



Gerencia Médica
Gerencia de Modernización y Desarrollo

El nuevo rol de la CCSS frente a las adicciones como problema de Salud Pública en Costa Rica

- Perfil de Proyecto

San José, Costa Rica

Junio, 2000

*¿Para quienes son los ayes? ¿Para quiénes los lamentos ?
¿Para quien las riñas? ¿Para quien las quejas?
¿Para quien los golpes sin razón?
¿Para quien los ojos turbios?*

Para los que se retrasan por el vino, para los que van a gustar el vino mezclado

No mires el vino cuando enrojece, cuando espumea en la copa entra con facilidad

Pero al fin muerde como serpiente y pica como aspid

*Tus ojos verán cosas extrañas y tu corazón hablará incoherencias y serás como quien duerme en alta mar,
como el que duerme en la punta del mástil. Me han golpeado....Pero no me han hecho mal; me han
azotado...No siento nada*

¿Cuando despertaré? ¿Volveré a buscarlo todavía?

**Libro de los Proverbios
Proverbio 23:Versículos 29 - 35**

Créditos

Coordinación General

Dr. Walter Ureña, Director del Departamento de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica.

Coordinación Ejecutiva

Dr. Keneth Avila y Dr. Gary Arce, Dpto. de Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Cooperación Técnica

Dr. Mariano Salazar, Consultor Externo, Gerencia de Modernización y Desarrollo.

Diversas contribuciones

Comisión “Proyecto de desarrollo Estrategias para el manejo de la problemática de adicción al alcohol y otras drogas en la atención integral del paciente y sus familiares en la Caja Costarricense del Seguro Social”, Dpto. de >Salud Mental, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Agradecimientos

El Departamento de Salud Mental, desea agradecer el apoyo y las facilidades técnicas, proporcionadas por:

Dr. Fernando Ferraro Dobles

Gerente, División Médica

Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas

Gerente, División de Modernización y Desarrollo

Dr. Eduardo Sánchez Jovel

Subgerente Médico de Hospitales Nacionales y Clínicas Metropolitanas, A/C Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

Dr. Domingo Gamboa Miranda

Coordinador de Áreas, Director Dpto. Promoción de la Salud, Gerencia de Modernización y Desarrollo

Portada

Fausto Pacheco Hernández (Paisajista) Casa campesina con tranquera, Oleo sobre tela 29.5 x 37 cms., 1950. Reg. 1102000115

Propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social
Los cambios realizados para convertir esta obra en portada es responsabilidad del Dpto. de Salud mental de la CCSS

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
PROBLEMA	7
DESCRIPCIÓN	7
PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL.....	7
CONSUMO DE TABACO	9
CONSUMO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES Y POR AUTOPRESCRIPCIÓN	11
DROGAS ÍLÍCITAS	11
EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	12
A MANERA DE CONCLUSIONES	14
LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD COSTARRICENSE ANTE LAS ADICCIONES	15
DE LA LIGA ANTIALCOHÓLICA AL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA (1925 – 2000)	15
REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD: EL NUEVO ROL DE LA CCSS EN LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES	18
<i>El proyecto de reforma y modernización del sector salud: base del nuevo rol de la CCSS</i>	18
<i>La experiencia de Golfito: un precedente de referencia</i>	20
Síntesis de la experiencia	20
Las lecciones aprendidas.....	21
<i>El nuevo rol de la CCSS en perspectiva</i>	22
Visión.....	22
Misión	23
PERTINENCIA DEL PROYECTO CON RELACIÓN AL PLAN ESTRATÉGICO CORPORATIVO, MAYO 2000	23
FINALIDAD	24
PROPÓSITO	25
ESTRATEGIAS	25
SITUACIÓN ACTUAL Y AL FINALIZAR LA PRIMERA FASE DE OPERACIÓN DEL PROYECTO EN EL AÑO 2002	26
LAS INICIATIVAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ADICTO Y LA REALIDAD DE LA ATENCIÓN	26
FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADICTO Y SU FAMILIA EN LA CCSS	28
PRINCIPALES PRODUCTOS DE LA PRIMERA FASE	30
CONSIDERACIONES ESPECIALES	30
CON RELACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL ADICTO Y SU FAMILIA	30
CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN AL EMPLEADO ADICTO Y SU FAMILIA.....	31
SUPUESTOS Y RIESGOS	33
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	34
CALENDARIO DE ACCIONES ESTRATÉGICAS	40
REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSOS PARA FINALIZAR LA FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA	40
ANEXOS	41
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA PREPARACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL ADICTO Y SU FAMILIA (IDEAS PRELIMINARES)	42
DIVERSAS DIRECTRICES EMANADAS DE AUTORIDADES DE LA CCSS CON RELACIÓN AL TEMA DE ADICCIONES ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS QUE ALGUNA VEZ INGERIERON BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN LA EDAD EN LA CUAL LO HICIERON POR PRIMERA VEZ. COSTA RICA 1990 - 1995 (VALORES PORCENTUALES)	7
CUADRO 2: CONSUMO ANUAL PER CÁPITA DE ALCOHOL ABSOLUTO EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS. COSTA RICA 1990 - 1997 (LITROS DE ALCOHOL ABSOLUTO)	8
CUADRO 3: PRODUCCIÓN E IMPORTACIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. COSTA RICA 1990 - 1997 (LITROS CORRIENTES)	8
CUADRO 4: INVERSIÓN PUBLICITARIA EN BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y TABACO (MILES DE COLONES).....	9
CUADRO 5: PREVALENCIA DE VIDA, AÑO E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 12 A 70 AÑOS. COSTA RICA 1995	10
CUADRO 6: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 12 A 70 AÑOS EN GRUPOS DE EDAD, SEGÚN EL SEXO. COSTA RICA 1990 – 1995.....	10
CUADRO 7: PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMO MES E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN DE 12 A 70 AÑOS. COSTA RICA 1995.....	11
CUADRO 8: PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS. COSTA RICA 1990 – 1995 (VALORES PORCENTUALES)	11
CUADRO 9: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO. COSTA RICA 1995.....	12
CUADRO 10: PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK. UNIDAD DE ADMISIÓN CÁRCEL CENTRAL DE SAN JOSE "SAN SEBASTIAN", 1992 - 1996 (VALORES PORCENTUALES)	13
CUADRO 11: PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS, POR TIPO DE DROGAS, SEGÚN TIPO DE PREVALENCIA. CENTRO SEMI INSTITUCIONAL SAN AGUSTÍN. COSTA RICA 1996.....	13
CUADRO 12: PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO EN MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK, EN POBLACIÓN INGRESADA A LA SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, 1992 - 1996. (VALORES PORCENTUALES)	13

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: INICIATIVAS HISTÓRICAS PARA ENFRENTAR LAS ADICCIONES EN COSTA RICA	17
ILUSTRACIÓN 2: SÍNTESIS DEL PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA	18
ILUSTRACIÓN 3: COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ADICTO Y SU FAMILIA EN EL HOSPITAL DE GOLFITO.....	21

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: INICIATIVAS ADMINISTRATIVAS EN LA CCSS PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES.....	27
TABLA 2: FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADICTO Y SU FAMILIA EN LA CCSS	28

Presentación

El proceso de reforma y modernización del sector salud está produciendo importantes transformaciones en los roles de las instituciones de salud. Mientras el Ministerio de Salud evoluciona progresivamente hacia la consolidación de su condición de ente rector del desarrollo de la salud en el país, la Caja Costarricense de Seguro Social fortalece su condición de principal proveedor público de servicios de salud y, paralelamente, asume de manera gradual diversos aspectos operacionales con relación a la promoción y prevención de la salud, que en un pasado reciente eran realizadas por el Ministerio de Salud.

Uno de los aspectos que el Ministerio de Salud asumía en el campo de la promoción de la salud era brindar una respuesta estratégica y operacional, desde el sector al salud, a las adicciones a drogas lícitas e ilícitas como problema de salud pública. Desde ahora, las contribuciones en términos de prestación de servicios de salud a la respuesta social que la sociedad costarricense está poniendo en práctica para enfrentar a las adicciones como problema social y de salud pública, son responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este perfil de proyecto se inscribe dentro de estas circunstancias. Representa una idea en construcción que propone una agenda estratégica de trabajo para poner en práctica "El nuevo rol de la CCSS frente a las adicciones como problema de Salud Pública en Costa Rica".

Las conclusiones preliminares del análisis realizado son dramáticas. *Se prevé para los próximos años un **aumento en el consumo de drogas lícitas e ilícitas**, en especial si persiste la introducción de estilos de vida foráneas y si se deterioran otras condiciones (valores, nivel socioeconómico, educación). Otro elemento por destacar se refiere a la oferta y demanda mundiales de drogas y su posible impacto junto al de la represión internacional del narcotráfico, sobre la oferta y demanda locales.*

Ante estas circunstancias, la propuesta hace un recuento de la respuesta de la sociedad costarricense ante las adicciones. Señala al proyecto de reforma del sector salud como la base del nuevo rol de la CCSS en el tema de adicciones. Analiza, describe sucintamente e individualiza las lecciones aprendidas de la experiencia desarrollada por la institución en el Hospital de Golfito, ubicándolo en la historia del desarrollo del abordaje del tema en la CCSS, como la más importante experiencia de referencia para organizar un modelo práctico de atención integral al adicto y su familia. Además, propone como base para el debate una visión y misión de la CCSS que respondan en perspectiva al nuevo rol institucional en proceso de configuración.

De manera específica, la propuesta identifica dos resultados esperados que materializan el nuevo rol de la institución. Uno es un "Programa Nacional de Atención al Adicto y su Familia", pensado como el paradigma operacional que conduce en el plano práctico el quehacer de la institución sobre este tema. Otro, es la organización y funcionamiento de una "Unidad de atención al empleado adicto y su familia", pensada como una contribución específica al bienestar de los empleados de la institución. Por la complejidad de ambos objetivos, recomendamos la lectura de las *consideraciones especiales* planteadas en esta propuesta.

La CCSS se enrumba para enfrentar de manera organizada un nuevo desafío: las adicciones; en un escenario de reforma, modernización y desconcentración institucional. Necesitamos del compromiso de los líderes institucionales y de los funcionarios de la institución para cumplir con nuestra misión sobre este tema de tan alta sensibilidad social. Juntos....podremos lograrlo ;

Dr. Eduardo Sánchez Jovel

Subgerente Médico de Hospitales
Desconcentrados y Clínicas Metropolitanas, A/C

Dr. Walter Ureña

Director, Dpto. de Salud Mental

Dr. Keneth Avila

Coordinador de Proyecto,
Dpto. de Salud Mental
Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica, CCSS

Problema

El consumo de drogas o de sustancias psicoativas lícitas e ilícitas constituye uno de los principales problemas de salud de pública en la sociedad costarricense, ya que produce efectos perjudiciales para la salud y el bienestar social, con repercusiones en la esfera individual, familiar, social, laboral y enormes pérdidas en la producción y prestación de servicios de salud.

Entre las sustancias capaces de producir dependencia, el alcohol y el tabaco, consideradas lícitas, son las sustancias con la mayor proporción de consumo ya sea continuo u ocasional. Otra variedad de sustancias lícitas, son los medicamentos tranquilizantes sujetos a control en la prescripción tanto en las instituciones de salud como en los puntos de venta al público, cuya tendencia al incremento del consumo es significativa.

Entre las sustancias consideradas ilícitas, el crack, la cocaína y la marihuana, han sido identificadas como las drogas mas peligrosas. Las áreas geográficas de alta incidencia de consumo han sido identificadas como los puertos del país, la zona turística de Guanacaste y la ciudad de San José. El tráfico de drogas ilícitas afecta la economía nacional e influye negativamente en la seguridad ciudadana.

Descripción¹

Producción y consumo de alcohol

De acuerdo con el último estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas un 62.3% de los costarricenses han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo que significa 1.458.080 personas, la producción de individuos con ingesta problemática de alcohol en Costa Rica es 16% (400,000 mil personas), de estas, 7% padece alcoholismo (170.000 individuos) y si se considera que el tamaño promedio de la familia es de cuatro miembros, puede afirmarse que el número de personas afectadas indirectamente por la ingesta anormal de uno de ellos, es de un millón seiscientos mil.

La incidencia de consumo de alcohol en 1995 fue superior a la hallada en 1990, cuando fue de 120 por 1000 en 1995 en comparación con 116 por 1000 en 1990.

En Costa Rica, el grupo de los bebedores excesivos y los alcohólicos ingieren la mayor parte del alcohol producido. No obstante, la prevalencia general de consumo de alcohol fue menor en 1995 (62.3%) que en 1990 (65%). En parte, la explicación se encuentra en que un numero importante de personas jóvenes pospuso el consumo (Cuadro 1).

Cuadro 1: Distribución porcentual de las personas que alguna vez ingirieron bebidas alcohólicas según la edad en la cual lo hicieron por primera vez. Costa Rica 1990 - 1995 (Valores porcentuales)

Grupos de edad	1990	1995	Variación
< 12 años	15	9.7	- 5.3
De 13 a 15 años	25.2	25.2	0
De 16 a 18 años	30.5	32.2	2.8
< 19 años	29.3	31.9	2.6
TOTAL	100	100	0

Fuente: Bejarano.J.; Carvajal.H.; San Lee. Consumo de drogas en Costa Rica / Resultados de la encuesta nacional de 1995 . San José, Costa Rica, IAFA, 1996, pp: 101

¹ Baado en las investigaciones realizadas en el país sobre la problemática de las adicciones. IAFA, 1995, primer lustro, decenio 1990 – 2000 (pendiente el 2do lustro). IDESPO, Universidad Nacional. Ministerio de Ambiente y energía, Marzo 1998. PNUD, Octubre 1998.

Según los datos del estudio nacional, uno de los logros más importantes durante el quinquenio es una disminución en la prevalencia de vida del consumo de alcohol, el cual obedece, entre otros factores, a un aumento de la edad de inicio, esta es el resultado de los programas de prevención, desarrollados durante varios lustros por el Estado costarricense.

En el ámbito mundial, se ha podido determinar de manera fidedigna que los incrementos en el consumo per cápita se traducen en mayores problemas de enfermedad y muerte, y que los descensos en dicho consumo producen un efecto inverso.

En Costa Rica, el consumo per cápita de alcohol muestra un incremento importante en el periodo 1990-1997 y refleja una transformación en el tipo de bebida que se consume de manera que el aporte de la cerveza al per cápita es mayor que el de los destilados (Cuadro 2).

Cuadro 2: Consumo anual per cápita de alcohol absoluto en la población de 15 años y mas. Costa Rica 1990 - 1997 (Litros de alcohol absoluto)

Año	Bebidas destiladas	Bebidas no destiladas	Total
1990	2.32	1.8	4.12
1991	2.31	1.8	4.11
1992	2.34	2.0	4.34
1993	2.28	2.3	2.28
1994	2.21	2.21	4.42
1995	1.26	2.49	3.75
1996	2.5	1.97	4.02
1997	2.18	1.53	3.71

Fuente: Bejarano.J.; Carvajal.H.; San Lee. Consumo de drogas en Costa Rica / Resultados de la encuesta nacional de 1995 . San José, Costa Rica, IAFA, 1996, pp: 101

La producción de alcohol ha sufrido un incremento considerable durante la década actual, (Cuadro 3), en especial la producción de bebidas no destiladas, entre las cuales la cerveza representa más del 90%. Esto indica que la disponibilidad de las bebidas alcohólicas es cada vez mayor y, por ende, produce un aumento en el consumo y de las consecuencias asociadas con él, especialmente en los grupos más jóvenes, en los cuales impacta severamente la publicidad.

Cuadro 3: Producción e importación de bebidas alcohólicas. Costa Rica 1990 - 1997 (Litros corrientes)

Año	Bebidas destiladas	Bebidas no destiladas	Total
1990	13181727	84511472	97693199
1991	13580877	86648940	100229817
1992	14380635	99542534	113923169
1993	14286401	104989270	119275671
1994	14241966	117147417	131389383
1995	13036603	187800300	200836903
1996	9614036603	109495370	123531973
1997	15301443	77039483	92340926

Fuente: Bejarano.J.; Carvajal.H.; San Lee. Consumo de drogas en Costa Rica / Resultados de la encuesta nacional de 1995 . San José, Costa Rica, IAFA, 1996, pp: 101

Esta transformación en el consumo se debe principalmente a la ausencia relativa de una política integral sobre esta materia (control de precios, estrategia impositiva, prohibición o reglamentación sobre disponibilidad, publicidad y mercadeo, programas permanentes de prevención, investigación y tratamiento). Además, responde a la promoción publicitaria de estos productos por diferentes medios de comunicación.

Científicamente, se han demostrado los efectos nocivos del tabaco y del alcohol en la salud, y más aún, la influencia de la publicidad en la estimulación de su consumo, especialmente entre los jóvenes. La publicidad del tabaco y de bebidas alcohólicas explota las vulnerabilidades del joven, al ofrecer estos productos como un medio para ser aceptado entre los pares y como símbolo de una autoimagen positiva, en la búsqueda de independencia y madurez. El mensaje explícito en la publicidad es una asociación entre el consumo de estos productos y situaciones de éxito, bienestar; camaradería, poder y logro; imágenes muy poderosas para los jóvenes. En síntesis, los estudios demuestran que a mayor publicidad, más personas consumen, y especialmente los jóvenes que empiezan o continúan con el hábito.

La calidad de los anuncios de alcohol y de tabaco que se ofrecen continuamente por los medios de información, provocan y mantienen su gran aceptación entre el público frente a los anuncios preventivos. La presión de la publicidad tiene hoy más fuerza que nunca para mantener los estilos de consumo ya existentes, así como para abrir nuevos mercados.

La inversión en publicidad y las políticas de mercadeo de las empresas productoras o distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco, tendentes a aumentar las ventas y por consiguiente el consumo, no logran ser compensadas con las que realiza el Estado. (Cuadro 4)

La publicidad de tabaco y alcohol, contrarresta las actuaciones que llevan a cabo las entidades públicas y otros organismos no gubernamentales, encaminados a reducir el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, con el fin de promover hábitos de vida saludables, al punto que estos esfuerzos parecen infructuosos. (Cuadro 4)

Solo la inversión publicitaria en bebidas alcohólicas es dos veces los egresos reales del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, mientras que la del tabaco representa el 71.11% de los egresos de la Institución. (Cuadro 4)

Cuadro 4: Inversión publicitaria en bebidas alcohólicas y tabaco (Miles de colones)

Año	Alcohol	Tabaco	IAFA
1986	98180	90228	0
1987	93310	116417	0
1988	115852	126606	0
1989	158245	99154	0
1990	199183	135012	0
1991	298879	149586	0
1992	394621	103731	26044
1993	528080	386752	27367
1994	870113	284420	25194
1995	897210	411890	0
1996	812584	474009	0
1997	1005293	368165	41133

Fuente: Servicio Público Computarizado, Informe Anual Publicitario, IAFA

Consumo de Tabaco

Se ha observado una reducción en la proporción de fumadores activos, que es reflejo del efecto que han tenido las campanas antitabáquicas en el país. Por otra parte, el aumento en los consumidores, esta relacionado con una mayor proporción de nuevos fumadores, lo cual corresponde, obviamente, a personas jóvenes, lo cual indica, un efecto significativo de la promoción del consumo de tabaco. La publicidad de cigarrillos está diseñada para aumentar la demanda y es un factor causal directo de la iniciación del fumado en gente joven.

El consumo de tabaco y el fumado involuntario está aceptado como la principal causa de muerte prematura en el mundo. En Costa Rica, según la encuesta nacional de 1995, el 35.2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida, lo que significa 823.826 personas, mientras que la prevalencia cinco años antes era de 33%. (Cuadro 5)

Cuadro 5: Prevalencia de vida, año e intervalos de confianza del consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años. Costa Rica 1995

Tipo de prevalencia	Porción de prevalencia	Intervalo de confianza
Vida	35.2	33.5 – 33.7
Año	18.3	16.9 – 19.7
Mes	17.5	16.1 – 18.0

N.B: El nivel de confianza de los límites es de 95 % y el denominador en los indicadores es la muestra total

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Los últimos estudios nacionales han evidenciado que la incidencia de consumo de tabaco en 1995 fue superior en un 57% a la hallada en 1990. En 1990 se encontró una incidencia anual de 14 por cada 1000 habitantes, mientras en 1995 aumentó a 22 por cada 1000. En la población de adolescentes costarricenses se ha determinado que la edad promedio de inicio en el fumado es cada vez más temprana. El inicio se establece antes de los 13 años.

La edad de inicio en el fumado continúa siendo un tema de onda preocupación y aunque los varones siguen siendo el grupo de mayor consumo, preocupa el consumo femenino. Pese a las transformaciones positivas ocurridas en torno al fumado de la mujer entre 1990 – 1995, en este último año, un número mayor de mujeres se inició entre los 13 y 3 años de edad. (Cuadro 6)

Cuadro 6: Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años en grupos de edad, según el sexo. Costa Rica 1990 – 1995

Edad de inicio	1990		1995	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
< 12 años	18	18.1	17	11.1
13 – 15 años	31.8	19.3	33.8	24.2
16 – 18	33.5	30.9	30.3	31.7
> 19 años	16.7	31.7	18.9	32.9

N.B: El nivel de confianza de los límites es de 95 % y el denominador en los indicadores es la muestra total

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Los adolescentes que consumen previamente sustancias que funcionan como puerta de entrada al mundo de drogas (alcohol, tabaco o ambos), presentan mayor prevalencia de consumo de marihuana y de cocaína o crack que los que no lo habían hecho, de manera que la edad de iniciación constituye una variable crítica para los esfuerzos de prevención. Los adolescentes que empiezan a fumar jóvenes y continúan fumando regularmente tienen un 50% de probabilidad de morir como consecuencia del tabaco.

El consumo de alcohol y tabaco, y sus efectos, afectan sensiblemente diferentes sectores de la sociedad, de modo que su impacto va más allá del sector salud, Uno de los problemas que presentan estas drogas es su alto grado de legitimidad y aceptabilidad social y su característica de ser sustancias concebidas para el disfrute. Esta situación convierte los problemas asociados al abuso en relativamente invisibles y, por ello, difíciles de enfrentar, Muchas de las actividades que desarrolla un individuo, en particular las de esparcimiento, tienen como elemento central la ingesta etílica.

Consumo de medicamentos tranquilizantes y por autoprescripción

La prevalencia general de consumo indebido de medicamentos tranquilizantes (benzodiazepinas) fue de 2.2% en 1995, mostró un aumento significativo en relación con 1990, pues la prevalencia fue de 0,88%, en población de 12 a 70 años. En términos absolutos cerca de 30.000 costarricenses eran consumidores recientes de medicamentos tranquilizantes. Este consumo se encuentra focalizado en mujeres, amas de casa, generalmente con baja escolaridad. La edad promedio de inicio es de 31,7 años. (Cuadro 7).

Cuadro 7: Prevalencia de vida, último mes e intervalos de confianza del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población de 12 a 70 años. Costa Rica 1995

Tipo de prevalencia	Porción de prevalencia	Intervalo de confianza
Vida	2.2	1.6 – 2.7
Años	1.2	0.8 – 1.6
Mes	0.6	0.3 – 0.9

N.B: El nivel de confianza de los límites es de 95 % y el denominador en los indicadores es la muestra total
Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Drogas Ilícitas

Es necesario señalar que grupos que no aparecen en las encuestas o aquellos escasamente representados (deambulantes, en riesgo social, internados en centros de salud, cárceles, etc.) presenten un consumo en aumento y, a su vez pueden dar cuenta de la ingestión de productos novedosos.

La Encuesta Nacional de 1995, muestra que el nivel global de consumo de sustancias ilegales se mantiene, prácticamente, sin variaciones en comparación con 1990, con excepción del crack, droga acerca de la cual no se registró consumo en ese año. (Cuadro 8)

En comparación con el año 1990, la prevalencia para marihuana mostró un aumento discreto, En Costa Rica el consumo de marihuana alguna vez en la vida fue de 3,9% y la incidencia del consumo es de 1,05 por mil personas, en la población con edades entre 12 y 70 años, residentes en un hogar al momento de la encuesta. (Cuadro 8)

El consumo de por vida de cocaína mostró un incremento en comparación al año 1990, la prevalencia para 1995 fue de 0,9%. La evolución del consumo de crack ha sido importante en el quinquenio 1990 – 1995. Según la encuesta de 1995, la prevalencia de vida de consumo de crack era 0,4% > idéntica a la prevalencia general de drogas ilícitas encontrada en 1990. (Cuadro 8)

Cuadro 8: Prevalencia de vida de consumo de drogas lícitas. Costa Rica 1990 – 1995 (Valores porcentuales)

Droga	1990	1995
Marihuana	3.7	3.9
Cocaína	0.5	0.9
Crak	0	0.5

Fuente: Bejarano.J.; Carvajal.H.; San Lee. Consumo de drogas en Costa Rica / Resultados de la encuesta nacional de 1995 . San José, Costa Rica, IAFA, 1996, pp: 101

Las edades promedio de inicio para el consumo de marihuana, cocaína y crack son 18,55, 22.1 y 24.4 años respectivamente. El consumo de sustancias ilícitas, tanto la experimentación como el abuso, está centrado en el varón.

El consumo de drogas es un problema prioritario para el país, no obstante, esto no fue complementado con una suficiente asignación de recursos y el establecimiento de programas eficaces para su prevención y el tratamiento. El consumo de drogas constituye una prioridad en la salud pública del país que merece una respuesta nacional, para evitar las consecuencias directas e indirectas que pueda tener para el individuo, la familia y la sociedad. Esto obliga al Estado costarricense a presupuestar y gestionar recursos económicos para desarrollar mejores programas de prevención y tratamiento y aunar los esfuerzos mediante una estrategia nacional que aborde en problema en todos sus ámbitos.

El consumo de drogas en adolescentes

En estudios realizados con adolescentes de 10 a 18 años se encontró que existe una tendencia relativamente alta hacia el consumo de drogas ilegales en el grupo de consumidores, mientras que entre los estudiantes es baja. Es preocupante el grado de consumo de alcohol y tabaco, la brecha cada vez menor de consumidores por sexo y la disminución en la edad de inicio del consumo. La edad promedio de primer consumo oscila entre los 11 y los 14 años en los diferentes subgrupos de adolescentes estudiados. (Cuadro 9).

La población estudiantil consumió principalmente drogas lícitas; alcohol (50,8%), tabaco (15,3%), Los sustancias inhalables las consumieron sólo un 0,8%, y un 0,6% consumió drogas ilícitas. Pese a las diferencias en los patrones de consumo de los diversos subgrupos estudiados, las drogas más consumidas en todos los casos fueron el alcohol y el tabaco. (Cuadro 9).

En adolescentes de la calle, las drogas más consumidas fueron el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas. Del total de consumidores de drogas ilícitas en este subgrupo, el 53,8% consumió crack el 31% cocaína y el 15,2% marihuana. El consumo de drogas ilícitas en este subgrupo fue de 52.6%. (Cuadro 9).

En adolescentes infractores la droga mas consumida fue el tabaco (78,8%), seguida por el alcohol (74,1 %). Aunque también se presentó un elevado consumo de drogas ilícitas (33%), éste fue menos que el que prevaleció entre los jóvenes consumidores de la calle y tratamiento. Del total de consumidores en este subgrupo el 40.2% consumió marihuana, el 27.6% crack: , y el 25.2% cocaína. (Cuadro 9).

Los adolescentes en tratamiento presentaron los mayores porcentaje de consumo: un 94,8% alcohol, 81.1% tabaco y un 53.2% drogas ilícitas, dentro de estas la marihuana fue la droga más consumida (37%), el crack (36.6%) y la cocaína (25.8%). (Cuadro 9).

Cuadro 9: Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes en los últimos 12 meses, según grupo de estudio. Costa Rica 1995

Droga	Estudiantes	Infractores	Calle	Tratamiento
Alcohol	50.8	74.1	89	94.8
Tabaco	15.3	78.8	74	81.1
Tranquilizantes	2.2	33.8	2	14.6
Inhalables	0.8	56.3	2	21.9
Anfetaminas	1.43	22.5	1	13.4
Lícitas	0.6	31.8	52.6	53.2

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

El estudio del consumo de drogas en otras poblaciones (Cuadros 10 y 11) , las cuales usualmente no son contempladas en las encuestas nacionales, revela un panorama distinto. La información proveniente de dichos estudios constituye un complemento de la información recabada en la población general y en otros estudios cuyo foco de interés es diferente.

Así, uno de los sectores más problemáticos es el de las personas privadas de libertad. Los datos recopilados por el IAFA durante varios años revelan la existencia de una situación particularmente delicada. El Cuadro 10 muestra algunas prevalencias de consumo de marihuana, cocaína, crack y heroína en la Unidad de Admisión de San Sebastián.

Cuadro 10: Prevalencia de vida de consumo de marihuana, cocaína y crack. Unidad de admisión Cárcel Central de San José "San Sebastian", 1992 - 1996 (Valores porcentuales)

Droga	1992	1993	1994	1995	1996
Marihuana	52.3	67	59	39.7	40.8
Cocaína	24	49.5	43	32.2	21.8
Crack	(*)	47	45.8	39.7	25.9
Heroína	(-)	2.3	4.1	2.1	0.6

(*) En este año no se preguntó por el consumo del crack

(-) No se registró información

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Los resultados en un centro de régimen de confianza, hallados en 1996, según se presentan también en el Cuadro 11, revelan una situación diferente, si se la compara con lo encontrado, ese mismo año, en el Centro Institucional de San José. Es posible que las diferencias obedezcan más a razones de orden metodológico que a diferencias reales. Pese a esto, la evidencia es contundente en cuanto a la severidad del problema.

Cuadro 11: Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilícitas, por tipo de drogas, según tipo de prevalencia. Centro Semi Institucional San Agustín. Costa Rica 1996

Droga	Tipo de Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Marihuana	48.3	19	5.2
Cocaína	31	5.2	-
Crack	29.3	3.4	1.7

(-) No se obtuvo reporte del consumo

Fuente: Saenz.M.; Bejarano.J.; Alvarado. R.; Briceño. G.; Privados de libertad y drogas. Experiencias en un régimen de confianza. Revista de Medicina Legal, Vol. 15. 1- 2, 1998 (65 – 66) , Costa Rica

Otra fuente relevante de información es el sistema Hospitalario, específicamente los servicios de urgencias, en los cuales la prevalencia de consumo de sustancias ilícitas, según lo refieren los pacientes que allí acuden, han mostrado ser mayor que lo hallado en la población general. Esta información de salas de emergencia se registra durante un periodo específico del año, generalmente durante una semana, las 24 horas del día.

Cuadro 12: Prevalencia de vida de consumo en marihuana, cocaína y crack, en población ingresada a la sala de emergencias del Hospital San Juan de Dios, 1992 - 1996. (Valores porcentuales)

Drogas	Julio – 92	Febrero – 93	Febrero – Marzo, 94	Junio – 95	Agosto 96
Marihuana	3.3	7	5.1	8.7	9.3
Cocaína	1.9	3	2.7	4.3	3.6
Crack	0	2	1.8	4.9	3.8

Fuente: Bejarano.J.; Saénz.M. Consumo de drogas en personas ingresadas en la sala de emergencia del Hospital San Juan de Dios. Costa Rica, 1992 – 1996. Revista Costarricense de Salud Pública (En prensa)

En la segunda parte de la década de los años noventa es posible que las variaciones en el perfil nacional de consumo de drogas sean más importantes que a inicios del decenio. A manera de ejemplo, información inédita proveniente de la encuesta de evaluación del Proyecto preventivo Trazando el Camino, indica que la prevalencia de vida de consumo de cocaína en estudiantes de séptimo año en el nivel nacional es idéntica a la que se encontró seis años antes en estudiantes de décimo y onceavo años. Esto es coherente, y quizás resultado, de una aparente tendencia al alza en la embriaguez y tabaquismo tempranos.

Estudios inéditos recientes realizados en población escolar de 5to y 6to grado de la población de Limón (Talamanca y Matina N= 834) revelan una iniciación temprana en el consumo de alcohol y tabaco. El rango de edad más crítico y vulnerable para el inicio de consumo de estas drogas en esta población se enmarco entre los 10 y 12 años de edad. La edad promedio de inicio se define a los 11 años, lo cual implica que estos niños se estarían iniciando 4 años más temprano que el resto de la población adolescente del país.

Ha llamado la atención que no se encontraran, diferencias en cuanto a la edad de inicio entre hombres y mujeres, ni entre 5tos y 6tos grados.

Un 20% de la población ha recibido oferta de drogas tanto lícitas como ilícitas, en algún momento de su vida y también un 20% admite haber consumido alguna vez. De las personas que afirman haber recibido oferta para consumir alguna vez, un 51% ha sido tabaco y un 43% ha recibido oferta de alcohol, seguido por marihuana (11 %), crack (3%) y cocaína (2.4%).

A manera de conclusiones

Al considerar a la población total de Costa Rico, se prevé para los próximos años un aumento en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, en especial si persiste la introducción de estilos de vida foráneas y si se deterioran otras condiciones (valores, nivel socioeconómico, educación). Otro elemento por destacar se refiere a la oferta y demanda mundiales de drogas y su posible impacto junto al de la represión internacional del narcotráfico, sobre la oferta y demanda locales.

La respuesta de la sociedad costarricense ante las adicciones

De la Liga Antialcohólica al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (1925 – 2000)²

Costa Rica ha enfrentado el problema de las adicciones de manera organizada desde el año 1925, en que se conforma la Liga Antialcohólica, integrada de manera voluntaria por ciudadanos/as sensibles ante el problema del alcoholismo. La Liga Antialcohólica tomó como base para orientar y consolidar su trabajo la Cartilla Antialcohólica, publicada en 1925 por la Secretaría de Educación Pública. Fue la primera organización en el país que luchó por el reconocimiento del alcoholismo como un problema social, generando el interés de las autoridades de salud sobre este asunto.

La Liga Antialcohólica es el precedente inmediato de la iniciativa gubernamental denominada Comisión Sobre Alcoholismo (1954 - 1973), fundada por decreto gubernamental Nro. 11 del 10 de Noviembre de 1954, que contando con presupuesto del Gobierno, realizaba investigaciones³, brindaba tratamiento médico y psicosocial, orientación a la familia, educación en comunidad, prevención y divulgación de la enfermedad. Poseía un centro de atención en San José, inicialmente ubicado en el Paseo Colón y posteriormente contiguo al Hotel Balmoral, de cobertura nacional en función de la demanda, donde se proporcionaba orientación familiar y se trataba al sujeto afectado

Normalmente, la familia llevaba al paciente directamente, no existía lo que hoy denominamos una red de referencia y contrarreferencia. Personajes insignes de esta iniciativa gubernamental son la Dra. Irma Morales de Flores y la Sra. Carmen Nieto de Madrigal, entre otros.

Históricamente, la Comisión representa la primera iniciativa gubernamental sobre el alcoholismo como problema social. Es pionera en investigación, organización de consulta externa, internamiento⁴ y prevención. Constituye el antecedente inmediato del Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), fundado en el año 1973, a través de la Ley 5412 conocida como Ley Orgánica del Ministerio de Salud, como organismo que substituye para todos los efectos la Comisión sobre Alcoholismo.

El INSA asume funciones de investigación⁵, prevención, educación, adiestramiento, control de propaganda de las bebidas alcohólicas, atención integral del enfermo alcohólico, alcohol y alcoholismo en la empresa, entre otras. La atención era brindada por médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería.

Durante este período la institución se traslada a un edificio propio en el barrio La Granja de San Pedro de Montes de Oca, donde estaba ubicada la consulta externa, el internamiento para mujeres y oficinas de investigación y prevención. La rehabilitación se realizaba en el Centro Nacional para Atención al Alcohólico en Tirras de Curridabat. Además, el INSA, brindaba apoyo técnico y económico a diferentes asociaciones civiles en el país dedicadas a brindar ayuda al sujeto alcohólico y su familia. Las más relevantes de estas asociaciones estaban ubicadas en Cartago, San Ramón, Puriscal, entre otras.

El INSA es pionero en la realización de investigaciones epidemiológicas a nivel nacional sobre el problema del alcoholismo. La atención ambulatoria y el internamiento del paciente afectado sufrieron un salto de calidad en términos del desarrollo de la integralidad de la atención, enfrentándose el problema del sujeto adicto al alcohol y sus familiares desde una perspectiva médica, psicológica, social y farmacológica.

² Información proporcionada por el Dr. Keneth Avila

³ Realizó la Ira Encuesta Nacional sobre hábitos de ingestión de alcohol en Costa Rica

⁴ Establece el Albergue San Rafael, en San José, con 17 camas, en 1970

⁵ Ingestión de alcohol en Costa Rica, El alcoholismo en la ciudad de Limón; El alcoholismo en el Cantón de Matian; El alcoholismo en el Cantón de Talamanca, todas realizadas en 1984.

En la década de los ochenta, aparece intensamente en el país el uso y abuso de drogas tales como la marihuana, cocaína (crack), sustancias inhalables (pegamentos), hongos alucinógenos y otros. Esta situación generó nuevas demandas de atención en términos de adicciones y, como respuesta, el Poder Legislativo creó en 1984 el Instituto sobre Alcoholismo y Fármacodependencia (IAFA), por Ley 7035 del año, publicada el 12 de Mayo de 1986.

El IAFA, tiene como misión la investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y la aprobación de programas públicos y privados dedicados a combatir las adicciones en coordinación con el Ministerio de Salud y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Desarrolló la integralidad de la atención al sujeto adicto y su familia, creando protocolos para el abordaje de los diferentes tipos de adicciones.

En investigación, ha realizado dos encuestas nacionales quinquenales sobre el consumo de drogas en el país y está prevista a realizarse la próxima en el año 2000. La información que generan estas encuestas son la fuente principal para conocer el comportamiento del problema de las adicciones a nivel nacional y para formular planes y programas en este sentido.

En las instalaciones del IAFA, se brinda consulta externa al paciente adicto y su familia, atención de urgencias de desintoxicación ambulatoria y orientación a las familias y al público en general. Como parte de los dispositivos de atención está disponible una línea directa en horas laborales, abierta al público interesado y a las personas afectadas. También, coordina estrechamente con programas contra las adicciones puestos en práctica por diferentes asociaciones, ONGs y fundaciones.

El IAFA está organizado a nivel nacional en nueve regiones, donde se encuentran destacados cincuenta promotores que se dedican a coordinar con grupos organizados, colegios y escuelas, la prevención integral de las adicciones, fomentando estilos de vida saludables.

Actualmente se encuentra en el proceso de trasladar las funciones de atención integral al adicto y su familia a la CCSS.

En la página siguiente puede apreciarse gráficamente la secuencia histórica del abordaje del problema de las adicciones en el país.

Ilustración 1: Iniciativas históricas para enfrentar las adicciones en Costa Rica



Reforma y modernización del sector salud: el nuevo rol de la CCSS en la atención a las adicciones

El proyecto de reforma y modernización del sector salud: base del nuevo rol de la CCSS⁶

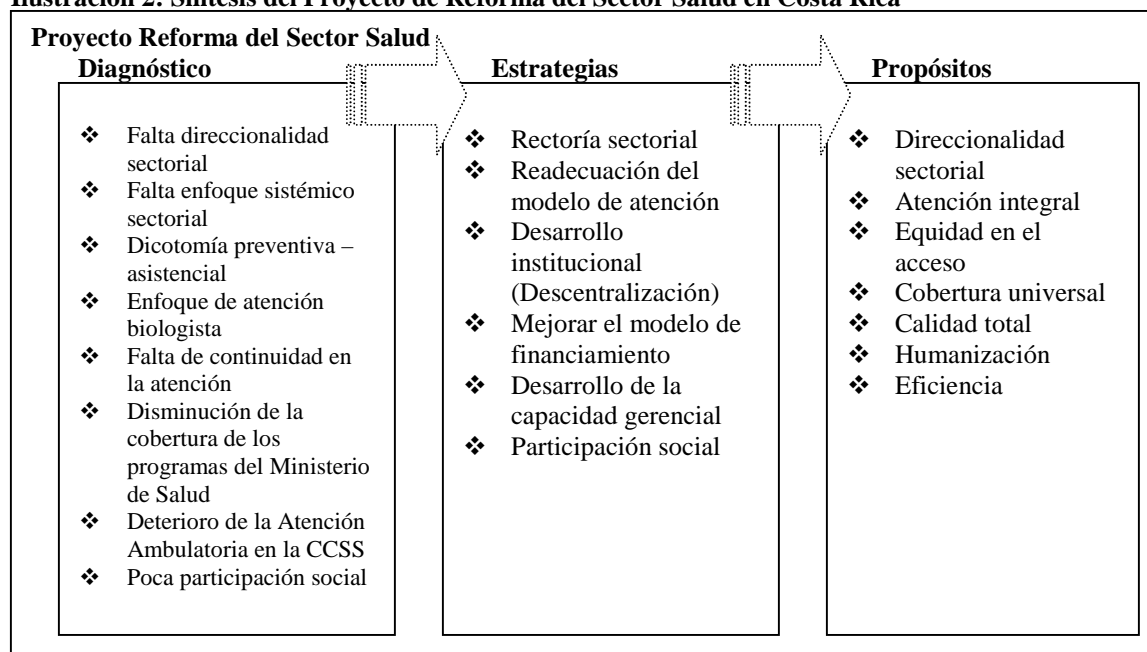
En los últimos años el país ha experimentado un proceso de deterioro económico importante, acompañado de signos cada vez mas evidentes de ineficacia y crecimiento burocrático del aparato estatal, haciéndose manifiesto mediante una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del Sector Salud, con importantes implicaciones en la eficiencia de las instituciones que lo componen, produciendo que el ritmo del progreso en el nivel de desarrollo sociales se redujera, algunos indicadores disminuyeran su tasa de crecimiento y otros incluso empeoraran.

Este deterioro ha llevado al Estado a impulsar un proceso de modernización y una revisión de las políticas de financiamiento del Sector Público, con el fin de aumentar la eficiencia en la administración de los recursos.

En lo que concierne al Sector Salud, se plantea una serie de desafíos, para lo cual se requiere de la definición política necesaria, con el fin de superar tales limitaciones.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRSS) busca corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del Sector Salud e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por lo tanto, representa un amplio proceso de desarrollo institucional a nivel sectorial, el cual tiene como propósito garantizar el ejercicio de la rectoría del sector por parte del Ministerio de Salud y la adopción de un enfoque de atención integral y continuo de la salud de las personas y el ambiente, a partir de la ejecución de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación de servicios de salud, todo con el fin de fortalecer la capacidad de dirección y planeación sectorial y mejorar la cobertura, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ambiente de operación de los servicios de salud, acorde con las necesidades de la población en función de las condiciones económicas del país.

Ilustración 2: Síntesis del Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica



⁶ Basado en “CCSS. *Proyecto de reforma del sector salud / Resumen*. San José, Costa Rica, mimeo, 1994, pp: 46 “

Los propósitos anteriores se lograrán mediante el desarrollo y ejecución de los siguientes componentes del proyecto:

1. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud
2. Readecuación del modelo de atención
3. Fortalecimiento institucional de la CCSS
4. Financiamiento
5. Sistema de información
6. Sistema de suministros
7. Capacitación, formación y fondo nacional
8. Fortalecimiento institucional INCEINSA

El objetivo general del fortalecimiento institucional de la CCSS está planteado sobre la base de producir un desarrollo de la organización institucional que le permita acompañar los procesos de cambio que en materia de prestación de servicios de salud con un enfoque integral, debe afrontar en los próximos años.

El objetivo general de este componente es el de fortalecer y desarrollar la estructura y organización funcional de la CCSS, para que pueda cumplir eficientemente la MISIÓN de la institución, mediante una readecuación de su organización y estructura, el desarrollo de sistemas operativos y funcionales adecuados a las principales funciones institucionales y finalmente mediante el desarrollo de una estrategia de cambio y modernización que garantice una producción de servicios de calidad y eficiencia para la población beneficiaria.

El proceso de reforma y modernización del sector salud, entre otros aspectos, afecta a la CCSS en materia de adicciones, porque el Ministerio de Salud y el IAFA asumen un rol de rectoría, trasladando diferentes funciones operacionales a la CCSS, entre ellas la prevención, atención y rehabilitación al adicto y su familia.

Este proceso de traslado de funciones se ha venido promocionando desde los 90s, pero es en los últimos años (1998 – 2000) que se ha intensificado la demanda de que la CCSS se haga cargo de la prevención, atención y rehabilitación al adicto y su familia. Proceso que hasta la fecha actual continúa gestándose.

La experiencia de Golfito: un precedente de referencia

Síntesis de la experiencia

El origen de esta experiencia se remonta al año 1990, cuando el IAFA puso en práctica una política de descentralización de la atención al adicto, formando equipos de atención al adicto en las diferentes clínicas y Hospitales de la CCSS. Se formaron en el IAFA 10 equipos⁷ de capacitación para ir a 10 regiones del país. El equipo mas experimentado, posteriormente se hizo cargo de la capacitación en el ámbito nacional.

En la CCSS se tomaron durante el período 1986 – 1998, diferentes iniciativas administrativas aprobadas por la Junta Directiva destinadas a brindar desintoxicación ambulatoria y bajo internamiento en el ámbito nacional, así como capacitar en el sistema Hospitalario y clínicas del país, equipos interdisciplinarios para que atendieran en la consulta externa los casos de adicciones.

Dentro de este marco de intereses coincidentes de ambas instituciones se genera la experiencia de Golfito. La misma comienza en el mes de Diciembre de 1991 y termina en Diciembre del 96 como una experiencia local consolidada, formando parte de la rutina de la unidad.

En Dic. 91 se presenta a la dirección médica del Hospital el proyecto a ser desarrollado. Una vez aprobado, se logra consolidar el equipo de atención al adicto, a quienes se les brindó por parte del IAFA asesoría, consultoría, supervisión, entrenamiento clínico y seguimiento. Los integrantes de este equipo debían tener disposición personal para el trabajo con los adictos, estar dispuestos a recibir capacitación y a continuar cumpliendo con los otros compromisos adquiridos con el Hospital.

Durante el período de conformación y seguimiento del equipo local, se pusieron en práctica los siguientes pasos:

1. Programas anuales: mediante la orientación y asesoría se planearon actividades a desarrollar en el servicio de desintoxicación, consulta externa, unidad de internamiento, centro de rehabilitación y la comunidad.
2. Sensibilización e información a los diferentes servicios del Hospital, sobre el concepto de enfermedad adictiva, carrera adictiva, recaída y otras.
3. Capacitación continua al equipo local en la problemática del sujeto adicto y su familia.
4. Talleres impartidos sobre detección y referencia del paciente adicto, dirigidos a grupos seleccionados del Hospital y a grupos de salud comunitaria de la región, que colaboran con la CCSS.
5. Red colaborativa, se informó y orientó sobre diferentes grupos de autogestión que existen en el país con el fin de contar con estos recursos a nivel local, como fuente de referencia para la población afectada.
6. Intervención comunitaria, al respecto se realizaron actividades como:
 - 6.1. Participación en programas de Radio Golfito
 - 6.2. Divulgación del programa en la revista Panorama del Sur.
 - 6.3. Mesas redondas y cine forum, sobre la problemática adictiva y su repercusión en la comunidad.
 - 6.4. Visitas estratégicas domiciliarias para brindar tratamiento a familiares adictos pertenecientes a familias influyentes de la comunidad que apoyaron el programa.

El equipo de atención⁸ al adicto del Hospital creó, para este tipo de pacientes, la consulta externa y la atención en urgencias para el tratamiento de desintoxicación ambulatoria y Hospitalaria.

⁷ A estos equipos se les solicitaba que tuvieran las siguientes características: voluntariedad, con disposición para el trabajo en la comunidad y conscientes de que iban a ser evaluados por los equipos que iban a capacitar.

⁸ Integrado por: Dr. Jorge Brenes Durán, T.S Xinia Fonseca Castillo, Dra. Ana Solano Rodríguez, Dr en farmacia Luis Fernando Bustos Villafuerte, Sra. Eulogia Concepción Chávez

Como parte de los productos del proyecto, al concluir el mismo se obtuvo un formato de evaluación para ser utilizado por parte del equipo de atención al adicto del Hospital, dirigido a evaluar los siguientes aspectos del proyecto:

1. conocimientos teórico prácticos recibidos,
2. servicios de interconsulta y asesoría del IAFA,
3. material de apoyo aportado por el equipo asesor,
4. programa de seguimiento del equipo asesor,
5. efectos del curso de sensibilización al personal del Hospital,
6. necesidad de cursos de refrescamiento periódicos,
7. permanencia o rotatividad del coordinador del equipo de atención al adicto a la unidad,
8. tipo de experiencia obtenida durante el trabajo práctico,
9. impacto del programa en la comunidad,
10. trabajo realizado por la ONG “Centro de Rehabilitación y Recuperación al adicto (CERRA)”

A continuación, se presentan los cinco componentes básicos de abordaje de la problemática del paciente adicto y su familia, implementados en el Hospital de Golfito.

Ilustración 3: Componentes básicos del modelo de atención al paciente adicto y su familia en el Hospital de Golfito

Equipo básico Asesor del IAFA

- ❖ Unidad de Consulta Externa
- ❖ Servicio de desintoxicación en la Unidad de Urgencias
- ❖ Servicio de tratamiento al farmacodependiente en el Servicio de Medicina
- ❖ Red Colaborativa Local de Grupos de Autogestión
- ❖ Centro de Rehabilitación al Adicto

Equipo de atención al adicto del Hospital de Golfito

Las lecciones aprendidas

Es posible establecer un modelo comunitario de atención al paciente adicto y su familia

La asesoría del nivel nacional es un factor facilitador y animador para la organización y ejecución del modelo

Los equipos de trabajo integrados tuvieron como valores fundamentales el compromiso, la disponibilidad, el trabajo voluntario, las creencia en el proceso adictivo como enfermedad, aceptar al adicto como paciente y la disposición de trabajar en el escenario comunitario⁹.

La ejecución de un programa de sensibilización destinado a los trabajadores administrativos y de atención de la unidad prestadora de servicios, generó un incremento de la conciencia con relación a la condición del adicto como paciente.

La organización de un programa de educación continua alrededor de las adicciones ejecutado por el equipo de atención al adicto, dirigido al personal médico y paramédico, favoreció el manejo del sujeto adicto y su familia y la continuidad del modelo comunitario de atención

Es factible la atención del sujeto adicto en los servicios de emergencia y consulta externa, y la coordinación con la red comunitaria de soporte social para su atención y rehabilitación. Esta red demostró que una vez que el sujeto adicto egresa de los centros comunitarios de atención y rehabilitación, poseen la capacidad de darle seguimiento.

Quedó patente que el temor de las jefaturas de medicina y enfermería de saturar los servicios de urgencia y Hospitalización con los pacientes adictos es un mito, ya que con un buen servicio de desintoxicación ambulatoria, apoyado por un sistema de redes comunitarias colaborativas para la referencia y el internamiento, se logra evacuar esta población a los servicios comunitarios existentes.

Los miembros de los equipos de atención al adicto pueden apoyar la implementación del modelo cuando son reubicados en otras unidades

Es necesario contar con material de divulgación de calidad y cantidad suficiente con relación al modelo, de ser posible, específico para los trabajadores de salud, el adicto y su familia y la comunidad en general.

El modelo puede ser reproducido en otros centros de atención.

El nuevo rol de la CCSS en perspectiva

Visión

La Caja Costarricense de Seguro Social se desempeñará como una institución de prestigio y líder en la atención a la enfermedad adictiva y sus repercusiones en el individuo y su familia, brindándoles en el escenario institucional y comunitario un servicio oportuno, eficaz, eficiente y de calidad, con una cobertura nacional.

Establecerá una alianza estrecha con la red comunitaria de programas públicos y privados que atienden esta población y con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), implementando en todo el país acciones de capacitación, tratamiento médico social y rehabilitación.

Desarrollará acciones de capacitación teórica y práctica en las regiones de salud, dirigidas a equipos integrales de atención al adicto y grupos comunitarios. Organizará servicios de urgencia para desintoxicación ambulatorio y bajo internamiento. Desde la consulta externa promoverá un abordaje médico social del adicto y su familia. De manera ágil referirá pacientes desintoxicados a los programas y grupos de rehabilitación que están trabajando en la sociedad civil.

En el proceso de atención al adicto y su familia, la CCSS promoverá una mística basada en una actitud de servicio, calidez y excelencia técnica, el compromiso personal y la ética profesional.

⁹Organización de foros y mesas redondas, participar en entrevistas radiales, contribuir a la preparación de mensajes de promoción del proyecto para la prensa hablada y escrita local

Misión

Brindar atención integral a la persona adicta y su familia, dentro de parámetros de equidad, calidad, eficiencia, eficacia y convergencia social

Pertinencia del proyecto con relación al Plan Estratégico Corporativo, Mayo 2000¹⁰

El proyecto forma parte de la ejecución de los siguientes lineamientos estratégicos globales corporativos, en el marco de los requerimientos del país, dentro de una realidad institucional de gestión desconcentrada.

- ✓ Con relación a la CCSS como corporación
 - Mayor enfoque hacia la satisfacción de las necesidades del cliente
 - Mejora en la calidad trato e información en la prestación de los servicios
 - Mas accesibilidad a los servicios y atención mas oportuna
 - Servicios mas adaptados a las necesidades de la población local
- ✓ Con relación a los objetivos específicos de la provisión de servicios
 - Consolidar el modelo de atención integral en salud a nivel nacional
 - Replantear y consolidar la organización y funcionamiento de la red de servicios de salud
 - Promover la creatividad e innovación en la gestión local en respuesta a sus necesidades específicas
 - Garantizar la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud
 - Desarrollar modelos alternativos y / o complementarios de atención hospitalaria tendientes a proyectar los hospitales hacia las comunidades
 - Fortalecer la proyección a la comunidad de las unidades ambulatorias como parte de la atención integral en salud
- ✓ Con relación a los objetivos específicos de servicio al cliente
 - Estimular el servicio al cliente como elemento de la cultura organizacional
 - Diseñar y ejecutar programas de capacitación y formación al personal en calidad y cultura de servicio al cliente
 - Diseñar e implementar un programa para la oportuna atención de los servicios de salud
- ✓ Con relación a impulsar el desarrollo del recurso humano, como principal activo de la Corporación
 - Identificar y potenciar el personal clave como agentes de cambio dentro del enfoque corporativo
 - Establecer mecanismos para la participación del recurso humano en la implementación de los objetivos de la Corporación
 - Fomentar la labor en equipo como estilo de trabajo de la Corporación
 - Establecer alianzas estratégicas con instituciones formadoras de recursos humanos, para su adecuación a los requerimientos de la Corporación
- ✓ Con relación al objetivo estratégico de otorgar mayor autonomía a los establecimientos de salud
 - Reorganizar el nivel central y regional de la CCSS, con miras a fortalecer la desconcentración y consecuentemente al nivel local
 - Fortalecer las unidades de producción de servicios de la Corporación
 - Transferir competencias paralelamente con los recursos pertinentes, así como compartir las responsabilidades y riesgos correspondientes.
- ✓ Con relación al objetivo estratégico de promover la investigación y desarrollo en seguridad social
 - Desarrollar e implementar un sistema integrado de información corporativo que comprenda desde las unidades autónomas hasta el nivel corporativo en sus diferentes ámbitos, como herramienta para la toma de decisiones

¹⁰ Basado en el “Plan estratégico Corporativo, Mayo 2000, CCSS”

- ✓ Con relación al objetivo estratégico de desarrollar estrategias que garanticen la construcción de una cultura corporativa que trascienda y beneficie al cliente
 - Definir e implementar los cambios organizacionales y funcionales necesarios para que la CCSS opere corporativamente
- ✓ Con relación a el objetivo estratégico de asegurar al cliente la provisión de servicios de salud
 - Definir la cartera de servicios y productos por adquirir
 - Desarrollar la capacidad de negociación y contratación de la corporación

Finalidad

Establecidas y en marcha iniciativas del Gobierno y la Sociedad Civil en Costa Rica para enfrentar las adicciones como problema de salud pública

El FIN del proyecto señala y subraya la tendencia histórica del abordaje del problema social y de salud pública que representan las adicciones desde dos ángulos diferentes pero complementarios: el Gobierno y la Sociedad Civil; como el *eje central* a partir del cual la sociedad costarricense ha venido organizando la respuesta social ante este problema.

La historia recorre un percurso que inicia con la Liga Antialcohólica (1925) y se entiende hasta nuestro días con el *nuevo rol* que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) debe jugar en la atención a la persona adicta y su familia. Durante todo este período, destaca con luz propia la actuación en el campo de las adicciones de la red comunitaria de organismos de la sociedad civil.

El FIN del proyecto coloca a la CCSS como una de las instituciones especializadas en el tema de adicciones, compartiendo esta responsabilidad con el CENADRO, IAFA, la red comunitaria y los grupos de autoayuda; pero con características propias reflejadas en un cuadro de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, estimadas a la fecha actual, que se convierten en la plataforma de lanzamiento del *nuevo rol* de la institución sobre el tema de adicciones, que actualmente la evolución histórica levanta como una responsabilidad y un desafío.

El FIN, ubica a la CCSS de una manera diferente en el proceso de producción social de la salud en el campo de las adicciones. Resalta el compromiso de la institución para evolucionar gradualmente hacia una institución *especialista* en este tema, aprendiendo sobre la marcha de manera sistemática; subraya la necesidad de la coordinación en la acción con otros actores sociales que han acumulado experiencia sobre diferentes aspectos del abordaje de la enfermedad adictiva en el país.

Para la consecución de este FIN concurren diferentes acciones generadas por diversos actores. Aunque fuera de la responsabilidad directa de los gerentes del proyecto en la CCSS, el FIN representa la suprameta en la cual se inscriben tanto el propósito del proyecto como los resultados esperados, ambos directamente relacionados con el *nuevo rol* de la CCSS en el campo de las adicciones.

Propósito

La población adicta del país tendrá acceso a los servicios de la CCSS en los mismos términos de equidad, calidad, eficacia y eficiencia, que otros usuarios

El propósito responde a la pregunta ¿Cómo contribuye el proyecto a la consecución del FIN, desde la perspectiva de la población asegurada en el país? El concepto clave de esta respuesta es *acceso* a los servicios de la CCSS en los mismos términos que otros usuarios. Esta es la contribución específica de la CCSS a la suprameta enunciada en la finalidad del proyecto.

Por que este aspecto se convierte en el nudo crítico mas relevante de la relación entre el paciente adicto y su familia con los servicios de atención a las personas que ofrece la CCSS? La respuesta radica en la ausencia de una cultura organizacional en la institución que reconozca y distinga al paciente adicto como portador de una “enfermedad adictiva” que tiene una “historia natural” propia, y que por ende, puede ser objeto de acciones de promoción y prevención de la salud, atención y rehabilitación.

Para alcanzar este propósito el proyecto propone dos resultados esperados. Uno de ellos – el mas destacado – dirigido a los asegurados en general – y el otro dirigido a los empleados de la institución. Ambos, tanto el programa de atención integral al adicto – esencia del primer resultado esperado – como la implementación de un modelo de atención a los trabajadores adictos de la institución – esencia del segundo resultado –, apuntan a construir una nueva cultura de atención al adicto y su familia basada en el reconocimiento de la adicción como una enfermedad y su abordaje dentro de parámetros institucionales de calidad, equidad, eficiencia, eficacia, el concepto de red de atención y la coordinación extrainstitucional con la red comunitaria y otros involucrados.

Estrategias

- 1) Coordinar planes, programas y proyectos con el Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Centro Nacional de Drogas (CENADRO) y otras instituciones de interés, tales como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), entre otros
- 2) Movilizar recursos de cooperación técnica internacional para apoyar la ejecución del programa nacional de atención al adicto y su familia
- 3) Estimular la coordinación permanente con los grupos de autogestión y la red comunitaria para la rehabilitación de la persona adicta en su localidad.
- 4) Sensibilizar a líderes institucionales de proyección nacional, regional y local.
- 5) Implementar iniciativas de mercadeo social con relación a las adicciones como problema de salud pública, el programa nacional y local de atención integral al adicto y su familia desde los servicios de la CCSS y el programa de atención integral al empleado adicto y su familia.
- 6) Capacitar a los equipos de salud mental en el ámbito nacional sobre la enfermedad adictiva, sus consecuencias y alternativas de tratamiento, y organizar un programa de educación permanente sobre este tema.
- 7) Bindar apoyo técnico a los equipos de salud mental por un período mínimo de seguimiento de por lo menos dos años y realizar evaluaciones del desempeño de los equipos de salud mental sobre el tema de adicciones.
- 8) Identificar indicadores sobre el tema de adicciones para incorporarlos en los compromisos de gestión
- 9) Estimular que la atención al adicto y su familia posea en las unidades de prestación de servicios espacio físico y recurso tiempo específico para estos fines.
- 10) Coordinar con el Dpto. de Estadísticas iniciativas para mejorar el registro, procesamiento y uso de datos asociados a la enfermedad adictiva

Situación actual y al finalizar la primera fase de operación del proyecto en el año 2002

Las iniciativas de organización de la atención al adicto y la realidad de la atención

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado en la práctica, con relación a la atención de las adicciones, acciones aisladas y el proceso de atención al paciente adicto carece de integralidad y coordinación con las iniciativas en curso de la sociedad civil.

A manera de ejemplo y en términos generales, el proceso de atención de un paciente adicto en un servicio de urgencia puede ser resumido de la siguiente manera: el paciente intoxicado llega a los servicios de urgencia de la institución y es atendido de oficio de acuerdo a la patología médica y/o psiquiátrica asociada, y no en razón a la adicción en sí. Posteriormente, como norma general, el paciente no se refiere a la red de soporte social comunitaria integrada por diferentes ONGs para la rehabilitación correspondiente. Como el paciente no se capta en esta red de apoyo social comunitario se convierte en un usuario crónico de los servicios de urgencia de la institución.

Si el paciente es internado en uno de los Hospitales de la institución, supera el episodio agudo y al egresar, en ocasiones, algunos son referidos a la red de soporte social comunitaria y otros no.

Algunas unidades de la institución¹¹, que cuentan con equipos de atención al adicto, brindan atención médica social realizando diferentes acciones:

1. Gestionan internamiento Hospitalario
2. Recomiendan internamiento en las ONGs
3. Refiere a pacientes intoxicados a urgencias
4. Realizan intervenciones con la familia.

¹¹ Hospital de Golfito, Hospital de Liberia, Hospital de Heredia, Clínica Marcial Rodríguez de Alajuela, entre otros

Ahora bien, aunque lo anteriormente mencionado es la práctica común, las autoridades de la CCSS han mostrado su preocupación por la atención al adicto y han tomado iniciativas administrativas en este sentido. A saber:

Tabla 1: Iniciativas administrativas en la CCSS para abordar el problema de las adicciones

Administración	Iniciativa
Administración 1986 - 1990	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El Gerente de la División Médica de la CCSS, Dr. Edgar Cabezas Solera (11 de Enero 1989), envía un comunicado al Consejo Técnico Ampliado de la Institución, donde comunica las directrices del Consejo Nacional de Drogas respecto al Plan de Atención al Farmacodependiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer en el sistema Hospitalario y clínicas del país la consulta de desintoxicación ambulatoria y bajo internamiento a todos los sujetos con problema de alcoholismo y otras dependencias de acuerdo a su área de atracción ▪ Capacitar en el sistema Hospitalario y clínicas del país, un equipo interdisciplinario (Médico general, trabajador social y enfermería) para que atienda en las consultas externas los casos de alcoholismo y farmacodependencia.
Administración 1990 - 1994	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El 21 de Agosto de 1990, el Dr. Elías Jiménez Fonseca, Presidente Ejecutivo de la Institución ratifica las directrices descritas anteriormente y que deben de aplicarse en la Caja para apoyar dicho plan.
Administración 1994 – 1998	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El 10 y 11 de febrero de 1998 se realiza un seminario taller “Estrategia para el manejo de la problemática para adicción al alcohol y otras drogas en la atención integral del paciente y sus familiares en la CCSS”. Sede: Escuela social Juan XXIII, Dulce Nombre de Tres Ríos. ✓ A raíz de este taller, la Junta Directiva de la Institución emitió el 28 de Abril de 1998 en la sesión Nro. 7219, artículo 26, la resolución donde se aprueban las “Estrategias para el manejo de la problemática de adicción al alcohol y otras drogas en la atención integral del paciente y sus familiares en la CCSS” y se crea la “Oficina de orientación y ayuda en adicción al alcohol y otras drogas a los funcionarios de la CCSS”.

A la fecha, es posible hacer un balance de cara al futuro, en términos de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que apoyan y limitan el quehacer institucional sobre este tópico. A continuación se presenta los resultados de este análisis.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para la atención al paciente adicto y su familia en la CCSS

Tabla 2: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para la atención al paciente adicto y su familia en la CCSS

Fortalezas	Oportunidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo político brindado por la Junta Directiva y Gerencia Médica, durante cuatro períodos consecutivos (1986 – 2002), para organizar la atención integral al adicto tanto perteneciente a la población general como al trabajador de la institución 2. El proyecto de reforma y modernización del sector salud ha creado un marco de referencia para el desarrollo de la rectoría del Ministerio de Salud y el desarrollo institucional de la CCSS, trasladando diversas funciones operacionales del Ministerio a la CCSS, entre ellas la atención al adicto y su familia 3. Existencia de antecedentes de trabajo conjunto entre el IAFA y la CCSS, destinados a la organización de equipos de atención al adicto en diferentes unidades.¹² 4. La experiencia del Hospital de Golfito durante el período Diciembre 1991 – Enero 1996, fue sistematizada en un esfuerzo conjunto IAFA / CCSS y presentada a la Junta Directiva de la CCSS en el período 1994 – 1998 5. Existen capacidades y voluntad de coordinación entre el IAFA y la CCSS (CENDEISS) para desarrollar programas de capacitación sobre adicciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las adicciones representan uno de los principales problemas de salud pública en el país 2. El desarrollo obtenido por la red comunitaria¹³ de programas de internamiento y grupos terapéuticos y su disposición a trabajar de manera coordinada y complementaria con la CCSS 3. El tabaquismo como adicción representa un eje de atracción para la cooperación de la OPS/OMS 4. La existencia del Centro Nacional de Drogas (CENADRO) como una institución del Gobierno dedicada a la prevención de adicciones 5. Existen programas exitosos fuera del país dedicados al tratamiento de adictos que pueden servir como experiencias de referencia. Ejemplos: Programa de HAZELDEN, TEENCHALLENGER, ambos en los EEUU, entre otros 6. Existen posibilidades de formación a nivel de postgrado en el Perú con financiamiento del gobierno peruano

¹² A saber, Hospital Monseñor Sanabria en Puntarenas, Hospital de Golfito, Hospital San Vicente de Paúl en Heredia, Hospital Enrique Baltodano en Liberia, Clínica Clorito Picado en Cinco Esquinas en Tibás, Clínica Marcial Rodríguez en Alajuela, Clínica del Area de Salud de Chacarita en Puntarenas

¹³ Se viene configurando desde hace 25 años, entre sus participantes están Hogares Salvando al Alcohólico, Asociación para la Rehabilitación del Adicto, Ejérvito de Salvación, Hogares CREA, ENCUENTRO, Teenchallenger Costa Rica. Realizan acciones de rehabilitación

Debilidades	Amenazas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversas resoluciones de la Junta Directiva de las últimas tres administraciones no se han puesto en práctica de manera generalizada 2. El tema de adicciones no ha formado parte como tal de la agenda de reforma y modernización de la institución, en consecuencia no ha existido un proceso ordenado de traslado de funciones del IAFA a la CCSS que fortalezca de manera sincrónica las funciones rectora y operacional sobre el tema de adicciones 3. No existe en la institución un programa de atención integral al adicto y su familia 4. La experiencia institucional sobre el tema es mínima, a partir de experiencias aisladas, no sistematizadas ni evaluadas 5. En la cultura organizacional no existe como un valor la atención integral al adicto y su familia, en el mejor de los casos, la atención al adicto se considera como un problema meramente “psiquiátrico” 6. La atención al adicto en los servicios de urgencia de la institución compite con desventaja con otras patologías físicas 7. No ha existido un programa de sensibilización y capacitación dirigido a los trabajadores y al usuario acerca de las adicciones, salvo excepciones 8. Tampoco existen normas y protocolos de atención por niveles de resolución 9. Existen un número reducido de equipos integrados para atender al adicto 10. Para fines de atención al adicto no ha habido coordinación con la red de soporte social comunitaria y no se ha desarrollado a nivel nacional una red de atención 11. El tema de adicciones está presente de manera débil en los curriculum de pre y post grado de carreras profesionales y técnicas, que producen fuerza de trabajo que posteriormente se incorpora al quehacer institucional en la atención a las personas 12. Existe un subregistro del problema en las estadísticas de la institución. 13. No se conoce la magnitud del problema de las adicciones en los trabajadores de la institución 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la CCSS no organiza un programa de atención al adicto y su familia por niveles de resolución, la institución no jugaría el rol que le corresponde como parte de la respuesta social ante uno de los principales problemas de salud pública, en consecuencia se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de la <i>enfermedad</i> y se corre <i>el riesgo de generar opinión pública desfavorable para el trabajo de la institución</i> 2. Si los servicios de la institución no se articulan con la red comunitaria existente sería difícil ofrecer una atención integral al paciente adicto y su familia, en consecuencia, la CCSS participaría de la respuesta social a esta situación con <i>problemas de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de la atención.</i>

Principales productos de la primera fase

- ✓ Establecidas relaciones de mutuo beneficio, coordinación y unidad en la acción con la red comunitaria, IAFA y CENADRO, para enfrentar el problema de adicciones en el país.
- ✓ Un programa nacional de atención al adicto y su familia, elaborado y funcionando en las seis regiones de salud
- ✓ Protocolos y normas de atención al paciente adicto elaboradas y utilizadas en los EBAIS, Clínicas y Hospitales
- ✓ Funcionarios institucionales y líderes comunitarios capacitados y sensibilizados con relación al tema de adicciones en las seis regiones de salud
- ✓ Realizadas dos campañas publicitarias con relación a la prevención y la utilización de opciones de atención y rehabilitación en el campo de las adicciones
- ✓ Mejorado el sistema de información estadística con relación al tema de adicciones
- ✓ Unidad de atención integral al empleado adicto y su familia funcionando en los edificios centrales de la institución, y al menos en seis unidades mas
- ✓ Una red de voluntarios participando activamente de los procesos de rehabilitación del empleado adicto.

Consideraciones especiales

Con relación al programa nacional de atención al adicto y su familia

La CCSS no tiene antecedentes de un programa nacional de atención al adicto y su familia. Elaborar este programa representa un desafío técnico importante. Ponerlo en práctica es un reto gerencial sustantivo.

¿ Porqué afirmamos lo anterior? Existen en la cultura institucional resistencias a aceptar la conducta humana de la adicción a drogas lícitas e ilícitas como una enfermedad. Por otra parte, convive con esta situación la resistencia a atender a esta población de manera equitativa. La adicción compite en situación de desventaja con otras patologías.

Detrás de estas actitudes, existen una serie de mitos con los cuales la ejecución del programa va a tener que lidiar. A manera de ejemplos, se dice que el adicto en sí es muy agresivo, que sobreutiliza los servicios de emergencia y consulta externa por las altas tasas de recaída, que existe el peligro potencial que los servicios de medicina se saturen de adictos, y que la atención al adicto debe ser preferiblemente realizada por otras instancias que no sean los servicios de la CCSS.

Esto implica que la gerencia de la ejecución del programa debe basarse en un liderazgo compartido, amplias capacidades de negociación, sensibilización y capacitación al personal institucional, y demanda, además, un apoyo continuo de los líderes institucionales a todo nivel.

Elaborar el programa desde el punto de vista técnico no es altamente complejo. Mas bien, el elemento clave para su ejecución – además del apoyo político y la ruptura de los mitos institucionales - es la actitud de los equipos de atención en salud mental que se propone se integren en todo el país, quiénes serán los encargados de poner en práctica el programa.

Es importante señalar, que si bien es cierto existe un vacío programático como propuesta nacional, existen realidades locales donde ya se están poniendo en práctica iniciativas valiosas de atención integral al adicto y su familia, todavía sin una sistematización adecuada y sin la visión y la práctica de funcionar como una red nacional de atención en la institución.

Parte del reto de elaborar el programa, es ir mas allá de las experiencias locales puntuales que han desarrollado un modelo práctico general de atención en sus grandes rasgos, para dar un salto cualitativo en términos de configurar un programa – con las complejidades que esto plantea – que incluya responder al interrogante de cómo incorporar en otros programas de la CCSS actualmente en operación el tema de adicciones.

El programa va a incluir como una orientación estratégica la coordinación en la acción con la red comunitaria de atención al adicto y su familia actualmente en operación en el país. Poner en práctica esta orientación posee complejidades propias y obstáculos que hay que enfrentar. Una de las complejidades a las cuales hay que dar respuesta es si esta relación va a correr por cuenta de la buena voluntad y las iniciativas locales – soportes frágiles para la puesta en práctica de una política de unidad en la acción -, o bien, si este asunto – al final una alianza estratégica para atender una enfermedad específica – amerita un convenio formal u otras modalidades de interrelación entre la CCSS e integrantes de esta red que reúnan requisitos que habría que establecer.

La ejecución del programa va a contemplar como un elemento sobresaliente la coordinación extrainstitucional con otros actores, además de la red comunitaria de atención. Cada relación posee características propias. Por ejemplo, las relaciones con el IAFA están dentro del marco general del desarrollo de la rectoría en el país y la puesta en práctica por la CCSS de diversos aspectos operacionales que antes asumía parcialmente el IAFA. Este proceso de traslado de funciones operacionales del IAFA a la CCSS todavía está inconcluso y tiene diversos aspectos en penumbra. Clarificar estos aspectos es relevante para el cumplimiento de la misión de la CCSS en el tema de adicciones.

Con el Centro Nacional de Adicciones (CENADRO) la CCSS debe establecer relaciones de mutuo beneficio que no existen a la fecha actual. La “Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas”, actualmente en proceso de revisión para ser ejecutada en el futuro por el Consejo Directivo y la Dirección general de CENADRO, ofrece interesantes posibilidades de trabajo conjunto entre ambas instituciones sobre el tema de adicciones. Sería conveniente que se tomaran las providencias necesarias para que un representante de la CCSS participara en el Consejo Directivo de CENADRO.

También, la propuesta de programa debe dilucidar como el tema de adicciones forma parte de los compromisos de gestión y como aparecen dentro de este instrumento como indicadores específicos susceptibles de ser evaluados, dentro de la problemática general que esto representa para la salud mental en su conjunto.

Con relación a la atención al empleado adicto y su familia

La experiencia preliminar de atención integral al empleado adicto y su familia se va a desarrollar en los edificios centrales de la CCSS, que comprenden aproximadamente cuatro mil empleados. Sobre esta población específica la institución no posee antecedentes de abordaje. El modelo general de atención generado por la experiencia de Golfito proporciona luces globales sobre el asunto, además, se cuenta con la experiencia directa de profesionales de la institución en la atención al adicto perteneciente a la población general.

El primer interrogante que hay que resolver es conocer la prevalencia y la incidencia de la enfermedad adictiva en esta población. Estamos hablando de adicciones a drogas lícitas e ilícitas. Como es posible entender, se trata de un tema extremadamente delicado que debe ser tratado con el profesionalismo requerido y un gran respeto a los derechos humanos de estos pacientes. Las consecuencias indirectas de las adicciones existentes, en términos de productividad del trabajo y calidad del servicio al asegurado, bienestar personal y familiar tampoco se conocen. Igualmente, como el clima organizacional influye positiva o negativamente en las adicciones en este universo tampoco se conoce.

Conocemos de referencia - a partir de la experiencia directa - que las *jefaturas* juegan un papel preponderante para la detección del problema de adicciones, confrontar al adicto con su adicción y consecuencias, realizar la coordinación con la familia para fines terapéuticos y estimular al subalterno para recibir tratamiento y rehabilitación. Las jefaturas juegan también un rol relevante en el seguimiento de la rehabilitación, así como en la prevención de las adicciones.

El gran peligro es que las jefaturas toleren y estimulen, conciente o inconscientemente, la carrera adictiva del sujeto.

¿ Cómo estas situaciones se manifiestan en los edificios centrales de la institución?...No lo sabemos. El proyecto contempla dentro de sus actividades, abordar el tema de generar información para el diseño de intervenciones y la sensibilización de las jefaturas por la argumentación anteriormente expuesta, entre otras acciones.

Por ser la enfermedad adictiva de carácter crónico, existe una imposibilidad objetiva de que profesionales de la salud brinden seguimiento y soporte por muchos años. De este hecho se desprende el planteamiento que el proyecto hace de incorporar personal voluntario – adictos recuperados – en el equipo de atención que se va a integrar para atender este universo de población.

Este personal voluntario está disponible en la red comunitaria, y ante el llamado de la institución – por el alto grado de espíritu de servicio que poseen – existen altas probabilidades que apoyen a la CCSS en el seguimiento para la rehabilitación del empleado adicto. El Dpto. de Salud Mental de la institución tiene contacto y buenas relaciones con esta red de voluntarios.

Los voluntarios van a trabajar conjuntamente con grupos de autogestión como son alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos, alanon y naranon, si acaso estos existieran en los edificios centrales. En su defecto, se abocarían a la creación de los mismos. Estos grupos son fundamentales para la rehabilitación del adicto y su familia.

En resumen, el abordaje de la enfermedad adictiva del empleado en este universo, no depende únicamente ni principalmente, de los recursos de la institución. Este elemento es relevante para tomarlo en consideración al momento de enfrentar este problema.

Lo anteriormente expresado no obvia la necesidad, tal y como está planteado en el proyecto, de integrar una unidad profesional de atención conformada por médico/a, enfermera/o y trabajador/a social, cuyo objetivo es el de convertirse en facilitadores para que el empleado adicto inicie el proceso de rehabilitación en la red comunitaria o en servicios propios de la institución y contribuya a desarrollar la conciencia de la enfermedad adictiva en el empleado afectado.

Ejemplo 1 , un empleado adicto acude a la unidad de atención en estado de intoxicación. Si amerita internamiento por presentar enfermedad física relevante (cirrosis, pancreatitis, úlcera sangrante, hematemesis, otras) o manifestaciones psiquiátricas mayores (delirium tremens, convulsiones, entre otras), hay que referirlo al hospital que le corresponda. Al egresar del hospital, vuelve a la unidad de atención por contrarreferencia para iniciar el proceso de inducción al cual nos hemos referido anteriormente. Si no amerita internamiento hospitalario, se le brindará desintoxicación ambulatoria con compromiso de la familia para participar en el proceso, orientando a la familia para que comience a gestionar el ingreso a uno de los establecimientos de la red comunitaria para la rehabilitación.

Ejemplo 2, un empleado en abstinencia de la droga de elección que busca ayuda voluntaria en la unidad de atención. Ahí se le brinda educación e información sobre lo que es la enfermedad adictiva, sus consecuencias y alternativas de tratamiento, con el propósito de que inicie su participación en los grupos de autogestión. Esto no releva al equipo de revisar la posibilidad de la existencia de cuadros depresivos ansiosos, así como el estado de deterioro personal y en la dinámica familiar.

Por otra parte, la enfermedad adictiva es objeto frecuente de falta de diagnóstico, y cuando se diagnostica el subregistro es alto. Es probable que esta misma situación se manifieste en la unidad de atención de los edificios centrales de la institución.

Así como el trabajo de los voluntarios y el equipo profesional es relevante para la atención del empleado adicto, la infraestructura que se utilice para estos fines es clave en el proceso de atención. El empleado y su familia necesitan un ambiente agradable que venza las resistencias y negaciones que genera la enfermedad adictiva y produzca un clima de seguridad, confianza y privacidad, que le permita expresarse sin inhibiciones acerca de las consecuencias en su vida producidas por la carrera adictiva. Lo anteriormente expresado es válido también para el núcleo familiar, cualquiera que este sea. Asimismo mismo, la infraestructura va a ser el sitio de reunión de los grupos de autoayuda, los cuales requieren para su funcionamiento un ambiente similar al expresado para el empleado adicto.

Lo mas conveniente es que la infraestructura de atención esté ubicada en un sitio donde acudir en busca de ayuda no signifique un estigma ante los compañeros de trabajo del empleado adicto. Si esta situación no se evita, pueden surgir - con un margen alto de probabilidades - resistencias al compromiso con el tratamiento, lo que pondría en cuestión la misión de la unidad de atención.

Supuestos y riesgos

Aunque el FIN general de este proyecto escapa de la responsabilidad gerencial del Dpto. de Salud Mental de la CCSS, es conveniente señalar que el supuesto que establece en este nivel de la jerarquía de objetivos, que el Gobierno y la Sociedad Civil van a continuar desarrollando acciones para prevenir, atender y rehabilitar al paciente adicto, es un supuesto que cruza transversalmente la ejecución exitosa de este proyecto.

Si este supuesto no se cumple, se corre el riesgo de que el abordaje de la problemática adictiva no se haga de manera integral y oportuna, utilizando los recursos que la sociedad costarricense ya tiene operando para enfrentar este problema social.

Por otro lado, si la CCSS se propone desarrollar un modelo de atención integral, éste tendrá debilidades importantes si no contempla la participación de otras instituciones de Gobierno y de la sociedad civil. Es decir, si este supuesto no es válido, la integralidad de la propuesta de la CCSS nunca será una realidad.

El PROPÓSITO posee tres supuestos claves. Uno asociado a la estrecha coordinación con las red comunitaria, otro que prevé la atención a la enfermedad adictiva como un valor de la cultura organizacional, y otro que señala la importancia de la continuidad del apoyo político de los líderes institucionales.

La ausencia de cualquiera de los tres, cuestiona severamente la consecución del propósito de este proyecto, impactando severamente en la integralidad de la atención, la calidez y calidad de atención que genere con su actitud el trabajador de la CCSS ante la persona adicta y debilita la viabilidad política de esta propuesta.

Lo que es más, si no existe un apoyo continuo de las autoridades a todos los niveles para la ejecución del modelo, que trascienda los límites de un período de Gobierno, esta propuesta no será mas que un ejercicio de la administración actual con severas limitaciones para su continuidad ante la eventualidad de un cambio de administración.

Matriz del Marco Lógico

Matriz 1: Objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos del proyecto

Jerarquía de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>FIN</p> <p>Establecidas y en marcha iniciativas del Gobierno y la Sociedad Civil en Costa Rica para enfrentar las adicciones como problema de salud pública</p>	<p>Están organizadas y funcionando las siguientes instituciones especializadas en el problema de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro Nacional de Drogas (CENADRO) ✓ Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) ✓ Red Comunitaria de Organismos No Gubernamentales ¹⁴ ✓ Grupos de autoayuda¹⁵ ✓ Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) 	<p>Entrevistas con Presidentes Ejecutivos, Directores y Administradores de las Instituciones Involucradas</p> <p>Visitas de terreno a las áreas de intervención</p> <p>Entrevistas con beneficiarios</p>	<p>El Gobierno y la Sociedad Civil van a continuar desarrollando acciones para prevenir, atender y rehabilitar al paciente adicto</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>La población adicta del país tendrá acceso a los servicios de la CCSS en los mismos términos de equidad, calidad, eficacia y eficiencia, que otros usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tres acuerdos de la Junta Directiva de la CCSS para abordar el problema de las adicciones desde la institución, aprobados ✓ 45 equipos de salud mental ejecutando el modelo de atención al adicto y su familia ✓ La experiencia de atención al adicto y su familia del Hospital de Golfito, sistematizada 	<p>Archivos de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS</p> <p>Visitas de terreno a las unidades y áreas de salud donde están funcionando equipos de salud mental</p> <p>Archivos del Departamento de Salud Mental, Dirección Técnica, Gerencia Médica, CCSS</p>	<p>La experiencia de Golfito permite generar un modelo de atención al adicto y su familia, desde la CCSS</p> <p>La CCSS y la red comunitaria coordinarán esfuerzos para la referencia y contrarreferencia de la población adicta</p> <p>La CCSS incorpora en su cultura organizacional el reconocimiento de las adicciones como una enfermedad</p> <p>Existe un apoyo continuo de las autoridades a todos los niveles para la ejecución del modelo</p>

¹⁴ 42 programas para la rehabilitación del sujeto adicto aprobados por el IAFA, distribuidos en todo el país. Ejemplos, Hogares Salvando al Alcohólico, Hogares Crea, Ejército de Salvación, TEENCHALLENGE, ASERPA, ENCUENTRO, entre otros

¹⁵ Nos referimos a Alcohólicos Anónimos (AA) , Narcóticos Anónimos (NA) , ALANON, ALATEEN, NARANON, NARATIN, entre otros

Jerarquía de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>RESULTADOS ESPERADO 1</p> <p>Estará elaborado un programa de atención al adicto y su familia para ser ejecutado desde los servicios de la CCSS</p>	<p>Un programa de atención al adicto y su familia, elaborado y funcionando</p>	<p>Documento del programa disponible en el Departamento de Salud Mental</p>	<p>Existen capacidades institucionales para la elaboración del programa</p> <p>Hay agencias internacionales interesadas en cooperar para la elaboración del programa</p> <p>Existe apoyo por parte de las autoridades para la elaboración y ejecución del programa</p> <p>Existe disposición en el IAFA para apoyar el componente de capacitación del programa</p> <p>Existe disposición en la red comunitaria para coordinar con la CCSS acciones de rehabilitación</p>

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
Actividades ¹⁶	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Revisar literatura internacional y nacional sobre programas exitosos acerca del abordaje del paciente adicto y su entorno familiar	X	X																
Integrar, en coordinación con el IAFA, un grupo nacional interdisciplinario para la elaboración y evaluación de protocolos y normas de atención al paciente adicto	X	X	X															
Desarrollar en unidades seleccionadas de prestación de servicios pruebas de validación de las normas elaboradas				X	X	X												
Coordinar con el IAFA y el CENDEISS la elaboración de los módulos de capacitación y sensibilización, tanto como la ejecución y evaluación del mismo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Utilizar el sistema de teleconferencia de la CCSS para capacitación a distancia y gerencia del proyecto									X	X	X							

¹⁶ Las actividades marcadas con “aroba” serán ejecutadas de previo a la presentación del proyecto a la Junta Directiva para su aprobación. En el calendario de actividades se reflejarán del 1er. Semestre del año 2000.

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Coordinar con el Dpto. de Comunicación Organizacional una campaña publicitaria de prevención de adicciones		X	X	X	X	X												
Coordinar con el Dpto. de Comunicación Organizacional aspectos de mercadeo del programa y sus principales contenidos														X	X	X	X	X
Coordinar con el Dpto. de Estadísticas el abordaje del problema del subregistro		X	X	X	X	X												
Realizar la edición final del programa							X	X	X									
Presentarlo a Junta Directiva para aprobación										X								
Elaborar el reglamento del programa para su ejecución a nivel nacional										X	X	X						

Jerarquía de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>RESULTADO ESPERADO 2</p> <p>Estará funcionando una unidad de atención integral al empleado adicto y su familia, que trabaja en los edificios centrales de la CCSS</p>	<p>Un equipo médico social de atención al empleado adicto y su familia, conformado</p> <p>Una infraestructura adecuada para el funcionamiento del equipo médico social, disponible</p> <p>Nro. De atenciones brindadas</p> <p>Nro. De referencias realizadas</p> <p>Nro. De exámenes de laboratorio y gabinete, realizados</p> <p>Nro de recetas despachadas</p> <p>Nro. De atenciones brindadas por el grupo de voluntarios adictos recuperados</p>	<p>Visita de observación al área de atención</p> <p>Sistema de estadísticas de la unidad de atención</p> <p>Entrevistas con el equipo de atención médico social, enfermería y voluntarios</p> <p>Entrevistas con los empleados adictos y sus familias</p>	<p>El apoyo de las autoridades se mantiene estable a lo largo del ciclo de consecución del resultado esperado</p> <p>La CCSS brinda los siguientes recursos para el trabajo de la unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 médico general ✓ 1 trabajadora social ✓ 1 enfermera especialista en salud mental ✓ Area física, mobiliario, equipo e insumos esenciales y no esenciales <p>Los voluntarios adictos recuperados tienen disponibilidad para trabajar en la unidad de atención</p> <p>La coordinación para la referencia con la red comunitaria funciona</p>

Jerarquía de objetivos	1er semestre 2001						2do semestre 2001						1er. Semestre 2002					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
La Junta Directiva ordena a la administración de los edificios centrales y otras instancias de la institución, que tomen las providencias necesarias para organizar la unidad de atención	X																	
Seleccionar el área física de operaciones, micro localizar el recurso humano y realizar las providencias de traslado, establecer las necesidades de mobiliario equipo e insumos de operación	X	X																
Capacitar al recurso humano en la atención al empleado adicto y su familia	X	X																
Coordinar con el Dpto. de Investigaciones la realización de una estimación del tamaño de problema de adicciones en los edificios centrales de la CCSS			X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Sistematizar la experiencia como un modelo reproducible en otros centros de trabajo de la CCSS (fase 01)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación semestral de la operación del servicio y preparación del informe correspondiente				X						X								X

Calendario de acciones estratégicas

Acciones	Período
Formulación preliminar del proyecto	4ta semana de Abril – 10 de Junio, 2000
Revisión por parte del grupo técnico de trabajo	12 – 16 de Junio, 2000
Modificaciones producto de la revisión del grupo técnico	19 – 23 de Junio, 2000
Presentación a la Gerencia Médica para aprobación inicial y modificaciones del caso	3 – 7 de Agosto, 2000
Consulta con otros actores sociales (IAFA, equipos ¹⁷ seleccionados de atención al adicto, ONGs seleccionados)	14 – 31 de Agosto, 2000
Enriquecimiento de la propuesta con los aportes de la consulta	4 – 9 de Septiembre, 2000
Presentación a Junta Directiva para aprobación	20 – 24 de Noviembre, 2000
Inicio de operaciones del proyecto	Enero 2001

Requerimientos mínimos de recursos para finalizar la formulación de la propuesta

Dos enfermeras profesionales especialistas en salud mental, con dedicación exclusiva por un período de siete meses.

Un monto aproximado de doscientos cincuenta mil colones en la partida de servicios no personales para desarrollar el proceso de consulta

Un consultor para apoyar la etapa de formulación de la propuesta, con formación de salud pública y experiencia en reestructuración de modelos de salud mental.

¹⁷ Equipos del Hospital de Heredia, Clínica Marcial Rodríguez de Alajuela, Clínica Carlos Durán, Clínica Jiménez Núñez,

Anexos

Anexos

Lineamientos estratégicos para la preparación del Programa Nacional de Atención al Adicto y su familia (Ideas preliminares)

- ❖ El Programa Nacional de Atención al Adicto y su Familia desde la CCSS, es parte de las actividades previstas en la ejecución de este proyecto. Contempla los siguientes acápite, los cuáles serán desarrollados en un documento aparte para consideración de la Junta Directiva:

Items
1) Introducción
2) Objetivo General
3) Objetivos Específicos
4) Las características de la enfermedad adictiva
5) El modelo general de atención
6) El papel de los equipos de atención integral en salud mental
7) Los roles de los diferentes niveles de resolución (I, II,III y IV)
8) Protocolos y normas de atención por tipo de adicciones mas comunes en el país
9) Principios de operación de la red nacional de atención
10) La coordinación con la red comunitaria de programas públicos y privados: estrategias de referencia y contrareferencia
11) Indicadores de seguimiento y evaluación para los compromisos de gestión
12) Cronograma de implantación del programa
13) Anexos
a) Sistema de educación permanente en servicio

- ❖ Ideas preliminares¹⁸ de estrategias para la atención del adicto y su familia, por niveles de resolución en la CCSS
 - I nivel de atención
 - Capacitación a los EBAIS para la detección e intervención temprana
 - Capacitación a los ECOS
 - Referencia y contrareferencia con los otros niveles de atención
 - Articulación con los grupos de autoayuda y ONGs
 - Participación en acciones de promoción y prevención

¹⁸ Basado en: CCSS. *Proyecto de desarrollo / Estrategias para el manejo de la problemática de adicción al alcohol y otras drogas en la atención integral del paciente y sus familiares en la Caja Costarricense de Seguro Socai / Resumen ejecutivo*. Mimeo, San José, Costa Rica, 1999, pp: 5

- II nivel de atención – Normas para la creación de equipos para la atención del adicto y sus familia
 - Se crearán equipos de atención ambulatoria al adicto en las clínicas y hospitales de la CCSS. El IAFA y el Dpto. de Salud Mental de la CCSS capacitarán y darán seguimiento a estos grupos.
 - Fungirán como equipos de apoyo para el primer nivel de atención
 - Los equipos estarán conformados por: profesionales en medicina, psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social, otros profesionales y funcionarios interesados en trabajar en este campo, que podría incluir entre otros, personal de farmacia y registros médicos.
 - Establecer un sistema de referencia e interconsultas, tanto en el ámbito interno como externo de la unidad de prestación de servicios, incluyendo la red colaborativa comunitaria.
 - El equipo y el servicio de urgencias debe trabajar estrechamente.
 - El equipo brindará apoyo al primer nivel de atención, donde se harán las siguientes acciones:
 - Intervención con el paciente adicto y su familia cuando esté en crisis de intoxicación aguda: tratamiento ambulatorio con el apoyo de la familia o referencia para su internamiento en un hospital o en un ONG.
 - Intervención con el paciente adicto y su familia cuando esté en síndrome de supresión: tratamiento ambulatorio, sobre todo farmacológico, con el apoyo de la familia o referencia para internamiento en un hospital u ONG.
 - Intervención con el paciente y su familia cuando este presente síndrome de dependencia.
 - Inducción al tratamiento intoxicado y su familia para la rehabilitación, basado en un proceso educativo sobre la naturaleza de la enfermedad adictiva, sus consecuencias y el compromiso de asistir a un grupo de autoayuda.
 - Seguimiento al paciente y su familia por medio de intervenciones individuales y grupales, las cuáles son de orientación y consejería, donde se involucren adictos recuperados. En caso muy calificados, previa valoración clínica y toxicológica de su dependencia se dará seguimiento farmacológico.
 - El equipo creará estrategias e implementará acciones de promoción, prevención, detección precoz y rehabilitación.
 - El equipo impulsará de la red colaborativa comunitaria o su creación en caso de que esta no exista.
 - El equipo tendrá dentro de sus objetivos la autocapacitación y el autocuidado, así como la capacitación continua del primer nivel de atención.
- III nivel de atención (Hospital Nacional Psiquiátrico, área metropolitana; hospitales regionales y periféricos)
 - Crear unidades de de intoxicación teniendo en cuenta los siguientes criterios de internamiento:
 - Morbilidad física severa comprobada y asociada al consumo de sustancias psicoactivas
 - Morbilidad psiquiátrica severa comprobada y asociación al consumo de sustancias psicoactivas.
 - Casos de síndrome de abstinencia que pongan en riesgo su salud y/o la vida del paciente o de terceras personas



Publicación 02

📄 Serie "RENOVANDO EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL"

Información para contactos

Dpto. de SALUD MENTAL

GMD/CCSS; Apartado Postal 10105

Tel: (506) 2335510

Fax: (506) 2221328

Esta publicación se ha realizado con fondos propios de la CCSS y ha contado con el apoyo técnico y metodológico de la Gerencia de Modernización y Desarrollo