

***Estimación de la Demanda de
Tratamiento de personas menores
de edad consumidoras
problemáticas de sustancia
psicoactivas en
Costa Rica, 2011.***



616.864

I59e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área
Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación.

Estimación de la demanda de tratamiento de personas
menores de edad consumidoras problemáticas de sustancias
psicoactivas en Costa Rica 2011. San José, CR. : IAFA, 2013.

56 p.: cuad. mapas. 1.13 MB

ISBN: 978-9968-705- 94-3

1. ADOLESCENTES. 2.CONSUMO. 3. COSTA RICA
4.SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. 5.TRATAMIENTO.i. Salas
Aguilar, Carolina. ii. Chacón Serrano, William. iii. Mata
Pernudi, Douglas. iv. Título

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M.
Zulay Calvo A
Álvaro Dobles U.
Rosa I. Valverde Z.

Equipo de Investigadores:

Licda. Carolina Salas Aguilar
Lic. William Chacón Serrano
Dr. Douglas Mata Pernudi

INDICE

CAPITULO I. Introducción	5
CAPITULO II. Objetivo principal.	6
CAPITULO III. Metodología	7
3.1. Técnica de Captura-Recaptura	7
3.1.1. Sujetos y Procedimiento.....	8
3.2. Suficiencia de la Red de Servicios de Tratamiento.....	11
3.3. Calculo del Número de Camas Necesarias o Requeridas.....	12
3.4. Análisis de las Áreas de Influencia.	14
CAPITULO IV. Análisis Demográfico	15
4.1. Características demográficas y proyección de la población.....	15
CAPITULO V. Perfil epidemiológico del consumo	18
5.1. Egresos de personas menores de edad de programas administrados por Instituciones Gubernamentales.....	18
5.1.1. Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad – IAFA.	18
5.1.2. Hospitales Nacionales - CCSS.	20
5.2. Egresos de personas menores de edad de programas administrados por Organizaciones No Gubernamentales.....	21
CAPITULO VI. Ofertas de Servicios de Atención.	26
6.1. Tratamiento Ambulatorio	26
6.2. Tratamiento Bajo Internamiento	28
6.3. Programas de Inserción Social.....	28
6.4. Atención brindada en los servicios de tratamiento.....	31
6.4.2. Utilización del Recurso Cama	33
CAPITULO VII. Oferta Espacial de Servicios de Atención y Accesibilidad Territorial.....	37
7.1. Análisis Provincial.....	37
7.2. Área de influencia	38

CAPITULO VIII. Estimación del Número de Personas Menores de Edad Consumidores Problemáticos de Sustancias Psicoactivas.....	41
8.1. Población Nacional.....	41
8.2. En Población Masculina de 12 a 17 años.....	45
8.3. En Población Femenina de 12 a 17 años.....	46
CAPITULO IX. Estimación Requerimientos Actuales del Recurso-Cama	48
CAPITULO X. CONCLUSIONES.....	49
GLOSARIO.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	54

CAPITULO I. Introducción

En el año 2011, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA, elaboró el estudio “Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica”; iniciativa que buscaba explorar el uso de nuevas herramienta para la identificación de la población menor de edad necesitada de tratamiento por su problema de consumo.

La búsqueda de nuevos acercamientos para determinar la población menor de edad que requiere de servicios bajo internamiento por su problema de consumo de sustancias, responde al hecho que ciertos grupos de consumidores se mantienen ‘ocultos’ en las estimaciones que se realizan para establecer la magnitud del problema del consumo de sustancias psicoactivas en la sociedad, cuando se utiliza la metodología de encuestas.

Por otra parte, el recuento completo de la población (censo) es poco práctico para este tipo de población e implica costos elevados, siendo necesario el desarrollo de técnicas indirectas que puedan proporcionar estimaciones de la necesidad de tratamiento por el consumo problemático de drogas.

Estas aproximaciones buscan orientar la planificación de la oferta de servicios residenciales y la definición de prioridades en materia de salud pública que las instituciones especializadas del Gobierno, en el ejercicio de la rectoría, deben identificar para responder al problema que representa el consumo de sustancias psicoactivas en la sociedad.

El presente estudio, corresponde al primer ejercicio de actualización a su predecesor, el cual será periódico a fin de dimensionar la situación del consumo problemático de drogas en la población menor de edad y la respuesta con que cuenta actualmente la red nacional de tratamiento.

CAPITULO II. Objetivo principal.

Existe un convencimiento en el país acerca de la necesidad de desarrollar estudios que permitan efectuar una correcta planificación que mejore la prestación de los servicios de salud destinados a la desintoxicación, rehabilitación e inserción de personas menores de edad consumidoras de sustancias psicoactivas.

Para alcanzar este cometido es necesario poder determinar los patrones de consumo, así como los cambios que presenta en el tiempo, la población menor edad. Además es imperioso hacer seguimiento de los sistemas con los que se registran los datos de atención, de forma tal, que estos brinden la información que permita obtener una representación de la población por intervenir y contribuya al conocimiento de su situación en salud.

En razón de lo anterior, se requiere conocer el tamaño y la composición de la población objetivo, para guiar la elaboración de medidas en salud pública, orientadas a la población menor de edad consumidora problemática de sustancias psicoactivas demandante de servicios bajo internamiento.

Por tanto, el objetivo primario del presente estudio es actualizar la estimación del número de personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica, mediante un modelo de captura - recaptura con el aporte de fuentes múltiples de información.

CAPITULO III. Metodología

Al describirse el presente como un estudio no experimental, transversal y descriptivo, buscará describir algunas características fundamentales de la población en estudio, utilizando criterios sistemáticos que justifiquen su comportamiento.

3.1. Técnica de Captura-Recaptura

En el campo de la epidemiología y en otros campos de la salud, se utiliza la técnica de captura y recaptura para estimar el tamaño de la población no registrada y utilizar esas estimaciones para generar tasas de incidencia o prevalencia de una enfermedad o evento de salud específico.¹

El modelo de captura- recaptura consiste en la estimación del número de sujetos “no registrados” o “ocultos” que pertenecen a un grupo determinado, utilizando para ello dos o más fuentes de datos (listas) obtenidas de la población a estudiar.

En estos estudios se utilizan listados preexistentes de la población-objetivo, en este caso de consumidores de sustancias psicoactivas (drogas), en los cuales se puede reconocer a las personas (por su nombre o su número de identificación).

Por supuesto, esos listados son incompletos, no abarcan la totalidad de la población-objetivo, es decir, queda un número indeterminado de sujetos por estimar, que no han sido detectados en la captura por ninguna lista de aquellos que han recibido tratamiento.

¹ Manual del Usuario. EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados.

La "captura" significa que el paciente figura en una lista de personas que acuden a un establecimiento o centro de tratamiento, con lo que se obtiene un 'listado de capturas' de individuos identificados. Entonces, "recaptura" es el hecho de figurar en dos (o más) listados de captura, cuando se comparan los registros.²

A partir del análisis de los casos comunes y en función de la independencia o interacción de los registros, se logra estimar las probabilidades de captación de cada uno de los listados y por tanto, la probabilidad de que un caso no haya sido captado por ninguna de ellas.

Las condiciones que deben asumirse para la aplicación idónea de este modelo, son: independencia de los registros utilizados y homogeneidad de las probabilidades de captura de todos los individuos.³

En resumen, mediante la implementación de la regresión de Poisson se determina el número de sujetos no detectados o capturados por ninguna de las fuentes y con ello, el número total de sujetos afectados que tienen el trastorno bajo estudio.⁴

3.1.1. Sujetos y Procedimiento

Para la aplicación de la técnica, se tomó como definición de caso, los pacientes menores de edad, con identificación, que fueron atendidos por

² Los individuos no necesitan literalmente ser capturados o marcados o recapturados. Es posible identificar individuos por un distintivo (documento de identidad), y así pasar a realizar las dos muestras independientes, el número de individuos marcados en ambas muestras es el número de recapturas.

³ Si la probabilidad de captura no es homogénea para todos los individuos de la población afectada se pueden subdividir las fuentes en subgrupos, en función del sexo, la edad o el lugar de residencia.

⁴ Manual del Usuario. EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados.

problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de centros o establecimientos de salud aprobados para su tratamiento.

Este estudio define como unidad de análisis el sujeto menor de edad (paciente) que, en caso de ser captado por cualquiera de los registros, sería diagnosticado con consumo perjudicial o dependencia de sustancias psicoactivas.

1. Se asume que todos los captados presentan síntomas relacionados con el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas o dependencia y cuentan con una evaluación diagnóstica por parte de algún servicio especializado del sistema de salud nacional.⁵
2. Que los no captados por los registros podrían ser diagnosticados en caso de ser captados.
3. Que han recibido tratamiento en un establecimiento aprobado para tal fin.
4. Que los distintos registros utilizan los mismos criterios.
5. Que se logren identificar mediante algún documento de identidad en los registros. (criterio de inclusión/exclusión)

El IAFA, cuenta con una base de datos que se genera a partir de los informes que remiten todos los establecimientos que atienden a este tipo de

⁵ De acuerdo a la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (F10- F19), se incluye tanto el Consumo Perjudicial como el Síndrome de Dependencia:

Consumo Perjudicial: Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. Trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año.

Dependencia: Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

población. Lo anterior se realiza con base en una boleta preestablecida, la cual debe caracterizarse por:

- I. **Sencillez:** las hojas de notificación con la que remiten la información y las definiciones para el registro de pacientes, son claras, precisas y además, son bien conocidas por los integrantes del sistema (establecimientos que reportan).

- II. **Aceptabilidad y Calidad de los datos:** se debe tener en cuenta el grado de cumplimentación de los formularios de reporte. La claridad y sencillez de la hoja de registro debe conllevar a que la gran mayoría de las variables que se recogen en estas hojas presenten un alto grado de cumplimentación, considerándose que la información es compilada por un recurso de trabajo humano sujeto a error.

Finalmente, para garantizar la validez de los resultados que se obtengan con esta técnica, se asumen los siguientes supuestos:

1. **Población de interés es cerrada.** Se asume que la población demandante no se ha visto incrementada, en forma significativa en el periodo del 2012.

2. **Los distintos registros son independientes unos de otros.** Esto significa que la inclusión de un sujeto en un registro no modifica la probabilidad de su inclusión en otro registro. Se considera que todos los individuos cuentan con similares condiciones de acceso a los tres servicios.

3. **Probabilidades de captura son homogéneas.** Es decir, todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser capturados o registrados en cada una de las fuentes de datos o listas.

4. **Todos los miembros de la población pueden ser identificados, en forma precisa, en cada una de las listas.** Para ello se definió el documento de identificación (número de cédula o pasaporte) como indicador en común.

Es importante dejar claro que se acepta el hecho de que las bases de datos de los registros de pacientes, permiten cuantificar los servicios ofrecidos, pero no determinan los servicios que no se prestaron.

3.2. Suficiencia de la Red de Servicios de Tratamiento.

Para determinar cuán adecuada es la entrega de servicios a las necesidades de salud de la población, se efectúa una descripción de la infraestructura de salud, que puede entenderse como el conjunto de activos de diferente naturaleza que posibilitan la prestación de atención sanitaria. Dichos activos pueden ser físicos (edificios, equipamientos, terrenos, etc.) y recursos financieros.

La oferta total se completa con el conjunto de medios (materiales, técnicos, organizativos y de recurso humano) de titularidad pública o privada, los cuales generan un flujo de actividad cuantificable (estancias, intervenciones, consultas) con la finalidad de mejorar, recuperar y rehabilitar la salud de la población atendida u objetivo.

Para valorar la suficiencia de la red de servicios de tratamiento, en cuanto a la capacidad instalada pública como privada, se deben considerar los siguientes elementos:

- a) Caracterización del perfil demográfico de la población.
- b) Caracterización del perfil epidemiológico de la población-objetivo

- c) Determinación de las necesidades de servicios de tratamiento residencial

El estudio asume además que la capacidad instalada se corresponde con los datos obtenidos a partir del registro único de prestadores de servicios (expedientes de los programas aprobados) con que cuenta el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA.

Así mismo, se asume que la infraestructura descrita en dicho registro, dadas las condiciones de habilitación y aprobación de los programas que también lidera el IAFA, debe contar con el recurso humano y dotación determinada por la normatividad en la materia.

3.3. Calculo del Número de Camas Necesarias o Requeridas

El cálculo del recurso cama permite un acercamiento para verificar la suficiencia de la respuesta a la demanda expresada por las personas menores de edad consumidoras de sustancias psicoactivas en Costa Rica.

Se recurrió a la producción de variables que nos permiten cuantificar esta necesidad o demanda, a partir, de la información reportada por las organizaciones e instituciones que actualmente brindan el servicio de internamiento a la población costarricense entre los 12 y los 17 años cumplidos, que presentan algún trastorno asociado con el consumo de drogas.

En primera usando como insumo la información aportada por las organizaciones, se calcularon los indicadores de eficiencia en el uso del recurso cama para cada una de ellas, a saber:

- Promedio Días Estancia: mide el número de días promedio que cada paciente permaneció en el establecimiento.

- Índice Ocupacional: también se conoce como porcentaje de ocupación de camas y mide el grado de uso o grado de utilización de las camas disponibles.
- Intervalo de Sustitución: mide el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Corresponde a la relación existente entre el número de días que la cama está desocupada y los egresos.
- Índice de Rotación: también se conoce como giro de camas y mide el número de pacientes (egresos) que pasan por una cama en un período de tiempo determinado.
- Dotación Normal de Camas: es aquella correspondiente a cada servicio, entendiéndose éstas como la capacidad instalada del establecimiento y dispuesta las 24 horas del día para recibir a un paciente que se interna.

El cálculo del número de camas necesarias o requeridas se realiza a partir de la población (cobertura) y se tomó como base la siguiente ecuación, propuesta por Pablo Izasa y Carlos Santana, para calcular espacios físicos:

$$\text{número de camas requeridas} = \frac{\text{N° de hospitalizaciones} \times \text{Promedio de días de estancia}}{365 \text{ días del año} \times \text{Porcentaje de ocupación}}$$

De tal forma utilizando indicadores de eficiencia en el uso del recurso cama se procede a la aplicación de la fórmula. La amplitud de los datos producidos, permitió analizar la necesidad del recurso cama:

Fórmula de Cálculo:

$$\text{número de camas necesarias} = \frac{\text{Población beneficiaria x Promedio de días de estancia}}{365 \text{ días del año x Porcentaje de ocupación}}$$

El promedio de días de estancia corresponde al observado a partir del cálculo de días estancia para cada una de las organizaciones bajo estudio.

En lo referente al denominador, se asumió un porcentaje de ocupación óptimo recomendado para el uso eficiente de la capacidad instalada hospitalaria, en este caso se determinó en un 85% el porcentaje de ocupación máximo, con un 15% como capacidad de reserva.

3.4. Análisis de las Áreas de Influencia.

Para el establecimiento de las áreas de influencia de los diferentes centros de tratamiento se utilizaron criterios de distancia, accesibilidad y el lugar de procedencia de las personas menores de edad, siendo necesario además identificar los principales centros poblados para determinar el tipo de influencia para cada centro.

Como segundo paso en el establecimiento de las áreas de influencia de los centros de tratamiento (mapa de influencia), se utilizó la aplicación denominada *buffer* del software para la geo-referenciación Arc Gis 9.2, con lo cual se puede establecer un área circular, basado en los criterios antes mencionados, enfocándose en la distancia en kilómetros, determinada en un radio de 50 km lineales, constituyéndose así la principal área de influencia de cada centro de tratamiento.

Este proceso se realizó utilizando tres diferentes categorías de influencia: alta media y baja influencia de cada establecimiento, al final obteniendo un mapa de áreas de influencia de cada centro en particular.

CAPITULO IV. Análisis Demográfico

4.1. Características demográficas y proyección de la población

Estos aspectos son importantes para la estimación de las necesidades de salud, las cuales dependen del tamaño y la estructura por edad de la población. En otras palabras, el análisis demográfico es esencial para estimar la demanda potencial de servicios de salud de una población dada.

El tamaño población-objetivo está directamente relacionado con la cantidad de servicios requeridos, la cual está en función de la población total. Por ello, una estimación del tamaño de la población es de suma importancia.

En nuestro caso, la transición demográfica produce un fenómeno de transición epidemiológica, en el que las enfermedades crónicas y degenerativas, que afectan a la población de mayor edad, van tomando cada vez más importancia, así como la atención de las necesidades de poblaciones jóvenes, tanto por grupo de riesgo como por género.

Para el presente estudio, se han tomado las cifras de población y las proyecciones realizadas del Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.⁶

La población estimada de Costa Rica para el año 2012 es de 4.667.202 habitantes, de los cuales los hombres representan el 50,7% y las mujeres el 49,3%.

La tasa de crecimiento de la población de Costa Rica ha descendido de 2,3%, en 1999, hasta un 1,13% en 2011, lo cual se manifiesta en un envejecimiento de la población.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos [2008]. Costa Rica: **Población total proyectada por sexo, según provincia, cantón y distrito 2000 – 2015**. INEC. -- San José, Costa Rica.

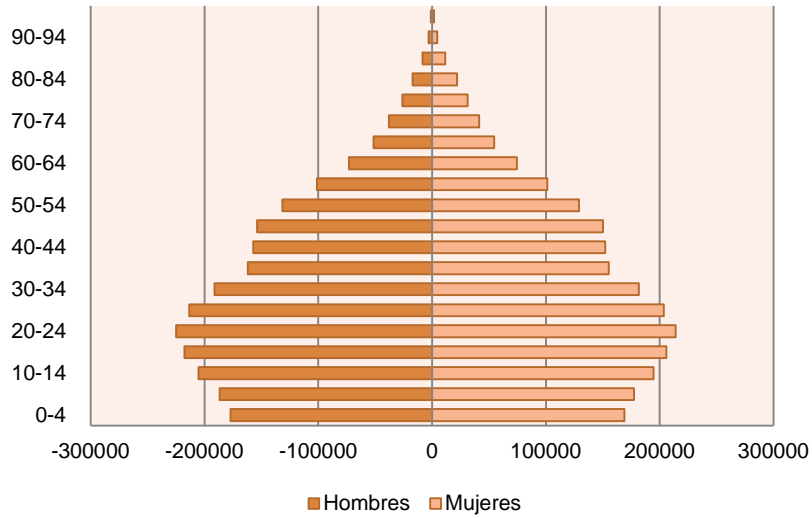
Se estima que la tasa de crecimiento de la población siga disminuyendo llegando a 1,05% en el año 2020.

La disminución de la tasa de crecimiento se explica por el descenso en la tasa de natalidad, la cual, se situaba en el año 2000 en 20,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes, mientras que para el 2011 descendió a 14,5 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Esta situación se ve favorecida con el estancamiento en la tasa de mortalidad, en 4 muertes por cada 1.000 habitantes, desde el año 2000 y la evolución de la esperanza de vida de la población. En 1999 la esperanza de vida era de 77,4 años (79,9 años las mujeres y 75 años los hombres). Mientras que en 2011 el valor de ese indicador fue de 79,3 años (81,8 años las mujeres y 76,9 los hombres).

Para el año 2012, la población de 0 a 4 años estaría representando tan sólo el 7,3%, la de 5 a 14 años representa el 16,1%, de 15 a 49 años representa el 55,8% y la de 50 o más años representa el 20,7%, como muestra la siguiente pirámide de población:

Figura 1. Costa Rica: estructura de la población por edad y sexo, 2012



La población de 12 a 18 años representa el 12.3% de la población total, encontrándose distribuida en 51.4% hombres y 48.6% mujeres.

CAPITULO V. Perfil epidemiológico del consumo

5.1. Egresos de personas menores de edad de programas administrados por Instituciones Gubernamentales

5.1.1. Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad – IAFA.

Este centro ofrece un programa dirigido a personas menores de edad, de 12 hasta 17 años cumplidos. El tratamiento que se les brinda, busca en términos generales, lograr una estimulación de la conducta positiva para su rehabilitación. Su capacidad instalada actual es de 24 camas, distribuidas en 14 de hombres y 10 de mujeres.

Durante el año 2011 se realizaron 999 valoraciones de personas menores de edad en este Centro, las cuales derivaron 278 jóvenes al servicio ambulatorio intensivo (220 hombres y 58 mujeres) y 158 al ámbito residencial (104 hombres y 54 mujeres).

Estos datos permiten observar que más hombres son atendidos, presentando una relación de 2,9 hombres por cada mujer demandante de estos servicios.

Para ambos sexos, las personas menores de edad atendidas en el Servicio Ambulatorio Intensivo, mencionan provenir mayoritariamente de la provincia de San José, en segundo lugar, las provincias de Cartago y Heredia, pero en una menor medida.

De los egresos registrados en esta modalidad, se reporta que 23 de estos fueron referencias al servicio residencial, al servicio de consulta externa de IAFA y

a ONG especializadas por lo que se asume que se da por cumplida la metodología ambulatoria. Se dieron 86 abandonos al tratamiento y 42 casos que no se presentaron a ninguna consulta.

En lo que corresponde a la Modalidad Residencial, del total de pacientes el 79% de las personas menores de edad ingresaron en el rango de edad de 15 a 17 años, siendo la edad de ingreso más frecuente los 16 años con un total de 33 casos, seguido por 15 y 17 años con 23 y 19 ingresos respectivamente.

Tabla 1. Motivo de salida de pacientes egresados del Centro de Menores en el 2011, por sexo. Costa Rica

Motivo de Salida	Ambulatorio	Residencial
Cumplimiento	23	44
Abandono	86	77
Exigida	--	13

Fuente: Informe de Evaluación Anual, POI 2011

Cuanto se considera el motivo de salida se encuentra que 44 de las personas menores de edad egresadas, cumplieron con el tratamiento estipulado en los tres meses de proceso, 77 hicieron abandono del proceso sin haber alcanzado el criterio de cumplimiento y 13 de ellos salieron en forma exigida.

En cuanto a la provincia de procedencia de los pacientes ingresados en el Servicio Residencial, la provincia de San José es la que señala la mayor cantidad de personas, 55 en total. En un segundo lugar, se encuentra la provincia de Alajuela con 18, seguida por las provincia de Cartago con 11 casos.

5.1.2. Hospitales Nacionales - CCSS.

En el año 2011 se reportaron en los servicios de diversos establecimientos de la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS, 163 egresos hospitalarios por atención relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas de pacientes menores de edad, donde 118 fueron hombres y 45 mujeres. Si se considera la totalidad de los datos recopilados por el IAFA de los centros hospitalarios de la CCSS, el 90% de los egresos de menores de edad corresponden a la clínica Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Este es el único centro de desintoxicación hospitalaria para menores de edad. La población que egresó en el 2011, del programa Nuevos Horizontes, corresponde a un total de 113 pacientes, 77 hombres y 36 mujeres. El perfil general de la población egresada en este programa permite observar una mayor proporción de hombres que demandaron tratamiento.

En el grupo de edad de 15 a los 17 años al momento de ingresar, se acumuló la mayor cantidad de casos registrándose 135, seguido de 22 casos de 14 años. Solamente seis casos se encuentran entre los 9 y 13 años.

El 57% de las personas menores de edad que egresaron del programa Nuevos Horizontes refiere como lugar de procedencia la provincia de San José, lo cual es comprensible si recordamos que las instalaciones de este centro sanitario se encuentran en el distrito de Pavas del cantón central de San José.

En un segundo lugar se encuentra la provincia de Alajuela con un 14%. Por su parte, la provincia de Puntarenas presenta un 9.2%, siendo el tercer lugar en cuanto a la procedencia reportada por los pacientes. Un 6% de los pacientes refiere tanto a la provincia de Cartago, como a la provincia de Heredia como lugar de procedencia. Con la menor afluencia de menores de edad se encuentra la provincia de Limón y la de Guanacaste con solo un 4.2% y 3.6% respectivamente.

Tabla 2. Drogas asociadas a diagnósticos de pacientes menores de edad egresados de Nuevos Horizontes, ocurridos en el 2011, por sexo. Costa Rica

Drogas consumidas en 30 días anteriores a ingreso	Frecuencias simples			Frecuencias relativas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Alcohol	2	2	4	2.6%	6%	3,5%
Marihuana	41	22	63	53.2%	61%	55,8%
Cocaína	23	8	31	30%	22%	27.4%
Otras drogas (sin especificar)	11	4	15	14.2 %	11%	13,3%
Total de pacientes	77	36	113	100%	100%	100%

Fuente: Hospital Nacional Psiquiátrico – Nuevos Horizontes.

5.2. Egresos de personas menores de edad de programas administrados por Organizaciones No Gubernamentales.

En el país solo tres Organizaciones No Gubernamentales desarrollan programas de tratamiento y rehabilitación dirigidos a la atención de personas menores de edad. En total, se cuenta con seis programas de tratamiento y rehabilitación para personas menores de edad, de los cuales dos están dirigidos a la atención de mujeres.

Del 100% de las camas disponibles, en los seis establecimientos que administran las ONG, el 35% se orienta a la atención de población femenina. Ello explica el predominio de los egresos de los programas aprobados de tratamiento y rehabilitación de varones menores de edad, sobre los de mujeres en las mismas condiciones en el año 2011.

Tabla 3. Egresos menores de edad atendidos por consumo problemático de drogas, por sexo, según establecimiento. Costa Rica, 2011

Nombre del programa	Frecuencias simples			Frecuencias relativas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Comunidad Encuentro (Puntarenas)	33	--	33	16.4%	0.0%	13.6%
Hogar Crea - Barva (Heredia)	50	--	50	24.7%	0.0%	20.6%
Hogar Crea - Paraíso (Birisito)	69	--	69	34.2%	0.0%	28.0%
Hogar Crea - Siquirres (Limón)	50	--	50	24.7%	0.0%	20.7%
Hogar Crea – Oreamuno (Cartago)	--	21	21	0.0%	51.2%	8.7%
Renacer (San José)	--	20	20	0.0%	48.8%	8.4%
Total	202	41	243	100%	100%	100%

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones

Dentro de estas organizaciones, Hogar CREA es la que cuenta con mayor cantidad de programas para menores de 18 años, por lo que, como era previsible, reportó el mayor número de egresos de personas menores de edad de ambos sexos durante el 2011.

Otra variable importante es la edad. Si bien la adolescencia legalmente se define como el período que transcurre desde que una persona cumple 12 años hasta el día anterior al cumplimiento de los 18 años, siendo éste el rango de edad en que se admite el ingreso de pacientes a tratamiento y rehabilitación de menores por consumo de sustancias psicoactivas en los programas autorizados para tales fines, los indicadores estadísticos sugieren que la gran mayoría de los ingresados corresponden a pacientes de 15 o 17 años cumplidos o por cumplir, tanto para hombres como para mujeres.

TABLA 4. Edad de ingreso de pacientes menores de edad egresados en el 2011 y cantidad de tipos de drogas consumidas 30 días antes del ingreso, por sexo. Costa Rica

Indicador estadístico	Edad de Ingreso			Mínimo de drogas consumidas 30 días antes de ingreso		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Promedio	15,7	15,4	15,7	1,9	1,9	1,9
Mediana	16,0	16	16	2	2	2
Moda	17,0	16	16	1	1	1
Desv. Stand.	1,3	1,4	1,3	0,8	0,9	0,8

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones.

Mientras tanto, la cantidad de drogas ingeridas por los egresados y por las egresadas 30 días antes de su ingreso a los procesos de tratamiento y rehabilitación mostraron un comportamiento muy parecido sin importar división por género.

Las drogas específicas de consumo en esos 30 días más señaladas son la marihuana, el tabaco, el grupo formado por el crack y la cocaína, y el alcohol.

TABLA 5. Drogas consumidas en 30 días anteriores al ingreso por pacientes menores de edad egresados en el 2011, por sexo. Frecuencias relativas en porcentajes, Costa Rica

Drogas consumidas en 30 días anteriores a ingreso	Frecuencias simples			Frecuencias relativas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Alcohol	97	28	125	14,4%	22,2%	15,7%
Tabaco	121	29	150	18,0%	23,0%	18,8%
Marihuana	213	35	248	31,7%	27,8%	31,1%
Derivados de hoja de coca						
Cocaína	108	12	120	16,1%	9,5%	15,0%
Crack	126	20	146	18,8%	15,9%	18,3%
Hongos alucinógenos	1	2	3	0,1%	1,6%	0,4%
Medicamentos Tranquilizantes	1	0	1	0,1%	0,0%	0,1%
Medicamentos estimulantes	5	0	5	0,7%	0,0%	0,6%
Total	672	126	798	100%	100%	100%

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones.

Una característica que se observa del análisis realizado es que el patrón de consumo mayoritario corresponde al de poli-consumo, es decir, el consumo de más de una sustancia ya sea de manera concurrente o en ocasiones diferentes por parte de la misma persona.

Ese patrón de consumo incrementa los efectos adversos y los riesgos producidos por el consumo. Los pacientes egresados en el 2011 de los programas de tratamiento y rehabilitación indicaron principalmente un conjunto de cinco drogas: marihuana, tabaco, cocaína y crack y el alcohol, consumidas en el mes anterior a su ingreso.

Al analizar la variable motivo de salida, se establece la razón por la cual se origina el egreso de un paciente. Los programas para menores suelen estar diseñados para ejecutarse en un plazo de seis meses, prorrogables por un período similar previo consentimiento del Patronato Nacional de la Infancia, PANI.

Para las personas menores de edad, el principal motivo que se señala para el egreso de los programas es el de abandono del proceso terapéutico por parte del paciente hombre. Para las mujeres, hay una igualdad en el principal motivo de salida: abandono vs. traslado. Los niveles de cumplimiento de los programas son llamativamente bajos, aunque sin duda son superiores entre las mujeres.

TABLA 6. Motivo de egreso de programas autorizados de tratamiento y rehabilitación, por sexo. Costa Rica, 2011

Motivo de Salida	Frecuencias simples			Frecuencias relativas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Cumplimiento	7	15	22	3,5%	36,6%	9,1%
Abandono	180	21	201	89,1%	51,2%	82,7%
Expulsión	13	0	13	6,4%	0,0%	5,3%
Traslado	0	2	2	0,0%	4,9%	0,8%
Otro	2	3	5	1,0%	7,3%	2,1%
Total	202	41	243	100%	100%	100%

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones

Las cifras de abandono altas que se presentan en el conjunto de los programas administrados por Organizaciones No Gubernamentales y dirigidos a la atención de esta población, puede deberse a ciertas debilidades de las intervenciones para mantener la motivación y compromiso del paciente en el desafío de culminar su proceso de tratamiento, ante ello, el gran reto es lograr una mayor adherencia a los procesos terapéuticos que redunde en una mayor eficacia terapéutica.

CAPITULO VI. Ofertas de Servicios de Atención.

El sistema de tratamiento en el país busca proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar la salud, además, de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada, por medio de establecimientos que se organizan en niveles de complejidad.

Estos establecimientos se relacionan entre sí por medio de sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes, conformando lo que se denomina una red de atención o de servicios de salud, que es la respuesta organizacional del Sector Salud al perfil demográfico y epidemiológico.

Considerando los recursos institucionales con que cuenta en la actualidad el país, adicionado a los recursos de la sociedad civil, se puede ir perfilando los niveles de atención y las áreas de intervención del sistema de tratamiento de drogas.⁷

6.1. Tratamiento Ambulatorio

La atención implica la valoración de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, su problemática y, de acuerdo con la misma, la definición del plan de abordaje o tratamiento, para la recuperación del consultante, tanto en situaciones de emergencia como de seguimiento.

⁷ El sistema de tratamiento es la "... sumatoria de las intervenciones terapéuticas, que a manera de "continuum", dan cabida a todo el espectro de servicios (establecimientos, programas), que están disponibles para la población de personas usuarias en un momento dado, de acuerdo con sus necesidades, así como el conjunto de todos aquellos servicios que se ofrecen sucesivamente a lo largo de la evolución del trastorno, dentro del proceso de recuperación de los trastornos por consumo de drogas". Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2003). **Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas**. Washington DC. pág. 31.

De tal forma los pacientes pueden solicitar los servicios en los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID-IAFA), o de los Hospitales o los servicios de atención primaria de la CCSS.

En los servicios especializados se acogen a personas referidas por otras instancias como el Ministerio de Justicia, Poder Judicial, PANI, Ministerio de Educación Pública, MEP u otras instituciones públicas; también por grupos comunales o las ONG que atienden personas consumidoras o dependientes de sustancias psicoactivas.

En los CAID del IAFA, se realiza el diagnóstico, la atención inmediata y el tratamiento, en régimen ambulatorio, de los pacientes que presenten consumo perjudicial o algún tipo de dependencia de drogas, así como el apoyo, asesoramiento y/o tratamiento específico, si precisase, de los familiares directamente afectados.

De tal forma, el paciente podrá ser referido por los servicios del IAFA o de la CCSS, según su problemática, a un establecimiento para su desintoxicación ambulatoria o en el ámbito hospitalario, previo a una posible referencia a un tratamiento residencial, que mayoritariamente son administrados por ONG.

Con base en su evolución, si se considera necesario y el paciente no tiene recursos inmediatos (familiares, laborales, habitacionales) para su mantenimiento y contención podrá ser remitido a una estancia temporal.

Finalmente, al paciente se le debe preparar para el egreso, con el fin de que tome conciencia de su enfermedad y se responsabilice por su condición, motivándolo a un cambio de vida e induciéndolo a la confraternidad con grupos de autoayuda, presentes en su comunidad.

6.2. Tratamiento Bajo Internamiento

El objetivo del tratamiento bajo modalidad de internamiento, es lograr la deshabitación, facilitar la recuperación de personas con trastornos provocados por el consumo de sustancias psicotrópicas y la rehabilitación de los pacientes cuyos patrones de consumo no pueden ser controlados en tratamientos ambulatorios debido al grado de deterioro alcanzado o a los riesgos que corren las personas.

Este tipo de programa intensivo y estructurado que se lleva a cabo en entornos residenciales, hospitalarios u otros entornos controlados, reposa en un abordaje integral (biopsicosocial) que toma en consideración todos los aspectos de la vida de la persona: su salud general, el consumo de drogas, su vida social, sus relaciones con familiares y con el entorno, su trabajo, su motivación al cambio o su ausencia de motivación, entre otros aspectos.

Ofrece un espacio de contención fuera del entorno generador del consumo, como apoyo frente al deseo compulsivo de consumir y la consecuente recaída que éste puede o suele generar. El programa busca fortalecer una identidad no consumidora, el desarrollo o recuperación de aptitudes sociales y el que se asuma un nuevo estilo de vida.

6.3. Programas de Inserción Social

En determinados casos, ante problemáticas individuales, familiares o sociales, es necesario que la persona rehabilitada en un centro de tratamiento regrese a la familia o a la sociedad de forma gradual, ello a pesar de contar con una evolución positiva y de haber alcanzado los objetivos individuales de su plan terapéutico.

Para lograr esta etapa intermedia, que constituye el paso gradual entre la salida del centro de tratamiento y el entorno social, la persona en proceso de rehabilitación requiere de un programa de inserción que completa la intervención terapéutica realizada.

Las personas menores de edad una vez egresadas de los programas residenciales deben poner en práctica, en un contexto social real, el conjunto de aprendizajes y habilidades sociales trabajadas para autorregular la conducta, afrontar la presión ante el consumo de drogas e integrarse a la comunidad.

En el país, la Asociación Comunidad Encuentro, en la actualidad se encuentra desarrollando una experiencia de inserción, tipo casa media, para población masculina en un establecimiento localizado en el Cantón de Curridabat de la Provincia de San José, para un máximo de 10 personas y cuenta con una persona encargada que convive con ellos y una pareja que brinda apoyo en el área familiar y de convivencia.

Esta organización desarrolla la fase de inserción social, con personas menores de edad y adultos jóvenes que han terminado el proceso en el establecimiento localizado San Vito de Java, en el cantón de Coto Brus de la provincia de Puntarenas. Dicha población, carece de los recursos tanto económicos como familiares para independizarse, por lo tanto, este proceso les provee la oportunidad de continuar con el estudio o iniciar una vida laboral.

El proyecto tiene establecida una normativa interna para la convivencia en la casa, atendiendo áreas como la alimentación, vestuario, ejercicio físico, recreación, salud, seguimiento, educación, asesoría en el área legal y el desarrollo laboral.

En síntesis el programa busca primariamente ofrecer un ambiente familiar que le permita disfrutar de una sana afectividad a los participantes, brindándoles

un seguimiento personalizado a cada uno de ellos y a su historia de vida, a fin de que los y las jóvenes retomen el control sobre sus vidas, sus proyectos vitales y logren de manera independiente hacer uso de los servicios comunales, además, de prepararlos para un uso responsable del dinero.

Por su parte, la Asociación Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada, desarrolla un proceso terapéutico que tiene una duración de un año y contempla una última fase de la intervención que es llamada reintegración, la cual tiene una duración seis meses.

Los dos primeros meses del programa se orientan a fortalecer la red de apoyo familiar y social, así como la capacitación para contribuir con la autogestión productiva y terapéutica.

Durante el tercer mes se busca que se consolide el proyecto de vida y se afiance un estilo de vida saludable basado en principios cristianos. Se construye un plan de desprendimiento gradual del Centro, considerando las posibilidades reales en su red de apoyo social, así como un acercamiento gradual al vínculo familiar.

Los últimos tres meses del programa tiene como fin, dar continuidad al desarrollo del proyecto de vida en el medio social y al acercamiento gradual al vínculo familiar. Se considera importante el construir y ejecutar un plan de seguimiento, donde se brinde ayuda a la adolescente y su familia.

Esta Asociación valora la posibilidad de contar con una infraestructura para albergar un programa de inserción para población femenina, en el Cantón de Desamparados en la Provincia de San José, bajo la modalidad de casa media.

Por su parte, la Asociación Hogar Crea Internacional no tiene ninguna iniciativa con respecto a la implantación de un programa para la inserción de la

población egresada de sus centros de tratamiento de personas menores de edad con trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, con la población que recibe tratamiento en el Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad, a fin de lograr una inserción social de manera constructiva, cuando las condiciones lo permitan, se potencian vínculos familiares significativos con el fin de consolidar un ambiente que favorezca la recuperación, así como las competencias sociales de las personas menores de edad y sus familias a fin de fortalecer el desarrollo de valores, habilidades de comunicación y destrezas conductuales que favorezcan la convivencia social.

Para favorecer la integración al entorno social, se promueve el acceso a las redes locales y recursos existentes, encargados de brindar protección y oportunidades. Para ello, se informa, orienta y acompaña a la persona menor de edad y a su familia, fortaleciendo su capacidad de escoger una alternativa que favorezca su desarrollo personal y social.

En síntesis, los programas de inserción social desarrollados en el país, buscan reforzar los cambios de actitudes aprendidas en el centro de rehabilitación, de cara a que las personas menores de edad asuman su nuevo rol ante la sociedad en general y la familia en particular.

6.4. Atención brindada en los servicios de tratamiento.

6.4.1. Egresos de los establecimientos de salud.

En este apartado se incorpora un análisis cuantitativo de la producción de los establecimientos desagregado en prestaciones finales. Por prestación final se entiende la resultante última del proceso productivo al interior del establecimiento

y bajo este concepto se incluyen los egresos.

TABLA 7. Egresos de programas de tratamiento y rehabilitación residencial a personas menores de edad. Costa Rica, 2008 – 2011

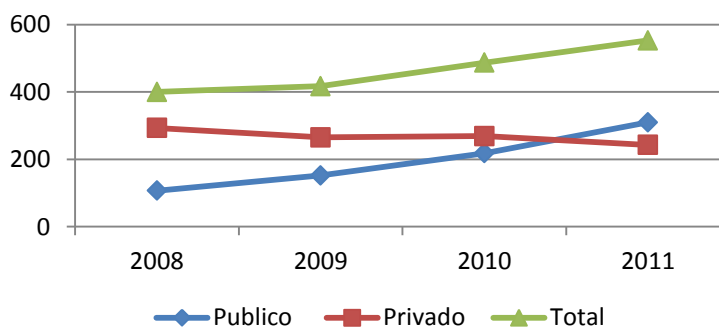
Nombre del programa	2008	2009	2010	2011
Centro de Menores – IAFA	--	51	90	134
Nuevos Horizontes – CCSS	107	101	128	163
Renacer	20	13	9	20
Comunidad Encuentro	70	91	76	33
Hogar CREA – Paraíso	64	65	54	69
Hogar CREA – Barva	84	35	74	50
Hogar CREA – Oreamuno	19	18	22	21
Hogar CREA - Siquirres	36	43	34	50
Total	400	417	487	553

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones

Se observa que la producción total ha crecido levemente en el último trienio.

Sin embargo, dicho comportamiento presenta fluctuaciones, siendo la oferta pública la que manifiesta un crecimiento, mientras que para la privada decrece, situación que está vinculada a cambios en la disponibilidad de camas, recurso humano e insumos, a partir de incorporación de la oferta gubernamental en ese periodo.

Figura 2. Producción de los Servicios Públicos y Privados. 2011



Los niveles de cumplimiento de los programas administrados por Organizaciones No Gubernamentales y dirigidos a la atención de las personas menores de edad, como se detalló en el capítulo N° 5, son llamativamente bajos, según indican las ONG solo el 9.1% de la población egresada, habría alcanzados los objetivos individuales de su plan terapéutico en el año 2011.

Es importante reseñar que los resultados obtenidos, en cuanto a una evolución positiva en el tratamiento, son superiores considerablemente en las mujeres ya que entre éstas alcanza el 36.6%, mientras que entre los hombres es de un 3.5%.

Para el caso del Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad, se presentó una tendencia similar en niveles de cumplimiento entre las mujeres y hombres, alcanzando un 24% en el primer grupo y 28.8 para el segundo.

6.4.2. Utilización del Recurso Cama

El país cuenta con un total de 202 camas de atención para personas menores de edad que presentan trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Existen dos establecimientos en el Sector Público, con un total de 36 camas disponibles, divididas en 21 para hombres y 15 para mujeres, lo que corresponde al 18% del total. En cuanto al Sector Privado, los 6 centros actuales tienen una disponibilidad de 166 camas, que equivale al 82% de la totalidad, las cuales se dividen en 108 para hombres y 58 para mujeres.

TABLA 8. Indicadores de utilización del recurso cama para el tratamiento y rehabilitación de personas menores de edad. Costa Rica, 2011.

Nombre del programa	Egresos	Camas	Promedio de estadía	Porcentaje ocupación	Rotación de cama
Centro de Menores - IAFA	147	24	41,69	64%	5,58
Nuevos Horizontes - CCSS	163	12	24,6	92%	13,6
Renacer	20	40	164,7	23%	0,5
Comunidad Encuentro	33	40	116,3	26%	0,8
Hogar CREA - Paraíso	69	30	51,6	33%	2,3
Hogar CREA - Barva	50	20	78,0	53%	2,5
Hogar CREA - Oreamuno	21	18	153,0	49%	1,2
Hogar CREA - Siquirres	50	18	43,2	33%	2,8

FUENTE: IAFA con base en los informes de las Organizaciones.

El índice de ocupación mide el grado de utilización de las camas disponibles durante el año y para el análisis se complementa con el indicador de estancia promedio, el cual se refiere a los días promedio de permanencia de los pacientes que egresaron en un determinado período de un servicio o centro residencial y muestra el aprovechamiento de la cama, así como de la agilidad de los servicios prestados.

Es importante que se considere que la estadía óptima para un paciente depende de las características propias del programa de tratamiento y está determinada por la complejidad técnica que ha requerido el diagnóstico.

El promedio de estancia está relacionado directamente con el índice de rotación o giro de cama, que de alguna manera podría interpretarse como la producción (número de pacientes que rotan) por cama en un intervalo de tiempo determinado y por tanto, es un acercamiento a la utilización adecuada de los recursos.

Para el caso del IAFA la permanencia es de 90 días (tres meses de internamiento) por lo que el giro de cama, suponiendo plena ocupación, de 4 veces al año.

Al analizar las cifras del año 2011, se encuentra que en el Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad, para población de ambos sexos, el índice de ocupación es 64% de las camas (se considera que el óptimo de ocupación debe ubicarse entre el 75% y el 85%), con un estancia media de 41.69 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 5.58 veces.

Para el caso de Centro Nuevos Horizontes de la CCSS, para población de ambos sexos, la permanencia es de 42 días (seis semanas de internamiento) por lo que el giro de cama, suponiendo plena ocupación, de 8 veces al año. Al analizar los cifras del año 2011, se encuentra que en dicho Centro, el índice de ocupación es 92% de las camas, con un estancia media de 24.64 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 13.58 veces.

Para el caso de las ONG la permanencia es de 180 días, ya que se está considerando solo los primeros seis meses de internamiento, los cuales pueden ser prorrogables hasta el año y medio, en este sentido, el giro de cama suponiendo plena ocupación, de 2 veces al año.

Al analizar las cifras del año 2011, se encuentra que para el Centro RENACER, para población femenina, el índice de ocupación es 23% de las camas, con un estancia media de 164.7 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 0.5 veces.

Para el caso del Centro Comunidad Encuentro, para población masculina, las cifras del año 2011 indican un índice de ocupación es 26% de las camas, con

un estancia media de 83 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 0.83 veces.

En lo que respecta a los centros administrados por Hogar Crea, se tiene que para el Centro ubicado en Paraíso de Cartago, para población masculina, el índice de ocupación es 33% de las camas, con un estancia media de 51.65 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 2.3 veces.

Para el Centro ubicado en Oreamuno de Cartago, para población femenina, el índice de ocupación es 49% de las camas, con un estancia media de 153 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 1.17 veces.

Las cifras para el Centro ubicado en Barva de Heredia, para población masculina, el índice de ocupación es 61% de las camas, con un estancia media de 61 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 3.70 veces.

En lo que respecta al Centro ubicado en Siquirres de Limón, para población masculina, las cifras indican que el índice de ocupación es 33% de las camas, con un estancia media de 43.18 días de permanencia por paciente egresado, con un giro de cama 2.78 veces.

Las 202 camas en todo el territorio nacional generan 73.730 estancias disponibles, en el caso de los servicios gubernamentales de 13.140 estancias y por parte de los no gubernamentales de 60.590 estancias.

CAPITULO VII. Oferta Espacial de Servicios de Atención y Accesibilidad Territorial.

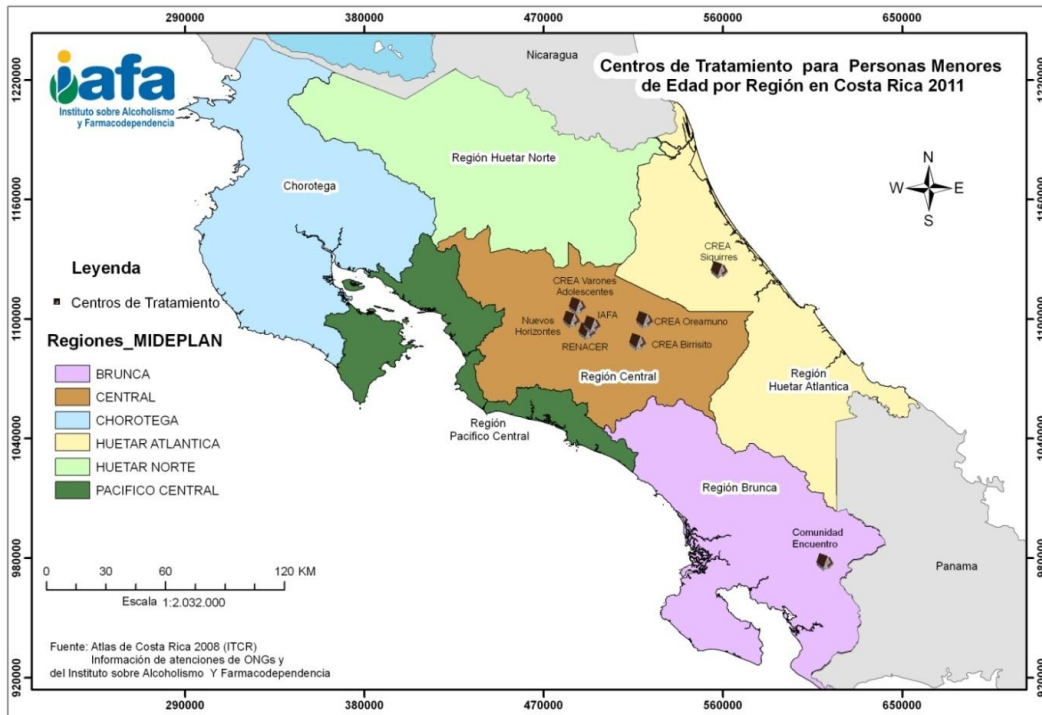
7.1. Análisis Provincial

Costa Rica cuenta con una oferta diferenciada de establecimientos centros de carácter públicos y privados. En el ámbito público solo existen dos centros, de referencia nacional, para la atención de la población menor de edad consumidora problemática de sustancias psicoactivas: el Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad del IAFA, y el Programa Nuevos Horizontes en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Por otra parte, se cuenta con seis centros administrados por ONG en el país, sin embargo, la distribución de dichos centros de atención, es inequitativa ya que solo en tres provincias se localizan los mismos, lo cual significa que no hay homogeneidad en la distribución territorial, dejando a la población de algunas provincias sin oportunidades para acceder al tratamiento, como en el caso de la Provincia de Guanacaste.

La distribución espacial de la oferta se caracteriza por servicios localizados mayormente en la Región Central⁸ del país, donde no hay duda que se ubica la mayor cantidad de personas que podrían necesitar los servicios de atención. Sin embargo, aspectos que determinan la ubicación adecuada de un centro: como la necesidad del servicio, la oportunidad o posibilidad de acceso a los mismos, es decir, respondiendo al criterio de “Justicia Territorial”, o justicia distributiva de los recursos, parecen no tener peso en la determinación de su localización.

⁸ La regionalización se sustenta en el Decreto Ejecutivo 16068-MP-PLA que establece las siguientes Regiones: Central, Chorotega, Huetar Atlántica, Pacífico Central, Brunca y Huetar Norte.



Mapa N° 1.

7.2. Área de influencia

El área de influencia corresponde a la estimación de la población atendida por los establecimientos. Para el presente análisis resulta complejo poder determinar, desde el punto de vista de límites, dicho criterio. Por lo tanto, es a partir de la amplitud geográfica y por el tipo de servicio que ofrecen que se determinará el área de influencia de los diferentes centros o establecimientos, los cuales, tienen una injerencia directa sobre este sector de la población.

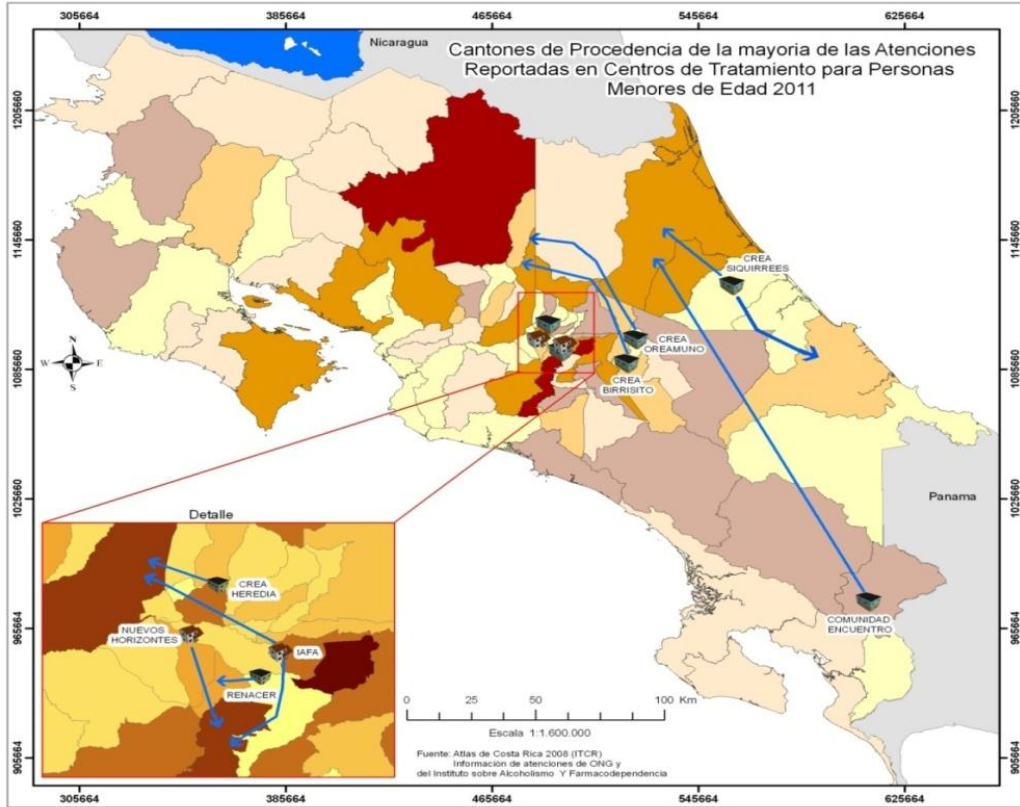
El análisis de la oferta determino dos zonas de influencia, una de mayor predominio asociada a población con mejores oportunidades de acceder al servicio, y otra, relacionada con población que presenta un mayor nivel de dispersión en relación con la ubicación de los centros o establecimientos.

La localización geográfica de la población según los registrados mostraron que la mayor cantidad de personas atendidas correspondían a las personas provenientes de la misma provincia donde se encuentra localizado el centro, sin embargo la influencia de los centros sobre lugares más alejados a su ubicación es notoria en relación con la cantidad de pacientes atendidos.

Esta situación provoca que su área de influencia no pueda ser establecida por medio de límites geográficos específicos, sino más bien, por flujos de desplazamiento de población, mayor o menor, de acuerdo a la zona de procedencia de los pacientes, pero que evidencia una clara disparidad de recursos entre zonas, especialmente la oferta para mujeres menores de edad.

Como se observa en el mapa 2 la localización de los centros, no guarda relación con el área de atracción de los beneficiarios de sus servicios, además deja manifiesto la disparidad que existe en el país y que se genera a partir de barreras de accesibilidad económica y geográfica, al considerar los lugares de origen, las distancias y los lugares de destino.

Los pacientes ingresados en los centros de atención reportan cantones distantes como lugar de procedencia y los registros muestran que se dio una mayor atención a personas menores de edad de los cantones de San Carlos, Desamparados y Alajuela centro



Mapa N° 2.

En el mapa, las flechas azules muestran los lugares de procedencia de los pacientes registrados en cada centro, por ejemplo, para el caso de Comunidad Encuentro la mayoría de personas trasladadas a ese centro provenían del cantón de Pococí.

CAPITULO VIII. Estimación del Número de Personas Menores de Edad Consumidores Problemáticos de Sustancias Psicoactivas.

8.1. Población Nacional

Los registros se construyeron a partir de los datos incorporados en los expedientes médicos de pacientes menores de edad que solicitaron atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas en centros de atención ubicados en todo el territorio nacional, durante el año 2011.

Las fuentes de información consideradas se clasificaron en tres grupos

- a) El registro proveniente de los expedientes clínicos de los ocho Centros de Atención Integral del IAFA y los registrados en el Centro Nacional de Atención Integral para Personas Menores de Edad.
- b) El registro proveniente de los expedientes clínicos de los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y de las clínicas y hospitales privados del país.
- c) El registro proveniente de los expedientes de pacientes de centros que son conducidos por Organizaciones No Gubernamentales que atienden población menor de edad.

Tabla 9. Centros informantes de casos de durante el periodo 2011

Registro	Informante	Nº casos	%
Registro A	IAFA	98	23.6
Registro B	CCSS	122	29.4
Registro C	ONG	195	47
	TOTAL	415	100 %

La estimación de la población se obtuvo con la aplicación del modelo de captura-recaptura, utilizando el paquete estadístico EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados,⁹ que estima mediante un modelo log-lineal, el número total de individuos “no registrados” con un nivel de significación en los intervalos de confianza del 95%.

Para validar las fuentes de los datos, se llevó a cabo un filtrado minucioso de los registros, donde en primera instancia se eliminaron aquellos casos en que no se contaba con número de cédula. Para aquellos casos que incluían el nombre del paciente, se procedió a usar la base de datos del Tribunal Supremo de Elecciones, TSE, a fin de lograr establecer el identificador, y proceder a la clasificación en razón de variables como el sexo, edad y lugar de procedencia.

Contando con el factor identificador de cada caso, se ordenaron los mismos en forma ascendente, facilitando la eliminación de datos duplicados dentro de una misma muestra.

⁹ **EPIDAT 3.1.** programa desarrollado por el Servicio de Información sobre Saúde Pública de la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) en colaboración con la Unidad de Análisis de Salud y Sistemas de Información de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

A partir de los datos aportados por cada uno de los listados, se encontraron 415 registros de personas menores de edad demandantes de atención por consumo de sustancias psicoactivas objeto de comparación, donde el registro A (IAFA), aporta 98 casos, el registro B (CCSS) 122 y el registro C (ONG) 195.

Por último, se utilizaron tablas dinámicas de datos, que permitieron identificar los casos notificados y no notificados entre las tres muestras.

En el diagrama de Venn, se representa la superposición existente entre las tres capturas empleadas en este estudio, con lo que se conforman siete grupos. El grupo **R-[ABC]** corresponde a aquellos individuos que aparecen en los tres registros de captura (IAFA-CCSS-ONG), en total 12 individuos.

Los individuos de los grupos **R - [AB]**, **R - [AC]** y **R - [BC]** forman parte solo de dos de los tres listados de captura, de tal manera que los integrantes del grupo **R - [AB]** no están en los registros de ONG, los del **R - [AC]** no figuran en los registros del IAFA y los del **R - [BC]** no forman parte de los registros de la CCSS.¹⁰

Finalmente, los grupos **R-A**, **R-B** y **R-C**, están formados solamente por individuos que figuran solo en una única lista de captura: el **R-A**, con 53 casos vinculados con el IAFA, el **R-B**, contiene 70 casos, relacionados con la CCSS y el **R-C**, corresponde a las listas de tres ONG, incluyó 173 casos.

Alimentando el software Epidat con la información obtenida en las etapas de identificación previas, se produjeron los resultados descritos a continuación.

¹⁰ A mayor proporción de sujetos en estos cuatro grupos, más preciso (menos amplio) va a ser el estimado.

Hipótesis	X	N	IC (95,0%)		G ²	gl	BIC
A, B y C independientes	500	854	687	1023	63,95	3	51,85
A y B independientes de C	1250	1604	1013	2196	1,94	2	-6,12
A y C independientes de B	312	666	543	790	44,58	2	36,52
B y C independientes de A	301	655	526	785	50,12	2	42,05
A independiente de B	103	457	404	510	4,96	1	0,92
A independiente de C	1528	1882	570	3194	1,61	1	-2,42
B independiente de C	931	1285	714	1857	0,18	1	-3,86
A, B y C dependientes	685	1039	-38	2119	0,00	0	0,00

X: Estimación de los casos no notificados por ningún registro

N: Estimación del total de casos

G²: Estadístico de razón de verosimilitudes

BIC: Criterio de información bayesiano

El resultado más acorde luego del análisis de los escenarios planteados por el programa, es la segunda hipótesis generada. Esta se determina asumiendo la dependencia existente en la consecución del tratamiento entre los registros del Centro para Personas Menores de Edad y los del Programa Nuevos Horizontes e independencia de cada uno de ellos con respecto a los aportados por las ONG.

Se selecciona la condición “**A y B independiente de C**”, que presentó un **BIC = -6.12**. Este modelo es el que más se acerca a la “condición de perfección”, ya que presenta un BIC (Bayesian Information Criterion) bajo, un valor de G² menor y un valor alto en los grados de libertad.

Se debe tener en cuenta que los criterios estadísticos no conducen a la selección de un único modelo, sino que más bien, permiten descartar modelos inapropiados; así pues, el proceso de selección se debe complementar con la información y el conocimiento que tienen los investigadores de los registros utilizados.

A partir de estos resultados se puede establecer que la población total de personas menores de edad con necesidades de atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas en el territorio nacional es de 1.604

adolescentes, con un intervalo de confianza de 95%, definido por un límite inferior de 1.013 individuos y uno superior de 2.196 individuos.

Expresado de otra forma, la población potencial de menores de edad que en el territorio nacional podrían estar demandando servicios de internamiento para la atención de consumo abusivo de sustancias psicoactivas, es de 1.604 individuos aproximadamente.

8.2. En Población Masculina de 12 a 17 años.

De igual forma que en el caso anterior, para determinar la población masculina de personas menores de edad posibles demandantes de servicios de atención por consumo abusivo de SPA, fue utilizado el programa Epidat.

Contando con los tres registros se procede a depurar las listas identificando casos con datos incompletos o variables duplicadas.

A partir de los datos aportados por cada uno de los listados se encontraron 300 registros de casos capturados de personas menores de edad, de sexo masculino, demandantes de atención por consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, donde el registro A (IAFA), aporta 60 casos, el registro B (CCSS) 81 y el registro C (ONG) 159.

El resultado seleccionado luego del análisis de los escenarios planteados por el programa, es la segunda hipótesis generada. Esta se determina asumiendo la dependencia existente en la consecución del tratamiento entre los registros del Centro para Personas Menores de Edad y los del Programa Nuevos Horizontes e independencia de cada uno de ellos con respecto a los aportados por las ONG.

Se escogió el modelo **“A y B independiente de C”**, que presentó un **BIC = -6.12.**

Hipótesis	X	N	IC (95,0%)		G ²	gl	BIC
A, B y C independientes	506	772	559	987	39,83	3	28,59
A y B independientes de C	1201	1467	746	2189	1,37	2	-6,12
A y C independientes de B	331	597	436	759	29,80	2	22,31
B y C independientes de A	288	554	398	711	30,12	2	22,63
A independiente de B	91	357	299	415	1,27	1	-2,48
A independiente de C	1277	1543	204	2883	1,35	1	-2,40
B independiente de C	949	1215	490	1940	0,59	1	-3,16
A, B y C dependientes	415	681	-308	1671	0,00	0	0,00
A, B y C independientes	506	772	559	987	39,83	3	28,59

X: Estimación de los casos no notificados por ningún registro

N: Estimación del total de casos

G²: Estadístico de razón de verosimilitudes

BIC: Criterio de información bayesiano

Expresado de otra forma, la población potencial de menores de edad que en el territorio nacional podrían estar demandando servicios de internamiento para la atención de consumo abusivo de sustancias psicoactivas, es de 1.467 individuos aproximadamente.

8.3. En Población Femenina de 12 a 17 años.

A partir de los datos aportados por cada uno de los listados se encontraron 115 registros objeto de comparación de personas menores de edad, de sexo femenino, demandantes de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, donde el registro A (IAFA), aporta 38 casos, el registro B (CCSS) 41 y el registro C (ONG) 36.

El resultado más acorde luego del análisis de los escenarios planteados por el programa es la segunda hipótesis generada. Esta se determina asumiendo la dependencia existente en la consecución del tratamiento entre los registros del Centro para Personas Menores de Edad y los del Programa Nuevos Horizontes e independencia de cada uno de ellos con respecto a los aportados por las ONG.

Se escogió el modelo “**A y B independiente de C**”, que presentó un **BIC = - 4.71**.

Hipótesis	X	N	IC (95,0%)		G ²	gl	BIC
A, B y C independientes	66	155	115	196	17,25	3	9,29
A y B independientes de C	185	274	119	430	0,59	2	-4,71
A y C independientes de B	41	130	100	161	10,47	2	5,17
B y C independientes de A	45	134	101	169	13,83	2	8,53
A independiente de B	21	110	91	129	2,78	1	0,13
A independiente de C	252	341	-39	722	0,33	1	-2,32
B independiente de C	133	222	69	375	0,01	1	-2,64
A, B y C dependientes	149	238	-115	593	0,00	0	0,00

X: Estimación de los casos no notificados por ningún registro

N: Estimación del total de casos

G²: Estadístico de razón de verosimilitudes

BIC: Criterio de información bayesiano

A partir de estos resultados se puede establecer que la población femenina de menores de edad con necesidades de atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas es de 274 adolescentes, con un intervalo de confianza de 95%, definido por un límite inferior de 119 individuos y uno superior de 430 individuos.

Expresado de otra forma, la población potencial de menores de edad que en el territorio nacional podrían estar demandando servicios de internamiento para la atención de consumo abusivo de sustancias psicoactivas, es de 274 individuos aproximadamente.

CAPITULO IX. Estimación Requerimientos Actuales del Recurso-Cama

Con una población posible demandante de servicios residenciales estimada y partiendo de la cifras de los indicadores de eficiencia en el uso del recurso-cama, se procedió a la determinación de la dotación necesaria y requerida, es decir, se analizó la necesidad del recurso:

Se asumió una población beneficiaria equivalente a la producida por el programa Epidat (captura y recaptura) para las clasificaciones, por población nacional y sexo.

TABLA 10. Número de Camas Necesarias por Sexo y Población Total, Costa Rica 2011

		Población Demandante	Estancia Media	% de Ocupación	Camas Necesarias Cobertura	Dotación Actual	Requerimiento Neto
SEXO	Hombres	1467	50,5	0,8	239	125	114
	Mujeres	274			45	77	-32
POBLACION TOTAL		1604			261	202	59

Como se observa, la determinación de camas necesarias a nivel nacional indica que son necesarias 59 camas más de las que actualmente cuenta el país, para dar respuesta a la demanda actual. Sin embargo, lo correcto es observar esta variable considerando las diferencias entre hombres y mujeres que demandan servicios.

Cuando la característica a observar es la oferta de camas por sexo tenemos que para el caso de los hombres se tendría un faltante de 114 camas, mientras que para las mujeres la oferta supera en 32 camas la demanda.

CAPITULO X. CONCLUSIONES

La estimación expuesta en este documento, es clave para la formulación de políticas, la orientación recursos con eficacia y la determinación de la oferta de tratamiento integral en sus diferentes etapas: desintoxicación, rehabilitación e inserción de personas menores de edad.

Alcanzando el objetivo fundamental planteado, se estimó en 1604 la población de personas menores de edad, que eventualmente demandarían servicios de internamiento para el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas en Costa Rica, cifra superior a los 1.013 individuos estimados para el año 2010.

Tabla N. 11. Estimación población menor de edad posible demandante de atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas. 2010-2012

	2010				2011			
	Población Registrada	Población Estimada	IC (95%)		Población Registrada	Población Estimada	IC (95%)	
Por sexo								
Hombres	341	806	628	985	266	1467	746	2189
Mujeres	94	204	107	302	89	274	119	430
Población Total	427	1013	816	1211	354	1604	1013	2196

**Datos recopilados por el Departamento de Investigación.

Desagregando esta población por género, se evidencia un incremento considerable en la población masculina dentro del periodo, pasando de 806 individuos para al 2010 a 1.467 para el 2011.

El incremento poblacional se evidenció de igual forma en la población femenina, pasando de 204 mujeres en el 2010 a un nuevo resultado de 274 menores en el 2011.

Si esta demanda de servicios de atención estimada se tornara en una demanda explícita, el país enfrentaría una situación deficitaria en la oferta de servicios de internamiento, evidenciada por la necesidad de 144 camas para la atención de estos pacientes, en particular de población masculina.

En un contexto más apegado a la realidad, considerando el porcentaje de ocupación promedio en los servicios de atención, la situación pasa a ser alentadora, resultando una dotación de recurso cama superior a la demanda esperada. Pronosticando que una mayor cantidad de jóvenes recurran a los servicios debido al incremento de la población estimada para el periodo, el evento sería cubierto por la sobre oferta determinada.

Por otra parte, la evidencia encontrada sugiere, que la necesidad de servicios de reinserción para esta población sigue siendo fase clave para reforzar los cambios de actitudes aprendidas en el centro de rehabilitación, de cara a que las personas menores de edad asuman su nuevo rol ante la sociedad en general y la familia en particular.

Finalmente, la evidencia encontrada a partir del análisis geográfico de la oferta de servicios de salud, sugiere la necesidad de planificar mejor la distribución de los recursos de infraestructura y humanos destinados a la atención de pacientes con problemas de consumo de drogas, ya que a pesar de que la población se ha desplazado a grandes distancias para recibir atención no se está cumpliendo el principio de distribución equitativa de los recursos.

GLOSARIO

Accesibilidad Territorial

Es la capacidad de acceso de una persona a un servicio sin importar las limitaciones territoriales y de transporte al mismo. Considera condiciones de igualdad en la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

Área de Influencia

Área donde se presentarán o tendrán influencia los impactos benéficos de un proveedor de servicios de salud dirigidos a la atención de consumidores de sustancias psicoactivas.

Consumo Perjudicial

Consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el uso nocivo repetido de alguna o varias sustancias psicoactivas.

Dependencia

Conjunto de síntomas cognitivos, de comportamiento, fisiológicos, que indican que el individuo consiente de las repercusiones físicas, emocionales, familiares y sociales que el consumo de sustancias psicoactivas le genera, no puede detenerlo.

Desintoxicación

Se refieren a la demanda de servicios de atención de parte de un consumidor de sustancias psicoactivas, ante un proveedor de servicios de salud sea público o privado, para la valoración asociada a la intoxicación o al síndrome de supresión.

Incidencia:

Término proveniente del campo de la epidemiología. La incidencia se interesa por determinar el número de nuevos casos de una enfermedad o desorden que

ocurren en un período (típicamente un año) con el ánimo de adscribir una tendencia al curso de su evolución.

Inserción Social

Es el proceso que le permite al individuo proceder y actuar de manera conveniente y ajustada a las exigencias del grupo social en el que desea desenvolverse.

Localización Geográfica

Comprende el lugar donde se encuentra la población, la cual es determinada por un punto de referencia.

Modelo de Captura y Recaptura

Esta técnica adaptada para uso demográfico usada con frecuencia en el campo de la epidemiología y otros campos de la salud para estimar el tamaño de la población no registrada, y utilizar esas estimaciones para generar tasas de incidencia o prevalencia de una enfermedad o evento de salud específico.

Oferta espacial

Cantidad y distribución de centros de atención en el país para personas con problemas de consumo problemático de sustancias psicoactivas

Perfil Epidemiológico

Comprende el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, consistentes con las características geográficas de una región, de la población en su conjunto en un tiempo particular.

Prevalencia:

Término proveniente del campo de la epidemiología. La prevalencia se encamina a establecer el número total de casos de una enfermedad o desorden manifiestos entre la población en un momento dado (por ejemplo, cuántos adictos a la

marihuana puede haber en un año determinado en un país, sin importar desde cuando se tornaron adictos).

Sustancias Psicoactivas:

Sustancias cuyo consumo produce efectos sobre el sistema nervioso central, con capacidad para modificar su funcionamiento y alterar el campo de conciencia. Por convención internacional generalizada, se distingue entre sustancias psicoactivas legales o lícitas (alcohol, tabaco, fármacos de prescripción) y sustancias psicoactivas ilegales o ilícitas (todas las demás, incluidos los fármacos de prescripción cuando se adquieren sin ella o cuando se usan en maneras o dosis no autorizadas).

Tratamiento

La dependencia a drogas puede ser tratada exitosamente con métodos adecuados, integrales, multidisciplinarios, de base científica. El tratamiento parte del concepto de la adicción como una enfermedad primaria, multifactorial, crónica y de recaídas. La cronicidad o incurabilidad significa que la cura no es la meta del tratamiento, sino el cuidado prolongado.

Este puede ofrecerse bajo modalidades de internamiento residencial o ambulatorio iniciándose cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud y continúa a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

BIBLIOGRAFÍA

Celemín, J. Ares, S y Avení, S. (2010) **Utilización de la Evaluación Multicriterio para la Localización de Equipamiento Sanitario: Aplicación a la Ciudad de mar de plata.** Revista digital del Grupo de Estudios sobre Geografía y Análisis Espacial con Sistemas de Información Geográfica (GESIG). Argentina. ISSN 1852-8031) Luján, Año 2, Número 2, 2010, Sección Artículos: I PP. 8-19

Comiskey C (2001). **Methods for estimating prevalence of opiate use as an aid to policy and planning.** Substance Use & Misuse, 36(1-2):131-50

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

Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguire A, Brugal MT, Albertín P, Caylá JA et al. (1998). **Analytical considerations in the use of capture-recapture to estimate prevalence: case studies of the estimation of opiate use in the metropolitan area of Barcelona, Spain.** American Journal of Epidemiology 1998; 148:732–740.

Domingo-Salvany, A. (1997). **Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: An overview.** In EMCDDA & Council of Europe (Eds.), Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe (Scientific Monograph Series N°. 1, pp. 77-84). Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004).**Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use.** Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA(1997).**Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe.** Scientific Monograph Series N° 1. Lisbon, Portugal.

Freixa M, Guàrdia J, Honrubia M & Però M. (2000). **Estimación de la prevalencia a partir de los métodos de captura-recaptura.** Psicothema, Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 231-235

Hay G, Gannon M, Casey J & McKeganey N. (2009). **Estimating the National and Local Prevalence of Problem Drug Misuse in Scotland.** Executive Report. University of Glasgow.

Hernández Á. (2008) **Análisis del Impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad.** Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP, San José, Costa Rica.

Hickman M, Higgins V, Hope V & Bellis M. **Estimating prevalence of problem drug use: multiple methods in Brighton, Liverpool and London**. Home Office Online Report 36/04.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2008). **Costa Rica: Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950 – 2100**. INEC. -- San José, Costa Rica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2011). **Juventud Escolarizada y Drogas: Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria**. San José, Costa Rica.

IAFA (2011). **Directorio: Programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas**. San José, Costa Rica.

IAFA (2010). **Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica**. San José, Costa Rica (Documento no publicado).

IAFA (2008). **Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica**. San José, Costa Rica.

IAFA (2007). **Consumo de Drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional 2006**. San José, Costa Rica.

IAFA (2000). **Niños en alto riesgo 2001**. San José, Costa Rica.

Infante, A; Isaza, P; Ruiz, P. (1996) **Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud**. (PIAS Serie Informes Técnicos, 6). Washington, D.C; OPS.

Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2003). **Estimación de la prevalencia — Métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas**. Naciones Unidas, Nueva York.

Organización Panamericana de la Salud (2006). **Análisis del Sector Salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos**. Washington, D.C.: OPS.

Santana C, Izasa P. (1991) **Guías para el diseño hospitalario para América Latina**. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Serie N° 61. Organización Panamericana de la Salud.

Singleton N, Murray R & Tinsley L. **Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments.** (2nd edition) Home Office Online Report 16/06.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. **Manual del Usuario. EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados.** 2006.