicos:

- **Escucha:** Base de la construcción de las relaciones y de la investigación en la acción, puede ser grupal o individual.
- **Alimentación:** La función que se realiza es la entrega de alimentos.
- **Derivación de casos:** cuando la persona demanda tratamiento, esta se canaliza hacia organizaciones de tratamiento con las cuales se articulan acciones.

CENTRO DE CONVIVENCIA

Concepto

Es un dispositivo fijo de atención de bajo umbral, dirigido a personas adultas en situación de vulnerabilidad, para la atención de necesidades básicas de prevención y promoción hacia la educación, acceso a servicios de salud, inclusión socio ocupacional laboral y el fortalecimiento de otras capacidades que apunten a la mejora de sus condiciones de vida.

Objetivo General

Brindar atención a las personas según sus necesidades, físicas, emocionales, sociales y laborales, favoreciendo su inclusión y autonomía en la gestión de proyecto de vida.

Objetivos Específicos

- Ofrecer acompañamiento para el empoderamiento y construcción de un proyecto de vida para la persona usuaria del servicio.
- Articular los servicios de la organización con otros centros y organizaciones comunitarias que favorezcan la integración psicosocial, en servicios de salud, educativos, laborales, entre otros.
- Divulgar y proyectar servicios de la organización en la comunidad.

CENTRO DORMITORIO

Concepto

Es un espacio de pernoctación orientado a dignificar las condiciones de vida de las personas usuarias del mismo y a proveerles servicios de asistencia social (dormitorio, aseo personal y servicio sanitario), captación, valoración, orientación, y referencia; apoyo, consejería, inducción y motivación para reducir riesgos en su salud biopsicosocial.

El Centro además facilita el acceso y la referencia a otros servicios estatales y privados que atiendan las necesidades que presente la población beneficiaria.

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida de las personas ofreciéndoles un centro de pernoctación y de coordinación de servicios públicos y privados que promuevan su dignificación y favorezcan sus oportunidades, en procura de reducir riesgos en su salud biopsicosocial.

Objetivos Específicos:

- Brindar servicios asistenciales de dormitorio temporal, aseo e higiene personal.
- Facilitar la valoración, referencia y atención institucional de las personas usuarias del centro según sus requerimientos y necesidades.
- Promover cambios en el estilo de vida cotidiano de la población usuaria desarrollando acciones dirigidas al reaprendizaje de conductas favorables para la convivencia social y su dignificación personal.
- Sistematizar información útil sobre la población usuaria del centro como insumo para las entidades que trabajan con la problemática a fin de identificar y generar futuras acciones de intervención.

ALBERGUE

Concepto

Es un dispositivo de bajo umbral, dirigido a personas en situación de calle mayores de edad con o sin consumo de sustancias psicoactivas, para la atención de necesidades básicas de prevención y promoción a la rehabilitación.

Objetivo general

Dignificar a la persona en situación de calle con o sin consumo de sustancias psicoactivas, ofreciendo atención a sus necesidades básicas, emocionales y sociales que la motiven a la construcción de estilos de vida más saludables e inclusivos.

Objetivos específicos

- Brindar atención a las necesidades básicas de las personas en situación de calle.
- Ofrecer acompañamiento terapéutico para el empoderamiento y promoción de las personas.
- Motivar a las personas a integrarse en opciones de tratamiento, educativas, laborales, entre otras.
- Fortalecer el área espiritual a partir de sus experiencias de vida.
- Articular los servicios de la organización con otros centros y organizaciones comunitarias.
- Divulgar y proyectar servicios de la organización en la comunidad.
- Proporcionar consejería a las familias de la comunidad.

Lo indicado anteriormente busca orientar a las personas, sociedad civil organizada e instituciones estatales hacia los dispositivos que se han implementado en el país, sin embargo, para obtener mayor información sobre su funcionamiento, puede tomarse como referencia el documento Modelo de Reducción del daño para la atención del habitante de calle y consumo de sustancias, realizado en el 2012 por el IMAS y Humanitas Costa Rica.

Así mismo, se recomienda, previo a proponer un dispositivo, realizar un diagnóstico (con participación de la población meta) que genere información sobre las personas de la comunidad, así como sus necesidades. De esta manera, la realidad y dinámica de las personas y las zonas irá dirigiendo el camino a implementar.

PLANIFICACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN²¹

El compromiso de la reducción de daños de fundamentar sus estrategias en la evidencia y el costo-efectividad ha hecho que se asignen esfuerzos por dotarse de herramientas que den cuenta de la adecuación de sus actuaciones y permitan analizar el impacto de sus intervenciones, desde sus múltiples dimensiones. Abarcar una realidad tan compleja y tabú como la que rodea al fenómeno de las drogas, evitando la intrusividad en las comunidades afectadas, pero conservando el sentido del contacto con la persona, es un reto urgente ante el gran vacío de información que sigue predominando sobre esta cuestión.

Las miradas que insisten en centrar la atención de las políticas de drogas en las personas, y no tanto en el control de las sustancias, han demostrado la necesidad de nuevos enfoques, indispensables para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas de drogas en los diferentes niveles.

Se han elaborado varios documentos guía para la planificación, monitoreo y evaluación de los programas dirigidos a reducir la prevalencia de VIH entre poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres, personas que ejercen el trabajo sexual, personas en situación de calle, personas inyectoras de drogas, jóvenes, entre otras (OMS, UNODC y ONUSIDA (2011, 2012)²².

Las recomendaciones e intervenciones recogidas han demostrado ser costo-efectivas y están avaladas por la amplia evidencia generada de la experiencia internacional. Aun así, factores locales tienen una fuerte influencia en su efectividad e impacto.

Planificar, tomar decisiones, monitorear y evaluar de manera rutinaria deben ser parte de cualquier proceso. Los resultados actualizados permiten asimismo una revisión informada y las posibilidades pragmáticas de cualquier implementación. Es fundamental entender la información que se encuentra en la base del desarrollo e implementación de políticas y estrategias, como la siguiente:

²¹ Este apartado fue tomado del documento elaborado por ACEID, mismo con el que la Red Nacional de Reducción de daños coincide en su contenido. Se hicieron cambios al documento original previamente consensuados por los integrantes.

²² Por las razones que se han expuesto a lo largo de todo este documento, gran parte de las medidas propuestas son extrapolables a la población usuaria de otras drogas, especialmente aquellas más vinculadas con contextos de exclusión, como es el consumo de crack.

- Las dinámicas del uso de drogas legales e ilegales.
- Las características de la población consumidora.
- El contexto socioeconómico que influye en situaciones de vulnerabilidad.
- Las necesidades de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Los sistemas sociosanitarios.
- La infraestructura comunitaria que se dedica a su atención.

En todo el proceso debe garantizarse y ampliarse participaciones de todos los diferentes sectores comprometidos en la toma de decisiones para abordar el fenómeno de las drogas, entre ellos:

- Expertos en programas, coordinadores e involucrados en la atención socio sanitaria de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, tanto del sector público como del sector privado.
- Sociedad civil incluyendo personas consumidoras de sustancias psicoactivas desde su diversidad y heterogeneidad, incluyendo poblaciones clave.
- Personal técnico especializado en diferentes áreas específicas.
- Instituciones gubernamentales, incluyendo representantes de aquellas agencias estatales más relevantes.
- Organizaciones no gubernamentales, incluyendo agencias y organizaciones de base comunitaria, así como organizaciones locales encargadas de servicios relacionados al sector privado.
- Expertos financieros.
- Instituciones académicas y de investigación.
- Asociaciones profesionales de las diferentes áreas implicadas en la atención.

En razón de lo anterior, en Costa Rica, es prioritario y urgente generar espacios de capacitación en el modelo, y estrategias de intervención, si bien se cuenta con dispositivos con un enfoque de reducción de daños, la mayoría lo hacen de manera empírica sin que estén incorporados elementos de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación.

La Planificación

Comprender los usos de drogas en Costa Rica, sus dinámicas, diferentes entornos de consumo y sustancias utilizadas, vías de administración, así como la gestión institucional y comunitaria de este fenómeno, es la base para que las respuestas sean efectivas y respondan a individuos y comunidades afectadas. Las personas usuarias de drogas

enfrentan determinados riesgos diferentes de los del resto de la sociedad. Tienen necesidades relacionadas con su situación social, cultural, política, económica y de salud específicas, que difieren según el contexto y las circunstancias.

Las características, necesidades e intereses de la población usuaria son cambiantes. Es por eso que los Sistemas de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación deben ser instrumentos flexibles y capaces de evaluar parámetros mutantes que posibiliten refinar y reenfocar respuestas rigurosas al fenómeno del uso de drogas. El análisis de estos datos, junto a investigaciones cualitativas de carácter interdisciplinario, contribuye a identificar los vacíos del conocimiento. Respuestas pragmáticas basadas en evidencia empírica, experiencia y ciencia conllevan preguntas y decisiones que permiten avanzar en una planificación e implementación.

Recogida de Información clave

La implementación de recursos de reducción de daños, acompañada de un sistema de recogida, sistematización y análisis de datos pertinentes, es una gran oportunidad para disponer, de manera continua, de información real y actualizada sobre variables del consumo, necesidades y expectativas de población usuaria, así como efectividad y adecuación en los programas de atención.

La recopilación de datos no puede en ningún caso imponerse por encima de la confianza que deposita la persona usuaria al acceder a los servicios. Puede suceder que los servicios y programas de atención, bajo el afán de disponer de información sobre la población atendida y el trabajo realizado, dediquen muchos esfuerzos y tiempo a primeras acogidas, así como seguimiento de actividades realizadas. Estos procesos, a menudo, acaban representando graves barreras de acceso para aquellas personas, que por no querer ser identificadas, o responder a largos formularios, o disponer de tiempo para hacerlo, desisten de acudir.

Como punto de partida es fundamental contar y, de no ser posible, crear estrategias para generar datos clave, que permitan adecuar intervenciones a las diferentes realidades del fenómeno del uso de drogas, tomando en consideración los entornos y la heterogeneidad de la población consumidora de sustancias psicoactivas. Esta información puede recabarse, en primera instancia, de recursos comunitarios u estudios previos, complementándose con servicios como la escucha.

La información mínima necesaria es la siguiente:

- Dimensión de la población usuaria.
- Distribución geográfica de la población usuaria
- Perfil de la población usuaria, factores de riesgos y problemas sociosanitarios asociados, conocimiento de sus necesidades básicas.
- Factores estructurales y barreras para implementar una respuesta a las necesidades e intereses de la población usuaria.
- Accesibilidad, cobertura, calidad, resultados e impacto de la intervención.
- Prevalencia de VIH, hepatitis y otras ITSS entre población usuaria.

El estigma y la criminalización que recaen sobre personas usuarias de drogas hacen que el consumo de drogas sea una realidad oculta y de difícil abordaje. La recogida de datos en estos ámbitos debe obtenerse a partir de relaciones de confianza entre personal investigador y sujetos de estudio. Amerita, entonces, desarrollar estrategias de investigación que posibiliten llegar a esta realidad.

Debe garantizarse que la información en sí misma sea útil para guiar, proteger, y no poner en riesgo la seguridad y privacidad de las personas. En todo momento se deben respetar principios éticos y derechos humanos, si estos no pueden ser garantizados, es mejor evitar la recolección de ciertos datos.

Los servicios de atención y tratamiento han sido la otra fuente principal para generar información sobre esta población. Hay que tener en cuenta que de momento en Costa Rica son muy pocas personas las que acuden a estos servicios. Los datos que puedan surgir, aunque de mucha utilidad para el monitoreo efectivo, así como su alcance, están sesgados y no son representativos del total de la población usuaria, por lo tanto:

- La información proveniente de los servicios no debe considerarse representativa, ni extrapolarse al total de la población usuaria. Hay que incorporar estrategias de investigación dirigidas a conocer la realidad de aquellas personas usuarias que no llegan a estos servicios.
- La información recogida debe ser útil y contribuir a un mayor conocimiento, ya sea del consumo, sobre la población usuaria o la efectividad de políticas y actuaciones para su atención.
- El anonimato y la confidencialidad de personas usuarias, así como su acceso a los servicios, deben priorizarse a la recogida de datos, de manera que no sea una barrera de acceso a los servicios cuando la persona tenga los primeros acercamientos. Una vez generado el vínculo y fortalecida la confianza entre ambos

actores, se puede ir obteniendo información respetando en todo momento el proceso en que se encuentre la persona.

- En servicios y programas de reducción de daños de bajo umbral no debe exigirse ningún tipo de información, aunque se crearán estrategias para recopilarla garantizando el anonimato y confidencialidad, especialmente, en aquellos que atienden exclusivamente a personas consumidoras.

Propuesta de indicadores para la medición, monitoreo, seguimiento y evaluación

Con el fin de sopesar significativamente las políticas de drogas, es necesario incorporar nuevos indicadores dedicados a medir resultados relevantes. Algunos de ellos se han ido elaborando en esta última década y ya son utilizados por expertos en el campo, así como por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre VIH-Sida, entre otros.

Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Global en Política de Drogas, el Instituto Igarapé publicó su informe Medir Importa, diseñando nuevos indicadores para una política de drogas que funciona. Esta nueva propuesta de indicadores considera dos impactos de alto nivel, seis objetivos, 16 metas y 86 indicadores:

Impactos de alto nivel

- Mejorar la salud y el bienestar de población
- Incrementar la seguridad de las personas involucradas con drogas y la sociedad en general

Objetivos

1. Terminar la criminalización y estigmatización de los usuarios de drogas
2. Frenar el consumo de drogas a través de medidas de salud pública
3. Un enfoque más balanceado hacia el encarcelamiento de infractores
4. Enfocarse en grupos de crimen organizado y narcotráfico
5. Proveer alternativas viables para la sustitución de cultivos
6. Fomentar la experimentación con diferentes modelos de regulación de drogas.

Igarapé (2016)

El cambio de enfoque hacia la promoción de los derechos humanos, la salud pública y la seguridad propone un abanico de indicadores para seguimiento del real efecto de las políticas de control de drogas ilegales, en contraposición a los indicadores tradicionales.

Indicadores Tradicionales	Indicadores Nuevos
<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque punitivo basado en la criminalización de productores, distribuidores y consumidores • Indicadores: <i>inputs</i> y <i>outcomes</i> relacionados con la guerra contra las drogas • Estrictamente definidos por intereses políticos e institucionales. Influencia del poder dominante • Orientados hacia el proceso “que tan duros hemos sido” • No capturan consecuencias inesperadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación basada en la mitigación de los daños causados por las drogas • Resultados e impactos asociados con la salud pública y la seguridad • Indicadores sobre la nueva política y sus efectos • Teorías de cambio: indicadores de impacto, <i>outcomes</i> y <i>outputs</i>: “que tan exitosos hemos sido” • Define una ruta para una política progresiva de drogas

Cuadro extraído de la presentación del Reportaje Estratégico, Buenos Aires, 22 de Julio de 2015.

<https://prezi.com/7i9wukdar8mp/igarape-medir-importa-cels-buenos-aires-jul-22/>

El Centro Internacional de Ciencia en Política de Drogas hace énfasis en que los indicadores de evaluación sobre políticas de drogas actuales son muy limitados, ya que aportan poca información sobre cómo estas políticas afectan la seguridad, la paz, el desarrollo, los derechos humanos y cómo todos ellos se interrelacionan con los problemas de salud.

Nuevos indicadores

Salud

- Nivel de cobertura y acceso a intervenciones identificadas por la OMS/ UNODC/ONUSIDA como parte del paquete integral de prevención, tratamiento y atención al VIH para personas que usan drogas.
- Nivel de cobertura de tratamiento basado en la evidencia para los trastornos por uso de sustancias.
- Incidencia de sobredosis fatal
- Presentaciones u hospitalizaciones en salas de emergencia relacionadas con las drogas
- Frecuencia de uso de equipo de inyección contaminado o no estéril
- Proporción de personas que usan drogas con el acceso a un suministro adecuado de material de inyección estéril.
- Proporción de personas dependientes a los opiáceos que tienen acceso a tratamientos de sustitución basados en la evidencia.
- Prevalencia e incidencia de la transmisión de enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y la hepatitis C, entre las personas que usan drogas.
- Frecuencia de llamadas a servicios de emergencia que incluyen la mención de emergencias relacionadas a las drogas.
- Servicios de salud esenciales para las personas que usan drogas incluidos en la cobertura universal de salud.
- Nivel de acceso a los servicios esenciales de salud entre las personas que usan drogas (por ejemplo, VIH y el tratamiento de VHC, TSO, Naloxona, etc.)

Paz y Seguridad

- Incidencia de homicidios relacionados con los mercados de drogas
- Incidencia de violencia relacionada con los mercados de drogas
- Lesiones relacionadas con el uso de drogas
- Accidentes de tráfico y otras víctimas mortales causadas por el influjo de drogas

Desarrollo

- Pobreza en las regiones de venta, cultivo de drogas
- Acceso a mercados legales en las regiones de cultivo de drogas ilegales
- Puntuación en Índice de Desarrollo Humano en regiones de cultivo de drogas
- Uso, producción y tráfico de drogas ilícitas como proporción del PIB nacional
- Valor anual y composición de la producción de drogas ilícitas por país y región
- Proporción de personas con dependencia de drogas que tienen acceso a una vivienda estable.

Derechos Humanos

- Proporción de presos encarcelados por delitos de drogas no violentos
- Número de individuos condenados a muerte por delitos de drogas
- Porcentaje de la población con antecedentes penales por uso o posesión no violenta de drogas.
- Nivel de acceso a servicios esenciales de salud para las personas que usan drogas mientras encarceladas o detenidas.
- Número de personas detenidas en centros de detención obligatoria por drogas
- Incidencia de abuso físico o sexual experimentado por personas dependientes a las drogas, ya sea por parte de la policía o mientras encarceladas.
- Nivel de acceso a medicamentos analgésicos médicamente apropiados para la paliación.
- Inclusión de comunidades afectadas en la política de drogas así como en la elaboración de programas y evaluaciones.
- Nivel de prestación de servicios con enfoque de género ^[1]

Centro Internacional de Ciencia en Política de Drogas

[1] http://www.icsdp.org/read_the_open_letter

Monitoreo y Evaluación

El método que sustenta los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación, aquí planteado, parte de lo expuesto en la guía técnica elaborada por OMS, UNODC, ONUSIDA (2012) para la implementación de medidas dirigidas a la prevención, tratamiento y cuidado del VIH entre población usuaria de drogas inyectables. Se considera que estas medidas también son adecuadas para el resto de población consumidora de sustancias psicoactivas, especialmente, aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad y con prácticas de riesgo, ya sean asociadas al uso de drogas o a comportamientos sexuales que se ven agravados por el consumo.

Es necesario valorar componentes estructurales y coyunturales en la posibilidad de respuestas a matices cotidianos sobre el fenómeno de las drogas. Esto requiere sistemas de recolección consistentes para compilar datos desde los servicios de atención desarrollados, para analizarlos de manera centralizada y que puedan ser agregados mediante los diferentes servicios. Aquí se incluye la información a tener en cuenta para conocer disponibilidad, cobertura, calidad, resultados e impacto, a partir de aportación de datos realistas, veraces y actualizados sobre el fenómeno de drogas, sus lógicas, dinámicas y resultado de gestiones, hayan o no sido exitosas.

Es fundamental que estos sistemas sean prácticos, optimizados y capacitados para recopilar información que permita conocer las medidas que resultan efectivas y aquellas que son necesarias incorporar, reforzar, modificar, o acaso eliminar. Debe incluirse la divulgación a órganos institucionales y a la población en general del cumplimiento de los compromisos adquiridos incluyendo las recomendaciones que fueron recibidas en el proceso. Los canales requieren datos de múltiples fuentes, incluyendo seguimiento serológico, datos programáticos y administrativos, insumos adquiridos mediante la revisión de documentos políticos y legislativos, así como consultas con especialistas y sectores comprometidos, incluidas personas usuarias y comunidades afectadas.

El “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica” es el resultado de una política pública más participativa, que involucra a los diferentes actores para una construcción de políticas más humanas, basadas en la evidencia y centradas en las personas.

La Reducción de Daños valida un rol protagónico a la persona que usa sustancias psicoactivas, convirtiéndola en una Participante Activa de su proceso de mejora continua de salud y no el tradicional concepto de paciente pasivo en su proceso de mejora.

Este Modelo de Reducción de Daños es el resultado del trabajo interinstitucional cuya intención es brindar herramientas a personas, colectivos, organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, para diversificar los servicios que se brinda a personas que usan sustancias psicoactivas, y entender que los indicadores deben establecerse de acuerdo a la mejora de calidad de vida, acceso a salud, acceso educación e inclusión socio laboral y no solamente dirigidos a la abstinencia; edificando un Estado que realmente valida los derechos humanos evitando la estigmatización, discriminación y exclusión en especial de personas vulnerables relacionados con el fenómeno de las drogas.

El modelo debe de estar dirigido a abordar a la persona y no la enfermedad, eso abrirá un panorama más amplio para entender por qué la abstinencia como requisito de atención es una alternativa, se cuenta entonces con una diversidad de opciones adaptadas a las necesidades y realidades de la persona.

En pocas palabras, no necesitamos que deje de consumir para poder ayudarle a mejorar su calidad de vida, la abstinencia será una decisión que tome ella si así lo considera importante y necesario en su vida en ese preciso momento en el que se encuentre y los facilitadores o educadores estarán ahí, para acompañarlo en su proceso.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas- ACEID (2016). DELESPACIO: Puntos de Encuentro en Reducción de Daños. Pendiente de publicar

Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas- ACEID (2016). Estudio sobre comportamientos de riesgo en personas que usan drogas: aproximaciones para Costa Rica. Pendiente de publicar

BCCEWH (2010). Gendering the National Framework Series: Trauma-informed Approaches in Addictions Treatment En

http://bccewh.bc.ca/wpcontent/uploads/2014/02/2010_GenderingNatFrameworkTraumaInformed.pdf

BMA (2013) *Drugs of Dependence. The rol of Medical Professionals*. En

<https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/public-and-population-health/drugs-of-dependence>

CDARI (2014). Technical Guide to HIV Prevention, Treatment and Care for People Who Use Stimulants. En

<http://www.anex.org.au/wp-content/uploads/2014/02/Technical-guide-to-HIV-prevention-treatment-and-care-for-stimulant-users.doc>

CCSS (2010). *Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. En

http://www.pani.go.cr/index.php?option=com_docs&task=download&format=raw&id=52

EMCDDA (2010). *Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. En <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Fergusson S, Góngora A, Milenese E. (2007). Centro de escucha el parche una propuesta de redes para el tratamiento comunitario en situaciones de sufrimiento social Texto para publicación de UNODC

IAFA (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. Decreto37110-S San José, Costa Rica

ICD (2013). Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017 San José, Costa Rica

International HIV/AIDS Alliance (2015) Good practice guide for employing people who use drugs. En

http://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing_FINAL_original.pdf?1445009816

Instituto Igarapé (2015). *Medir Importa. Diseñando nuevos indicadores para una política de drogas que funciona*. En

<https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-estrategico-12-Medir-Importa.pdf>

HRCESSEX (2016). “The human rights ‘win’ at the UNGASS on drugs that no one is talking about, and how we can use it”. En

<https://hrcessex.wordpress.com/2016/05/09/the-human-rights-win-at-the-ungass-on-drugs-that-no-one-is-talking-about-and-how-we-can-use-it/>

HRI (2013). *When sex work and drug use overlap. Considerations for advocacy and practice*.

En http://www.ihra.net/files/2014/08/06/Sex_work_report_f4_WEB.pdf

HRI (2013). *When sex work and drug use overlap. Considerations for advocacy and practice*.

En http://www.ihra.net/files/2014/08/06/Sex_work_report_f4_WEB.pdf

London Friend (2014) Improving provision of drug and alcohol treatment for lesbian, gay, bisexual and trans people. En

<http://londonfriend.org.uk/outofyourmind/>

Mainline y SOA AIDS Nederlands (2014) Tina and Slamming. MSM, Crystal Meth Use and Injecting Drugs in a Sexual Setting. En

<http://english.mainline.nl/posts/show/8093/bridging-the-gaps2-2016-2020>

Ministerio de la Protección Social República de Colombia, UNODC. RAISSS Colombia (S. A.) Centro de Escucha y Acogida Comunitaria.

NSWP, INPUD, Bridging the Gaps (2015) “Sex Workers who Use Drugs. Ensuring a joint approach”. En

<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Joint%20Briefing%20Paper%20Sex%20Workers%20Who%20Use%20Drugs%2C%20NSWP%20INPUD%20-%20October%202015.pdf>

- OEA (2012). Informe sobre el problema de las drogas en las Américas. En http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/default_spa.asphhttp://
- OSF (2014). *To Protect and Serve. How police, sex workers, and people who use drugs are joining forces to improve health and human rights.* En <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/protect-serve-20140716.pdf>
- OMS (2012). *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* En http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/
- OMS, UNODC, ONUSIDA (2012). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud). En http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf
- OMS, UNODC, ONUSIDA (2012). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud). En http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf
- OMS, UNODC, ONUSIDA (2013). *Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones.* En http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1
- OMS (2011). Management of hepatitis B and HIV coinfection, in *HIV/AIDS Treatment and Care: Clinical Protocols for the OMS European Region.* En http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/152012/e95792.pdf
- OMS (2016) *Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs.* En http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/
- OMS, UNODC, ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users.* En http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf

OMS, UNODC, ONUSIDA (2012). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision*. En

<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>

OMS y ONUSIDA (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. En

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf.

ONUSIDA (2014). Guidance note. Services for sex workers. En <http://www.unaids.org/en/ourwork/programmebranch/countryimpactsustainabilitydepartment/globalfinancingpartnercoordinationdivision/>

UNDP (2016). Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. Practical Guidance for Collaborative Interventions. En <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>

UNODC (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. En

www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf

[/countryimpactsustainabilitydepartment/globalfinancingpartnercoordinationdivision/](http://www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf)

UNODC (2007). *Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment*. Criminal Justice Handbook Series. Nueva York. En https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_of_Basic_Principles_and_Promising_Practices_on_Alternatives_to_Imprisonment.pdf

UNODC, OMS, ONUSIDA (2007a). *VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz*. En https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_Spanish_Ebook.pdf

WHO (2009). HIV aids Comprehensive Harm Reduction Package ,Genève

WOLA (2016). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América latina y el Caribe*. En

<https://www.wola.org/es/mujeres-politicas-de-drogas-y-encarcelamiento-en-las-americas/>

Youngers (2013). La agenda de la reforma de la política de drogas en las Américas. En http://www.druglawreform.info/images/stories/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-agenda-in-Americas_V2_SPANISH-1.pdf