

2020

Modelo de Abordaje Integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de Salud Pública del IAFA

**MARCO CONCEPTUAL
Y ESTRATEGICO**



SAN JOSE, COSTA RICA | Octubre de 2020

Resumen Ejecutivo

El Modelo de Abordaje Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública, refleja la intención del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) por realizar un esfuerzo interno para especificar de mejor manera los criterios que le brindan fundamento a la práctica institucional, es decir, al modo en que implementa sus competencias, potenciando los efectos e impactos y las alianzas necesarias, siendo los principales elementos en la construcción e implementación del modelo los siguientes:

- a) la centralidad en las personas, la familia y la comunidad
- b) la integralidad de la atención
- c) la continuidad de la atención
- d) la red integral coordinada de servicios de atención
- e) la intervención sobre los determinantes sociales

Desde el enfoque de salud pública, se reconoce que la atención debe ser un proceso integral y continuo, centrado en las personas (OMS 2016), por lo tanto, se busca fomentar la acción intersectorial, con una organización de los servicios en redes, que permita ordenar y garantizar una provisión continua y de calidad a las personas en el contexto de su familia y comunidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población.

Se parte del enfoque centrado en la persona para la atención efectiva, oportuna, con respeto, trato digno y reconocimiento de los derechos de quienes consumen sustancias psicoactivas (SPA), organizando la prestación servicios a partir de una estrategia que busca incidir en los principales determinantes sociales de la salud, basado en una práctica de colaboración no competitiva, la cual se ampara en un proceso de cooperación, coordinación e integración entre los diversos actores que se realizan acciones en el territorio nacional.

Lo anterior, implica que el marco estratégico es el elemento alineador y unificador de la actividad de la organización y define los ámbitos en los cuales se desenvuelve la Institución, por medio de estrategias y planes de acción específicos, que generan identidad y sirven para enlazar las intervenciones del IAFA con la realidad y proporcionar una respuesta a las necesidades de la sociedad.

En síntesis, se busca abordar de manera integral el consumo de sustancias psicoactivas en el país y brindar una respuesta adecuada, efectiva y sostenible, con intervenciones basadas en la evidencia, que permitan la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, así como estrategias para reducir los riesgos y daños asociados con el objetivo de evitar el distanciamiento de la población afectada de los servicios.

CONTENIDO

1. Presentación	1
2. Marco jurídico	3
2.1. Contexto normativo	3
2.1.1. Jerarquía de fuentes normativas	3
2.1.2. Constitución Política	3
2.1.3. Normativa internacional.....	4
2.1.4. Normativa nacional	6
3. Marco teórico conceptual.....	20
3.1. Conceptos centrales	20
3.1.1. Sobre el concepto de salud	20
3.1.2. Determinantes sociales de la salud (DSS).....	21
3.1.3. Sobre las características del modelo de atención integral	23
3.1.4. Sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	24
3.2. Principios	27
3.3. Enfoques.....	28
4. Análisis de la situación	30
5. Marco estratégico.....	40
5.1. Misión	40
5.2. Visión.....	40
5.3. Valores	40
5.4. Vinculación de la Política Sectorial con la Estrategia Institucional	41
6. Modalidad de entrega y conjunto de prestaciones	43
6.1. Organización para la provisión de servicios.....	44
6.1.1. Organización de redes	44
6.1.2. Niveles de atención.....	44
7. Referencias	54
8. Apéndice.....	65
Anexo N° 1	65

1. Presentación

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), apoyado en un enfoque de salud pública y derechos humanos, busca abordar de manera integral el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y brindar una respuesta adecuada, efectiva y sostenible mediante la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, que permitan la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños asociados, así como la implementación de actividades para evitar el distanciamiento de los servicios.

Alineado con los postulados generales de la Organización Mundial de la Salud (2006), se reconoce que la atención debe ser un proceso integral y continuo, centrado en las personas y sus familias, que busca fomentar la acción intersectorial, con una organización de los servicios en redes, a fin de mejorar las condiciones de salud de la población.

El presente documento sintetiza los fundamentos y características del Modelo de abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de Salud Pública del IAFA (en adelante Modelo), que pretende ofrecer una perspectiva cercana a los derechos humanos, para enfrentar los desafíos que en materia de salud imponen conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas.

El documento se estructura mediante los siguientes apartados:

Marco jurídico

Se indican las normas nacionales e internacionales, es decir, el conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos que sirven como referencia para las acciones que realiza el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Marco conceptual y principios

Se incorporan los conceptos que sirven como marco para el entendimiento del fenómeno de las drogas y el consumo de sustancias psicoactivas y en particular, las relaciones que se generan entre la salud de las personas y el entorno físico y social en el que nacen, viven, trabajan y se relacionan.

Análisis de la situación

Se proporciona una visión general de la situación de salud de la población, respecto al consumo de sustancias psicoactivas, presentando perfiles de consumo de las diversas poblaciones, así como datos sobre el acceso a los servicios de atención, y, la evolución de la oferta de la red de recursos disponibles y su uso.

Marco Estratégico y modelo de gestión

Se describen los grandes aspectos que generan identidad a la institución (misión, visión, valores) y que sirven para enlazar la organización con la realidad y proporcionar una respuesta a las necesidades de la población.

Este marco es el elemento alineador y unificador de la actividad de la organización y define los ámbitos en los cuales se desenvuelve la Institución, por medio de estrategias, planes, objetivos y líneas de acción específicas.

Finalmente, se incorporan anexos que complementan los elementos básicos descritos en el documento, así como las referencias bibliográficas por cada uno de los apartados del documento.

2. Marco jurídico

2.1. Contexto normativo

La Administración Pública está sujeta al principio de legalidad, de manera que su actuar está condicionado por la normativa existente, en el caso del abordaje del uso de sustancias psicoactivas y la labor del IAFA, es importante tener claro cuáles son las normas que rigen la materia. Por lo anterior, a continuación, se expone el principal marco jurídico que sirve como referencia para las acciones que realiza el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en el área que ejerce rectoría.¹

2.1.1. Jerarquía de fuentes normativas

El presente apartado se encuentra estructurado en orden jerárquico de las diferentes fuentes normativas que lo componen, esto según las prescripciones normativas del artículo 6 de la Ley General de Administración Pública el cual resalta la primacía de la Constitución Política, siguiendo en orden los tratados internacionales, las leyes, decretos ejecutivos y las demás normas subordinadas.

2.1.2. Constitución Política

La Constitución Política (CPol) (1949), constituye la principal fuente normativa, de nuestro ordenamiento jurídico, de ahí que los artículos 21, 33 y 50 son el punto de partida del presente apartado. El numeral 21 de la Carta Magna protege el derecho a la vida, pues dispone que la vida humana es inviolable, de este artículo jurisprudencialmente se ha derivado el derecho a la salud (en este sentido ver Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, sentencias N° 1915-92, 2003-11222). El artículo 33 de la CPol establece que todo hombre es igual ante la ley y el 50 impone al Estado el deber de procurar el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza, este mismo artículo señala que toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.

¹ Resumen de competencias en el ámbito concreto de salud y de consumo de las sustancias psicoactivas.

2.1.3. Normativa internacional

El artículo 7 de la Constitución Política le otorga a los Tratados y Convenios Internacionales fuerza normativa superior a las leyes, para el presente instrumento resulta importante hacer un recorrido por las disposiciones de estos cuerpos normativos. En primer lugar, se tiene a la Declaración Universal de Derechos Humanos² (1948), en su artículo 25 establece el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure salud, y bienestar. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), en su numeral XI establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, dentro de los que caben asistencia médica.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) Ley N° 4534 (1970), en sus numerales 12, 13, 15, 16 y 22 reconoce la importancia de la protección a la salud de las personas. En igual sentido este derecho es reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Ley N° 4229 (1968), en sus artículos 12, 18, 19, 21 y 22. Mientras que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ley N° 4229 (1968), en su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Costa Rica es signataria de una serie de tratados, que constituyen un marco normativo base respecto a la regulación de temas relevantes para los Estados, en el caso particular sobre la temática del fenómeno de las drogas; entre estos instrumentos de derecho internacional se encuentran la Convención Única Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1961, Ley N° 4544 (1970); esta convención es el tratado internacional contra la manufactura y el tráfico ilícito de drogas estupefacientes que conforma el fundamento del régimen global de control de drogas; surge por una preocupación de los Estados por la salud física y moral de la humanidad, se reconoce que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin, señalan

² Por su carácter y naturaleza, no ha necesitado de los trámites constitucionales de aprobación, para entenderse como vigente y con la fuerza normativa que le otorga la materia que regula. Ver sentencia No. 2000-09685 de 1 de noviembre, de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, la cual dispuso: "En este aspecto hay que rescatar la referencia específica que hoy la Constitución hace de los "instrumentos internacionales", significando que no solamente convenciones, tratados o acuerdos, formalmente suscritos y aprobados conforme al trámite constitucional mismo (tal el caso que ahora nos ocupa), sino cualquier otro instrumento que tenga la naturaleza propia de la protección de los Derechos Humanos, aunque no haya sufrido ese trámite, tiene vigencia y es aplicable en el país".

que la *“toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”*.

Por otra parte, se encuentra la Convención sobre Estupefacientes, Drogas y Sustancias Psicotrópicas Ley N° 7198 (1990), también llamada Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; fue aprobada en Viena el 19 de diciembre de 1988, suscrita por Costa Rica el 25 de abril de 1989. Y responde a la preocupación de los diferentes Estados sobre la creciente tendencia, de producción, demanda y tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad.

En materia de Personas Menores de Edad (PME), se encuentra la Convención sobre los Derechos del Niño, Ley N° 7184, (1990), donde se reconoce el derecho del niño (a) al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño (a) sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios y abolir prácticas que vayan en contra de este derecho. (Art. 24). A su vez en el artículo 25, señala: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación” y en su numeral 33 obliga a los Estados a tomar todas las medidas apropiadas, incluso medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Este tratado dio origen al Código de la Niñez y Adolescencia, el cual se analizará infra.

Otro Convenio que ha sido suscrito por el país y que de hecho dio lugar a la promulgación de normativa interna como la Ley N° 9028 y su reglamento, tal y como se verá en el apartado de normativa nacional; es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que rige en nuestro país desde el 14 de agosto de 2008, y fue aprobado mediante la Ley N° 8655, el cual cuenta con un evidente enfoque de salud pública. Reconoce a la epidemia del tabaquismo como un problema mundial con graves consecuencias, que requiere de cooperación internacional, y de respuestas eficaces, apropiadas e integrales. El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de

tabaco, y por esta razón uno de los principios básicos para la aplicación del CMCT es: “*adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas*” (art. 4), pero el Convenio no se limita a establecer principios para su aplicación, establece obligaciones generales que deben cumplir las partes signatarias como la adopción y aplicación de medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces según proceda, de ahí que a nivel interno se hayan emitido normas que vienen a ejecutar tales obligaciones.

Importante destacar que el CMCT es el primer tratado internacional negociado con los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y según el prefacio del tratado, se encuentra basado en pruebas científicas y reafirma el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. El CMCT de la OMS se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo, y la aprobación de este Convenio implica que Costa Rica incurriría en obligaciones legalmente vinculantes que debe cumplir. (Chaves Salomón; 2012).

2.1.4. Normativa nacional

a) Leyes

La Ley Fundamental de Educación N° 2160 (1957), establece el derecho de todo ciudadano a la educación y la obligación del Estado de ofrecerla en la forma más amplia y adecuada (art. 1), a su vez esta norma señala que se procurará el mejoramiento de la salud mental, moral y física de la colectividad. Además, en el artículo 30, se indica que el Estado por medio de sus órganos e instituciones ofrecerá a las comunidades programas debidamente coordinados tendientes a elevar el nivel cultural, social y económico de sus miembros. En el artículo 32 se menciona que el Estado desarrollará programas de educación fundamental que capaciten a sus habitantes para la plena responsabilidad social y cívica; para conseguir un buen estado de salud física y mental.

La Ley General de Salud, Ley N° 5395 (1973), establece en su artículo 1 que, la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado, y en su ordinal segundo que es función esencial del Estado velar por la salud de la población; correspondiéndole al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por este deber.

En materia regulatoria, cabe destacar que la Ley General de Salud en su numeral 77, establece que cuando se ponga en riesgo la salud de las personas, todo establecimiento de atención médica, similares y afines podrá ser intervenido o clausurado por la autoridad competente, según cuan grave sea la situación. Además, en el artículo 13, se indica que los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico; teniendo derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad y los(as) niños(as) que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales gozarán de servicios especializados. En el artículo 19, se señala que toda persona tiene derecho a solicitar de los servicios de salud, información y medios para prevenir o evitar los efectos de la dependencia personal, o de las personas a su cargo, de drogas u otras sustancias, debiendo seguir las medidas técnicas especiales que la autoridad de salud le señale para tales efectos. En general la ley constituye el referente normativo a nivel nacional en materia de salud.

Existen una serie de normas que regulan el actuar y competencias institucionales, entre ellas la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley N° 5412 (1973), la cual en su numeral 3, menciona que el Ministerio cumplirá sus funciones por medio de sus dependencias directas y de los organismos adscritos y asesores. En el campo de las drogas el IAFA es un órgano especializado.

Según la Ley N° 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2002); le asigna al IAFA la rectoría técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar todos los programas públicos y privados relacionados con sus fines.

A partir de las normas citadas, resulta dable concluir que el IAFA, es una institución del sector salud, que debe ofrecer un servicio público de calidad, en este sentido, también le son aplicables los principios que rigen el servicio público, de conformidad con la Ley General de la Administración Pública, Ley N° 6227 (1978), a saber: *“Artículo 4º.-La actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios.”*

Otra legislación que enmarca la actuación del IAFA es el Código Penal, Ley N° 4573, (1970), recientemente reformado por la Ley N° 9585 Ley de Justicia Restaurativa, establece como clases de penas el tratamiento de drogas bajo supervisión judicial restaurativa (art. 50 inciso 5), así mismo, establece que el tratamiento de drogas bajo supervisión judicial restaurativa consiste en aplicar como pena alternativa un abordaje terapéutico para la atención biopsicosocial de adicciones a drogas y sustancias psicoactivas, una vez que se determine que el delito cometido por el imputado está asociado a un consumo problemático de drogas y/o alcohol, mediante la aplicación del procedimiento restaurativo, cuyo plazo no excederá el monto de la pena principal (art. 56 ter).

El Código de Familia, Ley N° 5476 (1973), en su artículo 144 establece la autorización para la intervención médica de personas menores de edad, la cual señala que cuando sea necesaria la hospitalización, el tratamiento o intervención quirúrgica decisivos o indispensables para resguardar la salud o la vida de la persona menor de edad, queda autorizada la decisión facultativa pertinente, aun contra el criterio de los padres.

La Ley de Justicia Penal Juvenil N° 7576 (1996), contempla dentro de los tipos de sanciones las órdenes de orientación y supervisión, siendo una de ellas la posibilidad de que el juez ordene el internamiento del menor de edad o el tratamiento ambulatorio en un centro de salud, público o privado, “*para desintoxicarlo o eliminar su adicción a las drogas antes mencionadas*”; así como el tratamiento de drogas bajo supervisión judicial juvenil restaurativo (ver arts. 121 inc. 7 y 8).

La Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Ley N° 7600 (1996), vino a reformar la Ley General de Salud, para que las personas con trastornos emocionales severos, así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, incluidos los alcohólicos, puedan someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario. Además de estipular que cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al juzgado de familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela. (Ver art. 74 de Ley N°7600).

En la reforma al artículo 31 de la Ley General de Salud, la Ley 7600 hace referencia que las personas con trastornos emocionales severos, los toxicómanos

y los alcohólicos que no se encuentren internados en un hospital por orden judicial, podrán salir del establecimiento de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del paciente o de sus familiares, cuando su salida no involucre peligro para la salud o la vida del paciente o de terceros. (Ver art. 74 de Ley N° 7600).

En la modificación al artículo 33 de la ley en mención, se manifiesta que los familiares de la persona con trastornos emocionales severos o con deficiencia intelectual, física y sensorial o los familiares del toxicómano sometido a tratamiento, podrán requerir atención médico- social de los servicios de salud, con sujeción a las normas reglamentarias para los miembros del hogar del paciente. El artículo 69, señala que son establecimientos de atención médica, para los efectos legales y reglamentarios, aquellos que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental. Se incluyen en esta consideración, las maternidades, las casas de reposo para convalecientes y ancianos, las clínicas de recuperación nutricional, los centros para la atención de toxicómanos, alcohólicos o pacientes con trastornos de conducta y los consultorios profesionales particulares. (Ver art. 74 de Ley N°7600).

La Ley N° 7600 modifica al artículo 74 de la Ley General de Salud y destaca que los directores y administradores de los establecimientos de atención médica deberán velar por el correcto y acucioso funcionamiento del sistema de ingresos y egresos de pacientes y por el correspondiente archivo de expedientes clínicos, debiendo entregar al Ministerio, en la oportunidad y dentro del plazo que determine el reglamento o la autoridad de salud competente, las informaciones estadísticas requeridas.

El Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), Ley N° 7739 (1998), en su artículo 4, destaca la obligación de Estado de adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad (PME), no pudiendo alegar el Estado limitaciones presupuestarias para desatender sus obligaciones. El CNA también contempla en su artículo 41 el derecho a la salud y a la atención médica gratuita que tienen las personas menores de edad. A su vez, el CNA contempla el Proceso Especial de Protección, el cual aplica ante toda acción u omisión que constituya amenaza o violación de los derechos humanos de las personas menores de edad; dentro de las medidas de protección tanto para PME,

como para adultos que puede dictar el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), se encuentra el *“Remitirlas a programas oficiales o comunitarios de apoyo, orientación y tratamiento a alcohólicos y toxicómanos”* (art. 135 inciso f) y art. 136 inciso b)).

El CNA en su artículo 44 establece que son competencias del Ministerio de Salud el promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales. Y en su ordinal 54 destaca que en el diseño de políticas educativas el Estado debe propiciar la inclusión, en los programas educativos, de temas relacionados con drogas.

La Ley N° 7972 (1999), relativa a la “creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la cruz roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución”, le otorga al IAFA recursos para el financiamiento de programas de atención, albergue, rehabilitación o tratamiento de personas con problemas de alcoholismo y farmacodependencia, así como de personas fumadoras, realizados por instituciones o entidades públicas o privadas (Ver art. 15 inc. 3.c).

La Ley N° 8093 (2001) Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas, declara de interés público la educación nacional contra las drogas (art. 1), y aunque le corresponde al Ministerio de Educación Pública (MEP) el diseño, planteamiento y ejecución de las acciones educativas formales, contará con el apoyo técnico del IAFA (art. 4).

Mediante la Ley N°8204 Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, (2001), se asigna al fenómeno de las drogas la característica de ser una materia de interés público y problema social de primera importancia. Esta ley en su artículo 3 establece el deber del Estado *“en prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica asimismo, asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas, y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas*

farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física y mental y readaptarlas a la sociedad. Los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado.” Este mismo numeral recalca la rectoría técnica del IAFA: “En todo caso, corresponde al IAFA ejercer la rectoría técnica y la supervisión en materia de prevención y tratamiento, así como proponer, diseñar y evaluar programas de prevención del consumo de drogas.” Lo cual es concordado con el numeral 5: “En materia preventiva y asistencial, se requerirá consultar técnicamente al IAFA.” Y en igual sentido pueden consultarse el artículo 6, 100 inciso m)³.

La Ley N° 8204, crea al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), adscrito al Ministerio de la Presidencia, a quien se le confiere la tarea de coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias de prevención y atención del consumo de drogas, así como contra el tráfico ilegal de drogas, la legitimación de capitales y otras actividades relacionadas; para ello esta norma resalta la rectoría que tiene el IAFA en la materia, ya que el legislador deja el mandato expreso al ICD de trabajar de manera conjunta con el IAFA (ver arts. 3, 5, 6, 100, 115, 118 incisos i) y k).

A su vez La Ley N° 8204 en sus numerales 85 y 87, asigna recursos para el cumplimiento de programas de prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación que desarrolla el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Esta Ley en su artículo 79 establece una medida de seguridad, en la señala que se promoverá y facilitará el internamiento o el tratamiento ambulatorio voluntario y gratuito con fines exclusivamente terapéuticos y de rehabilitación en un centro de

³ Artículo 6°.- Todos los medios de comunicación colectiva cederán, gratuitamente, al Instituto Costarricense sobre Drogas, espacios semanales hasta del cero coma veinticinco por ciento (0,25%) del espacio total que emitan o editen, para destinarlos a las campañas de educación y orientación dirigidas a combatir la producción, el tráfico, el uso indebido y el consumo ilícito de las drogas susceptibles de causar dependencia, sin perjuicio del espacio que puedan dedicar a otras campañas de salud pública. Dichos espacios no serán acumulativos, cedibles ni transferibles a terceros, con la única excepción del IAFA, y podrán ser sustituidos por campañas que desarrollen los propios medios, previa autorización del Instituto Costarricense sobre Drogas, para lo cual deberá consultarse técnicamente al IAFA. (...).

Artículo 100.- El Instituto Costarricense sobre Drogas diseñará el Plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, y coordinará las políticas de prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes, así como las políticas de prevención del delito (...) m) En materia de prevención del consumo, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, al IAFA le corresponde la aprobación de todos los programas, públicos y privados, orientados a estos fines. Al Ministerio de Educación Pública (MEP), le corresponderá definir y aprobar las técnicas metodológicas y didácticas relacionadas con la implementación de los programas y proyectos citados, orientados a estos fines, dentro del Sistema Educativo formal.

salud público o privado, de quien, en las vías públicas o de acceso público, consume o utilice drogas de uso no autorizado.

La Ley N°8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (2002), tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional (Ver art. 1).

La Ley N° 8261 Ley de la Persona Joven (2002), en su numeral 6 inciso a) y k) establece dentro de los deberes del Estado con las personas jóvenes, el brindar atención integral en salud y “consejería para evitar la farmacodependencia y la drogadicción”, y formular programas educativos especializados en la prevención, el tratamiento, así como la rehabilitación de las personas con adicciones.

Por su parte en la Ley N° 8460 del 20 de octubre de 2005, Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles, establece como sanciones la abstinencia, el internamiento o tratamiento en un centro residencial o ambulatorio, y la de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial juvenil restaurativa; también establece que en la elaboración del plan individual la Dirección General de Adaptación Social deberá contar con la colaboración de expertos del IAFA, en un sentido similar el IAFA ejercerá como experto en la supervisión del internamiento en los centros de salud privados para constatar el cumplimiento de la sanción. (Ver arts. 52, 53, 53 bis, 55, 57).

La Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres, Ley N° 8589 (2007), en su artículo 16 contempla la “pena de cumplimiento de instrucciones”, la cual consiste entre otras cosas en: *“Someter a la persona a un programa de tratamiento de adicciones para el control del consumo de alcohol, sustancias estupefacientes, psicotrópicas o drogas enervantes, cuando dicha adicción esté relacionada con la conducta sancionada o sus circunstancias”*.

La Ley N° 9028 Ley general de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012), viene a sustituir a la antigua Ley de Fumado N° 7501, la principal motivación de su promulgación es la protección del derecho a la salud el cual no es negociable; así como también se encarga de regular las medidas que el Estado debería implementar para hacer efectivo su compromiso con la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS); busca controlar el consumo de tabaco y reducir su prevalencia y exposición al humo de este.

Los propósitos de la ley son diversas, y el IAFA se configura como un actor que permitiría una real ejecución de los objetivos planteados, pues se encuentra relacionado con la finalidad de la reducción del daño sanitario social y tabaquismo (tratamiento), así como también con la prevención de la iniciación en el tabaquismo sobre todo en los niños y adolescentes que están a la merced de esta enfermedad; sin obviar que la promoción y educación para la salud también es fundamental a la hora de implementar una ley o política en materia de salud pública. Resulta claro que estas finalidades pueden ligarse con las funciones que está llamado a ejercer el IAFA, según el ámbito de sus competencias, de forma tal que esta Ley viene a impactar en el quehacer institucional porque de alguna manera le asigna nuevas tareas y reafirma las funciones que ya tenía; ejemplo de ello es el artículo 7 que crea los programas de cesación de fumado a cargo del IAFA y la CCSS, no se omite indicar que el artículo 29 le asigna recursos al IAFA para que cumpla con los objetivos de la ley.

Una fuente de financiamiento para el IAFA, lo constituye la Ley N° 9036 “Transforma el Instituto de Desarrollo Agrario (IDA) en el Instituto de Desarrollo Rural (INDER) y Crea Secretaría Técnica de Desarrollo Rural” (2012), la cual en su artículo 9 asigna recursos a favor de la institución para que financie sus programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en alcohol, tabaco y otras drogas, así como la construcción y el mantenimiento de instalaciones de las sedes regionales y los centros de atención integral en drogas en las diferentes provincias de Costa Rica. Estos recursos no estarán sujetos a las directrices emitidas por el Poder Ejecutivo en materia de restricción de gasto público.

Ley de regulación y comercialización de bebidas con contenido alcohólico Ley N° 9047 (2012), su objeto es regular la comercialización y el consumo de bebidas con contenido alcohólico y prevenir el consumo abusivo de tales productos. En su artículo 12 le delega al Ministerio de Salud la función de controlar la regulación y el control de todo tipo de publicidad comercial relacionada con bebidas de contenido alcohólico, función ejercida previamente a la promulgación de esta Ley por el IAFA (Ley de Licores N° 10 (1936) y Decreto Ejecutivo N° 4048-SPPS (1974)). Esta ley en su artículo 3, permite a las municipalidades hacer consultas al IAFA y al Ministerio de Salud, para el otorgamiento de licencias de comercialización de bebidas con contenido alcohólico.

Mediante la Ley N° 9213 Creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental (2014), se reforma el numeral 343 la Ley General de Salud, indicando que toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de

salud, sean estas de prevención, promoción, conservación o recuperación de la salud física y mental en las personas o de rehabilitación del paciente, queda sujeto a las normas técnicas que el Ministerio dicte dentro de sus atribuciones, y al control y la vigilancia técnica de las autoridades de salud.

La Ley N° 9582 del 21 de enero de 2019, Ley de Justicia Restaurativa, establece en su artículo 43, que para el tratamiento de drogas bajo supervisión judicial debe contarse con el criterio técnico del IAFA o entidad debidamente acreditada, en el mismo sentido el artículo 46 establece la necesidad de diagnóstico y tratamiento del IAFA, mientras que en su numeral 44 regula lo concerniente al procedimiento, incorporando al Instituto como parte de él.

b) Reglamentos

Como parte de la normativa nacional se encuentran los Decretos Ejecutivos, que permean el quehacer institucional, a continuación, se realizará un breve recorrido por aquellos Reglamentos que son de interés para el presente documento.⁴

El Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, N° 32612 (2002), busca tutelar los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados del país, y el cumplimiento efectivo de la ley.

El Decreto Ejecutivo N° 32997-S, Manual de normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas mayores de 18 años (2005), tiene como objetivo especificar las condiciones que deben cumplir los establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas, para garantizar que el servicio ofrecido cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad, para ser habilitados por el Ministerio de Salud. Dentro de los requisitos con que deben contar los establecimientos se encuentra la constancia de la aprobación del Programa para Desintoxicación extendida por el IAFA (ver art. 4.1.4.1), destacando que la información que conste en el expediente de cada usuario y la información de los protocolos de desintoxicación para las diferentes drogas debe ser definida por el IAFA (ver 4.1.4.2.4 y 4.1.4.2.5).

⁴ El orden de citación de estos instrumentos normativos obedece a su fecha de emisión de forma ascendente.

El Reglamento General del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, N° 33070-S (2006), regula la estructura orgánica y administrativa del Instituto, sirviendo como guía para las funciones de las diferentes áreas que lo componen.

Mediante el Decreto Ejecutivo N° 34784-MSP-S, “Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional (2008); se declara el consumo de drogas que producen dependencia como un problema de salud pública; declarándose de interés público y nacional las actividades que se realicen en la prevención e investigación de su utilización o consumo, así como para el apoyo de las personas propensas a su consumo.

El Decreto Ejecutivo N° 35383-S Oficialización de la norma para la Aprobación del Funcionamiento Técnico de los Programas Especializados en Tratamiento del Consumo del Alcohol y otras Drogas” (2009), tiene por objeto *“regular las acciones de tratamiento aplicadas a las personas adultas, hombres o mujeres, que presentan conductas adictivas al consumo de alcohol y otras drogas, así como de los requisitos mínimos que deberán reunir el personal y los programas que prestan servicios a esta población”* (art. 1); correspondiéndole al IAFA verificar la aplicación, control, vigilancia y cumplimiento de este reglamento.

En lo que respecta al Decreto Ejecutivo N° 36661-MP, Coordinación y ejecución de las políticas, programas y proyectos contemplados en el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo (2011); establece la obligatoriedad de los actores ejecutores responsables de la coordinación y ejecución de las políticas de Estado y la puesta en operación de los programas, los proyectos y demás acciones del Plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, coordinar con el ICD su implementación; así como incluir en sus respectivos Planes Operativos Institucionales, los programas, los proyectos y demás acciones en los cuales participan, así como coordinarán con el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), con la finalidad de efectuar las modificaciones pertinentes en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) vigente (arts. 1, 2 y 3).

Dentro de los reglamentos de interés para el presente apartado, también se encuentra el Decreto Ejecutivo N° 36948 MP-SP-JP-H-S, Reglamento general sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada (2011), el cual tiene por

objeto regular la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico, la elaboración, producción, distribución y la comercialización de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, precursores, químicos esenciales, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia física o psíquica incluidos en los distintos instrumentos internacionales que regulan esta materia, sin perjuicio de lo ordenado sobre esta materia en la Ley General de Salud; y en su artículo 5 destaca que si los medios de comunicación desean difundir campañas preventivas e informativas, se requerirá, previo a la autorización del Instituto Costarricense sobre Drogas, el aval técnico del IAFA (art. 5).

El Decreto Ejecutivo N°37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012), establece de aplicación obligatoria la política que oficializa y adicionalmente señala que el corresponde al IAFA velar por su correcta aplicación, la política se concibe como un elemento o parte sustantiva de una estrategia integrada que tiene como finalidad el desarrollo y fortalecimiento de programas eficaces e integrados basados en pruebas científicas, que garanticen la prevención y la atención continua en las instituciones de atención de la salud y los servicios de asistencia social, desde la prevención primaria hasta la intervención, precoz, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social y servicios de apoyo conexos destinados a promover la salud y el bienestar entre las personas, familias y comunidades y atenuar las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para las personas y para la sociedad en general, teniendo en cuenta los problemas especiales que plantean los drogodependientes de alto riesgo.

El Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud, Decreto Ejecutivo N° 37185 del 26 de junio de 2012, como complemento a la Ley N° 9028, en su considerando décimo octavo resalta la necesidad del fortalecimiento de la creación de programas de cesación del consumo de tabaco, debiendo el IAFA aplicar los lineamientos para el funcionamiento de los programas de atención a las personas con problemas de dependencia al tabaco o sus derivados. Y en su numeral 10 establece la necesidad de que los programas de cesación de productos de tabaco y sus derivados deben ser certificados por el IAFA. El IAFA debe trabajar en Programas para la Prevención e Información sobre el Consumo de Tabaco y sus Derivados con el fin de fomentar la promoción, la educación para la salud (art. 24), también debe elaborar y difundir información, programas educativos e investigaciones referidas para la prevención e información sobre el Consumo de Tabaco y sus Derivados (art. 25).

Para certificar los programas regulados en el artículo 10 transcrito supra, es necesario la aplicación de los "Los lineamientos para el funcionamiento de los programas de atención a las personas, con problemas de dependencia al tabaco o sus derivados", los cuales se encuentran en el Anexo 2 del Decreto Ejecutivo N° 37185, estos lineamientos mencionan que los programas de tratamiento deben contar con recursos humanos y financieros, garantizando personal calificado para la intervención terapéutica de las personas dependientes de tabaco, y garantizar personal necesario en programas de atención como lo son profesionales en medicina, psicología, enfermería, terapia física, terapia respiratoria, terapeutas cardiacos, trabajo social, nutrición, consejeros; los programas deben contar con un manual de lineamientos, procedimientos técnicos y administrativos, así como con un plan que garantice la sostenibilidad financiera del programa; en el caso de que los programas de tratamiento no cumplan con la normativa el IAFA está en la obligación de gestionar la suspensión o cierre de los programas.

En cuanto al Decreto Ejecutivo N° 37326-S 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 (2012), tiene por objeto regular la prestación de los servicios de atención en el tratamiento, rehabilitación e inserción social, para las personas menores de edad, que presentan problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en congruencia con el respeto por los derechos universales de las PME. Es de acatamiento obligatorio para el funcionamiento de todos los programas públicos o privados, en el territorio nacional y su aplicación compete al IAFA.

El Reglamento sobre regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico, Decreto Ejecutivo N° 37739-S, regula la estructura y funcionamiento de la Comisión de Regulación y Control de la Publicidad Comercial de Bebidas con Contenido Alcohólico, sin embargo, debido a una declaratoria de inconstitucionalidad (Sala Constitucional Voto N°. 2016-007123) sobre la conformación y estructura de la Comisión se está trabajando en la reforma del Reglamento, no obstante, en su artículo 5 establece la posibilidad de que la Comisión pueda solicitar criterio a expertos.

Se tiene también a la Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026, Decreto Ejecutivo N° 39727 (2016); cuyo objetivo principal es generar acciones gubernamentales y no gubernamentales articuladas, oportunas, sistemáticas y sostenibles, para la

prevención, atención y protección de las personas habitantes de calle y personas en riesgo o en situación de abandono; formando parte el IAFA del consejo rector encargado de la puesta en marcha de esta política.

La Política Nacional de Justicia Juvenil Restaurativa Costa Rica, Decreto Ejecutivo N° 40303-MJP-MP, destaca la importancia del IAFA a partir de los datos respecto de consumo de drogas en la población. Estos indican que al menos un 80% de las personas jóvenes ingresados presenta problemas de drogas. En el caso de las sanciones alternativas, se establece que un 30% de las personas jóvenes presentan consumo problemático de drogas.

El Decreto Ejecutivo No 41386-S, Oficialización y declaratoria de interés público y nacional de la Estrategia nacional para el abordaje integral y la reducción del consumo de sustancias Psicoactivas con enfoque de salud pública 2016-2021 (2019), además de declarar de interés público la estrategia, establece que le corresponde al Ministerio de Salud y al IAFA velar porque dicha Estrategia sea cumplida.

Mediante el Decreto Ejecutivo N° 41632 (2019), se oficializa y declara de interés público y nacional la “Norma nacional para la atención integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud”, la cual tiene como objetivo ofrecer lineamientos técnicos generales para una atención integral en salud, a las personas en situación de violencia en los servicios de salud, tanto públicos como privados, bajo los principios de equidad e igualdad, accesibilidad, no discriminación y no re-victimización, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y promoción de una cultura de paz con participación social.

El Decreto Ejecutivo N° 41172-MTSS, consiste en la Declaratoria de interés público del Plan estratégico nacional “Hoja de ruta para hacer de Costa Rica un país libre de trabajo infantil y sus peores formas, la Hoja de ruta es un acuerdo nacional en torno a la abolición del trabajo infantil, por lo que se centra en la protección especial de los niños, niñas y adolescentes trabajadores/as y de los/as que están en riesgo de involucrarse en el trabajo infantil o ser víctimas de sus peores formas.

A partir del recorrido de las normas citadas anteriormente es dable entender, que buscan garantizar el derecho a la salud de las personas, encontrándose el Estado costarricense en la obligación de tomar las medidas correspondientes para la efectiva tutela de tal derecho y parte de estas medidas es la creación de instituciones como el IAFA.

Además, es posible colegir que el IAFA es una institución del sector salud, que ejerce como ente rector (técnico) en materia de tratamiento, rehabilitación, prevención, promoción, investigación y aprobación de programas del consumo de sustancias psicoactivas. Las intervenciones de la institución se rigen por los principios de los servicios públicos destacándose especialmente el de universalidad y gratuidad.

Las normas nacionales son muy diversas, le asignan al IAFA no solamente un rol de ente rector, sino de asesor y colaborador con otras instituciones, generando la necesidad de trabajar de manera conjunta en la toma de acciones específicas, lo cual significa también que su labor trasciende de lo meramente institucional.

El actuar del IAFA, debido a las múltiples obligaciones legales, llega a las comunidades y familias en materia de atención integral, esto se ve reflejado también en el rol de ejecutor de una serie de políticas en el sector salud, así como ejecutor de compromisos a nivel internacional (materia de tabaco por ejemplo); su rol de fiscalización que le permite a la institución gestionar la suspensión o cierre de programas de tratamiento, además de ser partícipe en procesos judiciales relacionados con materia de derecho de familia, niñez y adolescencia, penal y violencia doméstica.

3. Marco teórico conceptual

3.1. Conceptos centrales

3.1.1. Sobre el concepto de salud

De la definición de salud que postula la Organización Mundial de la Salud (OMS), se rescata su abordaje desde una perspectiva holística, pues en ella se reflejan los factores físicos, psicológicos y sociales; sin embargo, la misma carece de una orientación dinámica y presenta la salud como una entidad estática, a pesar de que se reconoce que los cambios en la salud ocurren de acuerdo al ambiente o entorno en que se desarrolla (OPS, 2002).

El concepto de salud debe tomar en cuenta y centrarse en el ser humano⁵ como un ser total, a fin de posibilitar un abordaje integral del proceso salud-enfermedad. Para Vergara Quintero (2007) los fenómenos de salud ocurren en una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Ante la presencia de estos determinantes (factores que influyen en la salud) el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano.

Desde una perspectiva socio-ecológica⁶ requiere que la noción de salud supere el paradigma médico-biológico que privilegia la visión de mono-causalidad y se acoja una concepción más global e integral, que interpreta los cambiantes patrones de salud - enfermedad de la población y las inequidades, como causa y resultado de una relación dinámica, es decir, bajo una visión de multicausalidad que responde al enfoque de la producción social de la salud (Mata, 2012).

⁵ Se entiende por enfoque Centrado en la Persona "... la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. Entiende frecuente que las personas no sean capaces de tomar decisiones apropiadas sobre su propia salud o atención sanitaria, ni de ejercer un control sobre las decisiones acerca de su salud o de la salud de sus comunidades". (OMS 2016)

⁶ Pons (2008) refiere que el enfoque Socio Ecológico "...redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos...".

Es claro que la salud se concibe como el resultado de un proceso dinámico, como el producto de interacciones y ajustes mutuos entre las personas (grupos sociales) y el contexto o ambiente en el que están inmersos. Las sustancias psicoactivas, sin importar si son lícitas o ilícitas, con independencia de su clasificación legal, configuran solo una parte del problema, pero no lo representan, ni lo explican en su totalidad. Esta perspectiva permite un mejor entendimiento de los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, al concebirlo como un problema social complejo, multidimensional y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones (Mata, 2012).

3.1.2. Determinantes sociales de la salud (DSS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la equidad en salud como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles en salud entre grupos de la población, definidos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2008) y su comprensión conduce a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud (DSS), ya que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (2019) define los determinantes sociales de la salud (DSS), como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

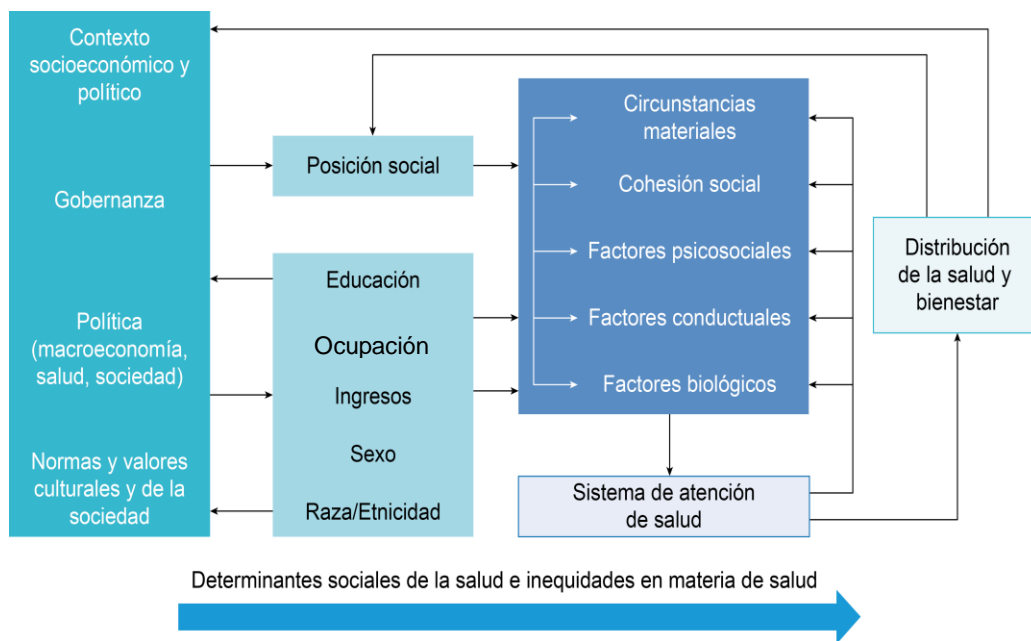
Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen, el contexto socioeconómico y político; los determinantes estructurales, y los determinantes intermediarios. Este marco indica que las intervenciones pueden orientarse a adoptar medidas en relación con:

1. Las circunstancias de la vida diaria, incluida la exposición diferencial a los factores que influyen en el desarrollo de enfermedades en la etapa temprana de la vida, entornos físicos y sociales, trabajo asociado a la estratificación social y respuestas del sistema de atención sanitaria a la promoción de la salud y a la prevención y el tratamiento de las enfermedades.
2. Los factores estructurales, que abordan la naturaleza y el grado de estratificación social en la sociedad, así como las normas y los valores de la sociedad, las políticas económicas y sociales en los niveles mundial y nacional, y los procesos de gobernanza nacionales y locales.

En las primeras, las intervenciones individuales, se considera la autonomía individual como el elemento esencial para entender por qué las personas optan (o no) por estilos de vida saludables. En las segundas, las intervenciones estructurales, la persona es influenciada por el entorno físico, social y económico, y, por tanto, están dirigidas a modificar los entornos para favorecer opciones saludables.

La figura 1 muestra las relaciones e interacciones entre los principales tipos de determinantes y las vías que generan inequidades en salud

Figura 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Adaptado de Irwin Solar O. A conceptual framework for action on the social determinants of health. OPS, 2010.

Los determinantes sociales de la salud pueden mejorar o amenazar el estado de salud de una persona o una comunidad, por ello, es primordial su abordaje para propiciar una atención integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Según el modelo de producción social de la salud adoptado en Costa Rica (Ministerio de Salud, 2011) basado en una adaptación del desarrollado por Marc Lalonde (1974), los determinantes sociales de la salud se agrupan en cuatro categorías: 1 biológicos; 2 ambientales; 3 sociales, económicos y culturales, y 4 los determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud.

Estos incluyen factores personales tales como la salud física y mental, los estilos de vida, decisiones individuales, la clase social, el género, la etnicidad, el acceso a educación y a la salud, la calidad de la vivienda, la presencia de relaciones de apoyo; factores comunitarios como el nivel de organización y participación social, la disponibilidad de trabajo y de zonas para el esparcimiento, la recreación y el deporte también se pueden incluir situaciones de discriminación y estigma (Ministerio de Salud, 2012), mismos que están vinculados con factores de riesgo asociados con problemas relacionados con el consumo de SPA.

3.1.3. Sobre las características del modelo de atención integral

La oferta general de servicios debe estructurarse en torno a un modelo de atención, que comprende un conjunto de principios, criterios normativos, intervenciones, prácticas, recursos, así como una forma de organización, que le permite ordenar y garantizar una provisión continua y de calidad a las personas, en el contexto de su familia y comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud (2018), afirma que desde el enfoque de salud pública, abordar el consumo de sustancias psicoactivas requiere que el sistema de salud, contemple una aproximación colectiva y un enfoque centrado en la persona, de forma tal, se apreste a intervenir sobre los determinantes sociales, promover estilos de vida saludable, evitar o retrasar el inicio en el uso de sustancias psicoactivas, mitigar los efectos adversos del consumo, mediante intervención temprana, tratamiento, atención, rehabilitación e inclusión de las personas que consumen sustancias psicoactivas en los diferentes niveles, mediante intervenciones eficaces, en un marco de protección de sus derechos fundamentales.

Por ello, los principales elementos en la construcción e implementación del modelo son los siguientes:

- a) la centralidad en las personas, la familia y la comunidad
- b) la integralidad de la atención
- c) la continuidad de la atención (atención integrada)
- d) una red integral coordinada de tratamiento y servicios de atención

La OMS (2016) señala que la atención centrada en la persona, es una forma de entender y practicar la atención sanitaria, que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios del sistema de salud, el cual está organizado en función

de las necesidades integrales de la persona, respetando las preferencias sociales. Las personas reciben información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención.

La atención integral en salud es por lo tanto un conjunto de acciones dirigidas a las personas, considerando primordialmente su integralidad física y mental, el ciclo vital y su vínculo a diversos ámbitos como la familia y la comunidad, interactuando de manera permanente con su ambiente, basados en los preceptos fundamentales de equidad, justicia social y derechos humanos.

Por otra parte, lo integrado, se comprende de mejor manera asociado al concepto de continuidad de la atención, que se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación – (re)inserción, en los diferentes niveles, establecimientos y redes de atención del sistema de salud, que buscan dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Finalmente, una de red de servicios (incluidos los de bajo umbral) que compartan una perspectiva y trabajen en estrecha coordinación bajo mecanismos de referencia y estrategias de manejo de casos para favorecer una atención continua y facilitar el acceso a los diferentes servicios (UNODC-WHO, 2020).

3.1.4. Sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno social complejo, debido a la interacción de elementos que confluyen en sus causas y en su desarrollo, y debido a la variedad de ámbitos y áreas que pueden verse afectados, por ello, debe abordarse con una perspectiva multidisciplinar e integral.

Es importante acotar, tal y como menciona en el informe de Neurociencia del Consumo de la OMS (2004), que se comprende como consumo de sustancias a cualquier forma de administración de una sustancia psicoactiva, como expresión amplia que abarca todos los grados de consumo desde el ocasional hasta el prolongado. Los principales efectos nocivos ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas (SPA) pueden dividirse en cuatro categorías, en primer lugar, los efectos crónicos de la salud y diversas enfermedades crónicas, en segundo los efectos biológicos de la sustancia para la salud, agudos o a corto plazo, la tercera y cuarta categorías de efectos nocivos, comprenden las consecuencias sociales adversas del uso de SPA.

Para la funcionalidad del Modelo del IAFA, resulta trascendental seguir los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para la evaluación diagnóstica y el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas (CIE-10, 1993) y sus respectivas actualizaciones (CIE-11), para efectos del consumo prolongado, basándose en el apartado de trastornos mentales y de la conducta.

Para homologar criterios se recomienda que, a la hora de generar una evaluación diagnóstica, se utilice el término consumo ocasional como aquella frecuencia que no logra ser tipificada desde el CIE-10 y sus actualizaciones (CIE-11) antes del consumo perjudicial o síndrome de dependencia y que históricamente se ha diagnosticado como consumo experimental, recreativo o no médico.

Los criterios a considerar son consumo perjudicial y síndrome de dependencia, sin embargo, debe considerarse la clasificación de severidad de trastornos relacionados con sustancias, presentes en el DSM-V⁷ (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) en relación a la gravedad actual, clasificándolo entre leve, moderado y grave, dado que el código adecuado del CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias, depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abstinencia). En el caso que el patrón de consumo de la persona no cumpla con los criterios diagnósticos para identificar como trastorno se cataloga como consumo ocasional.

Además, la salud mental es un importante factor de riesgo para el desarrollo de dependencia, por lo que se debe tomar en cuenta la patología dual, denominación aplicada en el campo de la salud mental, para la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) con otros trastornos psiquiátricos (OTP), de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital (Szerman et al., 2017). Esta relación entre TUS y OTP genera un efecto sinérgico, cuya expresión incrementa significativamente la gravedad sintomatológica del paciente, lo que genera deterioro biopsicosocial (Marín-Navarrete Szerman, 2015; Szerman y Martínez-Raga, 2015).

Por lo anterior, se considera que tanto la atención inmediata, como los niveles de intervención (tabla N° 1 y 2, pág. 46 - 47), están enfocados a lo que se define según el Informe Mundial de Drogas como Consumidores Problemáticos de Drogas, comprendiendo que es la persona que consume SPA con un alto grado de riesgo.

⁷ Para efectos de analizar de forma integral el funcionamiento o la afectación de la persona con relación al consumo de sustancias psicoactivas, el DSM-V describe el amplio abanico de un trastorno.

A pesar que algunas personas que consumen SPA llevan sus vidas socialmente integradas en paralelo al consumo, ello no impide la probabilidad del desarrollo de un consumo perjudicial o un síndrome de dependencia, en cuyos casos el daño causado por el consumo de SPA se evidencia a largo plazo. En general, las consecuencias del consumo de SPA pueden evolucionar independientemente en dos aspectos diferentes de la vida de una persona: el sanitario y el social (UNODC, 2016).

Se debe tomar en cuenta que, los programas de atención son más eficaces cuando reconocen que el consumo de sustancias psicoactivas es multicausal, que tienen componentes específicos (de las SPA) e incorporan aptitudes que ayudan a la persona a hacer frente eficazmente a las dificultades de cada fase de la vida. Los resultados también mejoran cuando la intervención se emplea y amplía la utilización sistemática de instrumentos efectivos. Además, todo el proceso continuo de intervenciones de atención, puede ser incluso más eficaz, cuando incorpora medidas basadas en la evidencia científica destinadas a minimizar las consecuencias adversas de la salud pública y social del uso indebido de drogas o reducción de riesgos y daños.

Se necesita una amplia gama de modalidades de tratamiento, que permita diversos entornos (extensión, consulta externa, internación, residencial) para abordar el rango de necesidades de pacientes con trastornos por uso de drogas. Como la recuperación sigue siendo el objetivo final de todos los servicios de tratamiento y atención, los servicios de gestión de recuperación sostenida deben ser una parte integral del sistema de tratamiento (WHO-UNODC, 2020).

El tratamiento debe ser un proceso continuo, que involucre todos los niveles de la red asistencial, con especial énfasis en la detección temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención⁸. Es importante reafirmar que todas las intervenciones deben contar con base científica, efectividad probada, cumplir con estándares de calidad y estar a cargo de personal calificado ya que se trata de una enfermedad crónica que debe ser abordada como tal, con pleno compromiso de las estructuras sanitarias y respeto por los derechos de los pacientes (Insulza, 2006).

⁸ Cuando la persona es detectada o contacta un servicio de salud y reporta el consumo de sustancias psicoactivas, se debe elaborar la clasificación según el nivel de atención en que se encuentra, así como su condición, de manera que, a partir del diagnóstico de consumo, pueda desarrollar conjuntamente con los profesionales involucrados, un plan de tratamiento atinente a sus características, intereses y necesidades personales.

El modelo conceptual y estratégico del IAFA parte de una serie de *Principios y Enfoques* esenciales que abrigan las estrategias y acciones que desarrolla la Institución⁹, según se señalan a continuación:

3.2. Principios

Equidad

Las personas tienen una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, a partir de la atención no discriminatoria, que redunde en el goce pleno de los derechos humanos. Reconoce a las personas como libres para desarrollarse, tomar decisiones y participar en la medida de sus posibilidades e intereses, en todas las esferas de la vida pública y privada según grupo etario.

Universalidad

El Estado garantiza a todas las personas, sin distinción alguna, el acceso a un sistema de salud de calidad, que implica el respeto a la dignidad, integridad, autonomía y protección desde la perspectiva de bienestar humano y la justicia social.

Solidaridad

Las personas comparten metas e intereses comunes, conformando lazos sociales que unen a los miembros de una sociedad entre sí para un bien común.

Gratuidad

Tiene como propósito garantizar el acceso a los servicios de atención que ofrece la institución, a quienes por su condición económica se encuentran en una situación de desventaja, evitándose así una afectación de su derecho a la salud; asumiendo el Estado el costo por el servicio brindado.

⁹ Dichos principios se adoptan de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2016 – 2021.

3.3. Enfoques

Derechos Humanos

Son los derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que tienen como fin garantizar la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna. El Estado está obligado a garantizar el derecho a la salud, al acceso y a la calidad de los servicios.

Género

Reconoce la existencia de brechas de oportunidad que socialmente se han construido entre hombres y mujeres, se toma en cuenta las particularidades de cada género y las implicaciones sociales que estas particularidades conllevan para reducir dichas brechas, promoviendo ambientes no discriminatorios.

Diversidad

Reconocimiento de la especificidad de necesidades de todas las personas. El respeto de la diversidad permite la valoración integral de la persona independientemente del sexo, edad, etnia, nacionalidad, orientación sexual e identidad de género.

Integración

Posibilidad real de involucrar a todos los actores sociales en un espacio geográfico poblacional determinando, para desarrollar alianzas estratégicas que les permitan solucionar los problemas de desarrollo y bienestar.

Inclusión Social

Condición en la que se reconocen derechos, deberes, igualdades y equidad en el acceso a bienes y servicios, a personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción alguna. Significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, laboral, social y cultural.

Participación activa

Mobilización sinérgica de los actores sociales en el establecimiento de prioridades, decisiones, planificación de estrategias y su implantación. Implica el desarrollo de la capacidad, habilidad y oportunidad de los actores sociales, de participar activamente en los procesos de toma de decisiones y en la ejecución de acciones de manera informada, competente y estratégica.

Desarrollo humano sostenible

Reconocimiento de la responsabilidad del Estado de generar condiciones para el bienestar y desarrollo de las personas en un contexto de sostenibilidad ambiental, social, y económica.

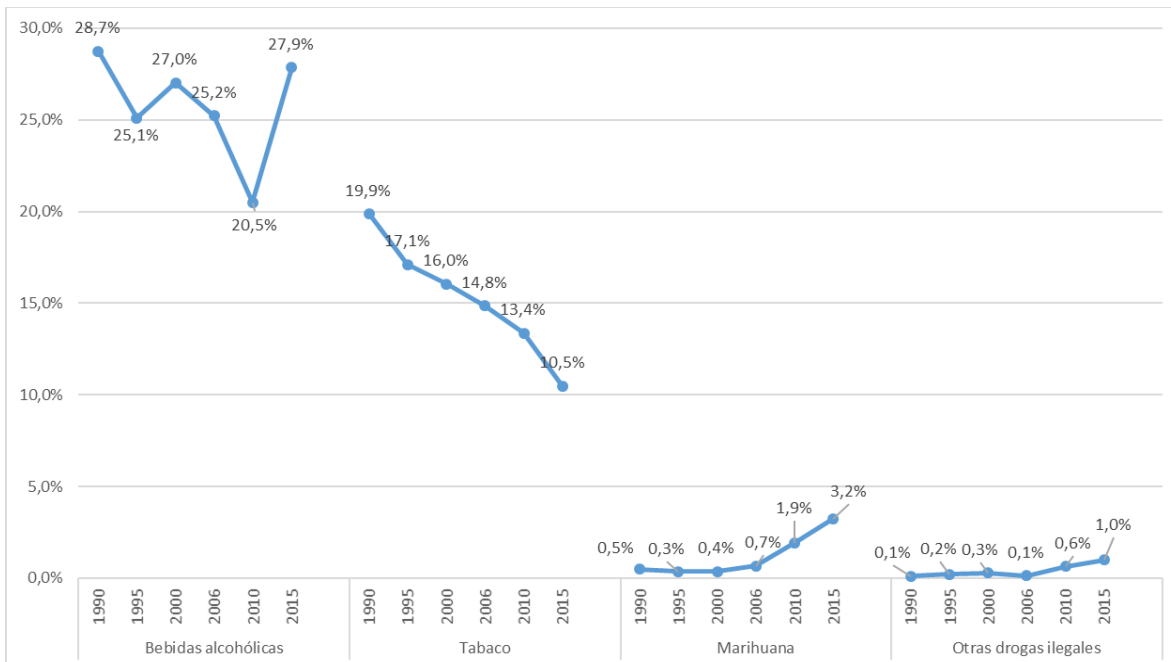
Evidencia científica y buenas prácticas

Fundamento para la definición de políticas, estrategias e intervenciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como para la evaluación de las políticas y la planificación (Ministerio de Salud, 2019).

4. Análisis de la situación

Respecto al panorama de consumo en Costa Rica, los datos de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en población general, realizada por el IAFA, permiten detallar históricamente el comportamiento de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas (SPA) desde el año 1990

Gráfico 1: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas



Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

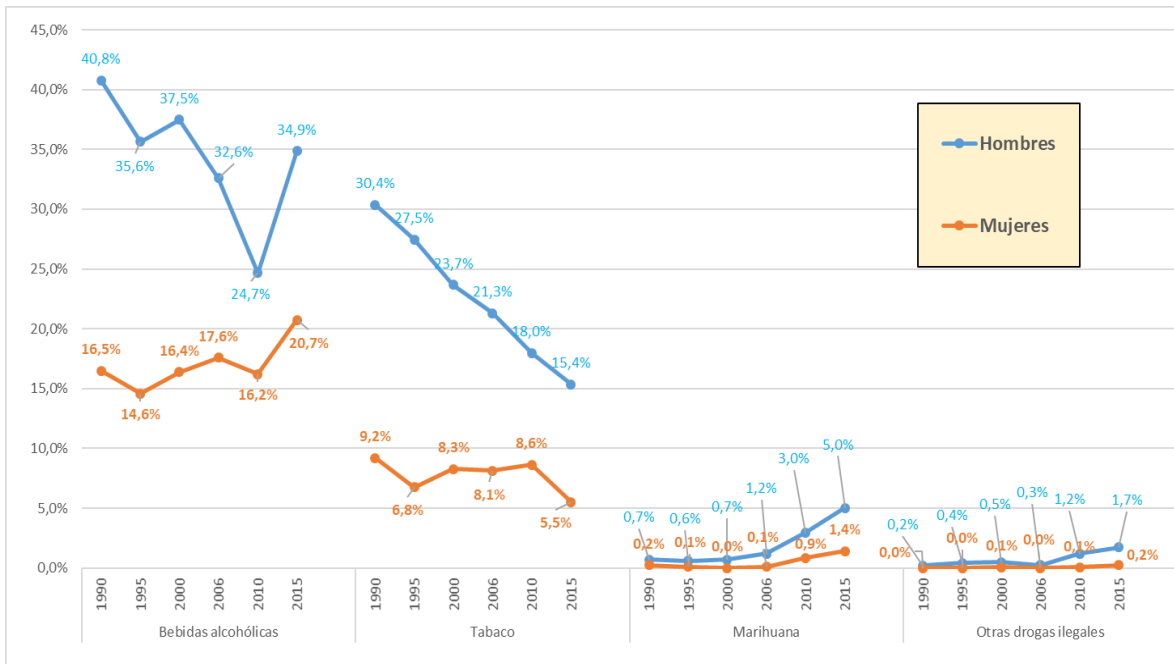
Esta gráfica muestra que, desde la primera ronda de la encuesta en hogares sobre consumo de sustancias psicoactivas, en el año 1990, la sustancia consumida regularmente por un mayor porcentaje de personas ha sido el alcohol. El porcentaje de usuarios activos evidenció una disminución hasta la encuesta del año 2010 (20,5%), a pesar de un repunte en la encuesta del año 2000 (27,0%), sin embargo, para la encuesta del 2015, el valor del indicador fue objeto de un incremento importante, y alcanzó un porcentaje (27,9%) similar al de 1990.

En segundo lugar, aparece el tabaco. Siempre tuvo el segundo porcentaje más elevado de consumo en las personas usuarias. Desde la encuesta de 1990, los valores del porcentaje de usuarios activos de tabaco han descendido encuesta tras encuesta, desde 19,9% en 1990 hasta 10,5% en el año 2015.

En tercer lugar, se ha ubicado la marihuana. En las primeras rondas de la encuesta en hogares sobre consumo de drogas, el porcentaje de usuarios activos de esta sustancia psicoactiva no superó el 5%, sin embargo, ya para la encuesta del año 2006 se nota un incremento que se mostró sostenido hasta la encuesta del 2015. En efecto, del 0,4% del año 2000, se ha llegado a un 3,2% de usuarios activos en el año 2015.

Para el resto de las drogas ilegales, el porcentaje de usuarios activos también fue inferior a 0,5% hasta el 2006, ya en el 2010, ese porcentaje alcanzó un 0,6% que llegó a 1,0% para la encuesta del 2015.

Gráfico 2: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según sexo de informantes



Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

Lo más destacado de esta gráfica radica en el hecho que, para las distintas sustancias psicoactivas, el porcentaje de usuarios activos varones siempre fue, puntualmente, superior al de usuarias activas. Para cada uno de los sexos, el porcentaje de usuarios activos fue mayor para el alcohol y menor para el conjunto de drogas ilegales diferentes de la marihuana, pasando por tabaco y marihuana, respectivamente.

Para el alcohol, en el caso de los hombres, el porcentaje de usuarios activos tuvo una disminución desde 1990 (40,8%) hasta el 2010 (24,7%), con un marcado repunte en el 2015 (34,9%). Para las mujeres el comportamiento general ha sido de ascenso, desde un 16,5% en 1990 hasta un 20,7% en el 2015, con caídas relativas (mínimos locales) en 1995 (14,6%) y en 2010 (16,2%).

En el caso del tabaco, el porcentaje masculino de usuarios activos ha disminuido de forma casi lineal desde un 30,4% (en 1990) hasta un 15,4% (en 2015). Para las mujeres el comportamiento del indicador de usuarias activas ha sido relativamente constante. Tuvo un descenso en 1995 (6,8%) y otro en la encuesta del 2015 (5,5%). Será necesaria la siguiente encuesta para poder contextualizar mejor la caída observada en el año 2015.

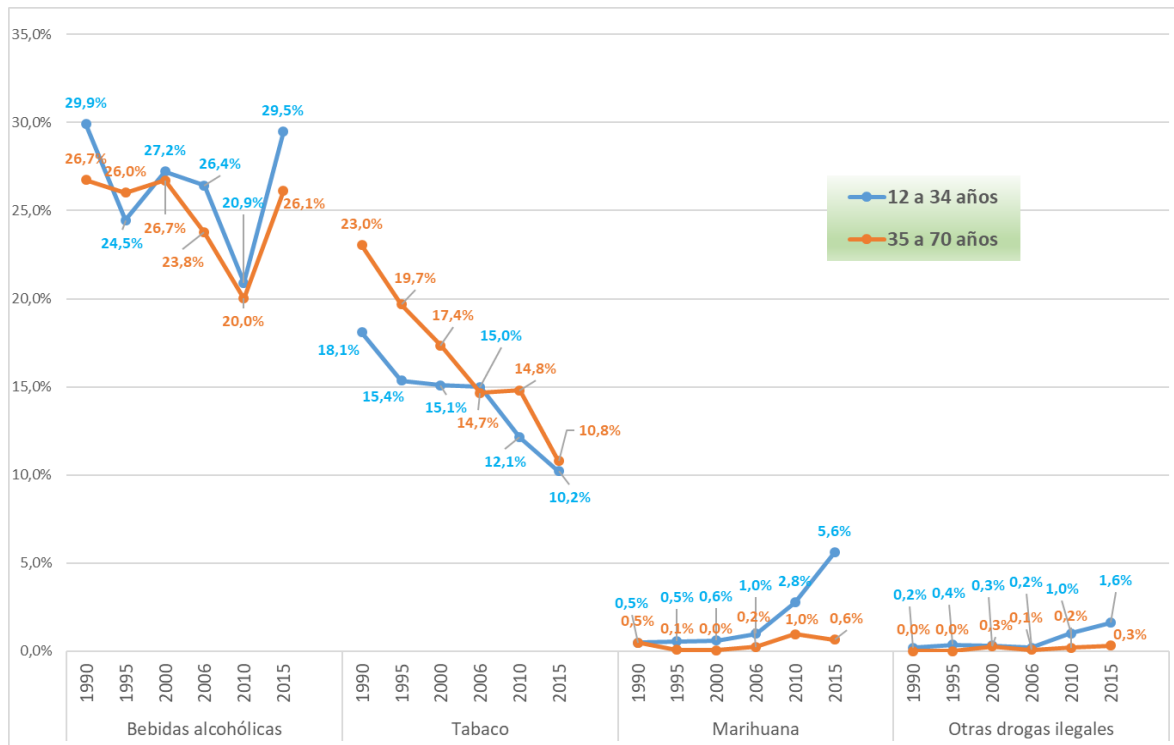
Para la marihuana el comportamiento a lo largo de los años de encuesta ha sido similar para hombres y mujeres. Parece haber un rezago de una encuesta (5 años) de las mujeres respecto a los hombres. Así, mientras el incremento en el porcentaje de usuarios activos por los varones se nota desde la encuesta del 2006 (pasó de 0,7% en el 2000 a 1,2% en el 2006), para las mujeres el levantamiento en la magnitud del indicador es perceptible en la encuesta del 2010 (0,1% en el 2006 a 0,9% en el 2010). Sin embargo, la brecha creció a favor de los hombres (1,2% - 0,1% = 1,1% en 2006; 3,0% - 0,9% = 2,1% en 2010; 5,0% - 1,4% = 3,6% en 2015).

Para las restantes drogas ilegales, luego de la encuesta del 2006 se apreció un incremento en el porcentaje masculino de usuarios activos (0,3% en 2006 a 1,7% en 2015). Para las mujeres, el valor del indicador ha sido constante y muy bajo (el mayor valor se obtuvo en el 2015, 0,2%).

Al segmentar las muestras en dos grupos etarios (12 a 34 años y 35 a 70 años), se observa que históricamente no se ha modificado la preponderancia del alcohol, al calcular el indicador porcentual de consumidores activos. Los mayores porcentajes se obtuvieron para las bebidas alcohólicas, luego para el tabaco, después para la marihuana y, finalmente, para las restantes drogas ilegales.

Para las bebidas alcohólicas, los porcentajes de consumidores activos fueron cercanos en unos años y distantes en otros. Aunque solamente en un año (1995), el porcentaje de usuarios correspondiente al grupo de más edad (26,0%) fue mayor al usuario de menos edad (24,5%). En ambos grupos, se pudo constatar un repunte importante para la encuesta del año 2015.

Gráfico 3: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según grupo etario de informantes



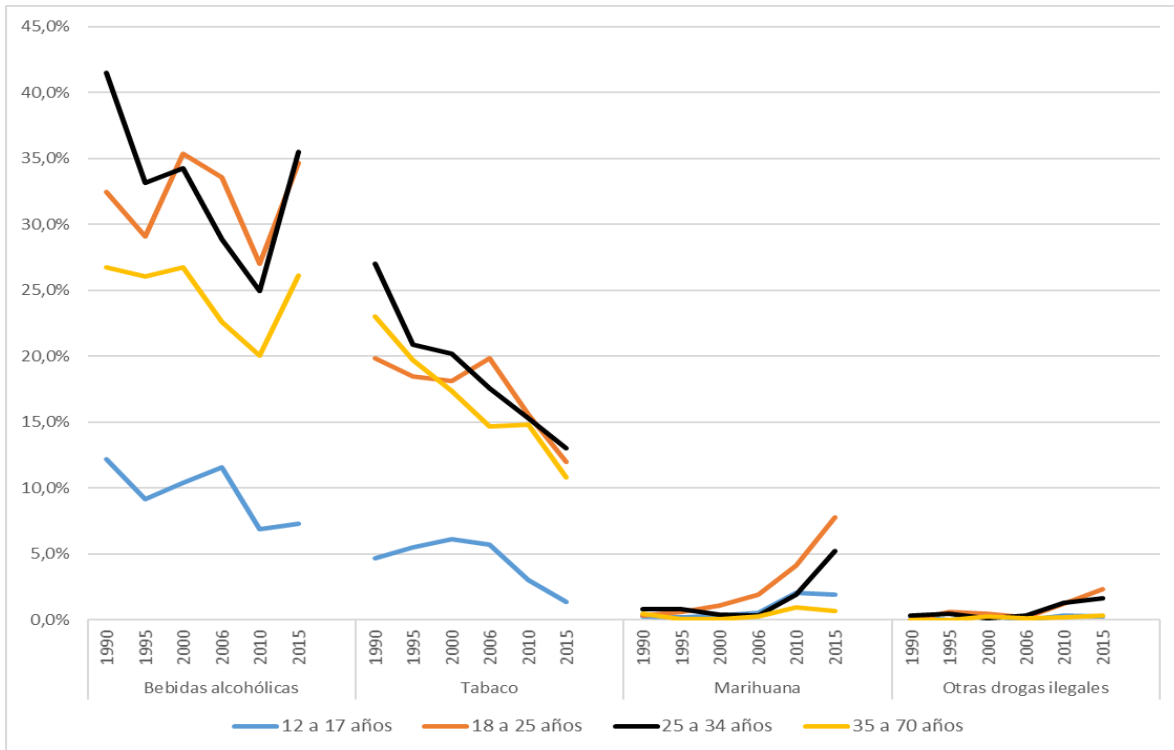
Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

Algo muy distinto se observa para el tabaco. La estimación puntual del porcentaje de usuarios en el grupo de más edad fue superior para el grupo de menor edad en casi todos los años de encuesta. Solamente en el 2006 se obtuvo un valor (15,0%) mayor para el grupo de 12 a 34 años respecto al valor (14,7%) del grupo de 35 a 70 años. Para ambos grupos etarios el indicador muestra un comportamiento descendente a lo largo de las distintas encuestas realizadas.

Para la marihuana el aumento de usuarios que se aprecia luego del 2006 estuvo más concentrada entre las personas de 12 a 34 años (2,8% y 5,6% en 2010 y 2015, respectivamente) que entre las de 35 a 70 años (1,0% y 0,6%, respectivamente).

Algo similar, aunque en menor escala, se ha dado respecto a las restantes drogas ilegales. El incremento en el porcentaje de usuarios activos apenas es notorio en el grupo de 12 a 34 años de edad. Para el grupo de 35 a 70 años, solamente en la encuesta del año 2000 el porcentaje de usuarios de otras drogas ilegales fue superior, puntualmente, al de usuarios de marihuana.

Gráfico 4: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según grupo etario de informantes



Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

Esta gráfica es consistente con la afirmación general que se ha hecho hasta ahora, en el sentido de la preponderancia de las sustancias psicoactivas, según los porcentajes de usuarios activos. Los productos alcohólicos son a los que corresponde el mayor porcentaje de consumidores, seguidos del tabaco, la marihuana y las otras drogas ilegales. Ese orden se mantiene para cualquiera de los grupos etarios aquí considerados, a saber, el de 12 a 17 años, el de 18 a 25 años, el de 25 a 34 años y el de 35 a 70 años, como ya habíamos visto en el caso de este último.

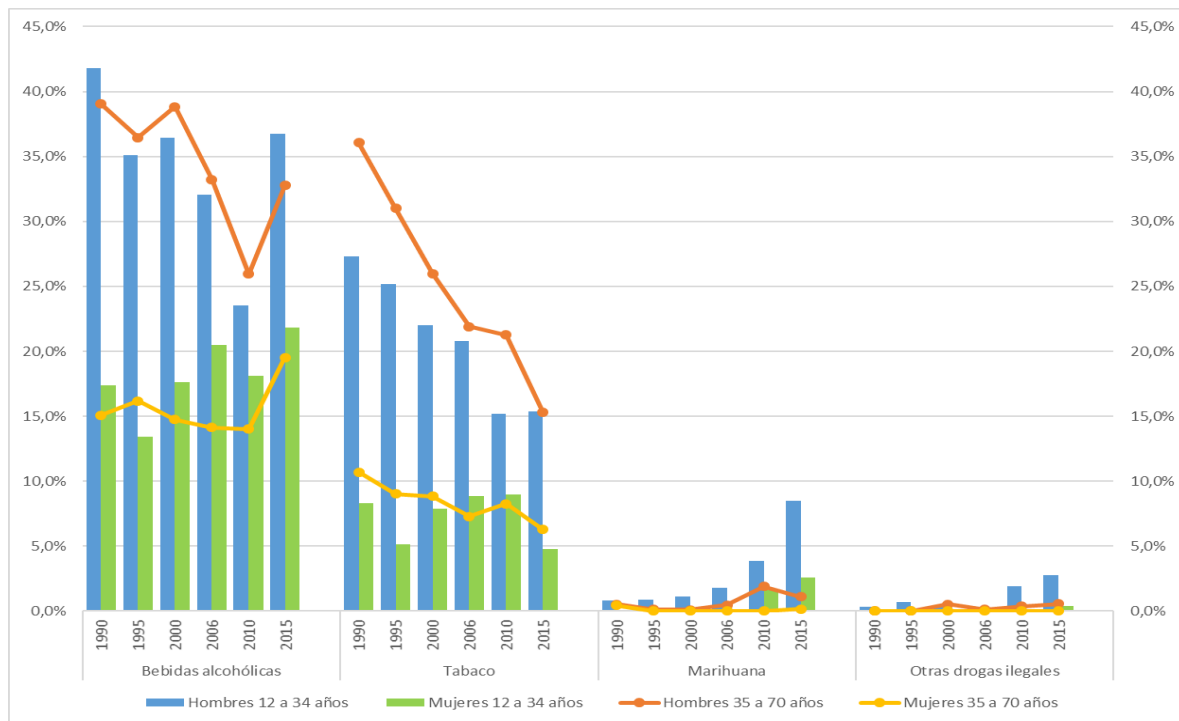
Para las bebidas alcohólicas, claramente, entre las personas del grupo etario de 12 a 17 años, se obtuvo los menores porcentajes de usuarios activos. Para todos los años de encuesta, para el grupo de 35 a 70 años, se obtuvo estimaciones del porcentaje de usuarios activos inferiores a los correspondientes a los grupos etarios de 18 a 25 años y de 25 a 34 años. En estos dos últimos grupos no hubo un predominio claro de uno sobre el otro; en algunos años fue mayor el indicador para el grupo de 18 a 25 años y en otros para el de 25 a 34 años.

En el caso del tabaco, el grupo de 12 a 17 años no sólo fue el que mostró los

menores porcentajes de usuarios activos, sino que el comportamiento a lo largo de los años de encuesta no fue estrictamente decreciente. Se pudo constatar un máximo local para la encuesta del 2000. Algo similar ocurrió para el grupo de 18 a 25 años; para ellos se obtuvo un máximo local en la encuesta del 2006. El grupo de 35 a 70 años siempre tuvieron valores puntualmente menores que los correspondientes a al grupo de 25 a 34 años.

Para la marihuana lo más notable es el incremento en el porcentaje de usuarios activos que se ha mostrado en el rango etario de 18 a 25 años. Los usuarios activos en el rango etario de 25 a 34 años y en los 12 a 17 años evidenciaron valores muy similares hasta la encuesta del 2015, año en que los usuarios activos en el rango etario de 12 a 17 años tuvieron un valor menor. El carácter juvenil del consumo de marihuana lo da el hecho que para la edad de 35 a 70 años el porcentaje de usuarios activos fue siempre el menor desde la encuesta de 1995 a la del 2015. En el caso de las otras drogas ilegales, en las encuestas del 2010 y del 2015, para las edades de 18 a 25 años y de 25 a 34 años se ha observado estimaciones mayores del indicador.

Gráfico 5: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según sexo y grupo etario de informantes



Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

La gráfica anterior muestra que, para todas las sustancias psicoactivas y para

los dos grupos etarios considerados, el porcentaje de usuarios activos fue superior entre los varones, independientemente del año de encuesta.

En el caso de las bebidas alcohólicas, para los dos intervalos etarios, hubo un descenso en la estimación del indicador desde el 1990 al 2010, aunque en el 2015 se constató un incremento importante en el porcentaje de usuarios activos.

Para las mujeres, sólo en el año 1995, entre las de 35 a 70 años el porcentaje de usuarias activas fue superior hallado entre las de 12 a 34 años. Para las de menor edad, 12 a 34 años, el comportamiento histórico sugiere un incremento, mientras que, entre las de mayor edad, 35 a 70 años, el indicador disminuyó hasta la encuesta del 2010, luego de la cual (2015), se obtuvo un valor mucho mayor a todos los anteriores.

En el caso del tabaco, el porcentaje de usuarios activos fue mayor para el grupo etario de 35 a 70 años en todas las encuestas. A lo largo de las distintas encuestas, sólo para las mujeres de 12 a 34 años el indicador fue oscilante. Para los otros subgrupos hubo una propensión a la disminución del valor del indicador, con una pequeña salvedad entre las mujeres de 35 a 70 años, para las que hubo un repunte en la encuesta del 2010.

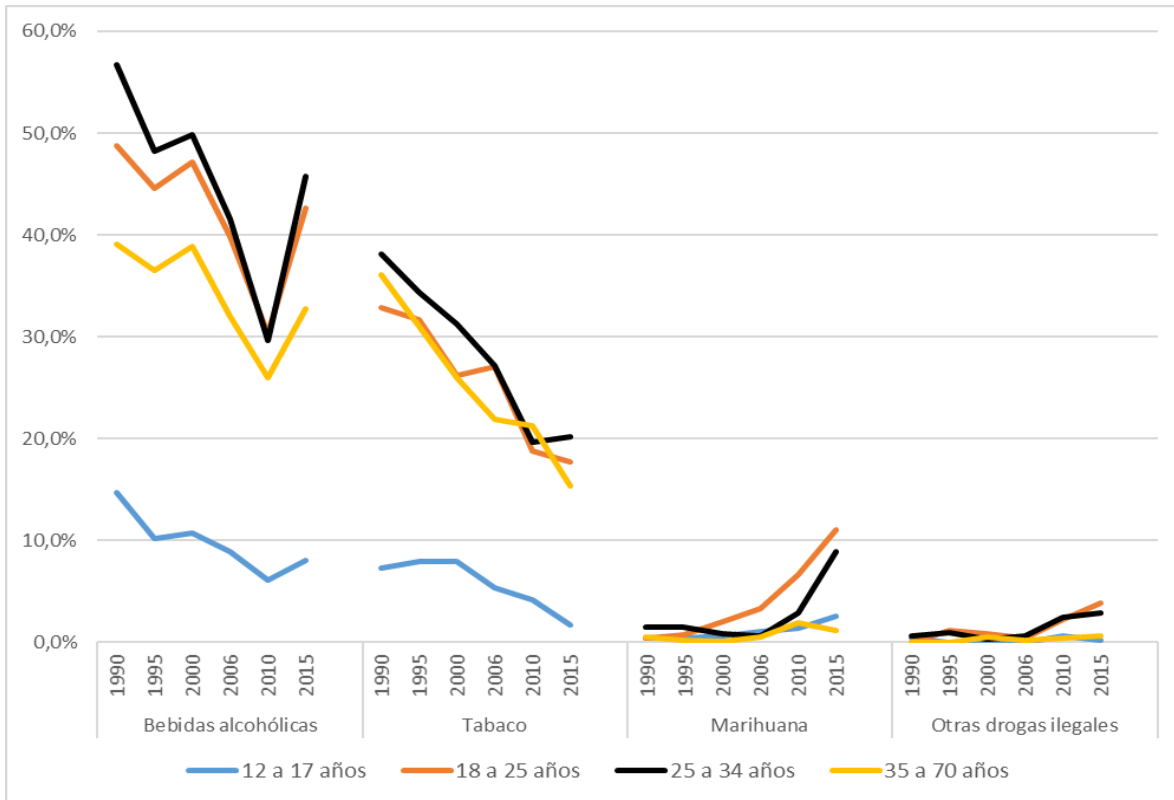
En el caso de la marihuana, el rasgo más evidente es el del paulatino incremento en el porcentaje de usuarios activos, especialmente entre los más jóvenes, tanto hombres como mujeres.

En el caso de otras drogas ilegales, lo más destacable es el incremento del porcentaje de usuarios activos en las encuestas del 2010 y 2015, entre los varones de 12 a 34 años.

En la gráfica 6 se muestra, para las bebidas alcohólicas y el tabaco, que, entre los representantes masculinos del intervalo etario de 12 a 17 años, los porcentajes de usuarios activos fueron claramente inferiores respecto a los de otros grupos etarios. Para ambos tipos de sustancia se ha venido dando una disminución desde 1990 al 2015 para ese grupo etario.

Las estimaciones para el grupo etario de 35 a 70 años fueron siempre inferiores a las de los grupos de 18 a 25 años y de 26 a 34 años en el caso de las bebidas alcohólicas.

Gráfico 6: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según sexo y grupo etario de informantes



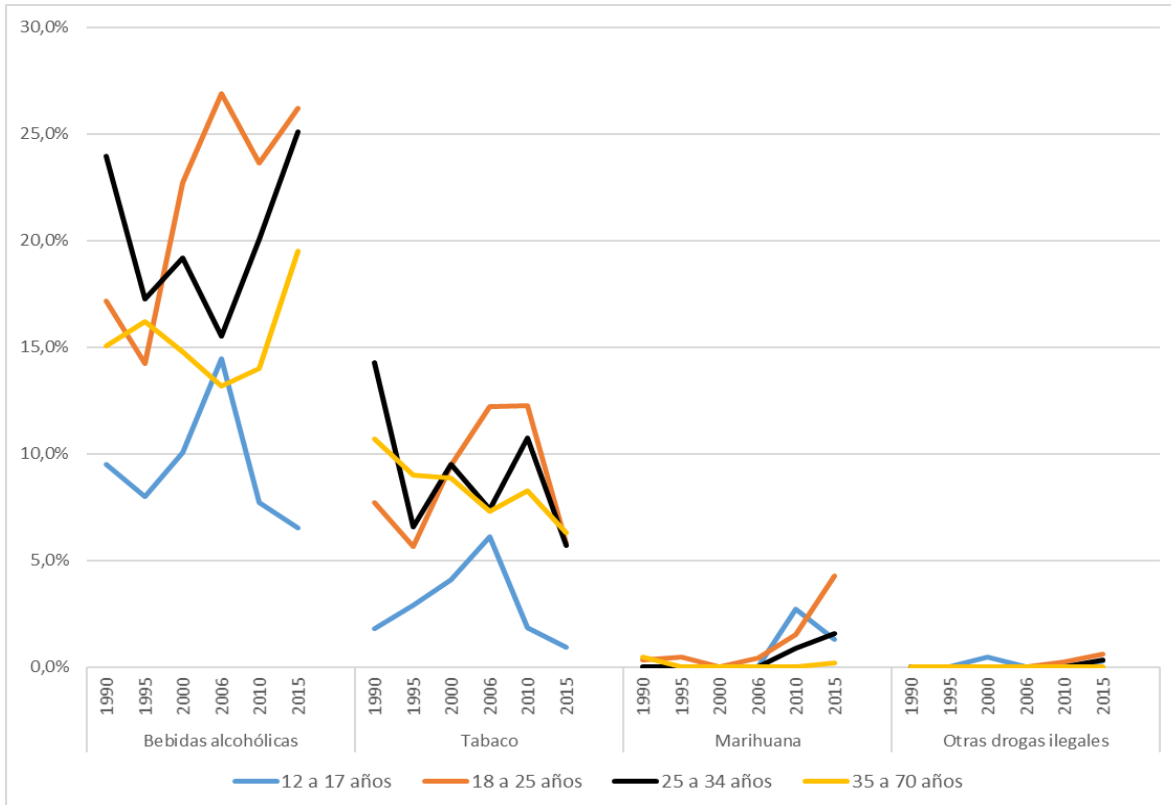
Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

En el caso del tabaco, fuera del grupo de 12 a 17 años, los valores correspondientes a los otros grupos etarios se superponen en mayor o menor medida, aunque siempre con una propensión general a la baja.

Sobre la marihuana, lo más evidente es el incremento en el porcentaje de usuarios activos entre los grupos de adultos jóvenes. En menor grado, ocurre algo similar con el porcentaje de usuarios de otras drogas ilegales.

Entre las mujeres, como se observa en la gráfica 7 lo más relevante es la proporción de usuarias activas de los distintos productos considerados sigue el orden que se ha descrito anteriormente, a saber, bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana y otras drogas ilícitas, en orden de mayor a menor. Hay, sin embargo, una interesante salvedad. En las encuestas del 2010 y del 2015, los porcentajes de usuarias activas de marihuana en el grupo de 12 a 17 años fueron mayores a los porcentajes de usuarias activas de tabaco, respectivamente.

Gráfico 7: Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según sexo y grupo etario de informantes



Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

En el caso de las bebidas alcohólicas, hubo un año de encuesta, el 2006, en el cual el porcentaje de usuarias activas en el grupo de 12 a 17 años fue superior al correspondiente a las usuarias activas de 35 a 70 años. Para el grupo etario de 12 a 17 años, desde la encuesta del 2006, se ha presentado una disminución en el porcentaje de usuarias activas. En cambio, para los grupos etarios de 25 a 34 años y de 35 a 70 años, lo que ha ocurrido es un aumento en el valor de tal indicador. El grupo etario de 18 a 25 años tuvo un máximo en la encuesta del año 2006.

En cuanto al tabaco, solamente en el grupo etario de 35 a 70 años se observa un comportamiento decreciente en el porcentaje de usuarias activas, con un repunte en la encuesta del 2010. Si bien en los distintos intervalos etarios hubo una disminución del porcentaje de usuarias activas en la encuesta del 2015, el comportamiento histórico para tales grupos no ha mostrado el decrecimiento que sí se ha apreciado entre los varones.

Los grupos jóvenes, tanto adultos como adolescente, han venido aportando un mayor porcentaje de usuarias activas de marihuana. El valor más elevado en el 2010 correspondió al grupo de 12 a 17 años y el más alto del 2015 al del grupo de 18 a 25 años.

Los porcentajes de usuarias activas de otras drogas ilegales ha sido en general bastante bajo para las mujeres.

Figura 2. Pauta general de la Evolución del Consumo Activo de Sustancias Psicoactivas, según sexo y grupo etario de informantes

Edad	Hombres	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres	Mujer
12 a 34 años	↓	↑	↓	=	↑	↑	↑	=
35 a 70 años	↓	↑	↓	↓	↑	=	=	=
	BEBIDAS ALCOHÓLICAS		TABACO		MARIHUANA		OTRAS DROGAS ILEGALES	

Fuente: Encuestas nacional sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010, 2015, IAFA.

5. Marco estratégico

Partiendo de los elementos descritos en el marco conceptual, así como la información dispuesta en el análisis de situación y el correspondiente contexto normativo que acuerpa las funciones sustantivas, se presenta el marco estratégico institucional vinculado con el modelo de atención:

5.1. Misión

Contribuir en el marco de sus responsabilidades rectoras y ejecutoras en materia de drogas, a mejorar las condiciones de vida de todas las personas en sociedad, por medio de un conjunto de intervenciones en promoción de la salud mental y preventivo-asistenciales tendientes a modificar hábitos, costumbres y actitudes para disuadir el consumo de drogas y minimizar sus consecuencias

5.2. Visión

Constituirse en referente científico técnico a nivel nacional e internacional en el diseño e implementación de modelos integrales de atención y en la producción y transferencia de conocimiento en materia de drogas como problema de salud pública

5.3. Valores

*Solidaridad,
Respeto,
Compromiso y
Liderazgo*

5.4. Vinculación de la Política Sectorial¹⁰ con la Estrategia Institucional¹¹

Ejes y Áreas estratégicas del Sector Salud	Ejes y Objetivos estratégicos institucionales
<p>Área Estratégica 1: Ejercicio del liderazgo y gobernanza eficaz en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la salud pública por medio de alianzas estratégicas que fomenten la articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales.</p> <p>Eje 1 - Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas.</p>	<p>Objetivo Estratégico 3: Promover servicios óptimos a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas mediante la ampliación y diversificación de los mecanismos de regulación de programas públicos y privados de la red nacional de servicios de salud y la certificación de personas que brindan tratamiento</p>
<p>Área Estratégica 2: Fortalecimiento de las políticas de promoción de la salud y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, haciendo énfasis en intenciones tempranas de tipo familiar, comunitario y laboral enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y jóvenes en su ambiente social inmediato.</p> <p>Eje 2 - Promoción y prevención.</p>	<p>Objetivo Estratégico 7: Mejorar los niveles gestión y el posicionamiento de la Institución en los espacios local y regional, respondiendo eficazmente a las necesidades de la población</p> <p>Eje 7 - Fortalecimiento Institucional</p>
<p>Área Estratégica 3: Mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud integrales que atienden el consumo de sustancias psicoactivas incorporando la intervención temprana y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento.</p> <p>Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento.</p>	<p>Objetivo Estratégico 1: Promover estilos de vida saludables y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, mediante acciones articuladas dirigidas a la población en general</p> <p>Eje 1 - Promoción de la salud y Prevención del consumo de sustancias psicoactivas</p>
<p>Área Estratégica 4: Vigilancia de la salud, monitoreo, evaluación e investigación del abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Eje 4 - Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación.</p>	<p>Objetivo Estratégico 5: Fortalecer la estrategia integral de comunicación orientada a la difusión de mensajes, dirigidos al fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables</p> <p>Eje 5 - Comunicación</p>
<p>Área Estratégica 5: Fortalecimiento del acceso y la calidad de los servicios de salud integrales que atienden el consumo de sustancias psicoactivas incorporando la intervención temprana y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento.</p> <p>Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento.</p>	<p>Objetivo Estratégico 6: Optimizar la oferta de formación y capacitación institucional a fin de lograr una respuesta articulada al consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Eje 6 - Formación y Capacitación</p>
<p>Área Estratégica 6: Mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud integrales que atienden el consumo de sustancias psicoactivas incorporando la intervención temprana y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento.</p> <p>Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento.</p>	<p>Objetivo Estratégico 2: Mejorar la accesibilidad y la atención integral a las personas con consumo de sustancias psicoactivas y sus familias, mediante el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento</p> <p>Eje 2 - Atención integral</p>
<p>Área Estratégica 7: Vigilancia de la salud, monitoreo, evaluación e investigación del abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Eje 4 - Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación.</p>	<p>Objetivo Estratégico 4: Direccionar la gestión de conocimiento a fin de identificar las variables relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas y a la efectividad de las intervenciones</p> <p>Eje 4 - Producción de Conocimiento</p>

¹⁰ Tomado de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2016 – 2021, del Ministerio de Salud de Costa Rica.

¹¹ IAFA (2019) Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020 – 2024, San José, Costa Rica.

Es importante tener en consideración que en el año 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se establecen 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas enfocadas a lograr el desarrollo sostenible en tres dimensiones económica, social y ambiental, de forma equilibrada e integrada, con el fin de que los Estados implementen acciones a favor de las personas que se encuentran en condiciones de exclusión y vulnerabilidad, combatir las desigualdades y construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas.

Las prioridades y áreas estratégicas definidas por el IAFA se encuentran estrechamente vinculadas con Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular con el objetivo 3.

OBJETIVOS	METAS
<p>Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.</p>	<p>Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.</p>
	<p>3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas.</p>
	<p>3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro.</p>
	<p>Meta 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.</p>
	<p>3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad.</p>

6. Modalidad de entrega y conjunto de prestaciones

Partiendo del enfoque centrado en la persona para la atención efectiva, oportuna, con respeto, trato digno y reconocimiento de los derechos de quienes consumen sustancias psicoactivas, el modelo organiza la prestación servicios a partir de una estrategia que incida en los principales determinantes sociales de la salud, basado en una filosofía de colaboración no competitiva, la cual se ampara en un proceso de cooperación, coordinación e integración entre los diversos actores que se realizan acciones en el país, en materia de consumo de SPA.

Lo anterior, parte del entendimiento que más de la mitad de los efectos en la salud se deben a determinantes fuera del sistema de salud¹², por lo tanto, el estado de salud de la población no depende exclusivamente de los resultados del accionar de las instituciones vinculadas al sector salud, sino que responde a una compleja red de interrelaciones que se establecen entre individuos y de éstos con su entorno¹³ (Mata, 2012).

De tal forma, se requiere de un modelo de gestión que organice y combine los recursos para la provisión de servicios, entendida como un conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas, que se brindan a la población (en términos de la persona, familia y comunidad) en un entorno físico y ecológico que favorece o limita su salud, por medio de una red de servicios articulados.

Por lo anterior, el modelo debe abocarse a mejorar el acceso equitativo a los servicios, con la promoción de la acción interinstitucional e intersectorial, el trabajo en red y desarrollo de intervenciones que sean efectivas para mejorar el estado de salud de la población (UNODC-WHO, 2020).

¹² La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), define los sistemas de salud como: todas las actividades cuyo propósito primario es la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales, esta definición compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya misión es mejorar la salud de los individuos.

¹³ El contexto socioeconómico y político, así como la exposición y vulnerabilidad diferencial a circunstancias de vida como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, la escasa calificación laboral y el mismo acceso al sistema de salud, entre otros, constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades o inequidades sociales en el campo de la salud.

6.1. Organización para la provisión de servicios

6.1.1. Organización de redes

La red de servicios la conforman el conjunto de recursos comunitarios y los establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, debidamente aprobados por el IAFA y el Ministerio de Salud para funcionar en el país, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para responder a la demanda en salud de una población en un determinado territorio.

6.1.2. Niveles de atención

Los niveles de atención son formas organizativas de los servicios que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo cual, al mismo tiempo les dota de capacidad para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas de salud.

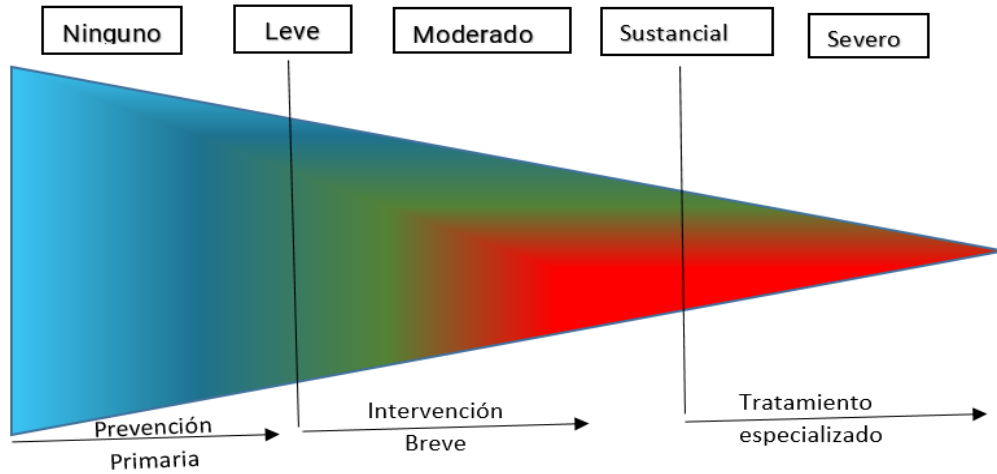
La OMS (2008) plantea que el Estado, debe ofrecer a la población un continuum de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, acorde a sus necesidades a lo largo del curso de su vida.

Los niveles de atención se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, (García Salabarría J., 2006), lo que implica que las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en términos de problemas de salud que se resuelven.

Es importante recalcar que para cada nivel de severidad así va a ser el nivel de atención que se brinda, con se observa en la figura N° 3.

Figura N° 3

Consumo de sustancias gravedad y nivel de atención



Fuente: Adaptado con permiso del Instituto de Medicina, 1990. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol Series (TIP) 34, SAMHSA, 2012.

La prevalencia de problemas de abuso de sustancias en la población está representada por el área del triángulo ocupado; la mayoría de las personas no tienen problemas de abuso de sustancias, muchas personas tienen algunos problemas de abuso de sustancias y algunas personas tienen muchos problemas de abuso de sustancias (SAMHSA, 2012).

Las líneas de puntos que extienden las flechas sugieren que tanto la prevención como la intervención breve pueden tener efectos más allá de sus principales poblaciones objetivo.

La prevención está indicada para personas que no han tenido problemas pero que están en riesgo de desarrollarlos, una intervención breve para personas con problemas leves o moderados y el tratamiento especializado está indicado para personas con problemas importantes o graves

Los criterios para la ubicación de las personas en los diversos niveles de atención del sistema nacional de tratamiento, parte de la comprensión de seis ejes de valoración, como se observa en la tabla N° 1:

Tabla N° 1: Ejes de Evaluación de Necesidades de Atención:

Eje 1:	Potencial de Intoxicación Aguda y/o Síndrome de Abstinencia
Eje 2:	Trastornos y Complicaciones Médicas (Biomédicas)
Eje 3:	Trastornos y Complicaciones Psicológicas o Psiquiátricas
Eje 4:	Disposición al Tratamiento [No necesariamente se aplica para las PME]
Eje 5:	Potencial de Recaída, de Uso continuado de Drogas y persistencia de otros problemas
Eje 6:	Ambiente de Recuperación / Ambiente de Vida.

Fuente: Adaptado: Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. CICAD/OEA, 2004.

Además, se presenta una relación entre los ejes de valoración con los niveles de atención para la toma de decisiones con relación a la atención que se requiera.

Tabla N° 2: Criterios para la ubicación de las personas

Ejes de Valoración	Niveles de Atención			
	Nivel 1: Ambulatorio	Nivel 2: Ambulatorio Intensivo Hospitalización Parcial	Nivel 3: Residencia Comunidad Terapéutica	Nivel 4: Hospital
Eje 1: Intoxicación o Síndrome de Abstinencia	Riesgo no significativo o mínimo	Riesgo moderado de Síndrome de Abstinencia severo.	Mínimo. Síndrome de Abstinencia moderado o severo manejable.	Alto riesgo. Manejable en ambiente con recursos de un hospital.
Eje 2: Trastornos Médicos	Ninguno o muy estable, en control médico	Ninguno o no implica obstáculo. Manejable	Ninguno o estable; en control médico	Requiere control médico 24 horas, enfermería y los recursos de un hospital.
Eje 3: Trastornos Mentales	Ninguno o muy estable, o el paciente está en control de salud mental	Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación; el paciente necesita de estabilización.	Ninguno o mínima o de Severidad Leve o Moderada que no implica obstáculo para la recuperación.	Severidad moderada o grave inestables. Cuidados psiquiátricos 24 h. Tratamiento concomitante para la dependencia de drogas.
Eje 4: Disposición al Cambio	Dispuesto para la recuperación, pero necesita motivación y control o hay alta	Pobre compromiso Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema,	Necesidad de estructura de modelaje de conducta. Abierto a la recuperación.	Resistente al tratamiento, pobre control de impulsos, necesita estrategias

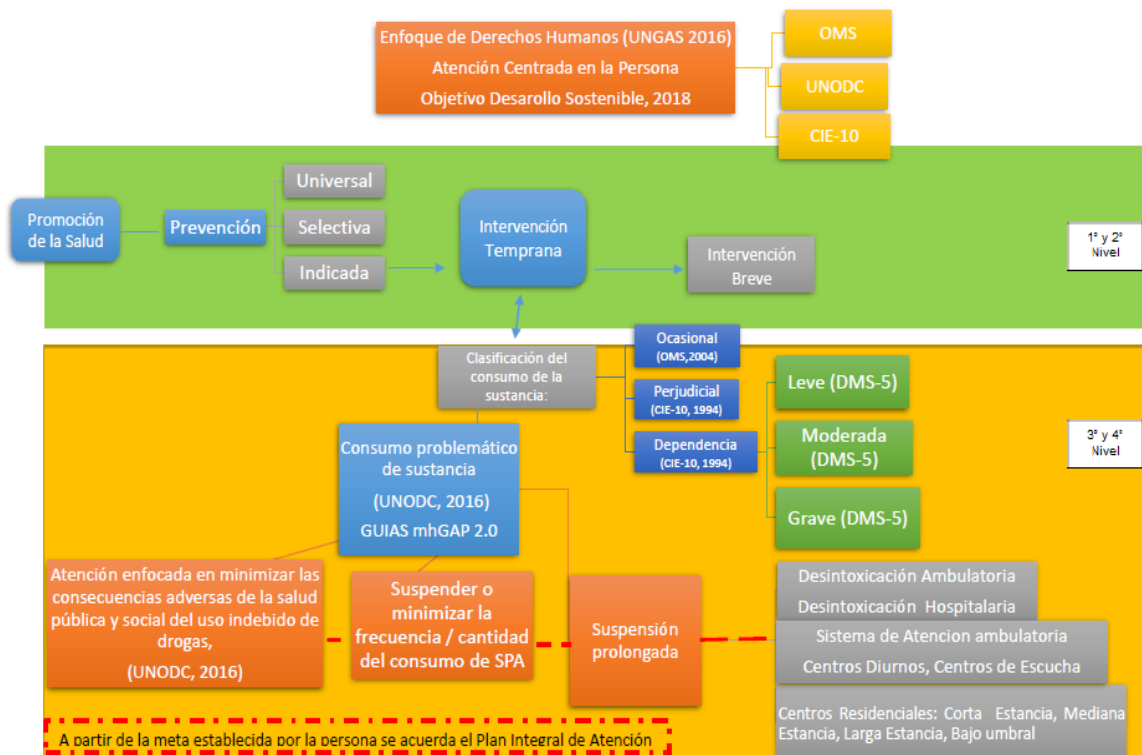
Ejes de Valoración	Niveles de Atención			
	Nivel 1: Ambulatorio	Nivel 2: Ambulatorio Intensivo Hospitalización Parcial	Nivel 3: Residencia Comunidad Terapéutica	Nivel 4: Hospital
	severidad en este eje pero no en otros.	Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo.	Necesita ambiente estructurado o entorno residencial o hay alta severidad en este eje, pero no en otros. Necesita fortalecimiento motivacional.	motivacionales en encuadres estructurados de 24 horas ó programa de fortalecimiento motivacional.
Eje 5: Riesgo de Recaída, Mantenimiento del consumo u otros problemas	Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o en metas motivacionales con un mínimo apoyo.	Intensificación de la problemática, a pesar participar activa mente en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, persistir en el consumo o continuar sus problemas, sin control cercano y apoyo casi diario.	Grave dificultad u oposición al tratamiento, con peligrosas consecuencias inminentes. Entiende las recaídas, pero necesita estructura para mantener los logros terapéuticos. Poca conciencia y necesita intervenciones residenciales para prevenir las recaídas, con consecuencias peligrosas inminentes, déficit cognitivos y disfuncionalidad.	No califica para servicios menos intensivos.
Eje 6: Ambiente de recuperación	Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación.	No cuenta con apoyo, pero con estructura, apoyo y el alejamiento del ambiente hogareño, el paciente puede manejarse con éxito.	Peligroso. Necesita de una estructura de 24 horas para aprender a manejarse exitosamente.	Peligroso. No califica para servicios menos intensivos.

Fuente: Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. CICAD/OEA, 2004.

Organización de servicios del IAFA:

A continuación, se muestra un esquema (figura N° 4) para identificar las diversas dimensiones del consumo de sustancias psicoactivas, el cual ofrece una síntesis del continuum del mismo y permite orientar la evaluación de las personas consumidoras de sustancias.

Figura 4. Acercamiento a la atención integral centrada en la persona



Fuente: Recopilado por MPSC. Paula Picado en Plan Red de Servicio de Atención Integral para Personas Menores de Edad. CONASPE, 2018.

Reconocemos que la puerta de entrada al sistema de salud, es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto, cuyas necesidades pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud y prevención.

La **promoción de la salud** comprende a todas aquellas estrategias dirigidas al desarrollo de habilidades para la vida, promoción de conductas saludables, fortalecimiento de valores y actitudes, constituyendo la plataforma de la Prevención.

Siguiendo los Estándares Internacionales sobre Prevención del Uso de Drogas, (ONUDD, 2018), el objetivo general de la **prevención del uso de sustancias psicoactivas** es el desarrollo sano y seguro de los niños y jóvenes para potenciar sus talentos y convertirse en miembros productivos de su comunidad y la sociedad. La prevención eficaz contribuye significativamente a la participación positiva de niños, jóvenes y adultos con sus familias, escuelas, lugar de trabajo y comunidad.

Este primer nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, logrando realizar una atención oportuna y eficaz. De aquí la importancia de trabajar en forma conjunta con los programas que pretenden prevenir el consumo de SPA por medio de la mejora de las habilidades de las familias o figuras de cuidado. Según la ONUDD (2018) y la OMS, con el fin de ayudar a las personas, en particular, aunque no exclusivamente, a edades más tempranas, a evitar o retrasar el inicio del uso de sustancias psicoactivas, o si ya han comenzado, evitar el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias.

Algunos de los factores que hacen que las personas sean vulnerables (o, por el contrario, resilientes) al inicio del consumo de sustancias difieren según la edad. La crianza y el apego escolar son factores de vulnerabilidad y resiliencia que se han identificado durante la infancia, niñez y adolescencia temprana. En las etapas posteriores del continuo del curso de la vida, las escuelas, los lugares de trabajo, los lugares de entretenimiento, los medios de comunicación son todos escenarios que pueden contribuir a que las personas sean más o menos vulnerables al consumo de SPA y otras conductas de riesgo.

Vale decir que las personas jóvenes en comunidades pobres con poco o ningún apoyo familiar y acceso limitado a la educación, están especialmente en riesgo. También lo son las personas menores de edad, las personas adultas y las comunidades afectadas por conflictos o desastres naturales.

Es importante enfatizar que los factores de vulnerabilidad mencionados anteriormente están fuera del control del individuo y se encuentran relacionados con muchos comportamientos de riesgo y condiciones de salud relacionadas, como la deserción escolar, agresividad, delincuencia, violencia, comportamiento sexual riesgoso, depresión y suicidio.

Por lo tanto, no debe sorprender que muchas políticas e intervenciones de prevención de consumo de SPA también impidan otras conductas de riesgo y por lo tanto estén focalizadas en una población determinada,¹⁴ la cual ha sido detectada como tal a base a diagnósticos comunitarios y por ello se clasifican en:

- **Prevención Universal:** Programas dirigidos a población general, se orientan a informar, a crear conocimiento, acerca de las consecuencias que se derivan del consumo de drogas; fomento de acciones de promoción de la salud. Estas estrategias se implementan en grandes grupos y basándose en el supuesto de que todos los receptores pueden beneficiarse de las mismas.
- **Prevención Selectiva:** Programas dirigidos a grupos poblacionales identificados con mayor riesgo de desarrollar conductas asociadas al consumo de drogas enfocado en grupos en alta vulnerabilidad social entre otros.
- **Prevención Indicada,** va dirigido directamente a un segmento de la población que se encuentra en riesgo inminente, en tanto se está iniciando el consumo de sustancias psicoactivas, pero sin llegar a la dependencia (Sanz, et al, 2004).

La ONUDD (2018) señala que un Sistema Nacional de Prevención eficaz, ofrece una gama integrada de políticas e intervenciones basadas en evidencia científica, en múltiples entornos, dirigidos a edades y niveles de riesgo relevantes, lo cual, sería imposible implementar a partir de una única intervención de prevención que a menudo suele encontrarse aislada y limitada en su tiempo y alcance.

Una vez que han sido identificados los factores de vulnerabilidad es de gran relevancia una atención oportuna, por lo que la persona debe ser referida a los **Programas de Intervención Temprana**¹⁵ existentes o a los dispositivos de

¹⁴ La Red de Servicios de Atención Integral para Personas Menores de Edad relacionado con Sustancias Psicoactivas (CONASPE, 2018), realiza acciones prevención basadas en factores de riesgo y protectores, acompañadas por el estímulo al desarrollo de habilidades socio afectivas, con técnicas participativas que tiendan al refuerzo de conductas pro sociales y como una forma de coadyuvar al pleno desarrollo de los ciudadanos. (ver Anexo N° 1)

¹⁵ Según la OMS, se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos en el momento de realizar la intervención temprana. Para efecto de Personas Menores de Edad:

- Apoyar a los padres sobre cómo tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, por ejemplo, monitoreando sus actividades y amistades, y participando en su aprendizaje y educación;
- Apoyar a los padres sobre cómo proporcionar una disciplina positiva y apropiada para el desarrollo;
- Apoyar a los padres en cómo ser un modelo para sus hijos;
- El programa debe estar organizado de manera que sea fácil y atractivo para la participación de los padres (por ejemplo, horas fuera de oficina, comidas, cuidado de niños, transporte, pequeño premio por completar las sesiones);

atención más cercano, de manera que se pueda brindar herramientas que posponga la evolución del consumo de sustancias o aborde a las personas con consumo ocasional (lo que comúnmente se ha conocido como consumo experimental, o consumo recreativo o consumo no médico) en el entendido que ha tenido un primer contacto, situaciones de presión social, consumo intermitente menor a un año de la sustancia psicoactiva, sin presentar los síntomas del consumo perjudicial.

Además, es importante recalcar que existe la intervención breve, que es un proceso sistemático y enfocado que se basa en la evaluación, el compromiso del cliente y la implementación rápida de estrategias de cambio. Las terapias breves también difieren de las intervenciones breves en que su objetivo es proporcionar a los clientes herramientas para cambiar las actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes.

-
- Debe incluir una serie de sesiones (10 sesiones, más en el caso de padres de comunidades desfavorecidas o en el contexto de un programa de tratamiento donde uno o ambos padres sufren de trastornos por consumo de sustancias);
 - Educación preventiva basada en habilidades personales y sociales e influencia social;
 - Intervenciones conductuales para niños y adolescentes para el tratamiento de trastornos del comportamiento;
 - Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (TPI) para niños y adolescentes con trastornos emocionales y la capacitación de los cuidadores se centraron en sus cuidadores;
 - Iniciar educación / capacitación para padres antes de comenzar a tomar medicamentos por parte de un niño que ha sido diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), con intervenciones iniciales que incluyen terapia cognitivo-conductual y capacitación en habilidades sociales si es factible;
 - Ofrecer intervenciones farmacológicas solo en entornos especializados;
 - Programas que incluyan un componente de aprendizaje social y emocional para prevenir la violencia juvenil;
 - Brindar la oportunidad de practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, que incluyan, afrontamiento, toma de decisiones y habilidades de resistencia, y particularmente en relación con el uso de sustancias;
 - Percepción de impacto de riesgos asociados al uso de sustancias, haciendo hincapié en consecuencias inmediatas;
 - Disipar los conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa y las expectativas relacionadas con el uso de sustancias;
 - Apoyar el funcionamiento normal (continuidad) en la escuela, no la interrupción.

Para efectos de personas con el cumplimiento de la mayoría de edad:

- El programa debe ser desarrollado con la participación de todas las partes interesadas
- Incluye y se basa en una política sobre el uso de sustancias en el lugar de trabajo que ha sido desarrollada por todos los interesados y que no es punitiva;
- Proporciona una intervención breve (incluida la basada en la internet), así como asesoramiento, derivación a servicios de tratamiento y reintegración a los empleados que los necesiten;
- Incrustado en otros programas relacionados con la salud o el bienestar (por ejemplo, para la prevención de enfermedades cardiovasculares);
- Entrena a los gerentes, empleados y trabajadores de la salud para cumplir sus funciones en el programa.
- Incluye pruebas de alcohol y drogas solo como parte de un programa integral con las características descritas en los puntos de viñetas anteriores.
- Apoyar el cumplimiento de las políticas de tabaco y alcohol a nivel local.
- Trabajar en una variedad de entornos comunitarios (familias, escuelas, lugares de trabajo, lugares de entretenimiento)
- Implementar programas basados en evidencia, monitorear y evaluarlos, con el involucramiento de universidades
- Se proporciona capacitación y recursos adecuados a las comunidades.
- Las iniciativas se mantienen en el mediano plazo (por ejemplo, más de un año).

La intervención breve difiere de la terapia a largo plazo en que se enfoca más en el presente, minimiza la causalidad psíquica, enfatiza el uso efectivo de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y se enfoca en un cambio de comportamiento específico en lugar de un cambio generalizado o de gran escala.

En consideración con los estándares internacionales para el tratamiento de los trastornos de consumo de sustancias psicoactivas, emitidos por la UNODC y la OMS (2020), un sistema nacional eficaz requiere de una coordinación y respuesta integrada de muchos actores, para brindar servicios e intervenciones en múltiples configuraciones y focalización en diversos grupos con diferentes etapas en términos de la severidad de su consumo y sus necesidades adicionales, mantenimiento como objetivo principal mejorar la salud y la calidad de la vida de las personas con trastornos por consumo de SPA, así como ayudar a las personas a lograr su recuperación en la medida de lo posible, lo cual, implica detener o reducir el consumo, mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento social del individuo afectado, así como prevenir daños futuros al disminuir el riesgo de complicaciones y recaídas (UNODC-WHO, 2020).

De acuerdo con 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), el país cuenta con un sistema nacional de tratamiento, cuyo fin es alcanzar un conjunto de servicios de atención lo suficientemente integrados con los cuales se pueda llegar al máximo número de personas.

En la última década se han desarrollado mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación entre instituciones y organismos, para atender los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, que constituyen redes de servicios que permite a las personas consumidoras, partiendo de un diagnóstico apropiado de dependencia/abuso, acceder a los recursos que más se ajusten a sus necesidades, siempre dentro del esquema de protección y atención integrada, de manera gratuita o costeadas por el Estado.

Como parte del mencionado sistema nacional de tratamiento, los servicios de atención del IAFA, se organizan a partir de tres componentes:

- a. Una Consulta de Orientación para familiares o miembros de los grupos de contención de los consumidores de sustancias psicotrópicas, que demandan conocimiento sobre el cómo manejar ese tipo de problemática, en aras de facilitar el proceso de atención y recuperación de las personas que están

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

- b.** Una Consulta de Desintoxicación Ambulatoria para personas que presentan cuadros agudos y leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo o tiene un mínimo riesgo de complicaciones, bajo supervisión médica, en un esquema de consultas periódicas, que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de baja intensidad.
- c.** Finalmente, se cuenta con Internamiento exclusivo para personas menores de edad, que reciben atención (24 horas) que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de alta intensidad, bajo internamiento.

7. Referencias

Aprobación del Convenio marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco. Tratado Internacional N° 8655, (2008). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63747&nValor3=73482&strTipM=TC

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014.) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. APA.

Chaves Salomón, C. (2012). *Aspectos legales de la regulación del fumado en Costa Rica: una nueva perspectiva en torno a la Ley 9028: Ley General de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud*. [Tesis de graduación licenciatura]. Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho.

Código de Familia. Ley N° 5476, (1973). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=970&strTipM=TC

Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739, (1998). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43077&nValor3=107852¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=3&strSim=simp

Código Penal. Ley N° 4573, (1970). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2004). *Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas*. CICAD.

Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad. (2018). *Plan Red de Servicios de Atención Integral para Personas Menores de Edad relacionado con Sustancias Psicoactivas*. CONASPE.

Constitución Política de la República de Costa Rica. (1949).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871¶m1=NRTC&strTipM=TC

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Ley N° 4534, (1970).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=36150&nValor3=38111¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp

Convención sobre Estupefacientes, Drogas y Sustancias Psicotrópica., Ley N° 7198, (1990).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43622&nValor3=45971&strTipM=TC

Convención sobre los Derechos del Niño. Ley N° 7184, (1990).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6606&nValor3=7032¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp

Convención Única Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1961. Ley N° 4544, (1970).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=36897&nValor3=38903&strTipM=TC

Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la cruz roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución. Ley N° 7972 (1999).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=41967&nValor3=115052¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp

Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas. Ley N° 8093 de 2001.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46036&nValor3=48558&strTipM=TC

Creación de la Secretaría Técnica de Salud mental, modificación de la ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley General de Salud y reforma ley N° 8718 “Autorización para cambio de nombre de la Junta de Protección Social”. Ley 9213 (2014).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=76956&nValor3=96255&strTipM=TC

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Normas internacionales, (1948).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=15384&nValor3=16492&strTipM=TC

Declaración Universal de Derechos Humanos. Normas internacionales, (1948).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49015&nValor3=52323&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 32997-S. Manual de normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas mayores de dieciocho años programa: desintoxicación. (2005).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=56843&nValor3=62343&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 34784-MSP-S. Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional. Costa Rica. (2008).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64171&nValor3=74291&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 35383-S. Oficialización de la norma para la Aprobación del Funcionamiento Técnico de los Programas Especializados en Tratamiento del Consumo del Alcohol y otras Drogas. (2009).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=66189&nValor3=77706&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 36661-MP. Coordinación y ejecución de las políticas, programas y proyectos contemplados en el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo. (2011).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=71673&nValor3=87078&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 36948 MP-SP-JP-H-S. Reglamento general sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada. (2011).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=71828&nValor3=87324&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 37110-S. Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. (2012).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 37326-S. 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. Costa Rica. (2012).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73394&nValor3=90059¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=1&strSim=simp

Decreto Ejecutivo No. 41172. Declaratoria de interés público del Plan Estratégico Nacional "Hoja de ruta para hacer de Costa Rica un país libre de trabajo infantil y sus peores formas".
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=88840&nValor3=116368&nValor5=2

Decreto Ejecutivo N° 41386-S. Oficialización y declaratoria de interés público y nacional de la Estrategia nacional para el abordaje integral y la reducción del consumo de sustancias Psicoactivas con enfoque de salud pública 2016-2021. (2019).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=87954&nValor3=114713&strTipM=TC

Decreto Ejecutivo N° 41632. Norma nacional para la atención integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud. (2019).
https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/directrices_dm/2019/DAJ_decreto_41632_norma_situaciones_violencia.pdf

Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.

Ley N° 8239 (2002).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=48278&nValor3=51401&nValor5=2&nValor6=02/04/2002&strTipM=FA

Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles. Ley N° 8460 (2005).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55961&nValor3=0&strTipM=TC

García Salabarría J. (2006). Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica Cubana. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1), 07-15.

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017*.
http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (1990). *I Encuesta Nacional 1990: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (1995). *II Encuesta Nacional 1995: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2000). *III Encuesta Nacional 2000: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2006). *IV Encuesta Nacional 2006: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2010). *V Encuesta Nacional 2010: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). *VI Encuesta Nacional 2015: Consumo de Drogas en Costa Rica*. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2019). *Plan Estratégico Institucional 2020 – 2024*. IAFA.

Insulza, J.M. (2006). *El problema de drogas en la Américas*. OEA.

Lalonde, M. (1974). *A new perspectiva on the health of Canadians, a working document*.
Government of Canada.

Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Ley N° 7600 de
(1996). <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leyigualdaddeoportunidades.pdf>

Ley de Justicia Penal Juvenil. Ley N° 7576 (1996).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=19385&nValor3=0&strTipM=TC

Ley de Justicia Restaurativa. Ley N° 9582 (2019).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86883&nValor3=115374&strTipM=TC

Ley de la Persona Joven. Ley N° 8261 (2002).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48550&nValor3=111842¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp

Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres. Ley N° 8589 (2007).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=60183

Ley de Regulación y Comercialización de bebidas con contenido alcohólico. Ley 9047
(2012).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73058&nValor3=95858&strTipM=TC

Ley Fundamental de Educación. Ley N° 2160 (1957).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=31427&nValor3=33152&strTipM=TC

Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Ley N° 9028 (2012).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72249&nValor3=96354&strTipM=TC

- Ley General de la Administración Pública. Ley N° 6227 (1978).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=13231&nValor3=109081¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp
- Ley General de Salud. Ley N° 5395, (1973).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&strTipM=TC
- Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Ley N°5412, (1973)
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=8204&nValor3=96263&strTipM=TC
- Ley Transforma el Instituto de Desarrollo Agrario (IDA) en el Instituto de Desarrollo Rural (INDER) y Crea Secretaría Técnica de Desarrollo Rural. Ley N° 9036 (2012).
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72582&nValor3=115762¶m2=4&strTipM=TC&IResultado=32&strSim=simp
- Marín-Navarrete, R. y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: Pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(6), 395–396. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.060>
- Mata Pernudi, D. (2012). *Algunos aspectos generales a considerar para la elaboración del modelo institucional*. IAFA.
- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud* (3ª ed.). Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (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*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021*. Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2019). *Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2016 – 2021*. Ministerio de Salud.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. UNODC.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Estándares internacionales sobre prevención del uso de drogas*. (2ª ed.). UNODC.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. OPS*.
https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf?#:~:text=Integrated%20service%20delivery%20is%20%E2%80%9Cthe,and%20provide%20value%20for%20money.%E2%80%9D&text=Integrated%20care%20can%20look%20different%20at%20different%20service%20levels.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. Editorial Médica Panamericana.
http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (1ª ed.). OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes*. WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo noveno período de sesiones. Suplemento, 39 (A/69/39)*.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Determinantes sociales de la salud*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas: Renovación conceptual, evaluación del desempeño y bases para la acción*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Buscan mejorar la respuesta al problema de las drogas desde una perspectiva de salud pública. (OPS/OMS) https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14113:paho-oas-renew-agreement-to-cooperate-on-a-public-health-response-to-the-drug-problem-in-the-americas&Itemid=135&lang=es

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Tratados internacionales 4229-B de (1968). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=20579&n

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Tratados Internacionales 4229-A de (1968). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=11190&nValor3=12008&strTipM=TC

Política Nacional de Justicia Juvenil Restaurativa Costa Rica, Decreto Ejecutivo N° 40303-MJP-MP. (2017). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=83942&nValor3=108081&strTipM=TC

Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026. Decreto Ejecutivo N° 39727 (2016). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=81981&nValor3=104760&strTipM=TC

Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS* 4, (2), 157-186.

Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Ley N° 8289, (2002). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48978&nValor3=52271¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=2&strSim=simp

Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. Ley 8204 (2002).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48392&nValor3=93996&strTipM=TC

Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, Decreto Ejecutivo N° 32612. (2002).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55459&nValor3=60769&strTipM=TC

Reglamento General del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Decreto Ejecutivo N° 33070 (2006).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=57099&nValor3=62651&strTipM=TC

Reglamento sobre regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico, Decreto Ejecutivo N° 37739-S. (2013).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75269&nValor3=107554&strTipM=TC

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, sentencia N° 1915-92, del 22 de julio de mil novecientos noventa y dos.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, sentencia N° 2003-11222, del treinta de setiembre de dos mil tres.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, sentencia N° 2000-09685 del primero de noviembre del dos mil.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, sentencia N° 7123-2016 del veinticinco de mayo del dos mil dieciséis.

Sanz, C., Salvador, T. y Suelves, J. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Solar O, I. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. OMS. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma12-3952.pdf>

Szerman, N, Martínez-Raga J. (2015). Advances in Dual Diagnosis. *Emerald Insight*, 8 (2). <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1757-0972/vol/8/iss/2>

Szerman, N., Martínez-Raga, J., Baler R., Roncero, C., Vega, P., Ba-surte, I., Grau-López, L., Torrens, M., Casas, M., Franco, C., Spinnato, G., Maremmani, I., Maremmani, A.G.I., Daulouède, J.P., Aguerretxe-Colina, A., Mann, K., Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E., y Ruiz, P. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Mental* 40(6), 245-247. <http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.031>

Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del Proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12, 41-50. www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. WHO.

8. Apéndice

Anexo N° 1

Programas de Prevención: Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad (CONASPE).

	Institución	Programa	Tipo de prevención
Preescolar:	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Aprendo a Valerme por mí Mismo(a)	Prevención del consumo de drogas. (A la fecha no se encuentra en operación)
	Ministerio de Seguridad Pública	DARE “Haciéndolo Real”	Prevención del consumo de drogas y de la violencia (se encuentra en proceso de modificación)
	Ministerio de Seguridad Pública	Pinta seguro	Programa orientado a brindar herramientas básicas de autocuidado para niños y niñas.
	Ministerio de Educación Pública	Programas de estudio de Educación Prescolar	Prevención integral desde el enfoque de derechos

	Institución	Programa	Tipo de prevención
Primero y segundo ciclo de la Educación General Básica:	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Aprendo a Valerme por mí Mismo(a)	Prevención del consumo de drogas.
	Ministerio de Seguridad Pública	DARE “Haciéndolo Real” (V° y VI°)	Prevención del consumo de drogas y violencia (se encuentra en proceso de modificación).
	Ministerio de Seguridad Pública	Pinta seguro (I° a IV°)	Programa orientado a brindar herramientas básicas de autocuidado para niños y niñas.
	Ministerio de Educación Pública	Programa Convivir	Prevención del consumo de drogas
	Instituto Costarricense sobre Drogas - Ministerio de Educación Pública	Familias Fuertes	Prevenir conductas de riesgo en personas menores de edad

	Institución	Programa	Tipo de prevención
Tercer ciclo de la Educación General Básica y Educación Diversificada:	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Prevención, detección e intervención temprana (PDEIT)	Prevención del consumo de drogas.
	Ministerio de Seguridad Pública	DARE “Manteniéndolo Real” (7° y 8°)	Prevención del consumo de drogas y violencia actualmente en proceso de actualización (se encuentra en proceso de modificación).
	Ministerio de Seguridad Pública	Programas de estudio (Cobertura Nacional)	Prevención desde el enfoque de valores.
	Ministerio de Educación Pública	Programa Convivir	Prevención del consumo de drogas
	Ministerio de Educación Pública (MEP), ICD y ANPA	Programa Creatividad Salvavidas	Prevención integral
	Ministerio de Educación Pública (MEP), ICD y Acción Joven	Proyecto Colegios de Alta Oportunidad: Generación de oportunidades y prevención de riesgo en consumo de drogas	Prevención integral
	Convenio ICD, MEP, UNA	Formación de formadores en Robótica	Prevención integral

	Institución	Programa
Programas para madres, padres, encargados o encargadas de todos los ciclos y modalidades del sistema educativo	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	Aprendo a Valerme por mí Mismo(a)
	Ministerio de Seguridad Pública / Programas Policiales Preventivos	Programa educación para la resistencia del uso y abuso de las drogas: Estrategias de prevención que los padres y madres pueden utilizar ante la presión del consumo de drogas y uso de la violencia en los niños y jóvenes. Programa Great (Prevención Pandillas)
	Instituto Costarricense sobre Drogas - Ministerio de Educación Pública	Familias Fuertes

	Institución	Programa	Tipo de prevención
Prevención del delito del tráfico de drogas:	Ministerio de Seguridad Pública	Programa de Educación y Entrenamiento en Resistencia a las Pandillas (G.R.E.A.T.)	Prevención contra la delincuencia, la violencia juvenil y la asociación con las pandillas
	Ministerio de Seguridad Pública	Programa Regional Antidrogas (PRAD)	Prevención del delito de tráfico de drogas
	Instituto Costarricense sobre Drogas	La niña del bosque y el colibrí	Prevención del delito de tráfico de drogas
	Instituto Costarricense sobre Drogas	Estado de derecho y cultura de legalidad	Prevención del delito de tráfico de drogas
	Instituto Costarricense sobre Drogas	Saber elegir, Saber ganar	Prevención del delito de tráfico de drogas