DAJ-MGG-1724-2018

DECRETO EJECUTIVO No. 41386 -S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1), 28 inciso 2) acápite b) y 103 inciso 1) de la Ley No. 6227 del 02 de mayo de 1978 "Ley General de la Administración Pública"; 1, 2, 3, 4, 7 y 9 de la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud"; 1, 2 y 6 de la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973 "Ley Orgánica del Ministerio de Salud".

CONSIDERANDO

1°. Que en Costa Rica los índices de consumo de sustancias psicoactivas muestran una proporción importante de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial o dañino, lo cual requiere de acciones concretas y articuladas para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas y todo lo que esto implica desde el ámbito sociocultural hasta el económico y político.

2°. Que la Estrategia para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con enfoque de Salud Pública, presentada por el Ministerio de Salud con la colaboración de la

Organización Panamericana de la Salud ha contado con la participación activa de actores de interés dentro y fuera del sector salud por medio de sesiones de consulta y talleres participativos.

3°. Que la Estrategia toma en cuenta las características epidemiológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica para responder adecuadamente según el contexto nacional y población meta; se enmarca en las políticas y planes nacionales en materia de salud y uso de sustancias psicoactivas; y toma en cuenta las recomendaciones internacionales basadas en evidencia para incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas.

4°. Que desde un enfoque de salud pública, la Estrategia se fundamenta en los determinantes de la salud y contempla la aplicación de políticas que promueven la salud y el bienestar social de la población costarricense. Para esto, se definen intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias; la intervención temprana del consumo; la reducción de daños causados por el consumo; el acceso a tratamiento oportuno y de calidad; la recuperación de las personas, incluyendo su reinserción social; y la administración de los servicios de salud.

5°. Que la presente Estrategia contempla las recomendaciones basadas en evidencia del Programa de Acción para superar las Brechas de Salud Mental y mejora la ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos por consumo de sustancias y del Enfoque de Salud Pública en las Políticas sobre Sustancias Psicoactivas en Costa Rica.

6°. Que el escenario actual del país identifica el consumo de sustancias psicoactivas como uno de los mayores generadores de tensión en las relaciones socioculturales, económicas y políticas. Según estimaciones del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia , 2 de cada 10 jóvenes menores de 18 años ya han consumido alcohol y 1 de cada 10 ha ingerido más de 5 tragos, en cuanto a tabaco 2 de cada 100 jóvenes menores de 18 años lo consumen, lo que contrasta con el aumento en el uso de la marihuana, ya que las cifras indican que 5 de cada 10 la consumen.

7°. Que por lo anterior, se considera necesario y oportuno oficializar y declarar de interés público y nacional la "Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública 2016-2021.

8°. Que de conformidad con el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo N° 37045-MP-MEIC de 22 de febrero de 2012, "Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos" y sus reformas, se considera que por la naturaleza del presente reglamento no es necesario completar la Sección I denominada Control Previo de Mejora Regulatoria, que conforma el formulario de Evaluación Costo Beneficio, toda vez que el mismo no establece trámites ni requerimientos para el administrado.

POR TANTO,

DECRETAN

OFICIALIZACIÓN Y DECLARATORIA DE INTERÉS PÚBLICO Y NACIONAL DE LA "ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y LA REDUCCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFOQUE DE SALUD PUBLICA 2016-2021".

Artículo 1°— Oficialícese y declárese de interés público y nacional, para efectos de aplicación obligatoria la "*Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Publica 2016-2021*", según legajo anexo al presente decreto. Su aplicación será para todas las instituciones mencionadas en el plan de acción de la citada estrategia, con el fin de fortalecer el Sistema de Protección Social de la Salud Mental mediante el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida.

Artículo 2°— Corresponderá a las autoridades de salud del Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y al Instituto Costarricense sobre Drogas velar porque dicha Estrategia sea cumplida. Asimismo, coordinará la revisión de esta Estrategia cada cuatro años contados a partir de su publicación, en coordinación con todos los actores que figuren como responsables y corresponsables en el cumplimiento de sus acciones, metas y componentes.

Artículo 3°— La citada Estrategia se pone a disposición, para las personas que deban consultarla, en la página web del Ministerio de Salud, cuya dirección electrónica es www.ministeriodesalud.go.cr. Y una versión impresa estará disponible en la Secretaria Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Artículo 4° — Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República. San José, a los diecisiete días del mes de agosto del dos mil dieciocho.

CARLOS ALVARADO ~~QUESADA~~

DRA. GISELLE AMADOR MUÑOZ

MINISTRA DE SALUD

COSTA RICA
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD
COSTA RICA
BIENESTAR PARA TODOS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública.

2016-2021

Créditos

AUTORIDADES MINISTERIO DE SALUD

Giselle Amador Muñoz	Ministra de Salud
Francisco Golcher Valverde	Jefe Secretaría Técnica de Salud Mental

SECRETARÍA TECNICA DE SALUD MENTAL

Marianela Mora Castro

Sinai Valverde Ceciliano

Apoyo secretarial

Raquel Esquivel Valverde

ASESORIA OPS/OMS COSTA RICA

Dr. Enrique Pérez-Flores, MSP	Asesor Vigilancia de la Salud
Lcda. Cinthya Madrigal Rodríguez	Consultora Planificación
MSP. Karen Carpio Barrantes	Consultora Salud Mental

Abreviaturas y acrónimos

Estrategia	Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con enfoque de Salud Pública, Costa Rica
APS	Atención Primaria de la Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVP	Años de Vida Perdidos
AVPD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
CAID	Centros de Atención Integral en Drogas
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CMCT	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco
CNSM	Consejo Nacional de Salud Mental
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
EISAM	Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
ICODER	Instituto Costarricense de Deporte y Recreación
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
JPS	Junta de Protección Social
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales.
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante"
STSM	Secretaría Técnica de Salud Mental
SNRSM	Sistema Nacional de Redes de Salud Mental
SNRLSM	Sistema Nacional de Redes Locales de Salud Mental
SNRRSM	Sistema Nacional de Redes Regionales de Salud Mental
UNGL	Unión Nacional de Gobiernos Locales
USP	Universidad Santa Paula
UCR	Universidad de Costa Rica

Glosario

Factores de Riesgo psicosocial	Conjunto de factores que pueden elevar las probabilidades de que una persona consuma alguna sustancia psicoactiva, si bien no son factores predictores de consumo perjudicial, es importante determinar si el riesgo es alto, valorando el tipo de sustancia, deseo o urgencia por consumir, inicio, terminación o nivel de consumo, así como el contexto en el que se consume.
Atención Primaria de Salud	"la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación" (38).
AVAD	La principal unidad para medir la carga de enfermedad. Combina los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) con los años de vida perdidos por discapacidad (APD). Un AVAD perdido es un año perdido de vida "sana". Los AVAD miden la carga de enfermedad en términos de la brecha existente entre el nivel actual de salud de la población y el nivel ideal de una población donde todos vivieran hasta una edad avanzada sin padecer discapacidad (5).
AVP	Años de Vida Perdidos son los años de vida perdidos por muerte prematura. Se calculan a partir de las muertes a cada edad multiplicadas por los años restantes de vida que cabría esperar según la esperanza de vida general, estándar para todos los países (5).
AVPD	Los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVPD) se calculan multiplicando los casos nuevos de lesión o enfermedad por la duración media de la enfermedad y por un peso de discapacidad que refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte) (5).
Consumo sustancias psicoactivas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.
Consumo perjudicial	Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por

	administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). F1x.1 CIE-10
CRPS	Centros de Rehabilitación Psicosocial
Determinantes sociales de la salud	Aquellas circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. (31)
dispositivos fijos y móviles	Se refiere a establecimientos físicos del IAFA.
Modelo de Reducción del Daño	El conjunto de estrategias e intervenciones integrales dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, según sus necesidades y contexto (12)
ONG	Hace referencia a las organizaciones de la sociedad civil cuyos objetivos están estrechamente vinculados con el abordaje del fenómeno sociocultural de las drogas.
Prevención de la enfermedad	Acciones destinadas a reducir la incidencia de una enfermedad o trastorno, su prevalencia, su recurrencia, el tiempo vivido con síntomas, el riesgo de desarrollar un trastorno asociado, prevención o retraso de las recaídas y disminución del impacto de la enfermedad en la persona, su familia y sociedad (35).
Prevención primaria	Acciones dirigidas a prevenir la aparición de la enfermedad. Se subdivide en prevención universal, selectiva o indicada, según la población a la que esté dirigido (35).
Prevención primaria Indicada	Acciones preventivas dirigidas a personas con alto riesgo de desarrollar el trastorno o enfermedad (35).
Prevención primaria selectiva	Acciones preventivas enfocadas en individuos o subgrupos en riesgo de desarrollar un trastorno o enfermedad (35).
Prevención primaria universal	Acciones preventivas dirigidas al público general o a un grupo poblacional como un todo (35).
Prevención secundaria	Acciones enfocadas en reducir la severidad de un trastorno o enfermedad ya existente en una persona o población (35)
Prevención terciaria	Acciones enfocadas en reducir la discapacidad causada por un trastorno o enfermedad, así como toda forma de rehabilitación y prevención de recaídas (35).
Promoción de la Salud	Procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su propia salud. Abarca acciones tales como la conformación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios de salud (32).
Uso	Consumo habitual de una sustancia psicoactiva.
Recuperación	"La aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de apoyo a la recuperación" (4).
Coproducción de la salud:	Atención de salud dispensada según una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, los usuarios de los servicios asistenciales, su familia y la comunidad a la que pertenecen. Presupone una relación duradera entre la

	población, los proveedores de servicios y los sistemas de salud, en la cual se compartan la in-formación, las decisiones y la prestación de servicios.
Auto-asistencia	Autonomía de las personas para que sepan cuidar de sí mismas.
Educación Sanitaria:	Cualquier combinación de experiencias de aprendizaje destinadas a ayudar a las personas y a las comunidades a mejorar su salud mediante el aumento de sus conocimientos o la influencia es sus actitudes.
Atención centrada en la persona:	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. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

Presentación

La presente Estrategia para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con enfoque de Salud Pública, presentada por el Ministerio de Salud de Costa Rica con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud ha contado con la participación activa de actores de interés dentro y fuera del sector salud por medio de sesiones de consulta y talleres participativos. La Estrategia contempla acciones clave para dar respuesta oportuna al problema del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica. Se plantea un abordaje interinstitucional e intersectorial que contempla la totalidad del ciclo vital de las personas, así como el curso natural de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Con el fin de incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas.

La Estrategia comprende cuatro grandes áreas estratégicas: liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas; promoción y prevención; servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento; y vigilancia, monitoreo y evaluación; que cuentan con una serie de objetivos e intervenciones estratégicas específicas que han sido consensuadas con los actores de interés a nivel nacional. Esta Estrategia estará necesariamente acompañada de un Plan de Acción con metas y actividades claras, indicadores de cumplimiento y medios de verificación que ha de ser elaborado de manera participativa con los diferentes actores de interés dentro y fuera del sector salud.

Finalmente se agradece la colaboración y acompañamiento de todas las personas participantes que hicieron posible la elaboración de esta estrategia. Les insto a continuar comprometidamente en el proceso de implementación y seguimiento, a fin de lograr los beneficios esperados para el país.

Introducción

En Costa Rica los índices de consumo de sustancias psicoactivas muestran una proporción importante de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial o dañino, lo cual requiere de acciones concretas y articuladas para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas y todo lo que esto implica desde el ámbito sociocultural hasta el económico y político (1).

La Estrategia toma en cuenta las características epidemiológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica para responder adecuadamente según el contexto nacional y población meta; se enmarca en las políticas y planes nacionales en materia de salud y uso sustancias psicoactivas; y toma en cuenta las recomendaciones internacionales basadas en evidencia para incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas.

Desde un enfoque de salud pública, la Estrategia se fundamenta en los determinantes de la salud y contempla la aplicación de políticas que promueven la salud y el bienestar social de la población costarricense. Para esto, se definen intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias; la intervención temprana del consumo; la reducción de daños causados por el consumo; el acceso a tratamiento oportuno y de calidad; la recuperación de las personas, incluyendo su reinserción social; y la administración de los servicios de salud (2).

La Estrategia se elabora en cumplimiento a las políticas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante" (PND) (3), la Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier" (4) y la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (5); y contempla a su vez las estrategias establecidas en Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 (6) y la Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica (1). Además, se ha desarrollado en seguimiento a los mandatos suscritos por los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia y Plan de Acción sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública; el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (7); los Estándares Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas (8) y la Estrategia y plan Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 (9) y la Ley 8655, Convenio Marco para EL Control de Tabaco de

la Organización Mundial de la Salud (10). Así como el marco relativo a los servicios de salud integrados y Centrados en la persona (OPS.2016). Public health dimension of the world drug problem (WHO. 2017)

1.1. Antecedentes

En el PND se señala que uno de los principales problemas del sector salud, nutrición y deporte, es la reducida oferta de servicios de atención y tratamiento para las personas con problemas o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, así como los programas selectivos de prevención para la población en riesgo. Estimaciones del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) indican que únicamente 36.000 personas tienen acceso oportuno a servicios, lo cual representa un 16% del total de la población con trastornos por consumo de sustancias. Destaca una importante inequidad de acceso entre las distintas zonas del país, ya que la mayoría de servicios se encuentran centralizados en el Gran Área Metropolitana. Además, la oferta para mujeres y personas menores de edad es muy reducida (3).

Este plan también reconoce que para dar respuesta a dicha problemática es necesario un abordaje integral que contemple acciones de promoción de estilos de vida saludables, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social. Para dar respuesta a la brecha de tratamiento, en el PND se establece como objetivo fortalecer la detección, atención y seguimiento de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas; esto por medio de:

a) El mejoramiento de las acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas
b) La creación de equipos interdisciplinarios para la atención ambulatoria de personas con adicciones y otros problemas de salud mental.
c) La provisión de camas en hospitales para la atención personas con trastornos mentales y del comportamiento, incluidas los debidos al consumo de sustancias psicoactivas.
d) El incremento de la cobertura de los servicios de salud de IAFA (3).

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

a) brindar una atención integral a las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con un enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud; así como el enfoque centrado en la persona que implica abordar al individuo, la familia y la comunidad, acorde con la política marco del plan nacional de drogas 2018-2022, que indica "acciones multisectoriales, multidisciplinarias, inclusivas, participativas, integrales con un enfoque centrado en las personas, dirigidos a estilos de vida saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes" (Aún sin publicar).

b) articular acciones a nivel interinstitucional e intersectorial para la prevención de las adicciones y la atención integral de las personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas;

c) promover el fortalecimiento de los factores protectores del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con enfoque comunitario (4).

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 tiene como objetivo "fortalecer el sistema de protección social de la salud mental por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población" (5) e incluye entre sus lineamientos y acciones el abordaje de salud pública del problema de las drogas. Para esto, propone el desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas, así como el fortalecimiento de los factores protectores de la población, con enfoque comunitario, con base en evidencia epidemiológica y científica (5).

A partir de la oficialización de la política, y con el fin de declarar de interés público las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la Rectoría de la Producción Social de la Salud Mental, se crean la Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) y el Consejo Nacional de Salud Mental. La STSM como órgano técnico, adscrito al despacho del ministro de salud, y responsable de abordar el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud; con la participación de instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

El Consejo por su parte, se establece como órgano responsable de apoyar al despacho ministerial y a la STSM en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de salud mental; establecer mecanismos de coordinación, conducción y dirección política con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud; definir mecanismos de modulación del financiamiento; y gestionar investigaciones científicas en salud mental en Costa Rica, incluyendo el abordaje de salud pública del problema de las drogas.

Dado lo anterior, la STSM junto con el apoyo de las instituciones partícipes del Consejo, es quien lidera la elaboración y ejecución de la presente Estrategia en conjunto con el IAFA, quien tiene a su cargo la función rectora y ejecutora según ley 8289 "la dirección técnica, estudio, prevención, tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas".

El Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 (6) es la estrategia vigente del Estado Costarricense para enfrentar el problema de las drogas en todas sus manifestaciones. El Plan busca maximizar el uso de los recursos disponibles y potenciar el accionar coordinado del Estado Costarricense, entendiendo éste como Gobierno Central, Poder Judicial, Gobiernos Locales e Instituciones Autónomas, especialmente aquellas que prestan servicios de salud. Además, fomenta la participación comprometida de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), del sector privado, la sociedad civil organizada y los organismos de cooperación internacional.

El Plan valida el rol fundamental del fortalecimiento de la familia y la protección de la población infanto-juvenil como ejes imprescindibles para la acción e incorpora el componente de equidad de género. En el eje estratégico Reducción de la demanda de Drogas contempla la promoción de la salud, la prevención del consumo y problemas asociados, el diagnóstico, la prestación de servicios de salud y la integración social; incluyendo dos propuestas de acción específicas, a saber:

a) Creación de intervenciones universales, selectivas e indicadas, mediante el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para prevenir el consumo de drogas.
b) Fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, mediante intervenciones de calidad, integrales y basadas en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto cultural de las distintas poblaciones objetivo (6).

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 (1) y su plan de acción (6), se encuentran articulados con la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 y el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 (actualizar a plan 2018-2022). La Política busca posibilitar "el acceso de toda la población a la atención integral en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en especial para aquellas personas que están en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión social" (1).

Para esto cuenta con cuatro lineamientos estratégicos que dirigen las acciones en materia de tratamiento para las drogas, en términos de: disponibilidad y diversidad de servicios, que sean gratuitos y asequibles para la población; acceso y uso de los servicios, especialmente de personas en situación de vulnerabilidad; sostenibilidad del Sistema Nacional de Tratamiento; y readecuación del modelo de tratamiento, como proceso gradual, participativo y generador de cambios para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento. La Política en mención debe concebirse como parte fundamental de esta *Estrategia*, bajo el principio de puesta en marcha de medidas integradas y coordinadas que buscan el desarrollo y fortalecimiento de programas eficaces, integrados y basados en evidencia científica (1).

La presente Estrategia contempla las recomendaciones basadas en evidencia del Programa de Acción para superar las Brechas de Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (11) y del Enfoque de Salud Pública en las Políticas sobre Sustancias Psicoactivas en Costa Rica (12).

Por otro lado, la Caja Costarricense del Seguro Social, principal prestatario de servicios de salud en el país define, en el Proyecto de Reforma del Sector Salud de 1993, que las adicciones son uno de los problemas prioritarios de salud. Dicha declaratoria fue posteriormente ratificada en el Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001- 2006, y en el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS en el año 2014 (3).

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

El ICD ha identificado tres áreas problemáticas a nivel país en el abordaje de salud pública del problema de las drogas: la dificultad de acceso a servicios de calidad, con una importante ausencia de servicios como el trabajo de calle, los albergues de noche, los centros de bajo umbral y media complejidad, entre otros; la escasa o nula articulación entre servicios, que ocasiona parcialización y fragmentación de las respuestas, así como duplicidad de ofertas; y por último la existencia invisibilizada de servicios que no cuentan con acreditación oficial, lo cual impide asegurar la calidad de la atención prestada (3).

Por su parte el Ministerio de Salud y el IAFA consideran que las limitaciones de financiamiento a los programas del sector público en materia de drogas repercuten en la escasa disponibilidad de servicios de tratamiento a nivel nacional. La limitación en el financiamiento ha incidido además en la separación de los servicios de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas asociados al consumo de drogas, de la atención general de salud, generando mayores limitaciones de acceso. A esto contribuyen el estigma asociado al consumo y la falta de capacitación y experiencia del personal de salud en el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (1) .

Las limitaciones de acceso a servicios de tratamiento, tanto públicos como privados, están directamente relacionadas con la inequidad observada en la distribución geográfica, etaria y de género, de los servicios (13). Además el estigma social vinculado con la enfermedad adictiva y el nivel económico que ostenta la persona, inciden en la exclusión de la persona del Sistema Nacional de Tratamiento.

El PND expone que la actual oferta de servicios de tratamiento es reducida, así como la de los programas selectivos de prevención para la población en riesgo (3). A este respecto, se identifica la necesidad de desarrollar soluciones integrales para la población adulta y menor de edad con trastornos por consumo de sustancias que se encuentran en situación de calle y/o en conflicto con la ley, que actualmente no cuentan con servicios aceptables para su plena recuperación y reintegración social.

Así mismo, la distribución geográfica de servicios de internamiento es desigual; San José es la provincia con mayor acceso, con 39 establecimientos (públicos y privados) mientras que Guanacaste, cuenta únicamente con cinco establecimientos convirtiéndose en la provincia con menor acceso. Guanacaste y Puntarenas son las provincias en mayor desventaja, ya que a la escasez de servicios de internamiento se suman características geográficas de las provincias, obligando a la población a recorrer grandes

distancias para poder acceder a la atención. Destaca la existencia de únicamente dos servicios de internamiento para personas menores de edad, y un único servicio exclusivo para población femenina; los cuales se encuentran en las provincias de San José y Cartago y cuentan con un número limitado de camas (13).

Partiendo del contexto costarricense actual, el Ministerio de Salud e IAFA señalan la necesidad de contar con una alternativa comprensiva y flexible que permita responder a las diversas necesidades de la población según su etapa de vida, el curso de su trastorno y el contexto social en que se desenvuelven. Además hacen referencia a la necesidad de establecer acciones estratégicas claras y mesurables, a corto, mediano y largo plazo, que permitan articular la participación de los distintos sectores gubernamentales, de empresa privada y de la sociedad civil (1).

El ICD plantea a su vez cuatro desafíos en materia de consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento: el mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de atención a personas consumidoras de drogas; el mejoramiento de los esfuerzos dirigidos a población adulta por medio de acciones de prevención y atención familiar y universitaria; la oferta de servicios de tratamiento, recuperación e integración a personas consumidoras de drogas en conflicto con la ley; y la promoción de la salud y el bienestar social de las personas menores de edad, por medio de acciones preventivas (6).

1.2. Justificación

El escenario actual del país identifica el consumo de sustancias psicoactivas como uno de los mayores generadores de tensión en las relaciones socioculturales, económicas y políticas. Según estimaciones del IAFA, 2 de casa 10 jóvenes menores de 18 años ya han consumido alcohol y 1 de cada 10 ha ingerido más de 5 tragos, en cuanto a tabaco 2 de cada 100 jóvenes menores de 18 años lo consumen, lo que contrasta con el aumento en el uso de la marihuana, ya que las cifras indican que 5 de cada 10 la consumen (14).

Estas son tan solo algunas de las estadísticas que reflejan la necesidad de actuar en el tema del abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, el creciente aumento de consumo y dependencia en la población representa un problema de salud pública, afecta al individuo, a las familias y a la sociedad, manifestándose en la disminución del bienestar físico, deteriorando el potencial de desarrollo y evidenciándose en otros aspectos como la violencia e inseguridad.

El Ministerio de Salud como ente rector en salud, ha estimado conveniente incorporar el enfoque de determinantes de la salud en la política pública orientada a asegurar la planificación e implementación articulada de las acciones estratégicas para el abordaje del problema del consumo de sustancias psicoactivas. IAFA como ente desconcentrado del Ministerio de Salud y rector en Prevención y Tratamiento en Drogas incorpora la atención centrada en la persona y derechos humanos.

El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tienen el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular una mejora del acceso a la atención, de la salud y los resultados sanitarios y de la educación sanitaria y la auto-asistencia, un aumento de la satisfacción con la atención, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los servicios, y una reducción de los costos generales.

Por ello, se resalta la necesidad de elaborar una estrategia nacional que incorpore el trabajo de diferentes instituciones y sectores en torno a: la comprensión de los trastornos asociados al consumo perjudicial y dependencia de sustancias psicoactivas, la promoción de factores protectores y a la prevención de factores de riesgo en diferentes ámbitos de la sociedad, así como acciones enfocadas en la atención y recuperación de las personas que tienen problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

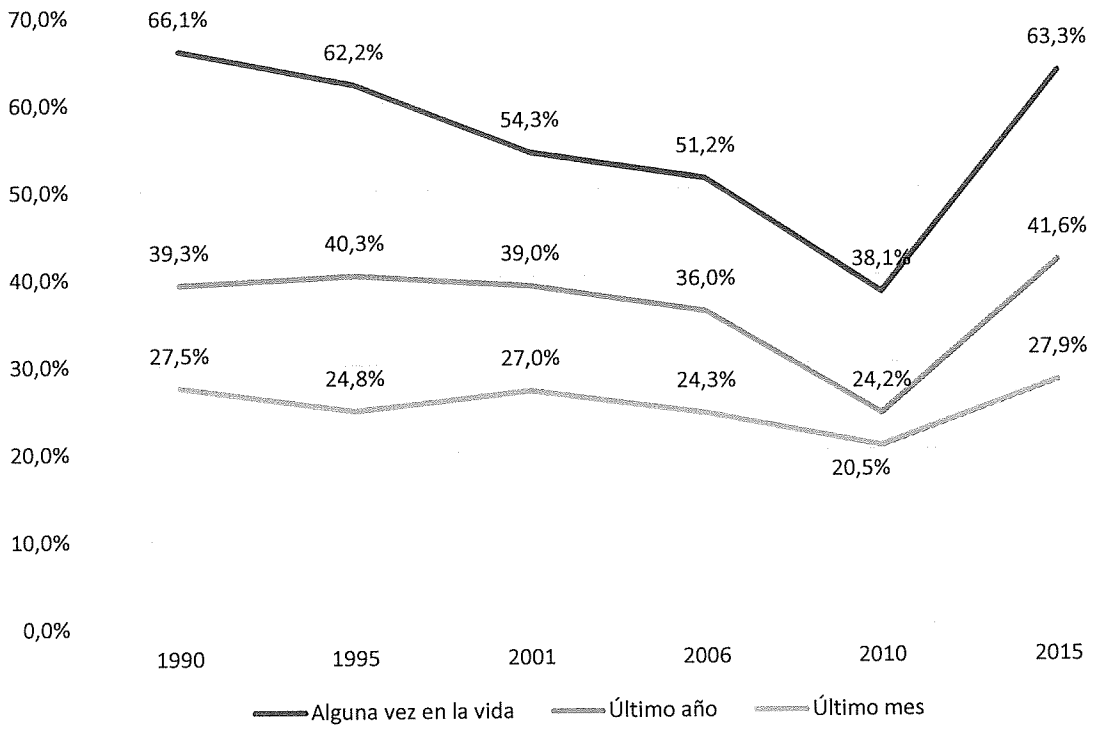
I. Análisis de la situación actual

1.1 Situación de consumo en el país

Costa Rica tiene a su disposición varios informes recientes sobre la situación actual del consumo de drogas en el país. Entre ellos se cuentan el Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2015 (15), la Encuesta Nacional de 2010 sobre consumo de drogas en Costa Rica (14), la IV Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2015 (16) y datos preliminares de la VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015 (17) Además, se cuenta estudios internacionales tales como el ATLAS en Uso de Sustancias (18), el Estudio sobre Carga de Enfermedad de 2013 (19) y el Informe del Uso de Drogas en las Américas de 2015 (20).

Al día de hoy, en Costa Rica existen limitaciones en cuanto a la disponibilidad de datos epidemiológicos sobre la carga de enfermedad atribuible al uso de sustancias psicoactivas. Dichas limitaciones de información son especialmente evidentes en materia de datos sobre la discapacidad relacionada con el consumo. Además, los datos actualizados en materia de prevalencia de uso, mortalidad y morbilidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas no siempre están disponibles de manera oportuna para la toma de decisiones por los diferentes actores de interés. Dado que las intervenciones efectivas en materia de prevención, atención y recuperación varían según el tipo de droga, es necesario comprender mejor el fenómeno de uso de estas sustancias para poder dar respuesta oportuna a las necesidades de la población (18). A su vez, la brecha de información epidemiológica limita la capacidad del país para posicionar el tema del consumo de las drogas como un problema de salud pública y para tomar decisiones basadas en evidencia. El fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de la Salud en la recopilación, monitoreo y análisis de datos es urgente para la toma decisiones basadas en evidencia.

Gráfico 1 Niveles de Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en población general de 12 a 70 años. Encuestas nacionales sobre consumo de drogas en población general, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010, 2015



Fuente: Proceso de Investigación del IAFA, 2017

Como se observa en la gráfica anterior, según datos aportados por el Proceso de Investigación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el nivel de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en población general de 12 a 70 años en el año 2015, para el último mes es del 27.9%, presentando un aumento del 7.4% comparado con el año 2010. La diferencia según sexo también se evidencia en la prevalencia de consumo activo de alcohol en población general en Costa Rica; datos preliminares revelan un 34.9% de prevalencia de consumo en población masculina versus un 20.7% en población femenina (17).

En estudiantes de secundaria (16) la prevalencia de consumo de alcohol es de 19,5%, manteniendo la tendencia observada en población general. No obstante, en este grupo poblacional la prevalencia de consumo activo de marihuana es de 4,9%, superando en 2,5 puntos porcentuales el consumo activo de tabaco cuya prevalencia es de 2,4% (16). Los datos evidencian una tendencia de mayor consumo de marihuana en población joven que debe ser atendida de manera oportuna.

La carga de enfermedad atribuible al consumo de sustancias psicoactivas puede medirse en términos de Años de Vida Perdidos (AVP) debido a mortalidad prematura, Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVPD) y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Aunque no existen datos

locales en materia de AVP, AVPD o AVAD, los datos del Estudio por Carga de Enfermedad de 2013 del Institute for Health Metrics and Evaluation (19) indican que en Costa Rica pueden atribuirse 1,091.5 AVP a trastornos por consumo de drogas ilícitas (22.4 AVP/100.000 hab.), mientras que 1,840.17 AVP son atribuibles a trastornos por consumo de alcohol (37.77/100.000 hab).

Los datos evidencian que en Costa Rica muchas más personas pierden años de vida por consumo de alcohol que por consumo de drogas ilícitas (19). Por su parte, los AVAD atribuibles a trastornos por consumo de alcohol y drogas son una medida de carga de enfermedad que cuantifica la mortalidad y la morbilidad debido al uso problemático de alcohol y drogas ilícitas que permite conocer el impacto, en términos de discapacidad, que tiene el consumo de estas sustancias en el potencial de las personas de vivir una vida saludable hasta la vejez (18).

En contraposición a los indicadores de mortalidad, se atribuyen 188.3 AVAD por cada 100.000 habitantes (9,172.81 AVAD) a trastornos por consumo de drogas, mientras que 147.5 AVAD por cada 100.000 habitantes (7,186.1 AVAD) son atribuibles a trastornos por consumo de alcohol; colocando el consumo de drogas ilícitas como principal factor de riesgo para la discapacidad, por encima del alcohol. Específicamente, se atribuyen 43.2 AVAD/100.000hab. (2.105,4 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de opioides; 40 AVAD/100.000 hab. (1,947.78 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de cocaína; 23.5 AVAD/hab. (1,143.01 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de anfetaminas; y 2.5 AVAD 100.000/ hab. (121.48 AVAD) a trastornos relacionados con el consumo de marihuana (19). Los datos evidencian la necesidad urgente de desarrollar acciones dirigidas a disminuir las tasas de discapacidad causadas por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

La edad media de inicio de consumo varía según la sustancia y el grupo poblacional (21,22,26). En población general, los datos preliminares indican una edad media de inicio de consumo de 16,4 años para tabaco, 18 años para alcohol, 18,3 para marihuana, 20,1 para cocaína y 20,9 para crack (17). Se evidencia además que la población masculina inicia el consumo de tabaco, alcohol y marihuana a edades más tempranas que la población femenina; la tendencia se invierte para el inicio de consumo de cocaína y crack, sustancias para las que se observa una edad de inicio más temprana en población femenina (21).

En estudiantes de secundaria la edad media de inicio en consumo varía con respecto a los estudios en población general, revelando edades de inicio mucho más tempranas. Datos del IAFA del año 2015 (16)

indican que la edad de inicio de consumo es de 13,3 años para tabaco, 13,6 para alcohol, 13,9 para crack, 14,1 para cocaína y 14,2 para marihuana. Estos datos evidencian que en materia de drogas lícitas, el consumo inicia mucho antes de la edad permitida. Además, se demuestra el inicio de consumo de drogas ilícitas a edades muy tempranas.

El fumado en adultos según datos de la Encuesta Global de Tabaco en Adultos (GATS) 2015 (22) es de 8,9%, 13,4 % en los hombres y 4,49% en mujeres. Por otra parte, la encuesta pone en evidencia que el consumo actual de tabaco en general es de 9.1% %, lo que representa 300 mil adultos. En el 2015 un 73,0% de fumadores actuales planearon o pensaron dejar de fumar. El 6,3% de adultos quienes trabajan en espacios cerrados estuvieron expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo. Un 4, 9 % de adultos estuvieron expuestos al humo de tabaco en su hogar. Un 7, 9 % de adultos quienes visitaron restaurantes en los últimos 30 días, estuvieron expuestos al humo del tabaco.

Además, destaca que el gasto promedio de cigarrillos por mes fue de 19.370.00 colones. La Encuesta Nacional de Drogas en Población Secundaria (16) indica que la edad media de inicio en consumo es 13,7 años. Aproximadamente 42 de cada mil estudiantes han iniciado el consumo de tabaco durante el último año y el promedio diario consumido por dicha población es de 5,2 cigarrillos.

La VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015 (17) contempla la demanda potencial de tratamiento por consumo de alcohol, marihuana, cocaína, crack, disolventes volátiles, heroína, alucinógenos, éxtasis y otras drogas sintéticas. Sus datos preliminares indican que la demanda potencial de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 70 años es de 11,3%, siendo 8.5% por consumo de alcohol y 2.8% por consumo de sustancias ilícitas (17). De acuerdo con estos datos un total de total 422.921 personas se consideran como "necesitadas de tratamiento" por consumo de sustancias psicoactivas (17), el equivalente a la sumatoria de proyección de población total en la provincia de Guanacaste y el cantón de Guácimo para el año 2016 (23).

En Costa Rica el alcohol es la principal sustancia psicoactiva por la cual se consulta a los servicios de salud dirigidos a población con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas (21) Durante los años 2013, 2014 y 2015, el alcohol, el alcohol más otra droga (marihuana, cocaína o crack), la marihuana y el crack, fueron en orden jerárquico las sustancias psicoactivas por las que más atenciones se brindaron en servicios del IAFA (21). En cambio, las ONG acreditadas por el IAFA, cuyos servicios son en su mayoría de tipo residencial, brindaron atenciones fueron principalmente

por trastornos relacionados con consumo de alcohol, seguido por trastornos por consumo de crack y marihuana (21).

No se cuenta con datos exactos acerca de la totalidad de atenciones por consumo de sustancias en servicios de la CCSS durante estos años. Adicionalmente se evidencia que muchas de las personas que consultan por una droga principal, reciben también atención por el consumo de una droga secundaria; ejemplo de esto son las personas atendidas por consumo de crack como droga principal, para quienes se reporta consumo problemático de marihuana en un 40% de los casos y consumo problemático de alcohol en un 36% de los casos. El abordaje de las personas poli-consumidoras exige una respuesta integral que va más allá de la sustancia y se enfoca en la enfermedad adictiva (14). Adicionalmente, la adherencia al tratamiento varía según la sustancia principal por la que se consulta, el perfil de la persona que requiere tratamiento y sus recursos de apoyo.

Datos de ICD indican que la edad modal de los pacientes en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de alcohol es de 48 años (10). De la totalidad de las personas en tratamiento, se estima que el 67% es dado de alta por cumplimiento del programa, mientras que 29% abandona el proceso terapéutico (10). Destaca la alta tasa de recaídas en esta población, ya que más del 50% de la población que completa satisfactoriamente su tratamiento, reingresa al programa (10). Además, de las personas que se encuentran en tratamiento por trastornos debido al consumo de alcohol como droga principal, se ha identificado que el 36% consume crack como droga secundaria, 35.2% cocaína y 25,4% marihuana. El ICD (15) enfatiza que más de la mitad de los recursos destinados al abordaje de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, son utilizados en servicios para personas en situación de consumo de alcohol, sustancia con la mayor prevalencia de consumo a nivel nacional.

Los trastornos por consumo de marihuana ocupan el segundo lugar en la prestación de servicios de IAFA y el tercero en ONG (21). Datos de ICD (10) indican que la edad modal de inicio de tratamiento de esta población es de 15 años, momento en el cual el 86% de las personas en tratamiento no se encuentra inserto en el sistema educativo y el 55,7% no ha completado los estudios primarios. El nivel de escolaridad de las personas repercute en su pronóstico de recuperación posterior al tratamiento, ya que la baja escolaridad crea dificultades para la integración al mercado laboral; la reincorporación social de la persona es esencial en su proceso de recuperación y la ausencia de la misma ocasiona círculos viciosos de recaídas (15).

La baja escolaridad en la población en tratamiento por consumo de marihuana evidencia la necesidad de establecer mecanismos para la reincorporación de esta población al sistema educativo, con el fin de mejorar sus posibilidades para un futuro libre de consumo y de inserción social y laboral. Por último, destaca la disminución del 10% en la tasa de abandono a los programas de tratamiento acreditados por IAFA, pasando de 68% en 2013 a 58% en el 2014, con un 32% de egresos por cumplimiento del programa (15).

Las personas consumidoras de crack, tercera droga motivo de consulta a los servicios de salud acreditados por IAFA y segunda en servicios de ONG, presentan una edad modal de inicio de tratamiento de 24 años (10). Destaca que el 65.5% de las personas atendidas por consumo problemático de crack cuentan con estudios máximos a nivel de primaria. Las personas atendidas por consumo problemático de crack son las que presentan la más baja adherencia al tratamiento, observándose un 69% de abandono del programa y un 23% de alta terapéutica por cumplimiento (15).

1.2 Oferta de servicios del Sistema Nacional de Tratamiento

En Costa Rica, la oferta de servicios de tratamiento a personas con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra dividida entre el sector público y el sector privado. La oferta de servicios de salud existente no es suficiente para cubrir la demanda de a nivel nacional. Además, se observan barreras en el acceso a la atención según el tipo de servicio, ya que el sector público presta en su mayoría servicios de tipo ambulatorio, con únicamente dos servicios de internamiento, mientras que las ONG (con y sin fines de lucro) y clínicas privadas ofertan en su mayoría servicios residenciales de corta y larga estancia (1,13). Del 100% de servicios residenciales existentes, el IAFA y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ofertan un 13% de los servicios, mientras que las ONG dedicadas al tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias ofertan el 87% restante. Evidenciando el importante rol que juega el sector privado en la prestación de servicios para esta población.

Desde el año 2012 se trabaja en la consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, conformado por instancias gubernamentales (IAFA, CCSS y Programas de tratamiento y rehabilitación en el ámbito laboral y en el Sistema Penitenciario) y ONG y clínicas privadas dedicadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas asociados al consumo de drogas, que han sido debidamente certificadas por el IAFA. A pesar de estos esfuerzos,

actualmente el país no cuenta con acceso universal garantizado a servicios de tratamiento y rehabilitación, la oferta de servicios específicos para poblaciones prioritarias es baja (1).

Datos del IAFA (21) indican que en 2015 se atendieron a 17.741 personas en servicios de IAFA, de las cuales el 76% correspondió a población masculina. Se brindaron un total de 72.281 atenciones en IAFA, para un total de 4,1 atenciones por paciente. En el mismo año las ONG realizaron 5.296 atenciones, no obstante, se desconoce el dato del número de personas atendidas así como el número de atenciones por paciente.

A su vez, se desconoce el número real de personas que consultaron los servicios de la CCSS por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas así como el número de atenciones brindadas, ya que al reportarse únicamente el diagnóstico principal de consulta existe un importante sub-registro de estos casos (24). La diferencia en el número de atenciones puede deberse al tipo de servicios prestado. Esto porque que las ONG, aunque superan en número los establecimientos de IAFA, prestan servicios residenciales de corta y larga estancia a un reducido número de pacientes, mientras que los servicios de IAFA son en su mayoría ambulatorios.

La CCSS es el principal prestatario de servicios de salud a nivel nacional, y brinda servicios a la población a través de su red de servicios. En el primer nivel de atención, la red cuenta con 1097 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), 743 puestos de visita periódica en zona rural y 104 Áreas de Salud. Dichos establecimientos realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de baja complejidad. En el segundo nivel de atención se cuenta con 10 clínicas, 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos responsables de apoyar al primer nivel mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de mayor complejidad y especialidad. El tercer nivel de atención corresponde a la prestación de servicios curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad y actualmente cuenta con 3 hospitales nacionales y 6 hospitales especializados.

A pesar de contar con una amplia oferta de servicios de salud que alcanza el 96% de cobertura a nivel nacional, la CCSS ha evidenciado limitaciones para brindar la prestación de servicios específicos para la atención de la población con trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Destacan carencia de suficiente recurso humano capacitado para implementar un sistema de atención con cobertura a nivel local, regional y nacional (13) y la baja oferta de servicios de internamiento en

hospitales no especializados (1). Estos elementos constituyen una importante barrera en la implementación de actividades de recuperación, rehabilitación y reinserción social de la población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que requieren de servicios que trascienden la atención ambulatoria (1).

En el tercer nivel de atención, el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí cuenta con el Programa Nuevos Horizontes, el cual presta servicios de desintoxicación a personas menores de edad consumidores de sustancias psicoactivas por medio de un internamiento de corta estancia. El programa cuenta con 30 camas distribuidas equitativamente entre población femenina y masculina (24). Posterior a la etapa de desintoxicación, los usuarios de este programa son referidos a otras instancias, ya sea públicas o privadas, para su proceso de recuperación. Adicionalmente, en el segundo nivel de atención se han establecido 27 de Clínicas de Cesación de Fumado, enfocadas en el tratamiento a la adicción al tabaco; y se han impulsado iniciativas aisladas de programas de atención a población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en algunos hospitales nacionales y regionales, tales como el Hospital Blanco Cervantes y el Hospital William Allen de Turrialba (1). Por su parte en el primer nivel de atención se realizan intervenciones de tipo consejo breve para personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco.

Para hacer frente a las barreras identificadas, en el año 2014, la CCSS inició la capacitación del personal médico de primer y segundo nivel de atención en el Programa mhGAP (11) y su guía de intervención mhGAP-IG (25) con la finalidad de aumentar la capacidad de los servicios de salud de la CCSS para reducir la carga de los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias.

El Programa y su guía de intervención cuentan con amplia evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones para los trastornos debidos al consumo de sustancias. Además, en seguimiento a lo estipulado en el PND, la CCSS y el IAFA trabajan en acciones para el fortalecimiento de l a detección, atención y seguimiento de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas (3).

En cumplimiento a los objetivos del PND, en 2016 la CCSS ha iniciado con la implementación de los Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental (EISAM) con el fin de ampliar la oferta de servicios en el primer nivel de atención, y las gestiones para el establecimiento de camas de psiquiatría en hospitales generales que puedan ser utilizadas para atender a la población farmacodependiente. Por último,

destaca que la CCSS y el IAFA cuentan con un convenio de cooperación que busca establecer proyectos y acciones conjuntas para el abordaje integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas (1).

El IAFA tiene a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas. Además, es responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; y de gestionar la suspensión o el cierre de programas, si éstos incumplen los lineamientos establecidos para la oferta de diversos servicios de promoción de la salud, prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación (26).

Desde su creación, el IAFA ha asumido la atención de salud de las personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, enfocándose en la atención a nivel ambulatorio. Actualmente IAFA no cuenta con programas residenciales de rehabilitación y reinserción social con cobertura nacional. El Instituto presta servicios de tratamiento en sus oficinas centrales, ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, en la provincia de San José. Entre los cuales se cuentan: el **Proceso de Atención a Pacientes**, que brinda servicios ambulatorios de orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa para la población en general; y el **Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad**, el cual brinda atención exclusiva para niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas por medio de servicios de valoración, un centro ambulatorio intensivo y un centro residencial dotado de 24 camas. Dicho centro cuenta con apoyo de la CCSS, el MEP, el PANI y el Ministerio de Trabajo a través de DESAF.

Además, el IAFA cuenta con ocho Centros de Atención Integral en Drogas conocidos como **CAID**, que se encuentran ubicados fuera de San José, en Cartago, en el Cantón Central; Alajuela, en San Ramón y San Carlos; Puntarenas, en el Cantón Central, Aguirre y Coto Brus; Guanacaste, en Santa Cruz y Limón en el Cantón Central. Los CAID brindan servicios ambulatorios de diagnóstico y tratamiento integral a personas que presentan algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, así como orientación, educación e intervención terapéutica, a sus familiares o red de apoyo (1, 27).

En Costa Rica el sector privado es un importante aliado en el aseguramiento del acceso a servicios de salud para población con problemas asociados al consumo de drogas. Al 30 de mayo de 2016, se cuentan 59 ONG´s (con y sin fines de lucro) y clínicas que brindan servicios de tratamiento y

rehabilitación en todo el territorio nacional y cuyos programas han sido debidamente acreditados por el IAFA. Entre estos se encuentran distintas sedes del programa Hogar Salvando al Alcohólico y Farmacodependiente, albergues para adultos mayores, programas residenciales de desintoxicación, programas residenciales de rehabilitación, programas no residenciales, programas diurnos asistenciales y programas de prevención (28).

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

Con el fin de asegurar la calidad de la atención, el IAFA ha sido designado como ente responsable de la regulación de los servicios privados en materia de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas asociados al consumo de drogas. Para esto, cuenta con la "Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas" y las "Normas mínimas para el funcionamiento de los servicios de atención a las personas menores de edad, con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas". Ambas normativas son de acatamiento obligatorio y especifican los requerimientos en términos de calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad, necesarios para la habilitación por parte del Ministerio de Salud y la aprobación por parte del IAFA. Además, estas organizaciones son objeto de asesoría, capacitación técnica y apoyo financiero de parte del IAFA. En el año 2014, 24 ONG acreditadas recibieron apoyo financiero por parte del Instituto (1,27).

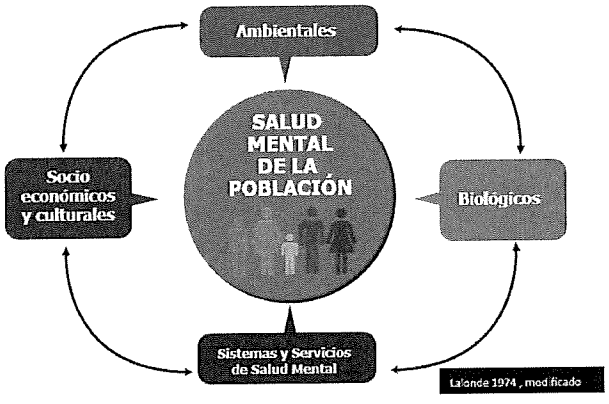
II. Marco referencial

La Estrategia toma como punto de partida la definición de salud mental para Costa Rica según la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (PNSM), en la cual se entiende salud mental como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente (5).

Por tanto, es importante comprender que la salud mental de las personas está determinada por diferentes factores, como los biológicos, ambientales, emocionales, culturales, socioeconómicos y los sistemas y servicios de salud, determinantes que también intervienen en el desarrollo de la salud mental de la población (5). Los determinantes sociales de la salud (2) son factores fundamentales para el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Según el modelo de producción social de la Salud Mental de la PNSM (5), basado en Lalonde 1974, indica que los determinantes de la salud se agrupan en cuatro categorías: determinantes biológicos; ambientales; sociales, económicos y culturales; y determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud. De ahí que la presente estrategia contemple de manera transversal estos determinantes, dentro de sus ejes y áreas estratégicas.

Imagen 1 Determinantes de salud mental (5)



La OPS por su parte (25) define los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades; dichas circunstancias se ven afectadas por un conjunto de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes de la salud incluyen factores personales tales como la clase social, el género, la etnicidad, el acceso a educación, la calidad de la vivienda, la presencia de relaciones de apoyo; así como factores comunitarios tales como el nivel de participación

social y cívica, y la disponibilidad de trabajo (26). Factores que han demostrado estar vinculados con factores de riesgo para diferentes enfermedades, tales como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (25).

Al comprender que el proceso de salud-enfermedad es continuo, no es estático y que evoluciona con el tiempo, La Estrategia plantea un abordaje integral que inicia con la promoción de la salud, entendiendo ésta como los procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su propia salud (26). La promoción de la salud se pone en práctica mediante la acción y la abogacía para abordar los determinantes de la salud, haciendo uso de enfoques participativos en los que los individuos, organizaciones, comunidades e instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y bienestar para todas las personas (29,30).

La promoción de la salud abarca diferentes tipos de acciones, tales como la conformación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios de salud (26). Aunque la promoción se centra en los determinantes de la salud y la prevención se enfoca en las causas de las enfermedades, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son actividades complementarias que se relacionan y superponen (29,31,32).

Las acciones para la prevención abarcan aquellas medidas locales, regionales, nacionales e internacionales destinadas a reducir la incidencia de una enfermedad o trastorno, su prevalencia, su recurrencia, el tiempo vivido con síntomas, el riesgo de desarrollar un trastorno asociado, prevenir o retardar las recaídas y disminuir el impacto en la persona, su familia y sociedad. (30).

Desde el enfoque de salud pública impulsado por la OMS (31,33) la prevención puede ser de tipo primaria, secundaria o terciaria, según el objetivo establecido para la acción. La prevención primaria busca prevenir la aparición de la enfermedad en sí misma y se puede subdividir en prevención universal, selectiva o indicada, según la población a la que esté dirigida.

La prevención primaria universal busca realizar acciones dirigidas al público general o a un grupo poblacional como un todo; la prevención selectiva se enfoca en individuos o subgrupos en riesgo de desarrollar un trastorno o enfermedad; y la prevención indicada busca enfocarse en acciones dirigidas a personas con alto riesgo de desarrollar el trastorno o enfermedad.

Por su parte, la prevención secundaria se enfoca en la severidad del trastorno o enfermedad, por lo que busca realizar acciones para reducir prevalencia; mientras que la prevención terciaria busca realizar intervenciones para reducir la discapacidad, así como toda forma de rehabilitación y prevención de recaídas (30). De manera que esta Estrategia fomenta la implementación de acciones preventivas del consumo de sustancias psicoactivas que vayan dirigidas a población libre de consumo, pero también a aquellas personas que ya han desarrollado un trastorno y para las cuales es posible reducir su severidad, curso, duración y discapacidad asociada por medio de acciones preventivas implementadas durante el curso de la enfermedad.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como un componente clave de los Sistemas de Salud debido a su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, por lo que se coloca como eje central del abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas desarrollado en esta Estrategia. Desde la Conferencia de Alma Ata (34), la APS se define como "la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación"(35).

Desde su concepción, la APS ha sobrellevado una renovación conceptual y actualmente se enfoca en que los Sistemas de Salud sean comprendidos como conjuntos que involucran diferentes sectores, tanto públicos como privados, con y sin fines de lucro (35). Por último, se descarta la idea de que los equipos de trabajo de APS sean definidos según un tipo específico de recurso humano en salud, sino más bien de acuerdo con los recursos disponibles en cada país, las preferencias culturales y la evidencia (35).

Además adopta el término recuperación, "que comprende la promoción del derecho al empleo, la vivienda y la educación" (7) como parte del abordaje integral de las personas con problemas derivados del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

2.1 Principios y enfoques

En adherencia a los principios orientadores de la Política Nacional de Salud (4), de la Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y

Otras Drogas en Costa Rica y principalmente la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (1,5) la presente *Estrategia* adopta e incorpora los siguientes principios y enfoques.

Principios de la Estrategia

Equidad

Todas las personas tienen una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, y de un modo más pragmático, que ninguna persona debe estar discriminada, para lograrlo en la medida que ello sea posible.

Universalidad

Que el Estado garantice a todas las personas sin distinción alguna basada en el sexo/género, edad, clase socioeconómica, cultura, entre otros, el acceso al sistema de salud con calidad.

Solidaridad

Principio o valor, a través del cual las personas se sienten y reconocen unidas y compartiendo las obligaciones, intereses e ideales y conformando además uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la ética moderna.

Igualdad sustantiva

Significa y exige tratamiento no discriminatorio, es decir, un tratamiento que redunde en el goce pleno de los derechos humanos por ambos géneros. Reconoce que mujeres y hombres tienen iguales derechos y oportunidades, y considera a ambos libres para desarrollase, tomar decisiones y participar en la medida de sus posibilidades e intereses, en todas las esferas de la vida pública y privada. Este principio implica, proveer un trato y un tratamiento igual o distinto a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan.

Ética

La ética analiza, orienta y dictamina las acciones y procedimientos, encauza el respeto a la dignidad, integridad, autonomía y protección de todas las personas, al logro de bienestar humano y la justicia social.

Calidad y calidez

Es la capacidad del sistema de salud que garantiza y asegura soluciones satisfactorias a las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y disminuyendo riesgos de enfermar y /o enfrentar la muerte.

Autonomía

Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Enfoques de la Estrategia

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. De acuerdo con los tratados internacionales y las leyes de la República, el Estado está obligado a respetar y cumplir lo consignado en estos derechos, en este caso específico 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. Por lo tanto, las acciones las tomadas a partir de la estrategia tenderán a reducir las dichas brechas, promoviendo ambientes no discriminativos.

Diversidad

Es el 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, entre otras características, contribuyendo así a la conservación de su salud mental.

Integración

Es la 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

Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidad en el acceso a bienes y servicios, a las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción alguna. Una persona o grupo social incluido, 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

El estado de salud mental de una población sólo puede ser protegido y mejorado mediante la movilización sinérgica de los actores sociales hacia ese fin, para lo cual se requiere una acción concreta y eficaz en el establecimiento de prioridades, la adopción de decisiones, la 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. Una participación social efectiva, se da cuando la comunidad interviene estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas, como una acción colectiva, deliberativa, democrática y concertada de las personas, los grupos sociales y sus organizaciones.

Desarrollo humano sostenible

Es el 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

Es el fundamento para la definición de políticas, estrategias e intervenciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, así como para la evaluación de las políticas y la planificación. La investigación brinda conocimientos sobre los que se puede basar las políticas y las acciones en la mejor evidencia disponible y en las mejores prácticas en salud mental lo que permite la toma de decisiones oportuna. Además, con la obtención de buenos datos estadísticos y epidemiológicos se puede hacer una mejor planificación y análisis presupuestario de las acciones, permitiendo el uso racional de los recursos tecnológicos, financieros y humanos.

III. Marco metodológico

Para la elaboración de la presente Estrategia, se pueden identificar cinco etapas principales, la etapa preparatoria y de diagnóstico, la etapa de formulación, la etapa de validación, la de oficialización, etapa de ejecución del Plan de Acción de la Estrategia y finalmente la de seguimiento. Las cuales se describirán en este apartado. Además, es importante reconocer a la Secretaría Técnica de Salud Mental, instancia adscrita al despacho ministerial, como la encargada de dar seguimiento, monitoreo y evaluación a dicha estrategia, en conjunto con el Consejo Nacional de Salud Mental e IAFA.

3.1 Etapa preparatoria y de diagnóstico

Durante esta fase se identificó la necesidad de construir una estrategia que abordara los cuatro determinantes de la salud definidos en la PNSM (5), desde un enfoque de salud pública. Las acciones políticas más recientes en el tema de sustancias psicoactivas fue en el 2012 con la Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo del Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Costa Rica y la Política Nacional sobre Drogas: Legitimación de Capitales y Financiamiento al terrorismo 2013-2017, la primera se refiere hacía el tratamiento de las personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas y la segunda hacía el control de la oferta y el tráfico ilícito de las drogas.

Por tanto, se reconoce la necesidad de ampliar el ámbito de acción e involucrar a las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud para un abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, contemplando no solo el tema de la mejora de los servicios y la calidad del tratamiento y atención para las personas que presentan dependencia o consumo dañino de sustancias psicoactivas, sino también la promoción y prevención; la vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación; y el fortalecimiento de la gobernanza por medio de alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales que reúnan los esfuerzos hacía el abordaje integral del problema identificado.

Dado lo anterior se conforman los equipos políticos y técnicos para la formulación de la estrategia. El equipo político lo conforman en primera instancia el máximo jerarca del Ministerio de Salud o a quién este designe, el Director General del IAFA. El equipo técnico lo conformó el personal profesional de la STSM, profesionales del IAFA, junto con asesores y consultores de la OPS/OMS Costa Rica.

Además de estos equipos, se desarrolla el 10 de junio del 2016 una Sesión de Consulta Nacional con el fin de mejorar la propuesta, alcanzar acuerdos y asegurar su puesta en práctica, se convoca a los distintos actores gubernamentales involucrados a un proceso participativo la sesión contó con la participación de aproximadamente 40 tomadores de decisiones, en calidad de representantes de las diferentes instituciones gubernamentales involucradas en el abordaje de salud pública del problema de las sustancias psicoactivas, entre las que se contaron con representantes de Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Drogas (ICD), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Ministerio de Educación Pública (MEP), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Los participantes de la sesión de trabajo sometieron la propuesta preliminar a un análisis y discusión, elaboraron propuestas concretas de mejora y tomaron acuerdos. Los acuerdos alcanzados en la Consulta Nacional fueron utilizados para elaborar la versión final de la Estrategia. Para facilitar la discusión y toma de decisiones, se utilizó la metodología de grupos nominales en un proceso que consta de seis fases: Fase 1) Generación de ideas en silencio, Fase 2) Manifestación secuencial de ideas, Fase 3) Clarificación de ideas, Fase 4) Discusión y definición de propuestas y Fase 5) Toma de decisiones (Ver Anexo 3 Metodología Grupos Nominales)

3.2 Etapa de formulación

A partir de los lineamientos generales obtenidos durante el primer taller participativo que se realiza para la elaboración de la presente estrategia, se constituyen no solo los cuatro ejes de acción y cuatro áreas estratégicas, orientadas según las áreas estratégicas planteadas en la Estrategia Mundial sobre el

consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (2), sino también los objetivos generales y específicos de cada eje.

Eje 1. Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas.

Área estratégica: 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.

Eje 2. Promoción y prevención

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

Eje 3. Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento

Área estratégica: 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.

Eje 4. Vigilancia, monitoreo y evaluación

Área estratégica: vigilancia de la salud, monitoreo, evaluación e investigación del abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas.

El 8 y 9 de junio del 2017 se realiza un segundo taller con actores sociales clave, pero esta vez para la construcción del Plan de Acción. Se les da como insumo los ejes y las áreas estratégicas descritos anteriormente, además los objetivos generales y objetivos específicos de cada área, con el fin de que construyan y propongan de manera conjunta el plan de acción. Dicho plan está compuesto al mismo tiempo por programas, proyectos e iniciativas específicas junto con sus objetivos, metas e indicadores respectivos, esquema de planificación basado en la Política Nacional de Salud del Ministerio de Salud (5).

Cada grupo de trabajo respondió a las siguientes preguntas por cada objetivo específico de la estrategia:

1. ¿Cuáles son los programas, proyectos o iniciativas específicas para cumplir con el objetivo?
2. ¿Cuáles son los objetivos que responden a dicho programa, proyecto o iniciativa?
3. ¿Qué debe hacerse para cumplir el objetivo?
4. ¿Cómo se va a medir el cumplimiento de la meta?
5. ¿Cuánto tiempo se destinará para esta meta, por año?
6. ¿Cuánto presupuesto se requiere para cumplir la meta?
7. ¿Quién o quienes van a liderar las acciones y actividades a implementar? (Ver Anexo 3 Metodología Grupos Nominales

Para responder a estas preguntas generadoras, se siguió la Técnica de Grupos Nominales (TGN), al igual que en la Sesión de Consulta Nacional. Se aplicaron todos los pasos de la TGN para cada objetivo específico.

3.3 Etapa de validación

Para esta etapa, se realizaron visitas a cada una de las instituciones y organizaciones involucradas en la estrategia, con el fin de validar las metas propuestas durante el Taller para la construcción del Plan de Acción, realizado el 8 y 9 de junio del 2017.

Del total de programas, proyectos e iniciativas propuestas, así como sus objetivos específicos se realizó una sistematización y re-organización del plan de acción, con el fin de hacer una propuesta concreta y viable para iniciar a implementarse en el 2018 finalizando el 2021.

3.4 Etapa de oficialización

Para la oficialización de la Estrategia se realizará una sesión con los jerarcas de las instituciones involucradas con el fin de que realicen sus últimas observaciones y se publique de manera oficial la Estrategia.

3.5 Etapa de ejecución

Durante esta fase, se implementa el Plan de Acción, el cual tiene un período de cuatro años, iniciando en el 2018 y finalizando en el 2021. Los principales responsables de su ejecución son: el Ministerio de Salud desde la Secretaría Técnica de Salud Mental y IAFA, el Consejo Nacional de Salud Mental, la Comisión Interinstitucional y la Comisión Institucional de Salud Mental, juntos con el Sistema Nacional

de Redes de Salud Mental, además tienen un papel primordial instituciones como IAFA, ICD, MEP, PANI, IMAS, CCSS, ICODER, todos los actores clave, deben trabajar de manera articulada (Ver *Anexo 4 Colaboración técnica*).

3.6 Etapa de seguimiento

Se identifica a la STSM, al CNSM y a la Comisión Interinstitucional de Salud Mental e IAFA como los principales actores en el seguimiento de la Estrategia, para el cual debe elaborarse un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación, que brinde las herramientas, instrumentos y mecanismos necesarios que aseguren el cumplimiento de las acciones plasmadas en el Plan de Acción de la Estrategia, a partir de su implementación.

IV. Respuesta del país: estrategia nacional y plan de acción

Costa Rica se encuentra frente a una importante oportunidad para el fortalecimiento de un Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, que permita brindar una respuesta integral y oportuna para la población con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas (1). El reto actual del país yace en lograr difundir estrategias eficaces de reducción de la demanda y ofrecer servicios de promoción de la salud, prevención, intervención temprana, tratamiento, disminución de las consecuencias adversas del consumo de estas sustancias, tratamiento y recuperación, que den respuesta a las necesidades tanto de la población general como de los grupos más vulnerables (2), la promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias; la intervención temprana del consumo; la reducción de daños causados por el consumo; el acceso a tratamiento oportuno y de calidad; la recuperación de las personas, incluyendo su reinserción social; y la administración de los servicios de salud (2). Para lograr esto, se debe contar con recursos apropiados para la implementación de acciones, compromiso político, así como la inclusión de la dimensión de salud pública en todas las políticas relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas (2).

El Ministerio de Salud en conjunto con el Consejo Presidencial Social, IAFA y con el apoyo de técnico de la OPS/OMS en Costa Rica, ha elaborado la *Estrategia para la Reducción del Consumo de Sustancias*

Psicoactivas con enfoque de Salud Pública, con el fin de asegurar la planificación e implementación articulada de las acciones estratégicas para el abordaje de salud pública del problema del consumo de sustancias psicoactivas.

4.1 Estrategia Nacional

Como se mencionó anteriormente se han establecido cuatro ejes de acción para el abordaje integral de las personas con problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, cada eje consta de un área estratégica, que a su vez contempla un objetivo general y uno o más objetivos específicos o estratégicos. En el plan de acción se muestran además los programas, proyectos o iniciativas específicas orientados a abordar dichos objetivos estratégicos, con sus respectivas metas e indicadores. A continuación se muestran las áreas estratégicas, objetivos generales y estratégicos o específicos de la Estrategia Nacional.

Áreas estratégicas, objetivos generales y estratégicos

Eje 1 - Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas

Área Estratégica 1: Ejercicio del liderazgo y gobernanza eficaz en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la salud pública por medio de alianzas estratégicas que fomenten la articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales.	
Objetivo 1	**Fortalecer la capacidad de las instituciones estatales y otros actores involucrados para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, de sus determinantes y de los problemas asociados, con enfoque de salud pública.**
	Objetivos estratégicos
	1.1 Conformar un mecanismo de articulación y colaboración interinstitucional e intersectorial liderado por el Ministerio de Salud-IAFA con participación de ICD, CCSS, PANI, MEP, IMAS, organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas para el desarrollo de una respuesta integral y multidimensional desde la salud pública.
Objetivo 2	**Promover mecanismos de información y participación activa de la población, gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, en todos los niveles del proceso de elaboración, implementación y evaluación de ésta Estrategia.**
	Objetivos estratégicos
	2.1 Definir un mecanismo de participación activa de la población, los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, en todos los niveles del proceso de elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de ésta Estrategia.

2.2 Fortalecer el intercambio entre las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, con las distintas instancias gubernamentales.

Eje 2 - Promoción y prevención

Área Estratégica 2 : Fortalecimiento de las políticas de promoción de la salud y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, haciendo énfasis en intervenciones tempranas de tipo familiar, comunitario y laboral enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y jóvenes en su ambiente social inmediato
Objetivo 3 **Desarrollar acciones de promoción de la salud que generen sensibilización, compromiso, y participación de los distintos actores sociales para el abordaje del fenómeno sociocultural de las drogas como un tema prioritario de salud pública**
Objetivos estratégicos
3.1 Sensibilizar a la población y a los medios de comunicación sobre la dimensión del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la salud pública y la importancia de su abordaje desde los determinantes sociales de la salud, así como sobre las responsabilidades compartidas entre los diferentes actores de interés.

Objetivo 4 **Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de edad mediante intervenciones tempranas de tipo familiar, escolar y comunitario basadas en evidencia y enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes en su ambiente social inmediato.**
Objetivos estratégicos
4.1 Desarrollar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de factores protectores y prevención del consumo de sustancias psicoactivas con base en evidencia científica, y programas de prevención selectiva e indicada, en el **ámbito educativo**, considerando los diferentes grupos de edad en su implementación.
4.2 Fortalecer en el **ámbito familiar**, el desarrollo de habilidades sociales y competencias personales de padres, madres y encargados de personas menores de edad, orientadas a la promoción de factores protectores ligados a procesos de crianza y a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.
4.3 Desarrollar programas de prevención, selectiva e indicada, dirigidos a personas menores de edad en situación de alto riesgo psicosocial, en el **ámbito comunitario.**
Objetivo 5 **Diseñar e implementar programas de prevención basados en evidencia dirigidos a la población adulta y para ser ejecutados a nivel familiar, comunitario y laboral.**

Objetivos estratégicos
5.1 Fortalecer el desarrollo de alianzas estratégicas con actores de interés, gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la empresa privada, para impulsar acciones de desarrollo social en la prevención del uso de sustancias, consumo problemático, trastornos por consumo, dependencia y de sus consecuencias dirigidas a población adulta.

Eje 3 - Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento

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

Subtema: Ampliar y mejorar servicios

Objetivo 6	**Mejorar el acceso a la atención de tipo comunitario mediante la organización de una Red Integrada de Servicios Interinstitucional e Intersectorial para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas a los servicios de atención primaria, potenciando el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de SPA liderada por el sector salud (MS, IAFA ,CCSS, IAFA, ONG).**

Objetivos estratégicos
6.1 Establecer una Red Integrada de Servicios con diferentes niveles de complejidad para atender a las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que articule la oferta de estos servicios de manera interinstitucional e intersectorial, facilitando el acceso y la continuidad de la atención, entre los CAID, EISAM, EBAIS, ONG y el SNRSM.
6.2 Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de atención primaria de la salud.
6.3 Mejorar y ampliar la atención y la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud generales (clínicas y hospitales), para la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, de acuerdo con su nivel de complejidad.

	6.4 Desarrollar acciones para la reincorporación social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la Red Integrada de Servicios.
Objetivo 7	**Desarrollar el Modelo de Reducción de Daño a la población en general y en todo el territorio nacional.**
	Objetivos estratégicos
	7.1 Implementar estrategias de abordaje a personas consumidoras de drogas, que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, mediante el fortalecimiento y nuevos enfoques de atención.

Subtema: Mejorar la Calidad de la Atención

Objetivo 8	**Mejorar la calidad de la atención mediante el mejoramiento de las competencias y destrezas del recurso humano que interactúa y atiende a población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.**
	Objetivos estratégicos
	8.1 Desarrollar programas de capacitación continua sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas dirigidos al recurso humano que conforma el Sistema Nacional de Tratamiento.
	8.2 Desarrollar iniciativas de capacitación y soporte dirigidas a familiares y cuidadores de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.
	8.3 Certificación del recurso humano responsable de proporcionar servicios a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivo 9	**Asegurar la prestación de servicios de calidad mediante la aplicación de normas de funcionamiento de los servicios de salud actualizadas, el fortalecimiento del uso de intervenciones basadas en evidencia, y el desarrollo de acciones de mejora continua.**
	Objetivos estratégicos
	9.1 Elaborar y actualizar las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y otros documentos de normalización técnica de atención basados en la evidencia.
	9.2 Desarrollar programas de mejora continua de los servicios del Sistema Nacional de Tratamiento que incorporen elementos tales como: el monitoreo de los servicios de salud, la mejora en los sistemas de comunicación, el incremento de las destrezas gerenciales de los tomadores de decisiones y la vinculación con la comunidad.

Eje 4 - Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación

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

Objetivo 10	**Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia, responsable del registro, recopilación y análisis de datos nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas, mediante la generación de información pertinente para la toma de decisiones.**
	Objetivos estratégicos
	10.1 Mejorar las capacidades del Sistema Nacional de Vigilancia para identificar factores de riesgo y factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas y analizar su repercusión sobre la salud, desagregando las variables al menos por sexo, edad y zona geográfica.
	10.2 Fortalecer la investigación en salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas mediante la participación de actores claves tales como IAFA, CCSS y universidades y el aseguramiento del respaldo financiero correspondiente.

Objetivo 11	**Fortalecer las acciones de monitoreo y evaluación de las políticas y programas nacionales y locales dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.**
	Objetivos estratégicos
	11.1 Desarrollar o adaptar herramientas estandarizadas para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.
	11.2 Establecer mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.

4.2 Plan de Acción

Eje temático 1: Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas									
Área de intervención 1: Ejercicio del liderazgo y gobernanza eficaz en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la salud pública por medio de alianzas estratégicas que fomenten la articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales.									
Objetivo 1: Fortalecer la capacidad de las instituciones estatales y otros actores involucrados para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, de sus determinantes y de los problemas asociados, con enfoque de salud pública.									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
1.1 Conformar un mecanismo de articulación y colaboración interinstitucional e intersectorial liderado por el Ministerio de Salud y , IAFA y con participación de ICD, CCSS, PANI, MEP, IMAS, organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas para el desarrollo de una respuesta integral y multidimensional desde la salud pública.	1.1.1 Mecanismo de articulación y colaboración interinstitucional e intersectorial, por medio de la conformación de una comisión o mesa técnica de trabajo.	1.1.1.1 Articular las acciones del Ministerio de Salud respecto al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con las acciones de instituciones como ICD, CCSS, IAFA, PANI, MEP, IMAS, gobiernos locales, ONG, sociedad civil y otros.	1.1.1.1.1 Comisión técnica conformada y articulada al 2018.	Comisión técnica de trabajo interinstitucional e intersectorial conformada y articulada al 2018.	x				Ministerio de Salud- Consejo Nacional de Salud Mental-IAFA
			1.1.1.1.2 Plan de trabajo elaborado al 2018 y en vigencia al 2021.	Un plan de trabajo de la comisión, elaborado al 2018 con vigencia al 2021.	x	x	x	x	Ministerio de Salud- Consejo Nacional de Salud Mental-IAFA

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

Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
2.1 Definir un mecanismo de participación activa de la población, los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, en todos los niveles del proceso de elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de esta Estrategia.	2.1.1 Adaptación del Mecanismo Coordinador de País (ejemplo de buena práctica en el país) como mecanismo de participación para la comisión técnica propuesta en el primer objetivo.	2.1.1.1 Incorporar un mecanismo de participación de la sociedad civil para su inclusión dentro de la implementación, seguimiento y evaluación de esta Estrategia.	2.1.1.1.1 Porcentaje de la sociedad civil dentro del equipo, trabajando en la implementación, seguimiento y evaluación.	Al menos el 10% del equipo de la implementación, seguimiento y evaluación de la estrategia con participación de la sociedad civil al 2019.		x			Secretaría Técnica de Salud Mental-IAFA
2.2 Fortalecer el intercambio entre las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el fenómeno sociocultural de las drogas, con las distintas instancias gubernamentales.	2.2.1 Fortalecimiento de la Red Nacional de ONG relacionadas con el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, e involucramiento de estas con los organismos gubernamentales, mediante la coordinación de la Comisión de Asignación de Recursos (COMAR) ampliada.	2.2.1.1 Fortalecer la Red Nacional de ONG mediante programas terapéuticos avalados por IAFA y capacitación del recurso humano, a través de foros, encuentros, capacitaciones, diálogos, con el fin de brindar un servicio adecuado a las personas usuarias.	2.2.1.1.1 Porcentaje de ONG de tratamiento y prevención del consumo de SPA con las adecuada, programas terapéuticos avalados por IAFA y recurso humano capacitado al 2021.	Al menos el 80% de ONG de tratamiento y prevención del consumo de SPA cuentan con programas terapéuticos avalados por IAFA y recurso humano capacitado, para brindar un servicio adecuado a sus usuarios al 2021.	20%	20%	20%	20%	IAFA-ICD
		2.2.1.2 Realizar un diagnóstico sobre las condiciones de infraestructura de las ONG de tratamiento, buscando una mejora en las condiciones de habitabilidad.	2.2.1.2.1 Porcentaje de realización del diagnóstico.	100% de diagnóstico realizado al 2018.	100%				IAFA

Eje estratégico 2- Promoción y prevención

Área estratégica 2: Fortalecimiento de las políticas de promoción de la salud y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, haciendo énfasis en intervenciones tempranas de tipo familiar, comunitario y laboral enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y jóvenes en su ambiente social inmediato.									
Objetivo 3: Desarrollar acciones de promoción de la salud que generen sensibilización, compromiso, y participación de los distintos actores sociales para el abordaje del fenómeno sociocultural de las drogas como un tema prioritario de salud pública.									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
3.1 Sensibilizar a la población y a los medios de comunicación sobre la dimensión del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la salud pública y la importancia de su abordaje desde los determinantes de la salud, así como sobre las responsabilidades compartidas entre los diferentes actores de interés.	3.1.1 Programa interinstitucional e intersectorial de divulgación sobre el fenómeno del consumo de SPA, que incluya la participación de ONG y sociedad civil.	3.1.1.1 Incrementar el conocimiento en la población general sobre las características del fenómeno de consumo de SPA para la salud pública a través de una herramienta de comunicación y divulgación intersectorial, interinstitucional, involucrando ONG y sociedad civil.	3.1.1.1.2 Porcentaje de implementación del programa de divulgación al 2021.	100% del programa de divulgación implementado al 2021	25%	25%	25%	25%	CCSS-IAFA-MS-ICD
			3.1.1.1.3 Número de campañas nacionales realizadas del 2019 al 2021.	Al menos 1 campaña nacional al año desarrollada desde el Programa de divulgación, del 2019 al 2021.	1	1	1	1	CCSS-IAFA-MS-ICD
		3.1.1.2 Generar espacios de reflexión sobre habilidades para la vida enfocadas en la prevención del consumo de SPA, con los medios de comunicación masiva.	3.1.1.2.1 Espacios de reflexión generados al 2021.	Cuatro espacios de reflexión con los medios de comunicación masiva generados al 2021.	1	1	1	1	CCSS-IAFA-ICD

Objetivo 4: Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de edad mediante intervenciones tempranas de tipo familiar, escolar y comunitario basadas en evidencia y enfocadas en el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes en su ambiente social inmediato.						
Objetivo estratégico			Indicador	Meta	Metas según período	Responsables

	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa			2018	2019	2020	2021	
4.1 Desarrollar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de factores protectores, para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con base en evidencia científica, y programas de prevención selectiva e indicada, en el **ámbito educativo**, considerando los diferentes grupos de edad en su implementación.	4.1.1 Fortalecimiento del Programa Nacional de Convivencia CONVIVIR	4.1.4.1 Impulsar el desarrollo de estrategias para fortalecer las relaciones de convivencia en todos los centros educativos del país, como una forma de promover factores protectores para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad.	4.1.4.1.1 Porcentaje de cobertura del Programa.	100% de cobertura del Programa CONVIVIR en los centros educativos al 2021.		30	30	40	MEP-IAFA
	4.1.2 Programa de capacitación para el personal docente del MEP.	4.1.5.1 Capacitar al personal docente para que tenga herramientas metodológicas y de atención para la prevención de consumo de SAP.	4.1.5.1.1 Porcentaje de personas capacitadas	Al menos 80% de personal capacitado.	10%	20%	20%	30%	MEP- IAFA
	4.1.3 Promoción de estilos de vida saludables	4.1.6.1 Constituir equipos interdisciplinarios para la promoción de estilos de vida saludable libres de consumo de sustancias psicoactivas en concordancia con el programa curricular.	4.1.6.1.1 Porcentaje de direcciones regionales con equipos constituidos.	100% de las direcciones regionales con equipos constituidos.	25%	25%	25%	25%	MEP- IAFA
	4.1.4 Programa aprendo a valerme por mi mismo.	4.1.3.1 Contribuir a la mejora de la salud de la población menor de edad, mediante la práctica de las habilidades para la vida, promocionando actitudes positivas y estilos de vida	4.1.3.1.1 Porcentaje de niños y niñas de primaria del sistema educativo público beneficiarios del programa por año.	Al menos un 90% de niños y niñas de primaria del Sistema Educativo público del país beneficiarios del programa por año.	15%	25%	25%	25%	IAFA- MEP

		saludables que reduzcan el consumo de drogas.							
	4.1.5 Proyecto Piloto de Promoción, Prevención, Detección e Intervención Temprana (PDEIT) en Centros Educativos de Secundaria	4.3.2.1 Facilitar un programa de prevención, detección e intervención temprana a Centros Educativos que dé respuesta a la necesidad de atención de la población con mayor vulnerabilidad; por medio de estrategias de abordaje de los factores de riesgo, la potenciación de los factores protectores y otros determinantes de la salud relacionados con la problemática de drogas; con el fin de desestimular y disminuir la propensión a su consumo.	4.3.2.1.1 Porcentaje de colegios con programa implementándose.	Programa implementándose en al menos el 70% de los colegios de educación pública del país al 2021.	10%	20%	20%	20%	IAFA-MEP
4.2 Fortalecer en el **ámbito familiar**, el desarrollo de habilidades sociales y competencias personales de padres, madres y encargados de personas menores de edad, orientadas a la promoción de factores protectores ligados a procesos de crianza y a	4.2.1 Programa de habilidades para la vida dirigido a la formación para padres, madres y encargados.	4.2.1.1 Capacitar a los padres, madres y encargados de personas menores de edad, en habilidades sociales y valores que promuevan los factores protectores ligados a los procesos de crianza y a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.	4.2.1.1.1 Cantidad de padres, madres o encargados capacitados al 2021.	Al menos 2000 padres, madres y encargados capacitados al 2021.	350	550	550	550	IAFA

prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.		4.2.1.2 Incluir el tema de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los contenidos de la escuela para padres.	4.2.1.2.1 Porcentaje de escuelas de padres incluyendo el tema de prevención del consumo de SPA al 2021.	Al menos 50% de las escuelas de padres incluyendo el tema de prevención del consumo de SPA al 2021.	5	10	15	20	IAFA
	4.2.2 Unidades Móviles de Educación y Prevención a la niñez y adolescencia y sus familias.	4.2.2.1 Fortalecer la capacidad de las familias y las comunidades rurales para promover el desarrollo integral de sus niños, niñas y adolescentes.	4.2.2.1.1 Cantidad de personas menores de edad beneficiadas de los servicios de las Unidades Móviles	3000 personas menores de edad beneficiadas anualmente, con los servicios de cada Unidad Móvil	3000	3000	3000	3000	Directores Regionales del PANI
4.3 Desarrollar programas de prevención, selectiva e indicada, dirigidos a personas menores de edad en situación de alto riesgo psicosocial, en el **ámbito comunitario.**	4.3.1 Iniciativa de estilos de vida saludable en la población infanto juvenil a través de los promotores de salud de la CCSS.	4.3.1.1 Involucrar a los promotores de salud a nivel comunitario en el enfoque de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas principalmente con la población infanto juvenil.	4.3.1.1.1 Número de promotores de la salud involucrados en prevención de SPA en infancia y adolescencia.	Al menos 50 promotores de salud a nivel comunitario con enfoque de prevención de SPA a nivel nacional.	10	10	15	15	CCSS
	4.3.2 Programa "aprendo a cuidarme" para hijos o hijas menores de edad, de personas con procesos penales.	4.3.2.1 Implementar un programa de fortalecimiento personal dirigido a personas menores de edad, con padres, madres o encargados con procesos penales.	4.3.2.1.1 Porcentaje de hijos e hijas de personas con procesos penales participando en el programa.	Al menos un 25% de hijos e hijas de personas con procesos penales participando en el programa.		5%	10%	10%	IAFA

	4.3.4 nivel I tratamiento ambulatorio intervención temprana.	4.3.4.1 Desarrollar e implementar un programa de intervención psicosocial que incluya prevención del consumo de drogas, fortalecimiento de lazos familiares, promoción de la inserción social de las personas menores de edad en situación de vulnerabilidad y exclusión social que vivan únicamente en la provincia de San José.	4.3.4.1.1 Cantidad de personas menores de edad beneficiadas del programa nivel I tratamiento ambulatorio intervención temprana.	132 personas Menores de Edad atendidas mensualmente por dos profesionales de planta al 2021.	1584	1584	1584	1584	IAFA, MSP, PANI
	4.3.5 Alternativas de mediano plazo para adolescentes varones, con uso o abuso de sustancias psicoactivas.	4.3.5.1 Desarrollar una alternativa de mediano plazo para adolescentes varones, con uso o abuso de sustancias psicoactivas.	4.3.5.1.1 Cantidad de personas Menores de Edad beneficiadas de la alternativa de mediano plazo	100 personas menores de edad beneficiadas anualmente por la alternativa	100	100	100	100	HNP, IAFA, PANI.
	4.3.6 Programa Comunitario que incluya tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, modificación de conducta, proyecto de vida y promoción de la reinserción social.	4.3.6.1 Implementar un programa residencial especializado en atención integral para Personas Menores de Edad (PME), con conductas disruptivas, y con antecedente o consumo activo de sustancias psicoactivas, con o sin voluntariedad de internamiento.	4.3.6.1.1 Cantidad de personas menores de edad beneficiadas del Programa Comunitario.	Brindar el 100% de atención residencial a las personas menores de edad.	25%	25%	25%	25%	HNP, IAFA, ICD, PANI.

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

Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
5.1 Fortalecer el desarrollo de alianzas estratégicas con actores de interés, gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la empresa privada, para impulsar acciones de desarrollo social en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de sus consecuencias dirigidas a población adulta.	5.1.1 Programa Empresa	5.1.1.1 Promover en los centros de trabajo la promoción, prevención y tratamiento de los trabajadores y sus familias, relacionado al consumo de sustancias psicoactivas.	5.1.1.1.1 Número de empresas con programas ejecutándose al 2020.	Al menos 10 empresas en el país con programas de sensibilización para prevenir el consumo de SPA ejecutándose al 2020.	2	2	3	3	IAFA
	5.1.2 Proyectos de fomento de actividad física en instituciones públicas.	5.1.2.1 Impulsar acciones sistemáticas de actividad física a través de las oficinas de salud ocupacional de las instituciones públicas.	5.1.2.1.1 Número de instituciones públicas implementando programas de actividad física.	Al menos 15 instituciones públicas implementando programas de actividad física.		5	5	5	Consejo de Salud Ocupacional
	5.1.3 Programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para adultos a través de los EBAIS.	5.1.3.1 Implementar un programa de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas y estilos de vida saludable en los EBAIS	5.1.3.1.1 Porcentaje de EBAIS implementado el programa.	25% de EBAIS implementando el programa		5%	10%	10%	CCSS
	5.1.4 Fortalecimiento de RECAFIS	5.1.4.1 Fortalecer la RECAFIS presupuestariamente para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas por medio de la actividad física.	5.1.4.1.1 Número de programas RECAFIS Con presupuesto asignado.	Al menos 40 programas RECAFIS con presupuesto al 2021.		10	15	15	Ministerio de Salud e ICODER
	5.1.5 Programa de promoción y prevención del consumo de SPA a través del arte, la recreación y el deporte.	5.1.5.1 Fortalecer la expresión artística, creativa y deportiva de la población a nivel local como una manera de prevenir el consumo de SPA.	5.1.5.1.1 Número de cantones desarrollando programas.	Al menos 20 cantones con programa de promoción del talento artístico, creativo y deportivo al 2021.	5	5	5	5	UNGL/ICODER
	5.1.6 Festivales espacios sin drogas	5.1.6.1 Desarrollar festivales sobre el uso de tiempo libre con énfasis en prevención de drogas en zonas de alto riesgo previamente identificadas.	5.1.6.1.1 Cantidad de festivales al año.	Al menos 2 festivales anuales.	2	2	2	2	IAFA

Eje estratégico 3- A. Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento/ Subtema: ampliar y mejorar los servicios									
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.									
Objetivo 6: Mejorar el acceso a la atención de tipo comunitario mediante la organización de una Red Integrada de Servicios interinstitucional e intersectorial para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas a los servicios de atención primaria, potenciando el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de SPA, liderada por el sector salud (MS, CCSS, IAFA, ONG)									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
6.1 Establecer una Red Integrada de Servicios con diferentes niveles de complejidad para atender a las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que articule la oferta de estos servicios de manera interinstitucional e intersectorial, facilitando el acceso y la continuidad de la atención, entre los CAID, EISAM, EBAIS, ONG y el SNRSM.	6.1.1 Sistema de Redes de Salud Mental: Nacional, Regionales y Locales (SNRL y RSM)	6.1.1.1 Plantear una propuesta de capacitación permanente en el tema de articulación de las redes.	6.1.1.1.1 Cantidad de capacitaciones anuales para el SNRL y RSM.	Al menos 1 capacitación al año dirigida al SNRSM en el tema de articulación de redes.	1	1	1	1	STSM-IAFA
	6.1.2 Programas educativos, informativos y de atención comunitaria en EISAM para personas consumidoras de SPA.	6.1.2.1 Prevenir el consumo de SPA	6.1.2.1.1 Porcentaje de EISAM con programas implementados.	100% de EISAM con programas educativos, informativos y de atención preventiva del consumo de SPA, implementados al 2021.	25%	25%	25%	25%	CCSS-IAFA
	6.1.3 Sistema de información, referencia y contra-referencia entre EBAIS, EISAM, CAIDs y ONG.	6.1.3.1 Contar con un sistema de información, referencia y contra-referencia entre EBAIS, EISAM, CAID y ONG.	6.1.3.1.1 Porcentaje de sistema de referencia elaborado.	100% del sistema de referencia entre EISAM, CAID y ONG, elaborado al 2021.	25%	25%	25%	25%	CCSS- IAFA. ONG

	6.1.4 Red de servicios para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, EISAM, EBAIS, CAID, ONGS, HNP.	6.1.4.1 Establecer una red de servicios de diferente complejidad para la atención de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.	6.1.4.1.1 Porcentaje de servicios de desintoxicación hospitalarios, centros diurnos de tratamiento intensivo en centros de rehabilitación, servicio de tratamiento ambulatorio y unidades de patología dual articulados al 2021	60% de servicios de desintoxicación hospitalarios, centros diurnos de tratamiento, en centros de rehabilitación, servicio de tratamiento ambulatorio y unidades de patología dual articulados al 2021.	10%	15%	15%	20%	CCSS- IAFA. ONG
	6.1.5 Oferta de servicios o Programa de Coordinación Intersectorial para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.	6.1.5.1 Ampliar la oferta de servicios que atienden a personas con problemas de consumo de SPA	6.1.5.1.1 Porcentaje de nuevos centros que atienden personas.	Incremento de un 10% en la cantidad de centros de atención.	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	IAFA
			Porcentaje de usuarios que son atendidos en los centros.	40% más de usuarios atendidos	10%	10%	10%	10%	IAFA
		6.1.5.2 Capacitar al personal para la detección de consumo problemático y su tratamiento o derivación de acuerdo a complejidad.	6.1.5.2.1 Número de capacitaciones al año.	Al menos 1 capacitación al año dirigida al personal de la Red Integrada de Servicios, para la detección de consumo problemático de sustancias psicoactivas.	1	1	1	1	IAFA
6.2 Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de atención primaria de la salud.	6.2.1 Incorporar en la entrevista inicial de servicios de atención primaria el uso de las guías mhGAP para la detección de consumo de sustancias psicoactivas.	6.2.1.1 Identificar el consumo problemático de SPA por medio de uso de las guías mhGAP.	6.2.1.1.1 Porcentaje de centros de atención con detección temprana y referencia oportuna al 2021.	Al menos un 40% de centros de atención con detección temprana y referencia oportuna.	10%	10%	10%	10%	CCSS- IAFA

6.3 Evaluar la participación del usuario sobre la atención y la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud generales (clínicas y hospitales), para la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, de acuerdo con su nivel de complejidad.	6.3.1 Encuesta de opinión al usuario sobre la capacidad resolutiva del establecimiento de salud.	6.3.1.1 Involucrar a los usuarios en la evaluación y resultados de los servicios, mediante una encuesta.	6.3.1.1.1 Número de usuarios consultados.	Al menos una encuesta por año por área de salud de la CCSS.		x	x	x	CCSS-IAFA
6.4 Desarrollar acciones de rehabilitación psicosocial de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la Red Integrada de Servicios.	6.4.1 Modelo de Rehabilitación Psicosocial para la reinserción socio laboral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas (RPS), con presencia de profesionales especializados que se articulen con centros de capacitaciones técnica.	6.4.1.1 Desarrollar los instrumentos y herramientas necesarias para la reinserción social y laboral de las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas mediante la creación de Centros de Rehabilitación Psico Social.	6.4.1.1.1 Número de Centros de Rehabilitación Psicosocial creados.	7 Centros de Rehabilitación Psicosocial creados al 2021 (1 por cada región de la CCSS)			3	4	IMAS-IAFA-CCSS-MTSS
		6.4.1.2 Desarrollo de habilidades y destrezas social y laboral para los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psico Social (CRPS)	6.4.1.2.1 Personas referidas a centros de capacitación técnica.	100% de personas referidas al año a centros de capacitación técnica.	100%	100%	100%	100%	IMAS-IAFA-CCSS-MTSS
			6.4.1.2.2 Personas que cuentan con un Proyecto de vida socio laboral.	Al menos 50% de personas usuarias del CRPS con Plan de Proyecto de Vida Sociolaboral elaborado.		10%	20%	20%	IMAS-IAFA-CCSS-MTSS

		6.4.1.3 Fomentar la prevención del consumo de SPA desde la recreación en una etapa de consumo inicial, por medio de una oferta de talleres en diferentes áreas.	6.4.1.3.1 Total de participantes en los talleres impartidos al año.	Al menos 100 personas al año recibiendo talleres de recreación.	100	100	100	100	IMAS-IAFA-CCSS-MTSS
		6.4.1.4 Capacitar en programas de educación y formación para la inserción social de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.	6.4.1.4.1 Porcentaje de usuarios que son atendidos en los centros, insertados laboralmente.	Al menos 10% de usuarios de los CRPS insertados en el mercado laboral al 2021.	2%	2%	3%	3%	IMAS-IAFA-CCSS-MTSS

Objetivo 7: Desarrollar el Modelo de Reducción de Daño en todo el territorio nacional con énfasis en población con necesidades especiales y en situación de alto riesgo como: mujeres, mujeres embarazadas o con niños y niñas pequeñas; personas menores de edad; personas adultas mayores; personas con discapacidad; personas indígenas; personas LGTBI; personas en conflicto con la justicia o privadas de libertad, personas en situación de calle.									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
7.1 Implementar estrategias de abordaje a personas consumidoras de drogas, que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de	7.1.1 Modelo de Reducción de Daños.	7.1.1.1 Incorporar estrategias de reducción de daños en la oferta de servicios de atención a personas	7.1.1.1.1Número de funcionarios y voluntarios de ONG de bajo umbral capacitados.	Al menos 20 funcionarios y voluntarios de ONG de bajo umbral, capacitados anualmente.	20	20	20	20	ICD-IAFA

disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, mediante el fortalecimiento y nuevos enfoques de atención.		consumidoras de drogas.	7.1.1.1.2 Número de funcionarios de atención directa capacitados.	Al menos 50 funcionarios de atención directa, capacitados anualmente.	50	50	50	50	CCSS-IAFA
		7.1.1.2 Fortalecer las capacidades económicas y de gestión de instancias que ofrezcan servicios de reducción de daños.	7.1.1.2.1 Número de dispositivos fijos y móviles implementados.	Al menos 7 dispositivos fijos y 7 móviles para diferentes poblaciones, implementados al 2021.	2	4	4	4	IAFA
			7.1.1.2.2 Número de sesiones de acompañamiento y orientación a ONG.	Al menos 2 sesiones de acompañamiento y orientación a ONG por año.	2	2	2	2	IAFA
		7.1.1.3 Incrementar el acceso y participación a prevención, tratamiento y reinserción.	7.1.1.3.1 Lineamientos técnicos elaborados al 2018.	Generación de lineamientos técnicos para la atención de población vulnerable y divulgación de los existentes.	x	X	X	X	IAFA
	7.1.2 Creación de empresas de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas.	7.1.2.1 Crear y fortalecer opciones laborales para las personas en situación de calle consumidoras sustancias psicoactivas.	7.1.2.1.1 Cantidad de empresas funcionando al 2021.	Al menos 4 empresas de inclusión social funcionando al 2021.	1	1	1	1	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, IMAS, IAFA.
	7.1.3 Asistencia integral a personas en situación de calle.	7.1.3.1 Desarrollar redes en el ámbito local para la apertura de servicios; asistencia social, salud, educación y formación intermediación laboral, de alojamiento	7.1.3.1.1 Cantidad de redes creadas y en funcionamiento	Al menos una red cantonal por provincia.	1	2	2	2	IMAS- GL- MS- IAFA- ONG

		temporal y permanente inclusivos, entre otros.							

Eje estratégico 3- A. Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento/ Subtema: mejorar la calidad de la atención									
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.									
Objetivo 8: Mejorar la calidad de la atención mediante el mejoramiento de las competencias y destrezas del recurso humano que interactúa y atiende a población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
8.1 Desarrollar programas de capacitación continua sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas dirigidos al recurso humano que conforma el Sistema Nacional de Tratamiento.	8.1.1 Capacitación continua de equipos EISAM conjunto CCSS e IAFA.	8.1.1.1 Capacitar a los EISAM sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.	8.1.1.1.1 Numero EISAM capacitados.	15 EISAM capacitados al 2018	15				CCSS e IAFA
	8.1.2 Capacitación para primer nivel de atención en las guías mhGAP.	8.1.2.1 Capacitar funcionarios del primer nivel de atención para un mejor diagnóstico, atención y referencia de esta población.	8.1.2.1.1 Número de áreas de salud capacitadas.	40 áreas de salud capacitadas al 2021.	10	10	10	10	CCSS, IAFA, Ministerio de Salud
	8.1.3 Cursos virtuales del CENDEISSS: Sustancias psicoactivas	8.1.3.1 Capacitar al recurso humano en salud de la CCSS e IAFA en la temática de sustancias psicoactivas.	8.1.3.1.1 Número de cursos impartidos.	2 cursos por año	2	2	2	2	CCSS-IAFA

	8.1.4 Capacitación del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano (PROCCER) para la atención y el tratamiento de las personas con consumo problemático de drogas.	8.1.4.1 Homologar criterios con relación a la enfermedad de la adicción y a su tratamiento.	8.1.4.1.1 Cantidad de capacitaciones por año.	2 capacitaciones por año a partir del 2018	2	2	2	2	ICD, IAFA, UCR
8.2 Desarrollar iniciativas de capacitación y soporte dirigidas a familiares y cuidadores de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.	8.2.1 Creación de un manual para familiares y cuidadores de las personas con consumo de sustancias psicoactivas.	8.2.1.1 Conocer y brindar las herramientas para el abordaje y autocuidado de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.	8.2.1.1.1 Cantidad de talleres al año.	Al menos dos talleres al año dirigidos hacia familiares y cuidadores de personas con problemas derivados al consumo de sustancias psicoactivas.	2	2	2	2	IAFA
8.3 Certificación del recurso humano responsable de proporcionar servicios a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.	8.3.1 Programa de certificación de personas que trabajan en tratamiento de personas consumo de sustancias psicoactivas.	8.3.1.1 Certificar a consejeros, profesionales y especialistas que trabajan en tratamiento de personas que consumen sustancias psicoactivas.	8.3.1.1.1 Proceso de certificación activo al 2019.	Proceso de certificación de personas funcionando a partir del 2019.		x			IAFA Entes académicos-
			8.3.1.1.2 Porcentaje de personas certificadas.	100% de personas que solicitan y cumplen con los requisitos establecidos, con certificación al 2021.		100%	100%	100%	IAFA

Objetivo 9: Asegurar la prestación de servicios de calidad mediante la aplicación de normas de funcionamiento de los servicios de salud actualizadas, el fortalecimiento del uso de intervenciones basadas en evidencia, y el desarrollo de acciones de mejora continua.									
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	2018	2019	2020	2021	Responsables
9.1 Elaborar y actualizar las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y otros documentos de normalización técnica de atención basados en la evidencia.	9.1.1 Evaluación del cumplimiento de las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y los documentos de normalización técnica.	9.1.1.1 Evaluar del cumplimiento de las normas de funcionamiento de los servicios de tratamiento y los documentos de normalización técnica	9.1.1.1.1 Evaluaciones realizadas	100 % de la normativa y los documentos de normalización técnica evaluados.	100%				IAFA con insumos de CCSS y ONG
9.2 Desarrollar programas de mejora continua de los servicios del Sistema Nacional de Tratamiento que incorporen elementos tales como: el monitoreo de los servicios de salud, la mejora en los sistemas de comunicación, el incremento de las destrezas gerenciales de los tomadores de decisiones y la vinculación con la comunidad.	9.2.1 Estandarización del expediente electrónico.	9.2.1.1 Implementar el uso de expediente electrónico estandarizado, en todos los centros de salud y de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, que permita cruzar información y mantener comunicados los diversos servicios así como posibilitar un monitoreo de los mismos.	9.2.1.1.1 Número de centros de salud y tratamiento, usando el expediente digital.	Al menos un 40 % de centros de salud y de tratamiento que usen el expediente electrónico.	10%	10%	10%	10%	MINSA, CCSS, ONG´S, IMAS, IAFA

Eje estratégico 4-Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación						
Área Estratégica 4: Vigilancia de la salud, monitoreo, evaluación e investigación del abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas.						
Objetivo 10: Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia, responsable del registro, recopilación y análisis de datos nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas, mediante la generación de información pertinente para la toma de decisiones.						
Objetivos estratégicos			Indicador	Meta	Meta según período	Responsables

	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa			2018	2019	2020	2021	
10.1 Mejorar las capacidades del Sistema Nacional de Vigilancia para identificar factores de riesgo y factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas y analizar su repercusión sobre la salud, desagregando las variables al menos por sexo, edad y zona geográfica.	10.1.1 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia.	10.1.1.1 Creación de un subsistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas incorporado en el Decreto de Vigilancia de la Salud en Costa Rica 37306-S	10.1.1.1.1 Subsistema incorporado al sistema de vigilancia.	Subsistema incorporado al Sistema de Vigilancia Nacional 2019.		X			IAFA-Ministerio de Salud
			10.1.1.1.2 Número de entes notificadores reportando al sub-sistema de vigilancia.	Al menos 80% de entes notificadores, reportando al sub-sistema.		20%	50%	80%	IAFA-Ministerio de Salud
		10.1.1.2 Incrementar la frecuencia de aplicación de las encuestas nacionales sobre el consumo de drogas como insumo para el sistema de vigilancia.	10.1.1.2.1 Cantidad de encuestas aplicadas al 2021.	Al menos 4 encuestas nacionales sobre el consumo de drogas al 2021.	1	1	1	1	IAFA-Ministerio de Salud
	10.1.2 Sistema de información electrónico para la vigilancia y seguimiento del consumo de SPA en Costa Rica.	10.1.2.1 Optimizar la cobertura de la vigilancia y la calidad de la captura de los datos relevantes para investigación de factores relacionados (factores de riesgo y factores protectores) con el consumo de sustancias psicoactivas.	10.1.2.1.1 Número de centros aportando datos al sistema de información.	Al menos 80% de centros de tratamiento aportando datos al sistema de información.	20%	20%	20%	20%	IAFA-Ministerio de Salud
		10.1.2.2Consolidar al IAFA como instancia de vigilancia y monitoreo de la situación nacional	10.1.2.2.1 Número de informes anuales sobre la vigilancia	Al menos 4 informes sobre la vigilancia y monitoreo por parte del IAFA.	1	1	1	1	IAFA-Ministerio de Salud

		sobre el consumo de drogas.	y monitoreo por parte del IAFA.						
10.2 Fortalecer la investigación en salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas mediante la participación de actores claves tales como IAFA, CCSS y universidades y el aseguramiento del respaldo financiero correspondiente.	10.2.1 Programa de semilleros de investigación en el abordaje de salud pública en el consumo de sustancias psicoactivas.	10.2.1.1 Generar líneas de investigación en el tema del consumo de SPA, con participación interdisciplinaria e interinstitucional que involucren desde instancias académicas en grados y posgrados hasta diferentes actores sociales.	10.2.1.1.1 Número de semilleros de investigación consolidados.	Al menos 4 semilleros de investigación consolidados al 2021.	1	1	1	1	Universidad Santa Paula y universidades que cuenten con Comité Ético Científico autorizado por CONIS. (actores sociales de apoyo IAFA, MEP)
			10.2.1.1.2 Número de proyectos de investigación activos.	Al menos 4 proyectos de investigación activos.	1	1	1	1	
	10.2.2 Catalogo digital y de acceso público con investigaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas.	10.2.2.1 Compilar la totalidad de investigaciones científicas producidas a nivel nacional a partir del año 1985, relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en el país.	10.2.2.1.1 Catálogo creado.	Un catálogo creado al 2020.			1		IAFA

Objetivo 11: Fortalecer las acciones de monitoreo y evaluación de las políticas y programas nacionales y locales dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.

Objetivos estratégicos	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período				Responsables
					2018	2019	2020	2021	
11.1 Desarrollar o adaptar herramientas estandarizadas para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el	11.1.1 Proyecto de estandarización de intervenciones y evaluación de la eficacia de las mismas.	11.1.1.1 Designar un Equipo Técnico Interinstitucional e interdisciplinario para la estandarización de los protocolos de intervención.	11.1.1.1.1 Equipo técnico interinstitucional establecido al 2018.	Un equipo técnico interinstitucional establecido al 2018.	X				IAFA, Ministerio de Salud

consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.		11.1.1.2 Actualizar y estandarizar los protocolos de intervenciones en consumidores de SPA, y adaptarlos a los diferentes escenarios y poblaciones, con base en buenas prácticas y evidencia científica que permitan dar seguimiento y monitorear su eficacia.	11.1.1.2.1 Número de protocolos actualizados y estandarizados.	Todos los protocolos actualizados y estandarizados.				x	Equipo Técnico Interinstitucional e Interdisciplinario
		11.1.1.3 Actualizar y estandarizar los instrumentos utilizados para la evaluación y seguimiento de casos para adaptarlos a los diferentes escenarios y poblaciones de nuestra realidad nacional.	11.1.1.3.1 Número de instrumentos actualizados.	Todos los instrumentos actualizados y estandarizados.				x	
11.2 Establecer mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.	11.2.1 Línea de investigación por parte del Programa "semilleros de investigación" para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública.	11.2.1.1 Realizar investigaciones científicas objetivas para la evaluación de las políticas, programas y acciones dirigidas a abordar el consumo de sustancias psicoactivas para el adecuado seguimiento, monitoreo y evaluación de las mismas.	11.2.1.1.1 Número de investigaciones para la evaluación.	Al menos 2 investigaciones para la evaluación al 2021.			X	X	Universidades públicas y privadas, IAFA, Departamento de Investigación del MEP, HNP.

	11.2.2 Encuentro nacional sobre intervenciones en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica.	11.2.2.1 Compartir las experiencias y resultados de investigaciones acerca del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y acciones.	11.2.2.1.1 Encuentro realizado.	Encuentro Nacional realizado al 2021.				x	Sector académico, Universidad Santa Paula, IAFA.

V. Referencias bibliográficas.

1. Ministerio de Salud. Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica [Internet]. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 2012 [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en:

http://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/PoliticaTratamientoAdiccionesIAFA2012.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 25 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf?ua=1

3. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 Alberto Cañas Escalante [Internet]. Gobierno de Costa Rica; 2014 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Ca%C3%B1as%20Escalante%20WEB.pdfOrganización Mundial de la Salud. Promocion de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, practica: informe compendiado. Francia; 2004.

4. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Salud; 2015 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015World Health Organization. Prevention and Promotion in Mental Health. France: WHO; 2002.

5. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 [Internet]. Ministerio de Salud; 2012 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1558-politica-nacional-de-salud-mental/file

6. Instituto Costarricense sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017 [Internet]. 2013 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf

7. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

8. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estándares Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas [Internet]. 2013 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://201.161.17.101/media/Documentos/07.01_Publicaciones%20IAPA/07.01.01_Art%C3%ADculos/Materiales%20para%20la%20reflexi%C3%B3n%20sobre%20sobre%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20en%20adicciones/2013_08%20Estandares_Internacionales_Prev.pdf

9. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2011-2015 [Internet]. Organización de Estados Americanos; 2010 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas.pdf

10. Organización Mundial de la Salud. Ley 8655. Convenio Marco para EL Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT). jul 17, 2008.

11. Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción para superar las Brechas de Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales,

neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. OMS; 2008 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

12. Alfonzo, Luis, Alvares, Angel. El enfoque de salud pública en las políticas sobre sustancias psicoactivas en Costa Rica. s.f.

13. Chacón, W. Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas: Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica. Rev Geográfica América Cent Esc Cienc Geográficas Univ Nac [Internet]. 2014;56. Disponible en: http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/6615

14. Instituto Costarricense sobre Drogas. Encuesta Nacional de 2010 sobre consumo de drogas en Costa Rica [Internet]. IAFA; 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.iafa.go.cr/investigacion/nuestras-investigaciones/encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-costa-rica-2010.html

15. Instituto Costarricense sobre Drogas. Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas Costa Rica 2014 [Internet]. Instituto Costarricense sobre Drogas; 2015 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas2015.pdf

16. IV Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2015 [Internet]. IAFA; 2015 [citado 23 de junio de 2016]. Report No.: 4. Disponible en: www.iafa.go.cr

17. IAFA. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2015: Datos preliminares [Internet]. 2016 En prensa [citado 23 de junio de 2016]. Report No.: 6. Disponible en: www.datosabiertos.iafa.go.cr

18. World Health Organization. ATLAS on Substance Use [Internet]. WHO; 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/

19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2013 [Internet]. University of Washington; 2013 [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

20. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington, D.C.; [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209

21. IAFA. Datos Abiertos [Internet]. [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: www.datosabiertos.iafa.go.cr

22. Ministerio de Salud de Costa Rica, Organizacion Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, CDC Foundation, Center for Disease Control and Prevention. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) : Resumen ejecutivo 2015. 2015.

23. INEC. Encuesta Nacional de Hogares: Proyecciones de población. [Internet]. 2011 [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx

24. Organizacion Panamericana de la Salud. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS: IESM-OMS 2015. Costa Rica; 2016 en prensa.

25. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental Neurological and Substance Use Disorders in non-specialized health settings [Internet]. 2010 [citado 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf

26. Ley 7035 de Creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1986.

27. IAFA. Informe resumen de la prestación de servicios por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2015.

28. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Directorio Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas. IAFA; 2016.

29. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Francia;2004.

30. Organizacion Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud [Internet]. [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es

31. World Health Organization. Prevention and Promotion in Mental Health. France: WHO;2002

32. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.

33. Mrazek PJ, Haggerty RD. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.

34. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.

35. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.

VI. Anexos

Anexo 1 Marco normativo

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

Anexo 2 Legislación y normativa CCSS

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

- Ley N.º 5395, Ley General de Salud (1973): Se indica que es un deber constitucional y legal del Estado, velar por la salud de la población y le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por este deber.

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

- Ley N º 7374 Ley de Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica (1993): se establece la atención de servicios integrales de salud, estipula además que corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, la ejecución de las políticas de salud, la atención de las personas afectadas por el consumo de drogas, como parte de los programas asistenciales que brinda dicha institución.

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

- Ley N.º 8204 Ley sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas (2002): se asigna al fenómeno de las drogas la característica de una materia de interés público y problema social de primera importancia. Esta Ley crea el Instituto Costarricense sobre Droga (ICD), adscrito al Ministerio de la Presidencia. A esta instancia se le confiere la tarea de coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias de prevención y atención del consumo de drogas, así como contra el tráfico ilegal de drogas, la legitimación de capitales y otras actividades relacionadas. En su Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 20121 se establece que la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, corresponde a la CCSS en coordinación con otras instancias.

- Decreto N.º 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012)

- Ley No 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012): En respuesta al Convenio Marco, en marzo del 2012, se crea en Costa Rica la Ley 9028, con el objetivo de "establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco".

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Nota: Se presenta en orden cronológico

Anexo 3 Metodología Grupos Nominales

Metodología para la realización del Plan de Acción

Coordinación para la construcción del Plan de Acción para la *Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica* por medio de una Sesión de *Grupos de Mejora Continua* con base en la *Técnica de Grupos Nominales* con actores de interés (MINSA, CCSS, ICD, IAFA, MEP, PANI, etc.)

Antecedentes

El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de OPS Costa Rica, presentó el pasado 10 de junio de 2016 una propuesta preliminar de *Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las personas con Problemas Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica que permita lograr un importante avance en la Reducción del Consumo con enfoque de salud pública;* con el fin de mejorar la propuesta, alcanzar acuerdos y asegurar su puesta en práctica, para esto se convocó a los distintos actores gubernamentales involucrados a un proceso participativo denominado Consulta Nacional.

La sesión contó con la participación de aproximadamente 40 tomadores de decisiones, en calidad de representantes de las diferentes instituciones gubernamentales involucradas en el abordaje de salud pública con respecto al problema del consumo de sustancias psicoactivas. Entre las que se cuentan representantes de MS, IAFA, ICD, CCSS, PANI, MEP, IMAS.

Los participantes de la sesión de trabajo sometieron la propuesta preliminar a análisis y discusión, elaboraron propuestas concretas de mejora y tomaron acuerdos. Los acuerdos alcanzados y el resultado de esta Consulta Nacional se pueden ver en cada una de las acciones estratégicas que se trabajarán en la matriz propuesta para el respectivo Plan de Acción.

Objetivos

Objetivo general

1. Obtener consenso entre los actores gubernamentales involucrados en el abordaje de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, en la elaboración y posterior ejecución del *Plan de Acción para la Estrategia Nacional* con enfoque de salud pública que articule las acciones interinstitucionales e intersectoriales en materia de consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos

1. Identificar acciones, actividades y tareas concretas que deberán ser ejecutadas de manera articulada por los actores involucrados para dar cumplimiento a los objetivos estipulados en la *Estrategia Nacional,* al mismo tiempo que se definen plazos y responsables.
2. Adquirir el compromiso de ejecutar el Plan de Acción de manera interinstitucional e intersectorialmente, por medio de la elaboración en conjunto del mismo.

Metodología

Los participantes estarán organizados en 5 mesas de trabajo separadas, con aproximadamente 15 participantes por grupo, los cuales ya estarán designados.

Antes de iniciar se deben asignar papeles o roles en los grupos, dichos papeles son: moderador(a) quien se espera que facilite el debate, secretario(a) es quien toma notas y registra por escrito todo, por último, alguien que lleve el tiempo con un cronómetro, responsable de mantener la discusión dentro del tiempo establecido.

Cada grupo tendrá a su cargo 7 objetivos estratégicos, la división será la siguiente:

Grupo 1:	Área estratégica 1 ***Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas.*** ***Objetivos* 1 y 2** ***Intervenciones estratégicas* 1.1, 1.2, 1.3 y 2.1, 2.2** Área estratégica 2 ***Promoción y prevención*** ***Objetivo* 3** ***Intervenciones estratégicas* 3.1, 3.2**
Grupo 2:	**Área estratégica 2** *Promoción y prevención* *Objetivos* 4 y 5 *Intervenciones estratégicas 4.1*, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 y 5.1, 5.2
Grupo 3	**Área estratégica 3** *Servicios de intervención temprana y sistemas* *Subtema: ampliar y mejorar servicios.* *Objetivos* 6, 7 y 8 *Intervenciones estratégicas:* 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 8.1, 8.2
Grupo 4:	**Área estratégica 3** *Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento. Subtema: mejorar la calidad de la atención* *Objetivos* 9 y 10 *Intervenciones estratégicas* 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5 y 10.1, 10.2
Grupo 5:	**Área estratégica 3** *Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento. Subtema: mejorar la calidad de la atención* *Objetivo* 10 *Intervenciones estratégicas* 10.3, 10.4 **Área estratégica 4** *Vigilancia, monitoreo y evaluación* *Intervenciones estratégicas* *Objetivo* 11 y 12 *Intervenciones estratégicas* 11.1, 11.2, 11.3 y 12.1, 12.2

Cada grupo de trabajo responderá a las siguientes preguntas por objetivo:

1. ¿Cuáles son los programas, proyectos o iniciativas específicas para cumplir con el objetivo?
2. ¿Cuáles son los objetivos que responden a dicho programa, proyecto o iniciativa?
3. ¿Qué debe hacerse para cumplir el objetivo?
4. ¿Cómo se va a medir el cumplimiento de la meta?
5. ¿Cuánto tiempo se destinará para esta meta, por año?
6. ¿Cuánto presupuesto se requiere para cumplir la meta?
7. ¿Quién o quienes van a liderar las acciones y actividades a implementar?

Para responder a estas preguntas generadoras, se seguirá la Técnica de Grupos Nominales, se aplicarán todos los pasos para cada objetivo, es decir, cada grupo debe realizar este ejercicio siete veces. A continuación, se explica la T.G.N.

Fase 1. Generación de ideas en silencio, consiste en la reflexión individual donde anotarán sus ideas en forma de lista de manera clara y concisa para evitar la necesidad de clarificación posterior. Cada participante contará con una hoja de trabajo con las preguntas que serán sometidas a discusión. A continuación, se darán 10 minutos para que los participantes escriban en una hoja sus impresiones individuales con respecto a cada una de las preguntas planteadas.

Fase 2. Manifestación secuencial de ideas por parte de los participantes de manera pública, la exposición se hace de manera ordenada y breve, dando oportunidad a cada participante de exponer en cada ronda únicamente un ítem de los anotados en su hoja (12 minutos para el grupo). La persona en el rol de secretario escribirá las ideas que cada persona expone, de la manera más concisa y clara posible. **No se permite la discusión entre participantes**. En este momento los participantes pueden agregar ítems a su lista si se les ocurren nuevos en el proceso de exposición de los demás participantes. El facilitador moderará el orden y tiempo de participación. Se realizarán tantas rondas sean necesarias para agotar los comentarios de cada uno de los participantes. En el caso que un participante no tenga impresiones ulteriores puede pasar su turno. Sin embargo, puede volver a solicitar turno en caso de tener algún comentario adicional.

Fase 3. Clarificación de ideas, debe ser breve, explicando cada punto con una frase breve y directa, evitando las discusiones prolongadas. Un minuto como máximo para aclarar las ideas que deban ser aclaradas. Una vez que se han agotado todos los comentarios y éstos han sido registrados, el facilitador procede a revisarlos uno a uno para asegurar que todos los participantes les comprenden de igual manera. En esta fase se abre la posibilidad de aclarar dudas sobre los comentarios realizados (1 minuto por participación).

Fase 4: Discusión y definición de propuestas, en este momento se induce al debate de manera ordenada y concisa. Además, se pueden reubicar, agrupar, desagrupar, descomponer, descartar ideas o redefinirlas. La discusión será moderada por el facilitador, seguirá el orden de los puntos analizados y se contará con tiempo límite para la participación de cada participante (2 minutos por participación). Se busca que los participantes hagan uso de la información presentada en las fases 1 y 2, para construir propuestas concretas.

Fase 5. Toma de decisiones, se definen acuerdos. El facilitador presentará al grupo las propuestas de modificación construidas de manera conjunta en la fase 4 con el fin de identificar posibles

inconsistencias e incentivar la reflexión entre los asistentes. El grupo deberá definir por medio de votación mayoritaria, pero no necesariamente unánime, sobre las propuestas finales que quedarán en firme y serán entregadas por escrito a los facilitadores.

Al finalizar esta etapa cada grupo debe ser capaz de completar la siguiente matriz para cada objetivo, con el fin de construir el plan de acción.

Eje											
Área de intervención											
Objetivo											
Objetivo estratégico	Proyecto, programa o iniciativa específica	Objetivo del proyecto, programa o iniciativa	Indicador	Meta	Meta según período					Responsables
					2017	2018	2019	2020	2021	
Observaciones:											

Es importante que cada facilitador de inicio al trabajo en grupos de manera puntual, poniendo especial atención al cumplimiento del objetivo en la fase de trabajo y que se encuentre dentro del tiempo previsto para su cumplimiento.

Se dispondrá de la siguiente distribución del tiempo de manera rigurosa:

- Fase 1. Generación de ideas en silencio: **10 minutos**
- Fase 2. Manifestación secuencial de ideas: **12 minutos**
- Fase 3. Clarificación de ideas: **10 minutos**
- Fase 4: Discusión y definición de propuestas: **10 minutos**
- Fase 5. Toma de decisiones: **8 minutos**

Al finalizar con los 35 objetivos estratégicos se hará el cierre de la sesión de trabajo en la cual se presentarán de manera general los acuerdos obtenidos, expuestos por el Dr. Allan Rimola, así mismo que se exponga de manera breve las etapas que siguen en este proceso. Se agradecerá a los participantes por sus aportes y se les convocará para la validación de la Estrategia y su respectivo Plan de Acción.

Anexo 4 Colaboración técnica

SESIÓN DE CONSULTA NACIONAL **- 10 de junio de 2016 -**	
PARTICIPANTE	INSTITUCIÓN
María Esther Anchía	Viceministra Ministerio de Salud
Azalea Espinoza Aguirre	Ministerio de Salud
Nidia Amador	Ministerio de Salud
Irma García	Ministerio de Salud
Marianela Mora	Ministerio de Salud
Arturo Barboza	Ministerio de Salud
Seidy Segura	Ministerio de Salud
Rosibel Vargas Gamboa	Ministerio de Salud
Lilian Reneau-Vernon	Representante OPS/OMS Costa Rica
Enrique Pérez	OPS/OMS Costa Rica
Karen Carpio	OPS/OMS Costa Rica

Yohana Díaz	OPS/OMS Costa Rica
Cinthya Madrigal	OPS/OMS Costa Rica
Ana Monge Campos	Consejo Presidencial Social
Paulina Molina	Consejo Presidencial Social
Guillermo Araya Camacho	Director ICD
Eugenia Mata	ICD
Luis Eduardo Sandí	Director IAFA
Douglas Mata Pernudi	IAFA
Jesús Mendez	IAFA
Eugenia Villalta	Gerente médica CCSS
Lilia Uribe	CCSS
Hugo Chacón	CCSS
Harold Segura	CCSS
Javier Rubiano	ICODER
Ana Teresa León Sáenz	Presidente Ejecutiva PANI
Elizabeth Ballestero	PANI
Carolina Gutiérrez Carvajal	PANI
Edwin Zamora Bolaños	MEP
Denia Rodríguez Vallejos	MEP
Gloria Calvo Barquero	MEP
Ana Josefina Guell	Viceministra Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social – IMAS
Anabelle Hernández	IMAS
Minor Rodríguez	Presidente ejecutivo INA
Gabriela Coghi Ulloa	INA

Christian Ortiz Mayorga	INA
Evelyn Piedra	INAMU
Víctor Barrantes Marín	Viceministro de Paz, Ministerio de Justicia y Paz
Patricia Alfaro	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Olga Guevara Bravo	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Julián Solano	MIDEPLAN
Carmen Campuano Fonseca	MTTS
Marielos Campos	MTTS
Giovanni Phillips	Ministerio de Cultura y Juventud
Alexander Gamboa Araya	Ministerio de Seguridad Pública –PRAD
Georgina Zamora	UNICEF

TALLER PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

- 8 y 9 de junio de 2017 -

PARTICIPANTE	INSTITUCIÓN
María Esther Anchía	Viceministra Ministerio de Salud
Marianela Mora	Ministerio de Salud
Sinaí Valverde	Ministerio de Salud
Raquel Esquivel	Ministerio de Salud
Allan Rímola	Ministerio de Salud
Fernando Herrera	Ministerio de Salud
Seidy Segura	Ministerio de Salud
Berny Vargas	Ministerio de Salud
Roberto Castro	Ministerio de Salud
Gloriela Brenes	Ministerio de Salud
Lilian Reneau-Vernon	Representante OPS/OMS Costa Rica
Enrique Pérez	OPS/OMS Costa Rica
Yohana Díaz	OPS/OMS Costa Rica
Cinthya Madrigal	OPS/OMS Costa Rica
Bryan Rugama	Consejo Presidencial Social
Ana Monge	Consejo Presidencial Social
Eugenia Mata	ICD
Carolina Garri	ICD
Luis Eduardo Sandí	Director IAFA
Vera Barahona	IAFA
Douglas Mata Pernudi	IAFA
Jesús Méndez	IAFA

Ana Lucía Cruz	IAFA
María José Rodríguez	IAFA
Erick Valdelomar	IAFA
Lilia Uribe	CCSS
Hugo Chacón	CCSS
Harold Segura	CCSS
Francisco Montero	CCSS
Marta Vindas	CCSS
Tatiana Mata	CCSS
Floribeth Obando	JPS
Rafael Bustamente	ICODER
Javier Rubiano	ICODER
Elizabeth Ballestero	PANI
Marianela Cubero	PANI
Tatiana León	MEP
Adriana Soto	MEP
Gloria Calvo	MEP
Carlos Valerio	Defensoría de los Habitantes
Ingrid Berrocal	Defensoría de los Habitantes
Laura Fernández	Defensoría de los Habitantes
Ana Josefina Guel	Viceministra Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social – IMAS
Anabelle Hernández	IMAS
Gabriela Coghi Ulloa	INA

Evelyn Piedra	INAMU
Patricia Alfaro	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Olga Guevara Bravo	Ministerio de Justicia, Programa Penal Juvenil
Ramón Amayo	Fundación Génesis
Lill Chaves	Fundación Génesis
Armando Siles	Fundación Génesis
German Gómez	Fundación Génesis
Susana Valverde	Fundación Génesis
Guiselle Amador	ACEID
Ernesto Cortés	ACEID
Julián Solano	MIDEPLAN
David Solano	Arquidiócesis de San José-Asociación Casa Hogar San José
Jeffrey Mayorga	Arquidiócesis de San José-Asociación Casa Hogar San José
Gerardo Mora	Conferencia Episcopal
Adriana Benavides	Universidad Santa Paula
Pilar Chanto	Universidad Santa Paula
Maritza Mata	Universidad de Costa Rica
Alejandro González	Consejo de la Persona Joven
Agnes Guitiérrez	Colegio Profesional de Enfermería
Alexander Gamboa Araya	Ministerio de Seguridad Pública –PRAD
Edgar Araya	Ministerio de Seguridad Pública
Jovanna Calderón	Poder Judicial

Anexo 5 Sistematización de experiencias del Taller para la Elaboración del Plan de acción de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública en Costa Rica 2017-2021, 8 y 9 de Junio.

Elaborado por:

Msc: Ana Luisa Guzmán Hernández

Licda. Yessica Ulate Castillo

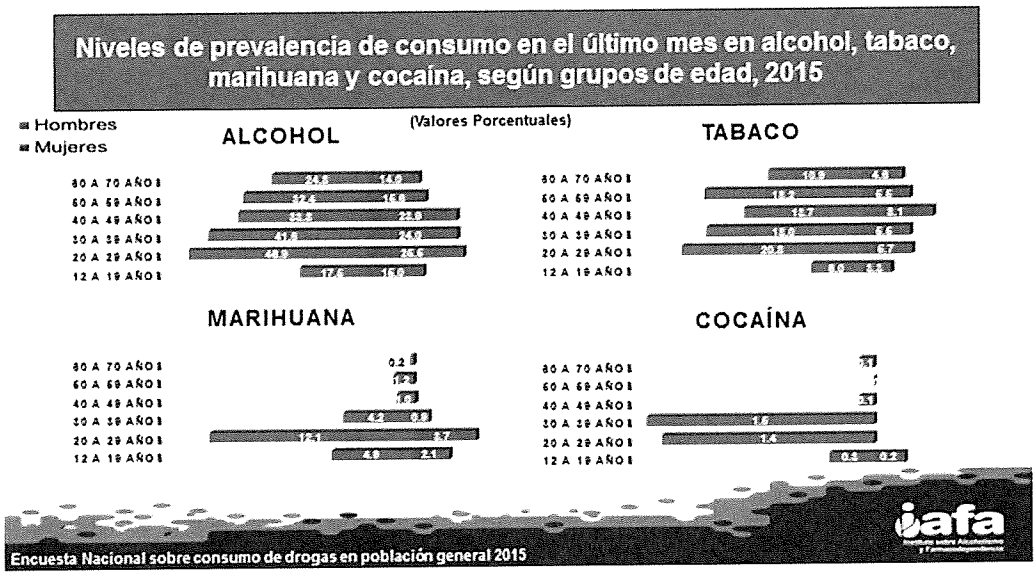
La presente sistematización organiza la información brindada, contenidos y las actividades desarrolladas en el "Taller para la Elaboración del Plan de acción de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública en Costa Rica 2017-2021

Objetivo del taller:

- Elaborar el Plan de Acción para la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las personas con Problemas Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica por medio de una Sesión de Grupos de Mejora Continua con base en la Técnica de Grupos Nominales con actores de interés.

RESUMEN DE LAS PONENCIAS RESPECTO EXPERIENCIAS Y ABORDAJE ENTORNO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
PERSONA EXPOSITORA	***TEMAS CENTRALES***
Dr. Luis Sandí Esquivel, Miembro del Consejo Nacional de Salud Mental	***Introducción y Bienvenida***
	El Dr. Sandí menciona las intenciones de parte de la Dra. María Esther Anchía, respecto a la importancia de trabajar todas/os juntos para diseñar una estrategia conjunta, con visión local para el fortalecimiento de la atención de las personas que tienen problemas de adicción. La gran misión es conocer ampliamente quiénes son los determinantes y actores en el abordaje de la problemática del consumo de drogas. Ya que durante mucho tiempo se ha concentrado la atención en lo enfermo de la persona dejando de lado los demás aspectos involucrados a dicha situación, no solo en el origen, sino también el desarrollo y mantenimiento de tal conducta. Ahora bien, cabe destacar que refiérase a cualquier problemática como fracaso escolar, homicidio, drogadicción, desintegración, poseen determinantes sociales de gran parecido. Por lo que cualquier política social que se involucre con la atención y consumo de drogas debe abordarse desde un enfoque más humano, donde se considere el contexto familiar, social y comunitario que están favoreciendo tal hecho. No obstante, señala que ha habido muchos avances los cuales se han visto reflejados por medio de la articulación intersectorial, cuestión que ha permitido creación de programas y proyectos, por lo que tal reunión y taller es de gran importancia en este momento.

Doctora Liliam Renau, Representante de la OPS para Costa Rica	***Introducción y Bienvenida*** La Dra. Renau señala que este ha sido un proceso bastante largo y gran esfuerzo a nivel país en todo. Una problemática que requiere un enfoque integral e intersectorial, ya que va más allá del sector salud ya que constituye nivel mundial una carga social importante y prevenible. Pone en contexto el tema con el último informe que se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud, el cual menciona que el consumo de las sustancias psicoactivas, los trastornos que provocan y las afecciones sanitarias son importantes problemas de salud pública. Según los cálculos más recientes de la OMS correspondientes al año 2015, se pueden atribuir al consumo de drogas psicoactivas, más de 450 000 muertes al año. La carga de morbilidad por drogas corresponde a un 1,5% del total, y se calcula que el uso de drogas inyectables es responsable de un 30% de las 9 secciones por el VIH fuera del África subsahariana y contribuyen significativamente a las epidemias de Hepatitis B y C en todas las regiones. Por otro lado, la globalización, así como los avances tecnológicos como mayor acceso a sustancias con contenido psicoactivo, exige respuestas normativas, programadas y proporcionadas al problema de la adicción. Es importante destacar que las estrategias de Salud Pública favorecen a la mitigación de los daños en todos los niveles. Se posee la meta 3.5 del objetivo de desarrollo sostenible 3 que solicita a los gobiernos que fortalezcan la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias adictivas. Es necesario velar porque se aplique de forma intersectorial un paquete integral de medida de control de la dirigida dependencia que abarque la totalidad de salud pública, desde prevención primaria, reducción de los riesgos hasta el manejo de trastornos; la rehabilitación, la atención y la mitigación de los daños La Oficina de la OPS reconoce los esfuerzos que la desde la perspectiva de Salud Pública, el Ministerio de Salud de Costa Rica ha realizado, así como muchas instituciones del gobierno, para operativizar la estrategia que fue elaborada en el 2016. La Dra. Renau manifiesta que la Organización reitera su compromiso para seguir apoyando a sus Estados Miembros, para abordar y contrarrestar el problema desde una perspectiva integral.
Dr. Luis Sandí Esquivel. Director de IAFA	***Situación general del consumo de drogas en Costa Rica desde la perspectiva del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*** *Sede Regional Occidente2017* El tema de mayor importancia señala que es el de Bienestar Mental, ya que uno de los mayores problemas como sociedad que se poseen se refieren a los mentales, consumo de drogas y neurológicas. Estos todavía siguen siendo una carga importante de estigma y victimización y discriminación. Problemas que no pueden ser abordados a cabalidad en una intervención primaria con los servicios más básicos. Esto sumado a otras problemáticas, puede complicarse mucho más. Por otro lado, al hablar propiamente de drogas y del IAFA, se piensa inmediatamente en adicción o dependencia y ciertamente esta no es la mayoría de la población, sino que según estadísticas, 1 de cada 10 hacen dependencia a las drogas, por lo que es necesario hablar y presentar el tema desde consumo en general y realizar un trabajo real desde la prevención. Siguiendo con el tema del Bienestar Mental, considerado como la capacidad del individuo para pensar y actuar libremente sintiéndose bien consigo mismo y con los demás en armonía, se menciona que no se le ha dado tanta importancia debido a la cotidianeidad de las labores, poniéndose por encima el tener y hacer sobre el "ser". Y con esto, al pensar en la niñez y adolescencia de debe reflexionar sobre estrategias para brindar recursos; promover y mantener la salud mental como trabajo principal de la familia, sistema educativo, gobierno local y todos. Ahora bien, hablando propiamente del tema de Drogas, según el estudio realizado en el 2015 de la Situación Nacional de Consumo y Servicios del IAFA, este fenómeno está ubicado en tercer lugar de importancia, sabiendo la alta existencia de drogas dentro de la población. Se entrevistaron 16 000 personas entre 12 a 70 años, excluyendo personas de la calle o institucionalizadas. Cuando se miden los niveles de consumo, se sigue reconociendo el Alcohol como la de mayor uso, seguido por el tabaco con 14% y marihuana un 5%. Donde la primera ha tenido un descenso en su porcentaje de consumo, lo cual evidencia que las intervenciones proyectos públicos han dado efecto oportuno, así como el encuadre realizado para tabaco. Se menciona con esto mismo que tanto el consumo de alcohol como de tabaco son los más relacionados con las problemáticas de drogas en el país, aún por

	encima de otras como marihuana, cocaína, etc. Al respecto indica, además, que la mayor incidencia recae en la población masculina menor de 30- 35 años. En el caso del consumo de marihuana, un 60% la consume antes de los 30 años. La edad de inicio es un factor importante que considerar, ya que según esta, serán así los las consecuencias sociales y neurológicas que existan, así como la aparición de la dependencia. En estadísticas, 2 de cada 10 jóvenes menores de 18 años ya han consumido alcohol, 1 de cada 10 ya han consumido más de 5 tragos. En cuanto al tabaco 2 de cada 100 consumen, aspecto que contrasta con el aumento del consumo de marihuana con 5 de cada 100. Este aspecto insta a la creación de una política pública con respecto a esta droga en la población adolescente. Se reitera el trabajo de la educación social para concientizar sobre los peligros del consumo; se reduce el consumo si saben los peligros y la afectación que produce la droga. Así mismo, se muestra la relación del rendimiento académico con respecto al porcentaje del consumo. Existe un 42% menos en probabilidad de consumir marihuana, para tabaco un 40% y en alcohol un 25% si los adolescentes poseen buenas calificaciones en sus estudios. Por el contrario, problemas disciplinarios, lo cual permite una Prevención selectiva, y descubrir la población en riesgo. Se estima que aquellos quienes tienen situaciones de conducta, poseen 3 veces más de probabilidades de consumir marihuana o tabaco y 2 veces más en el caso del alcohol. Por último, siguiendo con este tópico, se estima que un 40% de la población tiene menos probabilidades de consumir marihuana si existe involucramiento y apoyo familiar, así como 40% menos en tabaco y 30% menos en alcohol. Se señalan los programas de prevención y tratamiento que se están realizando a nivel nacional y para las instituciones educativas y en conjunto con otras organizaciones públicas como Programa AVPMM, Fútbol Calle IAFA-UCR (entre otros) y lo que es atención a pacientes, CAIDs, PTDJ (tratamiento bajo supervisión judicial), Unidades móviles de Tabaco, etc, respectivamente. Finalmente se habla de un florecimiento de servicios de ONGs en nuestro país, donde se pueden encontrar más de 1600 camas para adultos y menores de edad (con necesidad de aumentar servicios para mujeres y niños), lo cual ha sido por la articulación que ha brindado respuestas y debe seguir aumentando. El Dr. Sandí presenta un cuadro relacionado con la prevalencia de consumo alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, por edades en el año 2015. 
Elizabeth Ballestero, Gerente Técnica de la institución	***Situación general del consumo de drogas en Costa Rica desde la perspectiva del Patronato Nacional de la Infancia***
	Con la presente ponencia se pretende colocar sobre la mesa el estadio de la cuestión, y con eso saber a partir de qué se debe trabajar.

	Comienza mencionando que el problema de las personas menores de edad en situación de calle, en conflicto con la ley, consumo y adicción de drogas es un tema de larga data, situación que confirma la necesidad de un esfuerzo interinstitucional. En el 2005, por esta razón la Sala Constitucional mediante un voto ordena la creación de un centro de tratamiento para las personas en adicción, cuyos responsables serían la Caja Costarricense del Seguro Social, el ICD, el IAFA y el PANI, el cual en la actualidad no se posee. Con esto, al PANI se le dio con dicho voto competencias clara relacionadas con el dictado de integridad y proyección. Así mismo, en ese año, por orden Judicial se abren los albergues en la Garita para menores de edad con las características antes mencionadas y en el 2009 se abre el centro de personas menores del IAFA, sin embargo por los problemas latentes de violencia, proliferación del narcotráfico, aumento de los problemas familiares, entre otros, complican y agravan la situación ya que no solo se trata del problema de drogas, sino con conductas oposicionistas desafiantes que no se habían detectado, complicando la atención. Dentro de la línea histórica de tiempo, en el 2005 se abre el programa Nuevos Horizontes, sin embargo, en el 2012 se cambian los papeles de ingreso hacia el programa y ya los jóvenes con estas características no califican para ingresar pues no cumplen con los cuadros de crisis aguda de carácter médico requeridos, ni tampoco cumplen con los criterios estipulados para el internamiento. Por lo que se deben enviar al albergue de la Garita, el cual fue quemado por estos jóvenes y declarado como inhabitable. Dada las circunstancias, se les traslada a los albergues tradicionales, que no están diseñados para dichos perfiles, ni tampoco los niños que viven en ellos poseen, generando nuevas problemáticas dentro de estas casas como abusos y acciones violentas hacia las cuidadoras y los otros menores que ya estaban alojados allí anteriormente. Aunado a esta situación, El Programa de Justicia Restaurativa, impide que los menores de edad sean procesados y se le ordena al PANI enviarlos a otro albergue y este problema persiste. A partir de la realidad en nuestro país se buscan soluciones: • En el 2013 se cierran los albergues, así como el de la Garita • En el 2014 y 2015 se insta la articulación de instituciones, con la creación de un modelo del centro con un perfil semejante al planteado en el 2005. Este contaría con la participación del INA, el IMAS, el IAFA, el PANI, entre otras, el cual se sigue buscando el financiamiento y posibilidad de implementación con la ayuda del ICD. • Acciones preventivas de índole interinstitucional. Paralelamente, se ha seguido trabajando. Se desarrolló una matriz de acciones que ayudaría en diferentes ejes en su priorización, así como la constante búsqueda de métodos para implementarlo, ya que se cuenta con una propuesta de lugar. • Se han seguido dando conversaciones con el IAFA, Hospital Psiquiátrico la Ministra de Seguridad. • Se implementó el Programa Juntos por Todos, el cual ha tenido resultados positivos, con una visión preventiva, se pretende implementar en todo el país. Se cierra con un urgente llamado a todas las instituciones públicas que les concierne esta temática, no solo en drogas, sino actitudes delictivas, violentas y de índole mental.
Espacio de Preguntas	
1. Dirigidas al Dr. Sandí. a. ¿Cuáles son las actividades de prevención selectiva e indicada con población vulnerable? Considera que el Programa de detección y prevención temprana que se aplica en algunos colegios y el Programa del Hospital Psiquiátrico en conjunto con Fundamentes que trabaja en comunidades y en ámbitos escolares, así como los Programas realizados con Seguridad, son programas básicamente orientados a prevención selectiva, que necesitan expandirse porque dichas intervenciones preventivas suelen tener muy buenos resultados, sin embargo el reto está en la población de adolescentes que han desertado del sistema educativo, que tienen conductas más problemáticas y de mayor riesgo de consumo, hay que establecer sistemas más específicos ya que no se han desarrollado programas en ese sentido. b. ¿Cuáles son las acciones de detecciones tempranas y prevención indicadas en escuelas prioritarias PROMECUM?	

Con respecto a las Escuelas PROMECUM, ubicadas en San Ramón se trabaja con los padres de familia con el programa de "Habilidades", además se incluyen en programas en coordinación con otras instituciones y con los estudiantes por medio del programa "Aprendo", para atender problemáticas muy específicas que presenta la comunidad.

2. Dirigidas al PANI, Dra. Elizabeth Ballestero
    a. Si existen votos que hace más de 10 años que pasa a acciones concretas de protección para PME, ¿Por qué el PANI no ha dado respuesta?

El PANI ha buscado formas pero no puede sola, ya que debe ser una respuesta estatal, porque incluye problemas de salud pública, de familia (estructura), violencia familiar y otros problemas, que excede sus capacidades, por lo que se ha tratado de contener la situación, con el pago de tutores (¢2.200.000 - ¢2.500.000) que se encargan de cuidar a los adolescentes, abriendo albergues, pero las acciones que pueden ejecutar son limitadas, se necesitan las especialidades del resto de instituciones, la garantía de derecho de la niñez y la adolescencia, no es del PANI es del Estado por medio de todas sus instituciones.

    b. ¿Cuál es la participación del PANI en los Centros de Atención Inmediata que se relacionan con Adaptación Social del Poder Judicial?

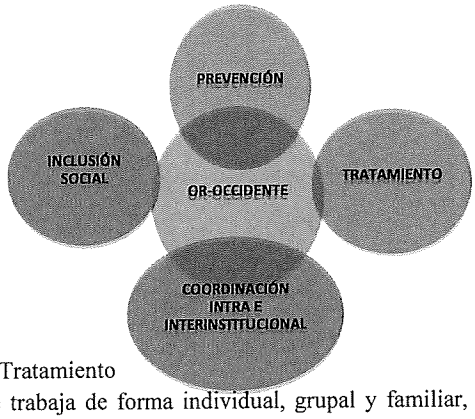
Existe una desarticulación, las instituciones no cuentan ni siquiera con un mapeo de las instancias que tienen el resto de instituciones, situación que se debe erradicar, dependiendo de las competencias de cada instancia existirán niveles de intervención, por lo que no se trabaja en conjunto. Se trabaja en Prevención a Drogas en los sistemas locales de protección, en las juntas de protección, se realizan trabajos en las comunidades con proyectos específicos en todos los temas de violación a derechos.

Licda. Ana Lucía Cruz Arguedas- Organismo Regional de Occidente IAFA

Experiencia de trabajo intersectorial de Región Occidente

En la región de Occidente que incluye los 5 cantones, en Florencia y la Fortuna de San Carlos, con tres funcionarios en cada una de las áreas, al ser muy poco personal, los obliga a articular los recursos, trabajan con dos programas importantes y en áreas como la prevención, el tratamiento, la coordinación intra e inter institucional.

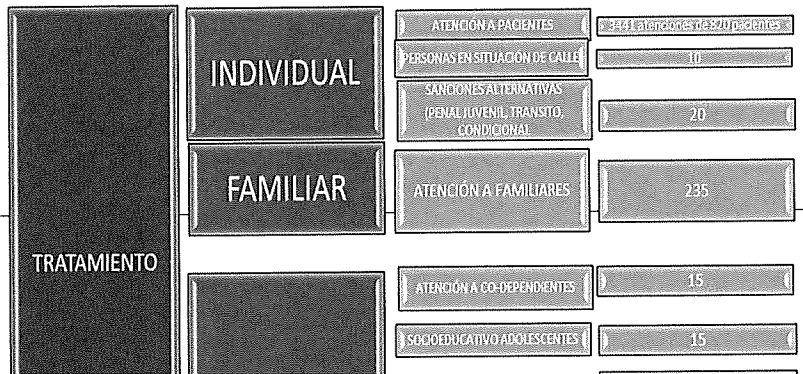
ÁREAS DE INTERVENCIÓN



Las diferentes áreas de intervención del IAFA responden a una lógica dialéctica, debido a su trabajo articulado y conjunto de manera permanente. Por ejemplo, PROYECTO LIBERTAD, DOMINGO DE PREVENCIÓN, ALFABETIZACIÓN entre otros

I- Tratamiento

Se trabaja de forma individual, grupal y familiar, ya que es necesario que las familias entiendan como acompañar a la persona en su proceso de tratamiento.



II- Prevención.

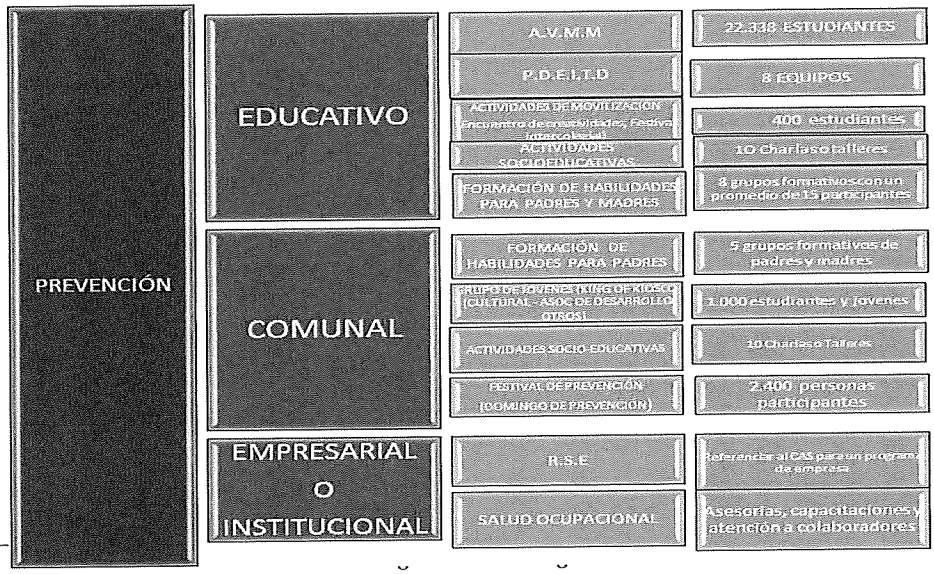
Se trabaja en centros educativos, empresas e instituciones públicas. El programa "Aprendo", el programa de Atención e Intervención Temprana en centros educativos se cuenta con profesionales capacitados que reciben un seguimiento mensual para que realicen acciones con sus estudiantes, tanto de forma universal como selectiva y se necesita un compromiso por parte de la institución, aquellos casos que no pueden ser abordados por la institución son referidos al centro. Se realizan actividades de movilización, como el Festival Intercolegial en el mes de septiembre y Encuentro de Creatividades de la Prevención del Fumado en junio de este año, el Programa de Formación de Habilidades para la vida, impartido por orientadores y maestros de las escuelas PROMECUM, a nivel comunitario también se utiliza el mismo programa, pero impartido por las Asociaciones de Desarrollo, miembros de las Municipalidades y compañeros del P.R.A.D.

Las principales demandas se dan en el tema de Marihuana y Drogas emergentes, por lo que se dan respuestas específicas a demandas específicas, por lo que los procesos deben funcionar de manera interconectada.

A nivel comunitario se realiza el programa "Un domingo de prevención", que consiste en un domingo en el que se le ofrece a la comunidad alternativas que promuevan el ejercicio físico, la salud mental, estilos de vida saludable y la sana convivencia, son actividades costosas por lo que se utiliza el presupuesto de diversas instituciones.

Existe un proceso socioeducativo con el Ministerio de Justicia en la cárcel de la Paz y con la población del programa de comunidad con las personas que han estado con muchas sanciones, que reciben una terapia socioeducativa.

Las Clínicas de Cesación es una estrategia importante que el IAFA promueve. También la Red de Fortalecimiento y Desarrollo Integral creada en el 2008, se trabaja por medio de voluntades, no mediante decreto, por esa razón se cree importante el fortalecimiento de las redes, se busca el aporte de líderes, iglesias y otros entes previamente capacitados para que definan estrategias para desarrollar las situaciones propias de las comunidades, de aquí nace la estrategia "La Libertad", que es una copia del proyecto "Puente al Desarrollo" que funciona con el financiamiento propio de cada una de las instituciones involucradas, obteniendo el seguro por el Estado, vivienda, educación, servicio de internet con el programa "Hogares Conectados", etc. de inclusión social, mediante un plan de alfabetización, en coordinación con el MEP, dando clases en las sedes del IAFA, así como un grupo de emprendimiento a través del IMAS, la municipalidad y el INA que se les apoya con capacitaciones y financiamiento.



Licda. Jovanna Calderón Altamirano. Programa Justicia Restaurativa	Se introduce el tema con la explicación de la Justicia Juvenil Costarricense. Como país tenemos estándares internacionales ratificados, los cuales se reúnen con la jurisdicción especializada; la Ley de Justicia Penal Juvenil, Código de la Niñez y Adolescencia y las políticas en torno a esta población. Situación que lleva a un hecho de responsabilidad penal. Donde, cabe aclarar, que no se refiere a un sistema tutelar, sino ante un sistema donde se investigan los hechos realizados de la persona que tiene de 12 a 18 años. Y para la intervención se cuenta con ley y jurisdicción especializadas, y personas encargadas como jueces, fiscales, defensores, trabajadores sociales, psicólogos. Por otro lado, se señala que el promedio de ingreso está por los 9 000 casos anuales en materia penal juvenil, cifra que ya ha disminuido del 2011 al 2014. Lo cual ha sido por un cambio de percepción en la política del Ministerio Público quienes tramitan cada hecho. Esta variación se hace en materia de consumo de drogas, pues como bien es sabido, no es un delito. Entonces la fiscalía decide que estas causas no van a entrar más al Poder Judicial porque no se les daba ninguna persecución más que un trámite de desestimación y las comunicaciones al IAFA y PANI. Estas personas que están en consumo, y no son procesadas judicialmente como se ha establecido internacionalmente, son aquellas que se les hacían referencias de manera administrativa y no judicial con el programa a cargo del IAFA, Ministerio de Seguridad Pública, PANI y fundación Génesis. Una respuesta de una forma más adecuada. Cabe destacar que la mayor cantidad de delitos que se cometen en materia penal juvenil son los robos agravados, luego de hurtos y delitos sexuales. Afirmando entonces que los delitos contra la propiedad son los más frecuentes Se habla también de las salidas alternas como la suspensión de proceso –prueba, que consiste en condiciones dadas la persona joven para que en un tiempo determinado las cumpla, y si fuese así, se archiva al expediente. También se utiliza la conciliación donde la víctima tiene una participación más activa en el procedimiento ordinario, a diferencia de justicia restaurativa, para poder llegar a un acuerdo. Estas salidas alternas han venido en aumento, aspecto favorable pues acuerpa a lo mencionado en materia penal juvenil, donde la prisionalización es la última opción, pues las penas por su extensión y efecto en las y los jóvenes, no brindan una verdadera intervención al desarrollo de los mismos (se establece que, para las personas menores de 15 años en momento de los hechos, se puede extender a un máximo de 10 años, y tiene más de 15 y menos de 18 años, se estipula 15 años de internamiento). Es por ello que se debe dar una mejor respuesta, para que a una temprana edad puedan cambiar sus vidas. Retomando el tema, la expositora comenta los aspectos considerados para decidir si una persona puede optar por una salida alterna o no, establecido en la Ley de Justicia Penal Juvenil en el artículo 132. A su vez, existe un análisis jurídico social y psicológico como lo es la Falta de gravedad de los hechos: una valoración de las circunstancias y hechos relacionada con la situación familiar y social con el fin de constituir un proyecto de vida alternativo. Se hablan de Filtros de valoración: -El defensor habla con la persona que está siendo acusada -El Fiscal que habla con la victima si está de acuerdo con el proceder -El Juez quien ejecuta dicho filtro. Y en el Programa de Justicia Restaurativa se cuenta con una persona profesional en psicología y una en trabajo social para abordar a la persona más allá de la persona que cometió y apoyarles para procurar un cambio positivo. A su vez con seguimiento bajo parámetros de alto control para que la persona pueda tomar la decisión de restaurar o tomar la opción tradicional. Así mismo, se brinda una atención previa al juicio, donde se atienden las salidas alternas en los casos donde exista la posibilidad y cumpla con los requisitos establecidos. Y se han tomado acciones como análisis científicos y un diagnóstico del Sistema Penal Juvenil en Costa Rica que viene a recopilar los diferentes estudios que se han realizado al respecto principalmente en internamiento apoyado por los estudios realizados por el IAFA. Se realizó también una encuesta en conjunto con el IAFA a la población que tiene una causa activa, aún no han tenido sentencia, y no se encuentra en el Centro de Formación Juvenil Zurquí ni el en Centro Especializado Adulto Joven. Como resultado de dicho diagnóstico se ha encontrado lo siguiente: • 62% de la población han consumido bebidas alcohólicas

	• 57% han consumido marihuana. • 24% han consumido cocaína • 14% han consumido Ketamina • 12% han consumido LSD A partir del estudio mencionado sobre el consumo de drogas a su vez con la recopilación de bibliografías, el consultor Sr. Ernesto Cortés, llega a la conclusión que es necesario un programa de tratamiento integral donde se le de apoyo a los menores y a sus familias, así como políticas articuladas, monitoreo y evaluación. Existe desde el programa de Justifica Restaurativa una coordinación con otras instituciones como el IAFA para la verificación de los perfiles de ingreso por medio de la aplicación de protocolos que poseen, así como el enlace con ONGs para los tratamientos. Así mismo se cuenta con el Programa de Tratamiento en Drogas Bajo Supervisión Judicial iniciado el 2015 en San José (7 casos) y Heredia (2 casos), y en el 2016 en Cartago (7 casos), Pococí (3 casos) y Limón (2 casos). Con una proyección en los meses a seguir, para construir el Protocolo del PDJ y su implementación a modo de plan piloto en Limón. Se está trabajando en el tema de Capacitación y Sensibilización dirigido a: • Personas funcionarias judiciales • Personas del componente salud • Comunidad Así como el impulso de la Política Pública de Justicia Juvenil Restaurativa y reformas legislativas como el proyecto de Ley de Justicia Restaurativa, y en promoción de Normas para destinar mayores recursos de forma legal a un Centro de Tratamiento para personas menores de edad. Proyección de Red de Apoyo Intersectorial con el que se cuenta con más de 1000 instituciones nacional, que permite espacios para la población, no solo en drogas sino también en otras áreas. Encuentros familiares con miembros que poseen salidas alternas para promover los límites en las personas menores de edad. Talleres dirigidos a personas de edad para incentivar el empoderamiento y desarrollo de habilidades para la vida. Desafíos, mayor capacitación y sensibilización a la temática, incremento de opciones de tratamiento y ampliar el programa a nivel nacional tanto en justicia restaurativa como el iniciar el Programa de Drogas bajo supervisión judicial.

Espacio de preguntas

1. Dirigidas a la Licda. Jovanna Calderón Altamirano del Programa Justicia Restaurativa:

a- Explicar lo que implica el Centro para menores de edad.

El proceso de internamiento o atención ambulatoria lo definen los profesionales de salud, sin embargo, desde el ámbito legal es necesario el tratamiento. Así mismo, rescata la necesidad de Articular y apoyar para hacer enlaces para mitigar este problema que tiene la juventud.

b- ¿Cuáles serán las limitaciones en capacidad del recurso humano a cargo y que soluciones se plantean?

En aspectos económicos en cuestión del presupuesto por la condición del Estado, sin embargo, se irán realizando las actuaciones de manera sostenida y de igual forma promoviendo las prácticas restaurativas. Producto del proyecto de ley de Justicia Restaurativa, el cual está en progreso en la Asamblea Legislativa, el poder Judicial realizó la proyección presupuestaria para preveer que, si el proyecto de ley entra en vigencia en el 2017, el próximo año se pueda cubrir cinco nuevos equipos en materia Penal como Penal Juvenil. Esto sumado con la creación de un nuevo equipo para Puntarenas y Garabito.

c. ¿Existen programas de capacitación a los que puedan acceder los centros educativos, y adónde se pueden contactar?

Capacitación en la Escuela Judicial, durante tres días, en dos ocasiones al año.

Capacitación de autoformación en modalidad virtual, realidad con la Escuela Judicial

Para el contacto, puede ser a través de la Licda. Jovanna Calderón

	Asociación Casa Hogar San José, de la Pastoral Social de la Arquidiócesis

Lic. Jeffrey Mayorga Gutiérrez Psicólogo	El señor Jeffrey Mayorga presenta la organización, la cual nace en el 2002 primeramente en Sabana Sur y sin fines de lucro. Señala que tiene sus esfuerzos dirigidos a la drogodependencia y a personas en situación de vulnerabilidad social. Dicha asociación es la parte visible de la acción social de la Iglesia Católica Así mismo, este programa se ha ido configurando a lo largo de su historia y se ha ido especializando en la atención de personas en situación de calle, siendo el único centro a nivel nacional que atiende de forma totalmente gratuita a sus usuarios. Para el 2006 obtiene el aval del IAFA, y a partir del 2008 se incorporan otros tres proyectos: Para personas con VIH y SIDA, Casa Hogar San Gabriel y Casa Hogar San José de Heredia en el 2012. Por otro lado, se destacan el eje transversal de trabajo, basado en los principios de la Doctrina Social de la Iglesia Católica • Dignidad de la persona humana • Bien común: condiciones sociales, plena realización • Subsidiariedad • Participación • Destino universal de los bienes • Solidaridad De igual manera el Marco Conceptual de trabajo está basada en la Doctrina Social de la Iglesia, junto con otros elementos que se incorporan dentro de comunidades terapéuticas como orientación. Se toman en cuenta diferentes profesiones que se involucran. Dicho modelo contiene una serie de fases: • Acogida • Inserción • Comunidad terapéutica • Reinserción (monitoreo) • Seguimiento Se habla también de un Contacto inicial, preentrevista, fase de estabilización (entrevistas iniciales, proceso de inducción que requiere diagnósticos profesionales), y al ser comunidad se busca principalmente un proceso de reeducación. Seguidamente, una fase de concientización e integración relacionada con un plan de tratamiento individualizado y el aporte que se le está brindando a cada persona. Así, al trabajar con indicadores, se puede ver el crecimiento y avance del día a día. El expositor menciona las cuatro áreas de trabajo de la Asociación con líneas definidas de acción: • Psicología: conflictos psicológicos y situaciones medulares respecto a la conformación de la personalidad. • Trabajo Social: área educativa, social, judicial y familiar • Terapia Ocupacional • Asistencia técnica Albergues: • Casa Hogar San José: adultos hombres • Casa Hogar San Gabriel: Zona Rural • Casa Hogar de Nuestra Señora del Carmen: Mixto para personas con VIH • Casa Hogar Heredia: programa de reducción de daños. Procesos de reinserción social: • Teatro: expresión de emociones y habilidades sociales. • Hidroponía, computación, procesos de estudio formal e informal, aprendizaje de oficios • Servicio comunal de proyección y colaboración • Procesos de crecimiento espiritual.

Dr. Lilia Uribe López Directora del Hospital Psiquiátrico	**Situación general del consumo de drogas en Costa Rica desde la perspectiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.**

Toda la red de servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social concentra sus esfuerzos en incentivar la prevención de adicciones, así como la prevención de enfermedades mentales y delincuencia, males que, según palabras de la doctora, poseen su raíz en la privación afectiva desde temprana edad, falta estimulación en educación y recreación, así como la ausencia de disciplina, entre otros.

De igual manera menciona estadísticas en las cuales se comprende que la mayoría de las problemáticas como suicidios y accidentes de tránsito son ocurridos principalmente en menores de edad.

Toda la red de servicios de la CCSS está conformada por 29 hospitales, en los cuales se realiza atención a adicciones, principalmente intoxicaciones físicas. Muchos de estos ya tienen camas de psiquiatría o atención de salud mental.

Durante este gobierno se le ha dado atención a la salud mental desde la CCSS, abriendo la posibilidad de formar recursos más especializados y el aumento de dichas camas como parte del plan de desarrollo, así como la creación de 20 equipos de salud mental para la atención de adicciones y otras problemáticas.

La Dra. Lilia Uribe, del Hospital Nacional Psiquiátrico, presenta las siguientes estadísticas con respecto

Por otro lado, hablando propiamente del Hospital Nacional Psiquiátrico, existen varios programas de atención de adicciones divididos en hospitalización, consulta externa, urgencias, observación. De estos se puede decir que se ha presentado una situación particular en cuando a la mayor afluencia de jóvenes menores de edad que llegan a las instalaciones.

También se cuenta con programas comunitarios, donde se da seguimiento a los casos que ingresan, y en coordinación inter e institucional.

A raíz de la cantidad de niños y jóvenes ingresados, se han realizado varios estudios, y se está procurando realizar una construcción con el apoyo y asesoría del ICD.

Se han abierto programas dirigidos a esta población

El 47% de internamientos en hospitales generales (de todo el país), son de mujeres, 6% de niños y adolescentes y el 17% de los egresos de psiquiatría son con adicciones.

2014 la hospitalización Psiquiátrico 3,298 egresos y la consulta externa 15,000.00, aumentaron en el 2016 y la consulta de emergencias también ha aumentado,

Programas de rehabilitación de personas en abandono, con el apoyo del CONAPDIS, CONAPAM ha unido esfuerzos para atender, por ejemplo, intervención en crisis, se han atendido 490, con estancia de días, algunas de las persona en condición de adicción.

Otro tema que se está trabajando la patología dual: cuando la persona tiene alguna enfermedad mental y además consume, lo cual trae como consecuencia tiempo prolongado de internamiento, uso prolongado de camas del hospital (bloqueo de camas).

Aumento de consumo en menores (estudio de 391 egresos) Muestra 375

2014 30% edad la mayor a 16 y 17 años 62% 11 años en adelante hay consumo, masculino. 2 veces en hombres que mujeres nacionalidad costarricense: 98%, baja escolaridad: primaria incompleta, el 98% de esos chicos no estudian, el 38% vienen con orden judicial, bloquean una cama hasta por 6 meses, el juez dice cuando salen y es un problema porque bloquean una cama 6 meses.

2015 46%

2016 75%

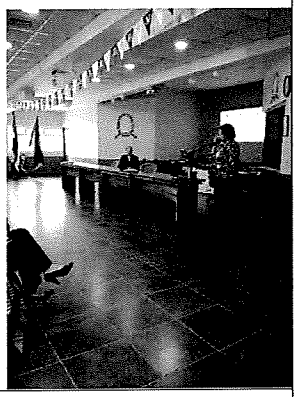
Dos programas Nuevos Horizontes y Adolescentes

Que requiere un chico que consume: no tienen que estar encerrados, deben estar en la escuela, aprendiendo un oficio y en familias que los contengan. El MEP es una institución necesaria, nosotros no podemos aprender estos aspectos.

¿Qué consumen las personas menores?:

Tabaco	73 %
Alcohol	70%
Marihuana	76%

	<table><tr><td>Cocaína</td><td>54%</td></tr></table> Factores que se asocian: - Padres consumidores - Violencia domestica tienen 7 veces más posibilidades consumir (6.79%) - Si el joven consume alcohol - Familia que consume alcohol - El niño que sufre violencia, 6.79 veces más posibilidades y que consumir otras drogas Otro aspecto importante es el aumento de la psicosis producto del consumo de drogas. Entre más temprano los muchachos inicien el consume, más probabilidades de presentar psicosis. (menores de 18 años presenta 2 veces más riesgo de presentar psicosis que los de mayor edad). Entre más temprano inician a consumir marihuana, tienen masa posibilidades de presentar psicosis. Se ha identificado que los más jóvenes la consumen diariamente. El consumo de alcohol tiene 7 veces más posibilidades de presentar un primer episodio psicótico. Un riesgo atribuible al consumo de marihuana es que los jóvenes tienen 9 veces más posibilidades de presentar episodios de psicosis y psicosis crónica. (aumento de psicosis por consumo de drogas), entre más grandes sean menos posibilidades de recuperación. Otro riesgo atribuible al consumo de marihuana está asociado a primer episodio psicótico: si logramos hacer que los chicos no consuman diariamente marihuana se evitarían el 51 % de los casos de psicosis que llegan al hospital en menores. Conclusión: Trabajemos la prevención, hagamos trabajo coordinado intersectorial, interinstitucional, coordinado, prevención del alcoholismo y del uso de la marihuana, no encerremos a los chicos para poderlos apoyar y que mejoren, ciertamente deben permanecer un poco de tiempo en el hospital para que se recupere su salud, pero después se debe brindar una atención integral en la cual estén presentes instituciones clave, como las ya mencionadas. Preguntas para las personas de la Caja. Ir hacia el problema o sea prevención. Pavas, Desamparados y Guadalupe.
Dra. Laura Chacón.	**Presentación modelo FundaMentes**
	Nace en el hospital Nacional Psiquiátrico Recibimiento de pacientes: Pavas, Desamparados y Guadalupe. **I- Modelo:** es un programa dirigido al apoyo de la niñez y adolescencia, está constituido por: ➔ 7 casas de prevención infanto Juvenil casa de escucha (Modelo de Francia), en Pavas, Finca San Juan, Metrópolis, Limón Corales, Limón Centro, Talamanca- Bribri, Talamanca Puerto Viejo. Una nueva Bribri, frontera con la Carpio. ➔ 4 instancias asociadas: Hospital Nacional Psiquiátrico, MEP, CCSS, Asociaciones comunales y Funda Mentes. **II- Logros.** El programa se inició en 2006, se atiende a la población entre 6 a 18 años toda escolarizada, se inició con 18 chicos y ahorita tienen una población mayor a 500 jóvenes se han atendido. 33 funcionarios., factores de riesgo y como se abordan, deserción inclusión en bandas, desesperanza de exclusión social Logros promoción escolar 93%, aumento de historias de vida alejadas de violencia y drogadicción. Se trabaja directamente en los contextos de alta vulnerabilidad para NNA. Luchando contra la violencia. Con el apoyo del ICE se esperan abrir 4 casas más. Proyección: IAFA ampliar a la población los jóvenes no escolarizados y no están el ámbito laboral. Pavas, Guadalupe, desamparados y hatillo ahorita solo se atiende los escolarizados.
Dra. María Esther Anchía Angulo, viceministra de salud	**Presentación de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública en Costa Rica 2016-2021**
	Áreas estratégicas

	1- Liderazgo, gobernanza (cómo el Estado se pone de acuerdo, un mandato que viene de consejo de Gobierno) y alianzas estratégicas: 1.1- Articulación interinstucional. 1.2- Articulación social 1.3-Mejoramiento y acceso de servicios integrales para las personas con el problema. Área donde se debe de ir a ver el detalle de lo que pasa. 2- Promoción y Prevención (fortalecer factores salutogénicos) 3- Servicios de intervención temprana (respuesta oportuna) y sistemas de tratamiento (terapia ocupacional) 4- Vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación. 5- Coordinación es ponerse de acuerdo. Articular es poner algo en concreto para lograr sinergia 
Organización Génesis. ONG	**Presentación de la Organización Génesis y su modelo de trabajo**
	Se brinda una intervención temprana, apoyo interinstitucional entre el PANI, IAFA y el Ministerio de Seguridad. (3 meses de funcionamiento) Un enfoque preventivo abordando principalmente la familia para conocer la dinámica en la cual está inserto el joven, se realizan 4 sesiones, donde en la primera sesión se firma un consentimiento informado junto con el encargado, abordado por la fuerza pública, quienes hacen la referencia a nuestra organización. Se realiza un abordaje desde un modelo psicosocial, con un equipo interdisciplinario: trabajo Social, Psicología, con seguimiento de 6 meses, y tóxicos en orina. Se puede analizar un cese del consumo. Se ha determinado que un 67% de jóvenes consume marihuana y un 52% la quetamina Inician a partir de los 14 años se inicia el consumo. El tipo de marihuana que se usa creepy, se les da un costo de 2000 colones. Es un programa de intervención temprana, se coordina con Fuerza Pública para que se eliminen las patentes de los establecimientos donde se vende droga. Se hace un informe del procedimiento realizado, caracterización del contexto y la dinámica familiar y del tipo de sustancia que consume. Causas o factores: divorcio, abuso o violencia intrafamiliar, presión social. Se pretende triplicar el servicio en Heredia, Alajuela y San José Conclusión: Se trabaja específicamente en: abordar, captar y referir.
Se procede a la explicación de la metodología de trabajo y a la organización de los grupos por parte del Dr. Enrique Pérez.	

Anexo 6 Lista de participantes por grupo de trabajo en el taller del 8 y 9 de junio 2017

Eje temático 1. Liderazgo, gobernanza y alianzas estratégicas Grupo 1	
Integrantes	**Institución que representan**
Luis Sandí Esquivel	IAFA
Eugenia Mata	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
Lilia Uribe	CCSS
Floribeth Obando	JPS
Ana Josefina Guell Duran (jueves)	Ministerio de Desarrollo Humano e inclusión Social
Marianela Cubero Barrantes	patronato Nacional de Infancia (PANI)
Susana Valverde	Fundación Génesis
Vera Barahona Directora	IAFA

Ernesto Cortés	ACEID
Edgar Araya Ruiz	Ministerio de Seguridad Pública
Marianela Mora Castro	Ministerio de Salud
Eje temático No. 2. Promoción y prevención Grupo 2.	
Integrantes	**Institución que representa**
Gabriela Coghi Ulloa	INA
German Gómez Murillo	Fundación Génesis
Evelyn Piedra Rodríguez	INAMU
Lill Chaves Sánchez	Fundación Génesis
Adriana Soto G	MEP
Jeffry Mayorga G	Asociación Casa Hogar San José
David Solano Chavez	Asociación Casa Hogar San José Pastoral Social
Seydi Segura Garbanzo	MS-DGS-CMI
Maritza Mata B.	Universidad de Costa Rica
Alejandro González J	CPJ
Rafael A.Bustamante	ICODER
Eje temático 3A: Servicios de intervención temprana. Subtema: ampliar y mejorar el servicio.	
Integrantes	**Instituciones que representan**
Olga Guevara Bravo	Programa Penal Juvenil
Carolina Garro	I.C.D
Lilia Uribe López	HNP-CCSS
Javier Rubiano	Ministerio de Deporte
Gloriela Brenes Murillo	Ministerio de Salud
Armando Siles Abarco	Génesis
Shirley Ramírez Moya	CCSS enfermería
Ingrid Berrocal P.	DRH
Anabell Hernández C.	IMAS

Gisela Amador	ACEID
Erick Valdelomar	IAFA
Eje temático 3 B: Servicios de intervención temprana y sistemas de tratamiento. Subtema: mejorar la calidad de la atención	
Integrantes	**Instituciones que representan**
Pilar Chanto	USP
Francisco Montero	CCSS
Marta Vindas	CCSS
María José Rodríguez	IAFA
Ramón Arroyo	Génesis
Carlos Valerio	D.H.R
Tatiana Mata Chacón	CCSS
Sinai Valverde Ceciliano	MS
Eje temático 4: Vigilancia, Monitoreo, Evaluación e investigación.	
Integrantes	**Instituciones que representan**
Tatiana León Garita	Ministerio de Educación Pública (MEP)
Ana Lucía Cruz Arguedas	IAFA
Jesús Méndez	IAFA
Adriana Benavides Lara	Universidad Santa Paula
Jorge Gamboa Barrantes	Ministerio de Educación Pública (MEP)

Anexo 7 Fotografías del taller del 8 y 9 de junio 2017

Fotografía grupal, 8 de Junio, 2017

Trabajo en Subgrupos