

Políticas de drogas y salud pública en Costa Rica

Giselle Amador¹
Ernesto Cortes²

Introducción

Las políticas de drogas a nivel mundial se caracterizan por presentar serias deficiencias y contradicciones en la garantía y protección de los derechos humanos y la salud pública. Costa Rica por su parte es un país de vanguardia en este campo, ya que la total descriminalización del consumo de drogas ha permitido fortalecer las políticas para la prevención y atención del consumo de drogas. Aun así, todavía tiene mucho terreno que recorrer, principalmente hacia una diversificación y acceso de los servicios sociales y sanitarios que integre medidas de reducción del daño. Esto si realmente se desea sobrepasar el paradigma de la enfermedad de la adicción, que profundiza el estigma e incluso puede llegar a violentar los derechos humanos de las personas usuarias de drogas.

Este documento busca brindar una aproximación general sobre el abordaje actual del tema de drogas y la salud pública en el contexto mundial y especialmente en el costarricense, pero principalmente busca dar insumos para promover el debate en torno a las políticas de control de drogas y la legislación, planes y programas dirigidos a proteger la salud de los usuarios de sustancias psicoactivas. Está dirigido a personas involucradas en la formulación y ejecución de políticas públicas, por lo que pretende exponer las características y consecuencias del sistema de control de drogas para discutir sobre alternativas en la reforma de las políticas dirigidas a la garantía y protección del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas especialmente poblaciones en mayor vulnerabilidad social.

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico y mental

El mismo discurso de control internacional de las drogas se basa en una preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad, a pesar de que esto no se refleja proporcionalmente en la letra de los tratados internacionales. La escasa mención sobre la garantía del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas³, es opacada por la amplitud en las medidas de control de la producción lícita y de la represión de la producción ilícita.

El derecho a la salud se interpreta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social⁴, cuya garantía implica no solo el trabajo de las instituciones sanitarias, sino también el compromiso y articulación con otros sectores sociales, económicos, laborales y comunitarios⁵. Específicamente con personas usuarias de drogas, *“el derecho a la salud implica, entre otras cosas, asegurar el acceso a instalaciones, artículos y servicios de salud de calidad sin discriminación, ni siquiera por impedimentos físicos o mentales o estado de salud. El hecho de que una persona consuma drogas no puede en sí mismo constituir motivo para limitar sus derechos, independientemente de que tenga un síndrome de dependencia reconocido o de que el régimen de fiscalización de drogas aplicable permita su encarcelamiento o la imposición de otras sanciones. Las personas que consumen drogas y las que dependen de ellas tienen las mismas libertades y derechos que se garantizan en los instrumentos jurídicos internacionales y, en el sistema actual de fiscalización de drogas, se violan los derechos de ambos grupos.”* (Grover 2010 p.4)

¹ Directora Ejecutiva de la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas –ACEID giselleamador@aceidcr.org, www.aceidcr.org

² Coordinador Incidencia Política de la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas –ACEID ecortes@aceidcr.org, www.aceidcr.org

³ En el Artículo 38 de la Convención Única de 1961, el Artículo 20 del Convenio de 1971 y el Artículo 3 de la Convención de 1988, se le solicita a los Estados brindar medidas de tratamiento, educación, pos tratamiento, rehabilitación o reinserción social, así como alternativas a la condena por infracciones de carácter leve o como medias complementarias a la privación de libertad.

⁴ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño

⁵ Declaración de Alma Ata (1978) y Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1994)

Una política de salud pública dirigida a controlar el uso de drogas debe integrar estrategias de prevención (universal, selectiva e indicada), detección e intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y los servicios complementarios para las personas usuarias, sus familias y las comunidades. El objetivo debe ser la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre aquellas poblaciones que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad.⁶

Es de suma importancia que los Estados descriminalicen el uso de drogas, para así poder aproximarse al fenómeno desde políticas de salud pública y no de políticas criminales. Como bien lo dice la Organización de Estados Americanos en el Informe Analítico sobre el Problema Mundial de las Drogas en las Américas. *“En la medida que el consumo de drogas está penalizado o estigmatizado, las poblaciones más vulnerables al consumo problemático se ven inhibidas de recurrir a la información oportuna, a los servicios de salud pública y, en general, a los programas de prevención y tratamiento. La prohibición oscurece la realidad de la drogodependencia de cara a la comunidad y a los servicios correspondientes, en lugar de hacerla más transparente y, con ello, susceptible de abordaje oportuno para evitar mayor deterioro personal, familiar y comunitario.”* (OEA 2013 p.75)

Descriminalización del consumo y salud pública

Las convenciones internacionales no incluyen el uso de drogas como uno de los comportamientos que los Estados deberían imponer sanciones penales. El problema surge en cuanto a la interpretación de la posesión o tenencia, incluido el cultivo, ya que inclusive se sugiere la penalización de la posesión de drogas, de acuerdo con la consideración que le otorgue cada Estado conforme a su derecho interno⁷. Finalmente, cada país tiene la capacidad de no sancionar penalmente estos comportamientos y descriminalizarlos por completo, como lo ha hecho Costa Rica por más de una década.

La descriminalización es una estrategia que se enfoca en los delitos relacionados con el control de la demanda, a través de la imposición de sanciones no penales (administrativas) o directamente en la anulación de todas las sanciones relacionadas con el consumo de drogas. Esto último es lo que está plasmado en la legislación costarricense desde el año 2001, con la última versión de la Ley de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas (Ley 8204)⁸. Esto porque en versiones anteriores el uso de drogas en la vía pública tenía sanciones administrativas⁹. Esta atipicidad del uso y la tenencia de drogas fue reafirmada por la Fiscalía General de la República en el “Instructivo General 02-2010”, ya que a partir de los Artículos 28 y 39 de la Constitución Política de Costa Rica y el artículo 1 del Código Penal, el Ministerio Público rechazará todos aquellos partes presentados por la Fuerza Pública que narran una simple tenencia de drogas no delictiva.

Cabe resaltar, que en Costa Rica no existen cantidades máximas o umbrales cuantitativos para la descriminalización de la posesión para consumo personal. Este es un modelo flexible, en donde tanto los agentes

⁶ CICAD/OEA (2010) Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD (2010) a nivel regional. OPS/OMS (2010) Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública

⁷ Artículo 36 de la Convención de 1961, Artículo 22 del Convenio de 1971 y Artículo 3 de la Convención de 1988

⁸ Artículo 79.- Se promoverá y facilitará el internamiento o el tratamiento ambulatorio voluntario y gratuito con fines exclusivamente terapéuticos y de rehabilitación en un centro de salud público o privado, de quien, en las vías públicas o de acceso público, consume o utilice drogas de uso no autorizado; esta disposición tiene el propósito de desintoxicar al adicto o eliminarle la adicción. Si se trata de personas menores de edad consumidoras de drogas de uso no autorizado en un sitio privado, el PANI, de oficio o a petición de parte, deberá intervenir y gestionar la medida de protección necesaria, conforme a las facultades otorgadas en el Código de la Niñez y la Adolescencia”.

⁹ Ley 7093 (no vigente) Artículo 24.- *“Se impondrá una pena de sesenta a ciento ochenta días multa a quien, en los sitios públicos o de acceso público consume o utilice drogas de uso no autorizado. Cuando se trate de menores de edad, las autoridades deben informar a los padres o responsables de estos.”* Ley 7789 Artículo 79.- *“Se impondrá pena de sesenta a ciento veinte días multa a quien, en los sitios públicos o de acceso público, consume o utilice drogas de uso no autorizado. Cuando se trate de menores de edad, las autoridades los pondrán de inmediato a la orden del juez penal juvenil para lo que corresponda”*

de seguridad como del poder judicial no aplican la legislación en base a la cantidad de droga incautada, sino más en la evidencia y los factores atenuantes de la comisión de un delito. Por otro lado, algunos referentes legales de este hecho, han sido establecidos a partir de varias sentencias de recursos de casación emitidas por la Sala III de la Corte Suprema de Justicia, en donde se revocaron sentencias privativas de libertad a personas que tenían en su posesión hasta 200 gramos de marihuana o de cocaína. Esto porque la persona detenida declaró ser usuaria de la sustancia y la cantidad decomisada era para consumo personal, pero principalmente porque no existía evidencia suficiente para comprobar que la intencionalidad de la tenencia era para su distribución o venta.

Uso de drogas y políticas de salud

La total descriminalización del uso de drogas en Costa Rica ha permitido que el Estado tenga una mayor apertura para incorporar el fenómeno en las políticas de salud pública. Esto se observa en los artículos 19 y 29 de Ley General de Salud (Ley 5395), donde argumenta el derecho que tiene toda persona a solicitar servicios de salud e información para prevenir y evitar los efectos del consumo problemático personal o de las personas a su cargo. Asimismo en el artículo 3 de la Ley 8204 (2001) indica el deber estatal de prevenir el consumo de drogas y de *“asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el pos tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas, y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas”*. Este artículo se introdujo por primera vez en la legislación de control de drogas costarricense hasta el año 1998 (Ley 7786), diez años después de la primera versión de la *“ley de estupefacientes y psicotrópicos”* (Ley 7093).

Resulta de importancia la Ley 8289 del 2002, que reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Esto porque la misma le entregó a esta institución el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas. La misma también tiene que desempeñar otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los lineamientos estipulados al efecto.

También existe legislación que se enfoca en la protección y garantía del derecho a la salud de personas menores de edad. Esto se aprecia en el Código de Niñez y Adolescencia (Ley 7739) artículo 44 inciso h, que le exige al Ministerio de Salud *“promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales.”* Este enfoque preventivo del consumo de drogas en personas menores de edad, también está presente en la Ley 8093, que responsabiliza el Ministerio de Educación Pública (MEP) para crear el *“Programa Nacional de Educación contra las Drogas”*. Incluso la Ley General de la Persona Joven del 2002 (Ley 8261) señala en el artículo 6, que el Estado tiene el deber de brindar atención integral en salud, mediante la creación de programas especializados para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con farmacodependencia o con adicciones.

A nivel ministerial, se identifica el Decreto Ejecutivo 34784 (2008), en el que la Presidencia de la Republica y el Ministerio de Salud declaran el *“consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional”*. También el Decreto Ejecutivo 35383 (2009) que es la normativa necesaria para que el IAFA pueda realizar sus labores de regulación de los centros privados que brindan servicios de tratamiento. Finalmente el Decreto Ejecutivo 37110 (2012) denominado *“Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica”*, resulta un gran avance para la políticas de salud pública en el contexto nacional porque oficializa la creación de un *“sistema nacional de tratamiento”*.

El Instituto Costarricense sobre Drogas también elabora desde hace más de una década el Plan Nacional sobre Drogas (PND). Este plan tiene un plazo de 4 años e integra una gran cantidad de acciones que realizan varias instituciones públicas para reducir tanto la oferta como la demanda de drogas. Aun así, no parece haber una línea clara en las intervenciones de prevención y atención del consumo de drogas que incluyen en los PND realizados hasta la fecha (2005-2007, 2008-2012, 2013-2017), ni se aprecia una evaluación clara en la ejecución y efectividad de las mismas.

En la Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social POLSEPAZ (2010) elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD y el Gobierno de Costa Rica, se expone claramente que el narcotráfico, la venta de drogas a nivel local y el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas ha impactado fuertemente la seguridad ciudadana en el último lustro en Costa Rica, principalmente aumentando la violencia patrimonial, doméstica y de hurtos y robos. Como líneas estratégicas propone las medidas necesarias para controlar la asignación de permisos y horarios de funcionamiento de los establecimientos que distribuyen bebidas alcohólicas y la prohibición de venta a personas menores de edad. Así mismo considera al constituirse las drogas un factor de riesgo que propicia la violencia y la delincuencia el estado debe de fortalecer la capacidad instalada para tratar el problema, considerando como urgente el desarrollo de un sistema público que denomina “Sistema Nacional de Atención y Recuperación de las Personas en Adicción”, con la articulación de instituciones como el Instituto Costarricense sobre Drogas, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Seguridad, el Ministerio Público, el Organismo de Investigación Judicial OIJ y los gobiernos locales entre otros.

En el documento Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, publicado por el Ministerio de Salud, se propone en los lineamientos de política, dentro del eje social, económico y cultural, el desarrollo de un programa nacional, intersectorial e interinstitucional de atención integral de las personas consumidoras de drogas y promover el fortalecimiento de los factores protectores con enfoque comunitario, con base en evidencia epidemiológica y científica.

Hasta la fecha la mayoría de estas políticas no ha podido ser implementada a cabalidad por las instituciones Estatales. A nivel preventivo existe un enorme vacío en las acciones que se realizan con personas jóvenes, ya que el único esfuerzo sistemático es el realizado por el IAFA con el programa universal Aprendo a Valerme por Mí Mismo a nivel de preescolar y de escuela primaria y los programas de prevención selectiva e indicada se desarrollan en forma aislada en algunas regiones. A nivel de atención sanitaria, es claro que la Caja Costarricense de Seguro Social nunca ha asumido su papel como institución encargada de brindar los servicios de atención en salud para personas usuarias de drogas que presenten un consumo problemático, tomando en cuenta en el artículo 166 de la Ley 8204, se autoriza a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) para crear “centros especializados en la atención de los farmacodependientes, en un plazo máximo de cuatro años”, lo cual aún no ha sucedido y el Sistema Nacional de Tratamiento no se ha completado, estando casi exclusivamente en manos del IAFA y las organizaciones no gubernamentales, sin la cobertura ni la evaluación suficientes que aseguren la calidad.

Apoyo, no castigo

El Estado costarricense ha delegado la responsabilidad de planificar e implementar las políticas de salud pública relacionadas al uso de drogas al IAFA, así como a una gran cantidad de centros de internamiento residencial, administrados principalmente por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), muchas de ellas con poca capacitación técnica. A pesar de que en el Decreto 37110 define una gran variedad de componente de intervención¹⁰, la mayor parte de la atención se ubica en los centros de tratamiento residencial. Cabe resaltar que los recursos comunitarios y de reinserción social finalmente no aparecen incorporados a plenitud en los lineamientos de trabajo e indicadores de evaluación de la política.

Por otro lado, la mayor parte de la atención para personas usuarias de drogas parte de un enfoque centrado en la enfermedad, basado en un modelo biomédico y farmacológico, que no logra ver más allá de la sustancia. El problema principal es que este enfoque no diferencia entre las sustancias que se consumen y los tipos de consumo, estereotipando a toda persona usuaria como un toxicómano o farmacodependiente. De hecho en el mismo artículo 79 de la Ley 8204, se puede apreciar esta concepción que equipara el uso de drogas con la adicción y se promueve el tratamiento como único método para abordarla.

Como bien lo dice el Relato Especial del derecho a la salud Anand Grover, “*es importante que el consumo de drogas y la drogodependencia no se vean como una misma cosa: la drogodependencia es considerada un trastorno crónico recurrente que altera los procesos cerebrales y que puede requerir tratamiento médico,*

¹⁰ Recursos comunitarios, Desintoxicación, Atención ambulatoria, Tratamiento residencial, Atención medica general y Reinserción

idealmente mediante un enfoque “biopsicosocial”. En cambio, el consumo de drogas no es un problema de salud y no necesariamente implica dependencia. De hecho, la mayoría de las personas que consumen drogas no se vuelven dependientes de ellas y no necesitan tratamiento alguno.” (p.4)

Asimismo otras organizaciones internacionales se han pronunciado en contra del enfoque centrado en la enfermedad emanado por un modelo biomédico y de tratamiento farmacológico, donde no ha logrado entender la dimensión biopsicosocial del consumo de drogas. En este sentido, la división de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología (BPS) en el año 2013, hizo un llamamiento internacional para el abandono definitivo del modelo de “enfermedad y diagnóstico” en salud mental, manifestando que *“es oportuno y apropiado afirmar públicamente que el actual sistema de clasificación diagnóstica, en el que se basan el DSM y el CIE, con respecto a los diagnósticos psiquiátricos funcionales, presenta limitaciones conceptuales y empíricas significativas. Por consiguiente, es necesario realizar un cambio de paradigma en relación con las experiencias a las que se refieren dichos diagnósticos, hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad”*.

El principal problema de este enfoque es que tiende a etiquetar a las personas usuarias de drogas como dependientes y reduce el fenómeno a un problema neurológico, por lo que el tratamiento preferido es la medicalización e internamiento. Esto puede llevar a la exigencia de internamientos involuntarios o la utilización de intervenciones que no estén fundamentadas en evidencia empírica y buenas prácticas de ética médica y sanitaria.

Este hecho ha ocasionado que las personas usuarias de drogas sigan siendo discriminadas, lo que dificulta su acceso a opciones sanitarias, educativas y ocupacionales. Como bien lo dice la campaña global Apoye No Castigue del Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC), *“Los riesgos crecientes a los que se enfrentan las personas que usan drogas ya no pueden ignorarse. Es hora de dejar atrás las políticas dañinas, las ideologías y los prejuicios. Es hora de priorizar la salud y el bienestar de los usuarios de drogas, de sus familias y sus comunidades.”*¹¹

Enfoque de reducción de daños

La Reducción del Daño, también conocida como reducción del riesgo o minimización de daños, es una política de que se enfoca en la minimización de los daños que produce el uso de drogas, más que en el uso de drogas por sí mismo. Es una categoría pertinente al campo de las políticas sanitarias y sociales que surge como una alternativa a las estrategias de cero tolerancia o mano dura, que han resultado ser ineficaces y contraproducentes, ya que no solo no han logrado disminuir el consumo de drogas, sino que también han ocasionado más daños sociales y sanitarios a las personas usuarias de drogas, sus familias y la sociedad en general. De hecho, por la misma ilegalidad de comercio de drogas, en muchas ocasiones estas suelen estar contaminadas con agroquímicos y otras sustancias más nocivas para la salud. Así mismo se conoce que cuando se utilizan instrumentos contaminados como pueden ser agujas para drogas inyectables o artefactos de vidrio o metal para el uso de cocaínas fumables (crack), se puede transmitir enfermedades infecciosas como el VIH, la Hepatitis B y C, así como otras enfermedades infecto contagiosas como la Tuberculosis.

Los principales objetivos de las intervenciones basadas en un enfoque de reducción del daño, es el contactar con el máximo número posible de consumidores, disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso y la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de drogas¹². Es claro que la reducción del daño no contradice las estrategias de prevención y tratamiento basadas en la abstinencia, más bien las complementa. De hecho, se ha reconocido que las intervenciones de reducción de daños, puede mejorar la calidad de vida, preservar la salud en la persona usuaria e incluso facilitar el proceso para que la persona continúe a un tratamiento basado en la abstinencia.

En este enfoque la atención se sitúa en los efectos secundarios del uso de drogas y no en la droga en sí, lo cual reduce la estigmatización y discriminación que sufren las personas usuarias. Se parte de un cambio en las representaciones sociales entorno a las drogas y las personas que las utilizan, en donde la meta no es la

¹¹ www.supportdontpunish.org/es

¹² Grupo Igia (2000)

abstinencia, sino más bien la reducción física, psicológica y social de los riesgos y daños que puede ocasionar un consumo problemático de drogas. La reducción del daño nos permite brindar una atención mínima a personas que han sido excluidas y marginadas de los servicios estatales. Tomando en cuenta que la negación de la atención en salud o la entrega de medicamentos para el tratamiento de una enfermedad crónica, porque una persona continúa usando droga, es una clara equivocación en el abordaje terapéutico y una violación a su derecho a la salud.

El enfoque de reducción de daños acuña una serie de estrategias que se desarrollan de acuerdo al contexto en diferentes formas de intervención. Estas acciones van desde la brindar información para un consumo responsable o de forma menos riesgosa, facilitar el acceso a la red socio sanitaria, promover relaciones sexuales seguras, la auto organización de las personas usuarias como agentes de prevención y con el fin de defender sus derechos y el remplazo de drogas adquiridas en el mercado ilegal por drogas prescritas, tal es el caso de la sustitución de heroína por metadona.

Cabe resaltar que en Costa Rica existen esfuerzos sistemáticos y permanentes de una serie de organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios básicos de alimentación, higiene y escucha a personas habitantes en calle. Aun así, las políticas nacionales sobre reducción del daño aún no incluyen este enfoque y tampoco parece estar contemplado en el panorama. Mucho de estos esfuerzos desarrollados por organizaciones de la sociedad civil son menospreciados por las instituciones de salud y cuentan con escasos recursos económicos estatales, así como poca formación técnica para el trabajo con personas usuarias de drogas.

Retos para el futuro

Desde el enfoque de salud pública, las políticas de reducción de la demanda de drogas, deben procurar garantizar el derecho a la salud, mediante la disposición de una gran variedad de políticas de reducción de la demanda, como la prevención, la intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, la reducción del daño y la reinserción social, con enfoque de género y de respeto a los derechos humanos, dirigido a toda la población, pero especialmente quienes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Se debe sustituir el castigo con políticas de salud pública que busquen acercar de forma voluntaria a las personas usuarias de drogas hacia el sistema de salud pública y teniendo siempre en cuenta su dignidad personal. El hecho de que en Costa Rica el consumo de drogas se encuentre totalmente despenalizado facilita esta premisa, sin embargo, la atención aún se mantiene sujeta por los enfoques que se sustentan en la enfermedad de la adicción, que no permiten ver a personas en contextos familiares y comunitarios a los que también se debería intervenir.

La Declaración de la 43ava sesión de la OEA dice claramente que las políticas para la reducción de la demanda de drogas deben centrarse en el bienestar del individuo y su entorno, desde un abordaje multisectorial y multidisciplinario, basado en evidencia empírica y las mejores prácticas disponibles. Debe buscar mitigar los impactos negativos del uso indebido de drogas, afianzando el tejido social y fortaleciendo la justicia, los derechos humanos, la salud, el desarrollo, la inclusión social, la seguridad ciudadana y el bienestar colectivo. También resulta imperativo fortalecer los sistemas públicos de salud y desarrollar mecanismos de monitoreo nacionales basados en evidencia, que permita identificar las tendencias actuales del consumo de drogas, demandas y acceso a los servicios de salud pública y capacidades institucionales para responder a este fenómeno.

Para esto es necesario un compromiso político de todas las instituciones estatales encargadas, así como de las organizaciones privadas y de la sociedad civil partiendo de criterios basados en principios de no discriminación y de apoyo a poblaciones en riesgo como son las personas menores de edad, jóvenes, mujeres, personas en las cárceles y aquellos con discapacidad mental, así como en las minorías culturales o étnicas y de bajos ingresos o de las comunidades urbanas marginales. En este sentido el impulso para la formación de asociaciones de la sociedad civil y de personas consumidoras y sus familias, en defensa de sus derechos se ve como un reto importante, para lograr de estos propósitos.

Es de suma importancia incluir el enfoque de reducción del daño en las políticas de drogas en Costa Rica, buscando promover un enfoque de control social más humano y participativo. Esto se basa en el hecho de que tales estrategias no sólo deben tratar de mejorar la salud de las personas que usan drogas, pero también reducir el crimen y la violencia asociada.