



Financiado por
la Unión Europea

COP  LAD

Informe Final

Investigadora: Maritza Rojas

Copolad III es un consorcio formado por:



iila

Organizzazione internazionale ibero-latino americana



Financiado por
la Unión Europea

Tabla de contenido

Siglas	6
Resumen ejecutivo	8
Introducción	12
Capítulo 1: Evolución de los Planes Nacionales sobre Drogas en Costa Rica (2005–2025)	12
Capítulo 2: Marco normativo costarricense en materia de drogas.	16
Avances y limitaciones del marco normativo costarricense en materia de drogas	20
Integración del enfoque de género, salud pública y derechos humanos en la normativa costarricense sobre drogas	22
Congruencia de los Planes Nacionales sobre Drogas con otras Políticas Nacionales	23
1. Articulación con la Política Nacional de Salud Mental 2012–2021	23
2. Congruencia con la Política Nacional de Salud 2014–2021	24
3. Vinculación con la Estrategia Nacional para el Control del Tabaco y el Alcohol	24
4. Relación con la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia	25
5. Integración con la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PIEG)	25
6. Conexión con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	25
7. Articulación con la Política de Seguridad Ciudadana	25
8. Congruencia con la Política Nacional de Juventud	26
9. Vinculación con la Política Nacional de Desarrollo Humano	26
10. Coherencia con la Política Nacional de Salud Mental 2023–2030	26
11. Congruencia con la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI)	27
Capítulo 3: Gobernanza de la política pública sobre drogas en Costa Rica.	29
Capítulo 4: Metodología de la Evaluación	32
Temporalidad y Alcance Geográfico de la Evaluación	32
Temporalidad de la Evaluación	32
Alcance Geográfico	32
Objetivo de Evaluación	32
Objetivo General:	32
Objetivos Específicos:	33
Definición de actores clave:	33
Metodología:	35
Capítulo 5: Hallazgos Justicia Restaurativa y Encarcelamiento	36
Agenciamiento	38
¿En qué medida el análisis de género estuvo explícitamente presente al momento de reconocer la necesidad de aplicar justicia restaurativa en políticas penitenciarias sobre drogas?	38
Programación	45
¿Las estrategias definidas para la implementación de justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas consideran explícitamente la reducción de desigualdades de género en su diseño?	45
¿De qué manera se definieron objetivos, recursos y acciones específicas orientadas hacia la prevención de la reincidencia y facilitación de la reinserción social, diferenciando necesidades según género?	49



Financiado por
la Unión Europea

Implementación	51
¿En qué medida la aplicación efectiva de programas de justicia restaurativa responde a las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres encarceladas por delitos relacionados con drogas?	52
¿Qué factores (institucionales, sociales, culturales) han incidido positiva o negativamente en la implementación efectiva de medidas restaurativas orientadas a reducir la reincidencia y favorecer la reinserción social desde una perspectiva de género?	53
Evaluación	55
¿En qué medida los programas basados en justicia restaurativa lograron reducir las tasas de reincidencia entre hombres y mujeres encarcelados por delitos relacionados con drogas, y existen diferencias significativas por género?	55
¿Cuál ha sido el impacto de la justicia restaurativa en las oportunidades reales de reinserción social y económica de las personas, especialmente mujeres, tras cumplir condenas relacionadas con delitos de drogas?	56
Acceso a redes de apoyo en Justicia Restaurativa (Costa Rica)	57
Capítulo 6: Hallazgos Tratamiento para Consumo Problemático	59
Situación actual del consumo de sustancias en adultos	61
Agenciamiento	63
¿Qué actores y procesos han contribuido o dificultado la inclusión en la agenda pública de los programas de tratamiento basados en reducción de daños, accesibles, culturalmente pertinentes y sensibles al género?	63
¿En qué medida el reconocimiento explícito del enfoque de reducción de daños y las necesidades específicas según género y cultura ha estado presente en los diagnósticos iniciales que justificaron la inclusión de estos programas en la agenda política?	65
Programación	68
¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones específicas dentro de los programas de tratamiento que garanticen accesibilidad universal, pertinencia cultural y reducción de daños con enfoque explícito de género?	68
¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos (económicos, humanos, técnicos) para asegurar la incorporación efectiva del enfoque de reducción de daños y la atención diferenciada según género y cultura?	69
Implementación	72
¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación efectiva del enfoque de reducción de daños y la atención diferenciada por género y cultura en los programas implementados?	72
Evaluación	75
¿Cuál es el nivel de efectividad de los programas implementados en términos de mejora en la calidad de vida, reducción del consumo problemático de drogas, y reducción de daños, con diferencias específicas según género y contexto cultural?	76
¿En qué medida los programas evaluados han contribuido efectivamente a disminuir las brechas de acceso relacionadas con género, cultura y condición socioeconómica, y han incorporado de manera sostenible el enfoque de reducción de daños en el tratamiento del consumo problemático de drogas?	78



Financiado por
la Unión Europea

Capítulo 7: Hallazgos de Prevención del Consumo de Drogas	80
Agenciamiento	83
¿Qué actores y mecanismos han facilitado o dificultado la incorporación en la agenda pública de estrategias preventivas del consumo de drogas diferenciadas según las necesidades específicas de mujeres y grupos vulnerables?	83
¿En qué medida los diagnósticos iniciales sobre prevención del consumo de drogas, usados para la inclusión en la agenda política, han considerado explícitamente las necesidades diferenciadas por género y vulnerabilidades sociales?	86
¿Cómo se han formulado objetivos, estrategias y acciones específicas en las políticas preventivas del consumo de drogas para atender las necesidades diferenciadas de mujeres y otros grupos vulnerables en contextos educativos formales e informales?	88
¿En qué medida se han asignado recursos específicos (humanos, técnicos y financieros) para garantizar que las estrategias preventivas sean adecuadas y efectivas en poblaciones diferenciadas, especialmente mujeres y grupos vulnerables?	90
Implementación	92
¿En qué medida las estrategias preventivas implementadas en contextos educativos formales e informales han alcanzado efectivamente a mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad, considerando barreras específicas de acceso y participación?	92
¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación efectiva de estrategias preventivas diferenciadas según género y vulnerabilidad social en contextos educativos?	95
Evaluación	97
¿Qué tan efectivas han sido las estrategias preventivas implementadas en educación formal e informal para reducir o prevenir el consumo de drogas entre mujeres y poblaciones vulnerables?	97
¿En qué medida las políticas preventivas evaluadas han generado cambios significativos y sostenibles en conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de drogas, diferenciando los resultados por género y nivel de vulnerabilidad social?	101
Capítulo 8: Hallazgos sobre Reducción de Riesgos y Daños	103
Agenciamiento	105
¿Qué actores, procesos y contextos han facilitado o dificultado la incorporación explícita en la agenda pública de políticas de reducción de riesgos y daños con enfoque específico en mujeres y personas LGBTIQ+?	106
¿En qué medida los diagnósticos iniciales que sustentaron la incorporación de estas políticas en la agenda política reconocieron explícitamente la problemática específica de criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+?	108
¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones concretas en las políticas de reducción de riesgos y daños para atender específicamente la reducción de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas?	109



Financiado por
la Unión Europea

¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos (económicos, técnicos y humanos) para asegurar la incorporación efectiva del enfoque de derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual en las acciones propuestas?	111
Ejecución	113
¿En qué grado se han implementado efectivamente las políticas y estrategias de reducción de riesgos y daños en poblaciones específicas como mujeres y personas LGBTIQ+, considerando las barreras sociales, culturales e institucionales asociadas a la estigmatización y criminalización?	114
¿Cuáles factores (institucionales, culturales y sociales) han incidido positivamente o negativamente en la reducción efectiva del estigma y la criminalización en la aplicación de políticas de reducción de riesgos y daños para mujeres y población LGBTIQ+?	116
Evaluación	118
¿Qué nivel de efectividad han tenido las políticas implementadas en la reducción tangible de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas desde la perspectiva de salud pública y derechos humanos?	118
¿En qué medida las políticas evaluadas han generado cambios sostenibles en las prácticas institucionales y percepciones sociales que mitigan los impactos negativos asociados al consumo problemático de drogas en mujeres y personas LGBTIQ+?	121
Capítulo 7: Hallazgos Transversales	123
Capítulo 8: Conclusiones	125
Capítulo 9: Oportunidades de mejora	128
Bibliografía	129
Anexos	135
Anexo 1: Matriz evaluativa:	135

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Línea de tiempo histórica en Justicia Restaurativa	51
Ilustración 2. Costa Rica – Prevención del consumo de drogas (2005-2025)	83

Índice de Tablas

Tabla 1. Comparativo de la evolución de la política antidrogas en Costa Rica (2005–2025)	14
Tabla 2. Marco normativo costarricense sobre drogas y justicia	17
Tabla 3. Congruencia entre los Planes Nacionales sobre Drogas y otras Políticas Nacionales de Costa Rica	27
Tabla 4. Proxies de acceso a redes de apoyo en Justicia Restaurativa, Costa Rica (2018–2025)	58
Tabla 5. Comparativo de alternativas de tratamiento en Costa Rica	61
Tabla 6. Alcohol: evolución de prevalencias por sexo (%)	77
Tabla 7. Cannabis: evolución de prevalencias por sexo (%)	77
Tabla 8. Histórico de cobertura	94
Tabla 9. Comparativa – Consumo en población estudiantil (MEP 2014–2020)	100



Financiado por
la Unión Europea

Siglas

25N	Día Internacional contra la Violencia hacia las Mujeres
BINASSS	Sistema Nacional de Bibliotecas de Salud
CAID	Centros de Atención Integral en Drogas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEN-CINAI	Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral
CEPREDE	Asociación Centro de Predicción Económica
CGR	Contraloría General de la República
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
COMAI	Comisión Mixta de Atención a la Indigencia
COMAR	Comisión de Asignación de Recursos
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
CONAPDIS	Consejo Nacional de Personas con Discapacidad
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH sida
CONASPE	Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad
COPOLAD	Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de políticas de lucha contra la droga
CRTC	Costa Rica Treatment Center
D.A.R.E.	Programa Educación para la Resistencia al Alcohol y las Drogas
DINADECO	Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
EE.UU.	Estados Unidos
EISAM/EISAA	Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental/Adicciones
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENDDA	Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020-2030
ETIR	Equipo Técnico Interdisciplinario Regional
FBB	Fundación Bandera Blanca
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INDDA	Informe Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados
INL	Oficina Internacional de Asistencia Antinarcoóticos y Cumplimiento de la Ley
JR	Justicia Restaurativa
JVD	Junta de Vigilancia de Drogas
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MJP	Ministerio de Justicia y Paz



Financiado por
la Unión Europea

MPPRD	Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños
MRD	Modelo de Reducción de Daños
MRD	Modelo de Reducción de Daños
NA	Narcóticos Anónimos
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud
OVEIS	Observatorio de Vigilancia de Estrategias e Intervenciones en Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PEI	Plan Estratégico Institucional
PEN VIH	Plan Estratégico Nacional sobre el VIH y el SIDA
PIEG	Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género
PIEG	Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género
PLANNOVI	Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres
PNsD	Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
POI	Plan Operativo Institucional
PROCCERTRAD -CR	Programa de Capacitación y Certificación para la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogas y Violencia en Costa Rica
PTDJ	Programa de Tratamiento de Drogas
RD	Reducción de daños
RENAREDA	Red Nacional de Reducción de Daños
RRD	Reducción de riesgos y daños
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SINAPRE	Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas
SINATRA	Sistema Nacional de Tratamiento
UAI	Unidades de Atención Integral
UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional
UNED	Universidad Estatal a Distancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
UPIG	Unidad para la Promoción de la Igualdad de Género



Financiado por
la Unión Europea

Resumen ejecutivo

El presente estudio se enmarca en el Programa COPOLAD III, dentro del Grupo de Trabajo 1.4 sobre Evaluación de Políticas de Drogas, en estrecha colaboración con el Observatorio Costarricense de Drogas (OCD), como parte del fortalecimiento de los Observatorios Nacionales de Drogas (OND). Su propósito central es consolidar capacidades nacionales para evaluar políticas públicas de drogas durante el período 2005–2025, aportando insumos estratégicos para decisiones basadas en evidencia, con enfoque de derechos humanos, igualdad de género y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La metodología combina la experiencia nacional con la Guía Metodológica de COPOLAD, articulada en cuatro fases: agenciamiento, programación, implementación y evaluación. Este marco permitió integrar revisión documental exhaustiva, entrevistas semiestructuradas y triangulación de datos estadísticos desagregados. En lo financiero, existe un andamiaje normativo que asegura recursos mínimos (por ejemplo, Ley 8204), pero persisten vacíos de información y trazabilidad presupuestaria, especialmente respecto a gasto diferenciado en acciones con enfoque de género y diversidad sexual.

Hallazgos principales por políticas

Justicia restaurativa y encarcelamiento.

Costa Rica avanza hacia medidas alternativas a la privación de libertad y un mayor uso de la justicia restaurativa, con evidencias de impacto positivo en reinserción social. No obstante, la cobertura sigue siendo reducida, y las mujeres privadas de libertad enfrentan obstáculos particulares para la reintegración social y económica. Aunque se desarrollaron diseños metodológicos sólidos para medir costos e impactos de la justicia restaurativa, aún no se aplican de forma sistemática, lo que impide cuantificar su efectividad real y costo-beneficio.

Tratamiento del consumo problemático.

Los programas presentan mejoras en accesibilidad y pertinencia cultural, pero todavía hay brechas significativas en la atención a mujeres, jóvenes y población LGBTIQ+, con servicios insuficientes para sus necesidades específicas. La falta de indicadores de seguimiento a mediano y largo plazo —como sostenibilidad de resultados en calidad de vida o reducción de consumo— limita el aprendizaje institucional y la posibilidad de ajustar políticas en tiempo real.

Prevención del consumo.

Las estrategias preventivas han fortalecido la sensibilización en contextos educativos, aunque su impacto es desigual. La cobertura en áreas rurales y comunidades históricamente excluidas sigue rezagada, y los diagnósticos carecen de un enfoque diferenciado de género y vulnerabilidad social. La escasez de recursos humanos y técnicos asignados afecta la sostenibilidad, mientras que la ausencia de mecanismos de evaluación sistemática limita la identificación de aprendizajes.

Reducción de riesgos y daños.

El enfoque de salud pública y derechos humanos se ha incorporado en el plano normativo, pero enfrenta resistencias culturales y sociales que obstaculizan su aplicación. Las mujeres



Financiado por
la Unión Europea

y personas LGBTIQ+ continúan siendo objeto de criminalización y estigmatización, lo que restringe su acceso a servicios de reducción de daños. La falta de registros desagregados impide medir con precisión los resultados e identificar buenas prácticas replicables.

Acciones de mejora recomendadas

1. **Fortalecer la trazabilidad financiera** mediante registros administrativos armonizados y desagregados por género, región y población, para identificar claramente la inversión en prevención, tratamiento, justicia restaurativa y reducción de daños.
2. **Implementar de manera operativa los diseños metodológicos elaborados** (estimación de costos y modelo CIPP), asegurando que los resultados sean integrados al ciclo de toma de decisiones y permitan evaluar efectividad y costo-eficiencia.
3. **Ampliar la cobertura de programas de justicia restaurativa**, priorizando mujeres privadas de libertad y garantizando acompañamiento social y económico posterior a las medidas.
4. **Fortalecer los programas de tratamiento** con enfoque diferenciado, ampliando la formación del recurso humano y asegurando la asignación de recursos sostenidos para la atención de mujeres y población LGBTIQ+.
5. **Reformular las estrategias preventivas** con diagnósticos más sensibles al género, territorio y vulnerabilidad social, así como con mecanismos de seguimiento que midan resultados en conocimientos, actitudes y prácticas a mediano plazo.
6. **Consolidar la reducción de daños como política pública**, superando resistencias mediante campañas de sensibilización, alianzas comunitarias y el fortalecimiento de protocolos que garanticen acceso no discriminatorio a los servicios.
7. **Potenciar la gobernanza interinstitucional**, manteniendo la articulación permanente entre el OCD, las instituciones sectoriales y la Task Force de COPOLAD, para asegurar legitimidad, coherencia y sostenibilidad de las acciones.

Conclusión integrada

Entre 2005 y 2025 la política costarricense sobre drogas ha evolucionado desde un enfoque de control hacia un modelo integral centrado en derechos humanos, salud pública y coordinación interinstitucional. Sin embargo, persisten vacíos en financiamiento diferenciado, seguimiento de resultados y atención inclusiva. Las acciones de mejora propuestas representan una hoja de ruta para robustecer la evidencia, reducir brechas estructurales y garantizar que las políticas de drogas respondan de manera más justa, efectiva y sostenible a las necesidades de la población.

Introducción

El presente documento se enmarca en la línea 1.4 de Evaluación de Políticas de Drogas del Programa COPOLAD III —en estrecha colaboración con el Observatorio Costarricense de



Financiado por
la Unión Europea

Drogas (OCD)— y tiene por propósito contribuir a la consolidación de capacidades nacionales para evaluar políticas públicas en materia de drogas, ofreciendo insumos relevantes para la toma de decisiones y la mejora continua de las estrategias implementadas en el país.

La evaluación se realiza sobre el período 2005–2025 y **se centra en las acciones prioritizadas por Costa Rica para este ejercicio**, definidas en coherencia con la *Metodología evaluativa de políticas públicas de drogas desde un enfoque de Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Estas prioridades abarcan: **(i)** acciones de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas; **(ii)** acciones de prevención del consumo; **(iii)** políticas y programas de **reducción de riesgos y daños**; y **(iv)** la revisión de **políticas de encarcelamiento en las leyes de drogas**, con énfasis en la **justicia restaurativa**. Este conjunto orienta la evaluación hacia intervenciones más efectivas, justas y respetuosas de los derechos humanos, con foco en rehabilitación, prevención y reinserción social.

El informe se organiza en once capítulos. Los capítulos 1, 2 y 3 revisan el marco normativo nacional e internacional para identificar lineamientos, principios y compromisos que orientan las políticas de drogas en Costa Rica. El capítulo 4 describe la metodología aplicada, que combina la metodología nacional adoptada y los lineamientos de la Guía Metodológica de COPOLAD (en proceso de publicación), estructurada en las fases de **agenciamiento, programación, implementación y evaluación**. Los capítulos 5 a 8 profundizan en los programas y políticas que el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) definió como prioritarios; y los capítulos 9, 10 y 11 presentan los principales hallazgos, conclusiones y oportunidades de mejora.

La **Guía Metodológica de COPOLAD** constituye un referente técnico para la región. No se limita a medir logros o indicadores de desempeño; propone un análisis integral que considera la coherencia interna de las políticas, su adecuación a los contextos sociales y políticos y su capacidad para generar transformaciones sostenibles. En este marco, se subraya un enfoque participativo, inclusivo y sensible a los contextos culturales y de género, reconociendo la diversidad de actores y perspectivas como condición para comprender los múltiples efectos de las políticas de drogas y fortalecer la gobernanza y la legitimidad de las decisiones públicas.

En esta perspectiva, la guía destaca cuatro fases centrales que estructuran el proceso evaluativo. La fase de **agenciamiento** busca sentar las bases institucionales y generar consensos políticos para la evaluación. La fase de **programación** orienta la definición de objetivos, criterios de análisis e instrumentos de recolección de información. La fase de **implementación** enfatiza la puesta en marcha del proceso evaluativo con criterios de transparencia, participación y rigor técnico. Finalmente, la fase de **evaluación** sintetiza los hallazgos, sistematiza buenas prácticas y formula recomendaciones de mejora. Estas fases se conciben de manera interrelacionada, con retroalimentación constante entre ellas.

Asimismo, la guía subraya la importancia de un enfoque participativo, inclusivo y sensible a los contextos culturales y de género, reconociendo que la diversidad de actores y perspectivas es esencial para comprender los múltiples efectos de las políticas de drogas. De esta manera, no se trata únicamente de un ejercicio técnico, sino también de un proceso político y social que busca fortalecer la gobernanza y la legitimidad de las decisiones públicas en la materia.



Financiado por
la Unión Europea

Los capítulos 5, 6, 7 y 8 se centran en la evaluación de los programas y políticas que el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) definió como prioritarios para este ejercicio. Posteriormente, los capítulos 9, 10 y 11 presentan de manera sintética los principales hallazgos, conclusiones y oportunidades de mejora que surgen del análisis.

Para robustecer el proceso, se incorporaron dos estudios específicos elaborados por personas expertas, cuyos resultados se integran al marco general de esta evaluación nacional. La elaboración del informe se sustentó, además, en un diálogo permanente con el Grupo Experto del Grupo de Trabajo, el OCD y la Task Force del Componente Observatorios de COPOLAD, lo que permitió validar avances, enriquecer la perspectiva técnica y asegurar la pertinencia de los resultados en consonancia con las prioridades nacionales y regionales.

La elaboración del informe se llevó a cabo mediante un proceso de intercambio permanente con el Grupo Experto del Grupo de Trabajo, el Observatorio Costarricense de Drogas y la *Task Force* del Componente Observatorios del Programa COPOLAD. Este diálogo permitió validar avances, enriquecer la perspectiva técnica y asegurar la pertinencia de los resultados obtenidos, en consonancia con las prioridades nacionales y regionales en materia de drogas.

Capítulo 1: Evolución de los Planes Nacionales sobre Drogas en Costa Rica (2005–2025)

La política antidrogas en Costa Rica ha experimentado un proceso de transformación significativo desde mediados de la primera década del siglo XXI. Los diferentes Planes Nacionales sobre Drogas, elaborados entre 2005 y 2025, muestran una clara evolución desde enfoques centrados en la represión y el control, hacia un modelo más integral que incorpora la prevención, la atención en salud pública, los derechos humanos y la articulación con compromisos internacionales.

En el Plan Nacional sobre Drogas 2005-2007, la administración Pacheco de la Espriella reconoció que “el fenómeno droga y los problemas que de éste se desprenden, representan una amenaza para toda sociedad, se constituyen en el motor desintegrador de millones de familias en el mundo, atentan contra la seguridad social, afectan la convivencia ciudadana, desestabilizan las diversas economías y alteran la paz mundial” (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2005, p. i). Este documento introdujo la necesidad de articular políticas públicas en torno a la seguridad ciudadana, la justicia y la salud pública, vinculándose al Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 Monseñor Manuel Sanabria Martínez.

Un aspecto innovador de este plan fue la inclusión de sustancias legales como el alcohol y la nicotina en las políticas de prevención. El texto señala que “particularmente en el ámbito de la reducción de la demanda, las sustancias psicoactivas como el alcohol y la nicotina son incorporadas... deben adoptarse dentro del concepto de drogas y, por tanto, deben formar parte de las acciones preventivas y de atención contempladas” (ICD, 2005, p. iv). Este reconocimiento supuso un avance conceptual al vincular la política antidrogas con la salud pública y la reducción de factores de riesgo.



Financiado por
la Unión Europea

El Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012, elaborado bajo la administración Arias Sánchez, continuó con esta visión ampliada. En su presentación, se expresó que “la adicción a las drogas es un callejón oscuro en el que miles de costarricenses... ven extinguirse la luz de sus esperanzas. Sin embargo, no es un callejón sin salida. El Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012... es la luz que queremos arrojar sobre ese callejón” (ICD, 2007, p. 9). Este plan vinculó explícitamente la política antidrogas con el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 Jorge Manuel Dengo Obregón y con el Plan Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social 2007-2010.

El énfasis principal de este plan estuvo en la prevención y el tratamiento. El propio texto establece que “dos son las tareas principales que debemos abordar: prevenir y tratar. Si cumplimos con estas dos tareas básicas, evitando que los costarricenses entren al callejón de la droga, y sacamos a quienes se encuentran en él, podemos salvar a miles” (ICD, 2007, p. 11). Se desarrollaron programas diferenciados para la población infanto-juvenil, la atención a personas en condición de vulnerabilidad social y la lucha contra el narcotráfico, consolidando la interinstitucionalidad como eje de acción.

El Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017 introdujo un marco estratégico más amplio, incorporando con mayor fuerza los compromisos internacionales asumidos por Costa Rica. Según el documento, “constituye el marco estratégico de referencia de la política pública costarricense en materia de drogas, legitimación de capitales y delitos conexos, permitiendo que la acción estatal sea coherente, integral y sostenida” (ICD, 2013, p. 7). Con ello, la política antidrogas se vinculó con la consolidación de datos nacionales, el fortalecimiento institucional y la cooperación internacional.

En este periodo se hizo evidente la necesidad de basar las decisiones de política en evidencia empírica. El documento indicó que “la respuesta nacional debe basarse en diagnósticos actualizados y en sistemas de información que permitan orientar las decisiones de política pública” (ICD, 2013, p. 15). De esta manera, la producción y gestión de datos pasó a ocupar un lugar central en la planificación estatal.

El Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo (PNsD) 2020-2024 marcó un giro metodológico. El texto explica que “los pilares en los que se sustenta el PNsD 2020-2024 son: a. Drogas y salud pública; b. Drogas y derechos humanos; c. Drogas y delito; d. Drogas y desarrollo humano” (ICD, 2019, p. 29). La novedad radicó en la introducción de intervenciones estratégicas calendarizadas, cadenas de resultados y sistemas de seguimiento, profesionalizando la gestión estatal en este ámbito.

El mismo plan subrayó la necesidad de un esfuerzo conjunto: “será a través del esfuerzo conjunto que se convierta el deseo plasmado en una realidad, que al final del camino beneficiará a cada persona que habita en este hermoso país” (ICD, 2019, p. 6). Además, amplió el enfoque hacia la protección de derechos humanos y el desarrollo humano, superando las visiones exclusivamente represivas de etapas anteriores.

De manera complementaria, el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2017-2022 incluyó acciones antidrogas dentro de su eje de seguridad ciudadana, articulando los



Financiado por
la Unión Europea

esfuerzos del ICD con metas de fortalecimiento institucional y reducción de la violencia (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2017).

Por su parte la **Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020-2030 (ENDDA ICD)** plantea un enfoque integral que combina la prevención, la atención, la persecución y la sanción del narcotráfico y los delitos conexos, con un énfasis en la salud pública y los derechos humanos. Reconoce que el problema de las drogas no solo debe abordarse desde la perspectiva de la seguridad, sino también desde sus dimensiones sociales, económicas y sanitarias, integrando acciones de prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción social de las personas afectadas por el consumo.

Además, incorpora un enfoque interinstitucional y de corresponsabilidad social. Esto implica la coordinación de instituciones del Estado, sector privado, sociedad civil y comunidades, de manera que la respuesta sea articulada y sostenible. Se resalta la necesidad de atender factores estructurales como la pobreza, la exclusión y la falta de oportunidades, que inciden en la vulnerabilidad de ciertos grupos frente al crimen organizado y el consumo problemático de drogas.

Finalmente, transversaliza la equidad de género, la juventud y los derechos humanos, reconociendo los impactos diferenciados que tienen las drogas y los delitos asociados en poblaciones específicas. Así, la estrategia busca no solo reforzar la seguridad ciudadana y el control de sustancias ilícitas, sino también promover alternativas de desarrollo, inclusión social y fortalecimiento institucional para construir comunidades más seguras, resilientes y con mayores oportunidades hacia el año 2030.

Este plan enfatiza que el fenómeno de las drogas está vinculado estructuralmente con la pobreza y la exclusión social. Como se indica: “se reconoce que el fenómeno de las drogas está íntimamente ligado a la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, por lo que el abordaje requiere medidas estructurales y sostenidas” (ICD, 2020, p. 25). De este modo, se articula la política antidrogas con la agenda de desarrollo humano y con los ODS.

En perspectiva histórica, la evolución de los planes muestra una maduración conceptual e institucional. Desde la priorización de la represión y la prevención inicial (2005-2007), pasando por el fortalecimiento de la atención y la interinstitucionalidad (2008-2012), hasta la consolidación de marcos estratégicos vinculados a compromisos internacionales y metodologías de gestión basadas en resultados (2013-2024), se llega a una planificación decenal que busca la sostenibilidad y la integración con políticas sociales (2020-2030).

En conclusión, los Planes Nacionales sobre Drogas en Costa Rica (2005–2025) evidencian una transición hacia un modelo integral, donde la lucha contra las drogas se enmarca no sólo en la seguridad y el control, sino también en la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo sostenible. Este recorrido fortalece la capacidad del Estado costarricense para enfrentar el fenómeno de manera estructural y sostenida.

Tabla 1. Comparativo de la evolución de la política antidrogas en Costa Rica (2005–2025)



Financiado por
la Unión Europea

Plan / Estrategia	Periodo	Enfoque principal	Innovaciones / Avances	Articulación / Vinculación
Plan Nacional sobre Drogas	2005–2007	Seguridad ciudadana, justicia y salud pública.	Inclusión de sustancias legales (alcohol y nicotina) en la prevención; visión integral inicial.	Vinculado al Plan Nacional de Desarrollo 2002–2006.
Plan Nacional sobre Drogas	2008–2012	Prevención y tratamiento como ejes centrales.	Programas diferenciados para niñez, juventud y población vulnerable; fortalecimiento de la interinstitucionalidad.	Articulado al Plan Nacional de Desarrollo 2006–2010 y al Plan de Prevención de la Violencia 2007–2010.
Plan Nacional sobre Drogas	2013–2017	Marco estratégico integral y compromisos internacionales.	Incorporación de evidencia empírica y sistemas de información como base para la toma de decisiones; énfasis en legitimación de capitales y delitos conexos.	Referencia estratégica de política pública; fortalecimiento institucional y cooperación internacional.
Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo (PNsD)	2020–2024	Drogas y salud pública, derechos humanos, delito y desarrollo humano.	Introducción de intervenciones calendarizadas, cadenas de resultados y sistemas de seguimiento.	Articulado con metas de fortalecimiento institucional y reducción de violencia del Plan Nacional de Desarrollo 2017–2022.
Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA)	2020–2030	Prevención, atención, persecución y sanción, con enfoque en salud pública y derechos humanos.	Enfoque estructural sobre pobreza, desigualdad y exclusión; inclusión de reducción de daños, reinserción social y desarrollo alternativo; transversalización de género, juventud y DDHH.	Integración con ODS y agenda de desarrollo humano; coordinación interinstitucional, sec

Fuente: Construcción propia a partir de la revisión documental.



Financiado por
la Unión Europea

Capítulo 2: Marco normativo costarricense en materia de drogas.

El **marco normativo costarricense en materia de drogas** encuentra en la **Ley N.º 8204 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas** su principal eje regulador. Esta normativa, promulgada en 2001 y reformada posteriormente, constituye la base jurídica para el abordaje del fenómeno droga en el país. La ley establece sanciones severas para los delitos de tráfico ilícito, producción, distribución y legitimación de capitales, alineándose con los convenios internacionales suscritos por Costa Rica. Sin embargo, también introduce un elemento diferenciador al reconocer la distinción entre el tráfico de drogas y el consumo personal, lo cual marca un punto de inflexión al no criminalizar a las personas usuarias, orientando su tratamiento hacia el ámbito de la salud pública más que hacia el punitivo.

En el campo de la **salud pública**, la **Ley General de Salud (Ley N.º 5395 de 1973)** y el **Decreto Ejecutivo N.º 37110-S de 2012** constituyen las disposiciones normativas centrales para la prevención y tratamiento de las adicciones. El primero establece las bases de la organización sanitaria nacional y regula el abordaje de las farmacodependencias como un asunto de salud pública. El segundo, mediante la política del sector salud para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, consolida el derecho de acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Ambos instrumentos subrayan la responsabilidad del Estado en garantizar una red de atención integral, con estándares de calidad, accesibilidad y continuidad.

En materia de **prevención**, Costa Rica ha legislado de forma específica en torno a la protección de la niñez y la adolescencia. La **Ley N.º 7739, Código de la Niñez y Adolescencia (1998)**, en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, establece el deber del Estado de proteger a menores de edad contra el consumo de sustancias psicoactivas. Paralelamente, la **Ley N.º 8897 de 2010**, que refuerza las competencias del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), dispone su papel protagónico en la prevención del consumo mediante la educación, la atención temprana y la promoción de entornos saludables. De este modo, se articula un marco legal que orienta la acción preventiva hacia la población más vulnerable, reconociendo el carácter estructural del problema.

Desde la perspectiva del **encarcelamiento**, la normativa costarricense mantiene un balance complejo entre la severidad de las sanciones en delitos de narcotráfico y la búsqueda de proporcionalidad en casos de menor gravedad. En este sentido, las reformas introducidas a la Ley 8204 —particularmente mediante la Ley 9074 de 2013, la Ley 9387 de 2016 y la Ley 9449 de 2017— han buscado reducir el impacto desproporcionado de las penas en personas involucradas en delitos menores, especialmente mujeres en situación de vulnerabilidad. Esta tendencia normativa responde a recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y sobrepoblación penitenciaria, en un intento por compatibilizar la seguridad ciudadana con la equidad en la administración de justicia.

Complementariamente, la **Política Penitenciaria Científica y Humanista del Ministerio de Justicia y Paz (2017)** constituye un referente en la transformación del sistema penal



Financiado por
la Unión Europea

costarricense. Esta política se fundamenta en principios de respeto a la dignidad humana, rehabilitación social y prevención de la reincidencia, priorizando la educación, el trabajo y la reinserción como ejes del tratamiento penitenciario. Además, plantea la implementación de **Unidades de Atención Integral (UAI)** con un enfoque socio-productivo, orientadas a generar oportunidades reales de reintegración social y a disminuir los factores de riesgo que perpetúan el ciclo delictivo. Con ello, se busca superar el paradigma meramente punitivo que históricamente ha caracterizado al sistema penitenciario.

En el ámbito de la **justicia restaurativa**, la **Ley N.º 8720 de 2009** marca un hito en el ordenamiento jurídico costarricense al institucionalizar este enfoque como complemento al sistema penal tradicional. La norma promueve mecanismos alternativos de resolución de conflictos penales, entre ellos la mediación, la conciliación y las medidas reparatorias, priorizando la participación activa de las víctimas, los ofensores y la comunidad. De esta manera, se reconoce que la respuesta estatal frente a determinados delitos no debe limitarse al castigo, sino también a la reparación del daño y la reconstrucción del tejido social, con especial atención a los delitos menores relacionados con drogas.

Los programas judiciales de carácter innovador, como el **Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ)**, complementan este marco legal restaurativo. Estos dispositivos, previstos en los planes nacionales sobre drogas, permiten que las personas infractoras con dependencia a sustancias psicoactivas accedan a un proceso terapéutico supervisado por jueces y equipos interdisciplinarios, en lugar de enfrentar una condena privativa de libertad. Esta iniciativa refleja la convergencia entre los principios de la Ley 8720 y las políticas de salud pública, al reconocer la necesidad de un abordaje integral que combine tratamiento, acompañamiento psicosocial y seguimiento judicial.

En síntesis, el marco normativo costarricense en materia de drogas ha transitado desde un enfoque primordialmente represivo hacia una visión más integral, que conjuga los principios de salud pública, derechos humanos, proporcionalidad penal y justicia restaurativa. El conjunto de leyes, decretos y políticas señaladas no solo regula la oferta y demanda de drogas, sino que también redefine la relación entre el Estado y las personas usuarias, privilegiando la prevención, la rehabilitación y la reinserción social sobre el castigo. Este proceso de transformación normativa representa un esfuerzo sostenido por armonizar los compromisos internacionales de Costa Rica con las necesidades sociales internas, en aras de consolidar un sistema jurídico más justo, humano y eficaz.

Tabla 2. Marco normativo costarricense sobre drogas y justicia

Eje	Leyes y normativa estatal	Qué establecen	Aplicación / Programas	Instituciones responsables
Consumo problemático de drogas	- Constitución Política: art. 21 (derecho a la vida), art. 50 (salud como derecho fundamental). - Ley N.º 5395 (1973),	Reconoce el consumo como problema de salud pública y no como delito. La	Campañas educativas en centros educativos y comunidades ; diagnóstico temprano;	Ministerio de Salud / IAFA / CCSS / ICD.



Financiado por
la Unión Europea

Eje	Leyes y normativa estatal	Qué establecen	Aplicación / Programas	Instituciones responsables
	<p>Ley General de Salud: regula sustancias psicoactivas y competencias del Ministerio de Salud.</p> <p>- Ley N.º 8897 (2010), creación del IAFA: atención, prevención y rehabilitación de farmacodependientes</p> <p>.</p> <p>- Ley N.º 8204 (2001 y reformas): excluye la tenencia para consumo personal de sanciones penales (art. 58).</p>	<p>persona usuaria tiene derecho a tratamiento y prevención.</p>	<p>EISAM; clínicas de cesación tabaco.</p>	
<p>Prevención</p>	<p>- Ley N.º 7739 (1998), Código de la Niñez y Adolescencia: derecho a protección contra consumo de sustancias.</p> <p>- Ley N.º 7801 (1998), creación del ICD: rectoría nacional en materia de drogas.</p> <p>- Ley N.º 8897 (IAFA): atribuye rol preventivo en comunidades y escuelas.</p>	<p>Prevención universal, selectiva e indicada; fortalecimiento de capacidades comunitarias y escolares.</p>	<p>CEPREDE, APP y ERA (planes 2013–2017); programas escolares (“Drogas en la Escuela”); agentes multiplicador es juveniles.</p>	<p>ICD / IAFA / MEP / PANI / comunidades organizadas.</p>
<p>Tratamiento y rehabilitación</p>	<p>- Ley General de Salud (5395): art. 152–160, regula instituciones de atención a farmacodependientes</p> <p>.</p> <p>- Ley N.º 8897 (IAFA): acredita centros</p>	<p>Marco para la atención integral: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Regula acreditación y</p>	<p>Centros de Atención Integral en Drogas (CAID); Hospital “Nuevos Horizontes”; programas</p>	<p>CCSS / IAFA / ONG acreditadas / ICD.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Eje	Leyes y normativa estatal	Qué establecen	Aplicación / Programas	Instituciones responsables
	privados de tratamiento. - Decreto Ejecutivo N.º 37110-S (2012), Política del Sector Salud en tratamiento.	supervisión de centros.	comunitarios acreditados por IAFA; Receta Digital.	
Encarcelamiento y sistema penitenciario	- Código Penal y Código Procesal Penal: sanciones por tráfico, producción y legitimación de capitales. - Ley N.º 8204 y reformas (9074/2013, 9387/2016, 9449/2017): penas severas para narcotráfico; criterios de proporcionalidad en delitos menores. - Ley N.º 4762 (Ministerio de Justicia y Paz): competencias en sistema penitenciario.	Criminaliza el narcotráfico y delitos conexos. Permite revisar proporcionalidad de penas. Promueve la Política Penitenciaria Científica y Humanista (MJP, 2017).	Unidades de Atención Integral (UAI); programas socioeducativos y laborales en cárceles; programas para mujeres privadas de libertad.	MJP / Adaptación Social / Poder Judicial.
Justicia restaurativa y alternativas	- Ley N.º 7728 (1998), Justicia Penal Juvenil: medidas socioeducativas en lugar de cárcel. - Ley N.º 8720 (2009), Ley de Justicia Restaurativa: amplía a población adulta en ciertos delitos. - Código Procesal Penal: salidas alternas (conciliación,	Sustituye el castigo por restauración, mediación y reparación social. Aplica en delitos menores relacionados con drogas y en población juvenil.	PTDJ, programas de acompañamiento psicosocial, mediación penal, convenios de tratamiento	



Financiado por
la Unión Europea

Eje	Leyes y normativa estatal	Qué establecen	Aplicación / Programas	Instituciones responsables
	suspensión condicional). - Planes Nacionales sobre Drogas (2013–2017, 2017): introducen programas como PTDJ (Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial).			

Fuente: Construcción propia a partir de la revisión documental.

Avances y limitaciones del marco normativo costarricense en materia de drogas

El marco normativo costarricense en materia de drogas ha mostrado una evolución significativa al pasar de un enfoque centrado en la represión a uno más integral, que reconoce el consumo problemático como un tema de salud pública. La **Ley N.º 8204**, junto con sus reformas, marca un avance importante al distinguir entre el tráfico ilícito y el consumo personal, evitando la criminalización de las personas usuarias y orientando su atención hacia servicios de salud. Sin embargo, aunque esta diferenciación es un paso progresivo, persisten limitaciones en la implementación práctica, pues los recursos asignados al tratamiento y prevención resultan insuficientes frente a la magnitud del problema.

En materia de **consumo problemático**, la normativa reconoce el derecho de las personas a recibir atención integral. La **Ley General de Salud (Ley 5395)** y el **Decreto Ejecutivo N.º 37110-S (2012)** establecen obligaciones claras para garantizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. También se ha fortalecido al IAFA mediante la **Ley N.º 8897 (2010)**, dándole un rol central en prevención y atención. No obstante, aunque el marco legal es robusto, los programas enfrentan dificultades de cobertura y pertinencia cultural, lo cual limita su efectividad en comunidades indígenas, rurales y poblaciones históricamente excluidas.

En cuanto al **encarcelamiento**, la Ley 8204 establece sanciones severas para delitos vinculados con el narcotráfico, pero las reformas posteriores (Leyes 9074 de 2013, 9387 de 2016 y 9449 de 2017) han intentado corregir el impacto desproporcionado sobre personas de bajos recursos, especialmente mujeres en situación de vulnerabilidad. Este avance responde a recomendaciones internacionales en materia de derechos humanos y sobrepoblación penitenciaria. Sin embargo, la tensión entre seguridad ciudadana y proporcionalidad de las penas sigue siendo un desafío, ya que la prisión continúa siendo la respuesta predominante en muchos casos.

La **Política Penitenciaria Científica y Humanista (2017)** representa un giro importante al priorizar la reinserción social, la educación y el trabajo como ejes centrales. A través de las



Financiado por
la Unión Europea

Unidades de Atención Integral (UAI) se busca reducir la reincidencia y generar oportunidades de reintegración. Pese a ello, su alcance es limitado por problemas de hacinamiento, falta de recursos humanos especializados y dificultades para implementar programas diferenciados para mujeres y jóvenes privados de libertad, lo que evidencia una brecha entre la normativa y la realidad penitenciaria.

En el ámbito de la **prevención**, el marco legal ha incorporado avances importantes, como la protección de la niñez y adolescencia establecida en el **Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 7739)** y el papel del IAFA en campañas educativas. Asimismo, los planes nacionales han incorporado estrategias de prevención universal, selectiva e indicada, con programas escolares y comunitarios. Sin embargo, persiste la limitación de que muchas de estas acciones carecen de continuidad, dependen de la voluntad política del momento y no siempre incluyen enfoques de género e interculturalidad.

En relación con el **tratamiento**, Costa Rica cuenta con disposiciones normativas claras para la acreditación y supervisión de centros de atención, lo cual fortalece la calidad y regulación del servicio. Existen programas como los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) y hospitales especializados. Sin embargo, la cobertura sigue siendo insuficiente frente a la demanda y muchas personas usuarias no logran acceder a programas sostenidos de rehabilitación y reinserción social. La desigualdad territorial en la disponibilidad de servicios es otra limitación evidente.

La **justicia restaurativa** ha sido incorporada como un mecanismo alternativo al encarcelamiento con la **Ley N.º 8720 (2009)**, que promueve medidas como la conciliación, mediación y reparación social. Además, iniciativas como el **Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ)** han permitido que personas con consumo problemático puedan acceder a procesos terapéuticos supervisados en lugar de prisión. Este avance refleja un cambio hacia un enfoque de salud pública y derechos humanos. No obstante, la falta de cobertura nacional y la escasez de equipos interdisciplinarios reducen su impacto real.

En lo referente a la **reducción de daños**, la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030 introduce este enfoque como parte integral de la política pública. Reconoce la necesidad de superar la estigmatización y criminalización de las personas usuarias y de promover campañas de sensibilización y programas de apoyo. Sin embargo, este es uno de los ámbitos más rezagados, ya que aún no existen suficientes programas especializados ni financiamiento estable para su implementación en el país.

Un elemento transversal es la incorporación del **enfoque de género, derechos humanos y salud pública** en la normativa. Los planes nacionales y algunas leyes han reconocido los impactos diferenciados en mujeres, personas LGBTIQ+ y jóvenes. Sin embargo, en la práctica persisten limitaciones: la mayoría de los programas no ofrecen respuestas adaptadas a las necesidades específicas de estos grupos, lo que genera desigualdad en el acceso a la atención y la prevención.



Financiado por
la Unión Europea

Integración del enfoque de género, salud pública y derechos humanos en la normativa costarricense sobre drogas

El marco normativo costarricense en materia de drogas ha transitado hacia un modelo más integral, en el cual los enfoques de **salud pública y derechos humanos** han ido ganando protagonismo. Desde la promulgación de la **Ley 8204** y sus reformas, se reconoce explícitamente que el consumo personal no debe ser criminalizado, orientando a las personas usuarias hacia la atención médica y psicosocial. Este cambio refleja la adopción de un paradigma sanitario que prioriza la dignidad humana y busca reducir la estigmatización que históricamente han enfrentado quienes consumen sustancias psicoactivas.

En el plano de la **salud pública**, la **Ley General de Salud (Ley 5395)** y el **Decreto Ejecutivo N.º 37110-S (2012)** establecen lineamientos para garantizar el acceso a programas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Estos instrumentos normativos han consolidado la idea de que la farmacodependencia es una condición que requiere abordaje clínico y social, con el Estado como garante del derecho a la salud. No obstante, aunque la normativa ha sido clara, su aplicación efectiva enfrenta barreras relacionadas con la cobertura territorial y la falta de recursos.

En cuanto al **enfoque de género**, los avances han sido más incipientes y fragmentados. Las reformas a la Ley 8204 introdujeron criterios de proporcionalidad de las penas para mujeres en situación de vulnerabilidad que participan en delitos menores vinculados con el narcotráfico. Este reconocimiento responde a la realidad de que muchas mujeres son reclutadas por redes criminales debido a la pobreza y la exclusión social. Sin embargo, estas medidas aún son limitadas y no se acompañan de programas robustos de atención diferenciada para mujeres en prisión o en procesos de rehabilitación.

La política penitenciaria costarricense, particularmente con la **Política Penitenciaria Científica y Humanista (2017)**, ha intentado integrar principios de derechos humanos y género. Plantea la creación de Unidades de Atención Integral con enfoque socio-productivo que permitan atender necesidades diferenciadas, incluidas las de mujeres privadas de libertad. Sin embargo, la implementación de estos programas ha sido desigual y muchas veces no logra superar los patrones de discriminación estructural que enfrentan las mujeres en el sistema penal.

Desde la óptica de los **derechos humanos**, Costa Rica ha buscado alinear su normativa con compromisos internacionales. La Ley de **Justicia Restaurativa (8720)** introduce mecanismos que permiten a las personas con consumo problemático acceder a alternativas no privativas de libertad, promoviendo la reparación y la reinserción en lugar del castigo. Este avance constituye un ejemplo de integración de un enfoque humanista, aunque todavía la cobertura es reducida y depende en gran medida de la capacidad institucional de los tribunales y de la articulación interinstitucional.

En el ámbito de la **prevención**, el marco legal ha reconocido la necesidad de atender a poblaciones en situación de mayor riesgo, incluyendo mujeres, adolescentes y comunidades históricamente excluidas. El **Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 7739)** establece obligaciones específicas para proteger a menores de edad frente al consumo de sustancias,



Financiado por
la Unión Europea

mientras que el IAFA, a través de la Ley 8897, tiene un rol central en la promoción de entornos saludables. Sin embargo, persisten vacíos en la incorporación sistemática de un enfoque de género, ya que muchos programas preventivos no están adaptados a las realidades de mujeres jóvenes o personas LGBTIQ+.

La **reducción de daños**, como pilar vinculado al enfoque de salud pública y derechos humanos, ha sido incorporada de manera más explícita en la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030. Esta reconoce que las personas usuarias no deben ser criminalizadas, sino acompañadas con medidas que reduzcan los riesgos a su salud y su exclusión social. El enfoque de género aparece transversalmente en la estrategia, pero en la práctica se enfrenta a la ausencia de programas sostenidos y a la persistente estigmatización hacia mujeres y personas de la diversidad sexual que usan drogas.

Un aspecto relevante es la incorporación de la perspectiva de **derechos humanos** en la normativa que regula el sistema de salud y justicia. La Ley General de Salud reconoce la salud como un derecho fundamental, mientras que la Constitución Política, en sus artículos 21 y 50, refuerza este principio. No obstante, el acceso real a la atención integral para personas usuarias de drogas todavía depende de factores socioeconómicos, ubicación geográfica y disponibilidad de servicios, lo que genera inequidades contrarias al enfoque de derechos que plantea la normativa.

En relación con el **género**, el marco normativo carece de una política integral que articule prevención, tratamiento, justicia y reducción de daños de manera diferenciada según las necesidades de mujeres y hombres. Aunque se han realizado esfuerzos en reformas legales y planes nacionales, las brechas persisten en temas como la provisión de servicios de salud mental con enfoque de género, el acompañamiento a mujeres cuidadoras o la atención a la violencia de género vinculada al consumo. Esto evidencia que el enfoque de género ha sido más enunciativo que operativo.

Congruencia de los Planes Nacionales sobre Drogas con otras Políticas Nacionales

En este apartado se realiza un análisis general de la articulación entre las Políticas Nacionales sobre Drogas y otras políticas nacionales, siguiendo la metodología de evaluación propuesta por COPOLAD, que organiza el examen en fases específicas de política pública. En particular, se abordan el agenciamiento de la política y la fase programática para comprender cómo se coordinan y se implementan dichas políticas. En el apartado de hallazgos se analizarán las dimensiones clave definidas por COPOLAD, con el propósito de identificar fortalezas y desafíos en la implementación, la coordinación interinstitucional y la sostenibilidad de las medidas impulsadas por las instituciones involucradas, de las políticas específicas.

1. Articulación con la Política Nacional de Salud Mental 2012–2021

La Política Nacional de Salud Mental 2012–2021 reconoció explícitamente el consumo problemático de drogas como un determinante crítico del bienestar psicosocial en Costa Rica, ubicándolo dentro de los trastornos que deben recibir atención integral por parte del sistema de salud (Ministerio de Salud, 2012). Esta visión coincide con los planes nacionales sobre



Financiado por
la Unión Europea

drogas posteriores a 2013, que priorizan un enfoque de salud pública antes que uno represivo, señalando que la atención temprana, la rehabilitación y la reinserción social son elementos centrales para reducir el impacto del consumo en las comunidades.

Adicionalmente, esta política introdujo el modelo de atención comunitaria en salud mental, el cual se articula con la prevención y el tratamiento de adicciones desde una perspectiva territorial. Tal enfoque permitió reforzar la idea de que las personas usuarias no deben ser aisladas o estigmatizadas, sino acompañadas con dispositivos cercanos a sus comunidades. Así, se logró una congruencia directa entre los planes antidrogas y la política de salud mental, en tanto ambos reconocen que el consumo de sustancias no es un problema aislado, sino parte de un continuo de condiciones de salud que requieren un abordaje integral y humanista.

2. Congruencia con la Política Nacional de Salud 2014–2021

La Política Nacional de Salud 2014–2021 planteó como uno de sus objetivos estratégicos la reducción de los factores de riesgo y el fortalecimiento de la promoción de la salud, orientada a la creación de entornos saludables (Ministerio de Salud, 2014). Esta perspectiva se conecta directamente con los planes nacionales sobre drogas, que han hecho énfasis en la educación comunitaria y escolar como mecanismos de prevención universal, selectiva e indicada. Ambos instrumentos coinciden en la necesidad de garantizar acceso equitativo a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de adicciones.

En la práctica, esta congruencia se manifiesta en iniciativas conjuntas para reducir desigualdades territoriales en la atención de las farmacodependencias. Por ejemplo, mientras la política nacional de salud prioriza la descentralización y la equidad territorial, los planes antidrogas demandan que los programas preventivos y de tratamiento lleguen a comunidades rurales e indígenas, históricamente excluidas. Esto fortalece la coherencia en el diseño de políticas públicas orientadas a disminuir la brecha entre la oferta de servicios de salud y las necesidades reales de la población.

3. Vinculación con la Estrategia Nacional para el Control del Tabaco y el Alcohol

La inclusión del alcohol y la nicotina como sustancias a regular dentro del Plan Nacional sobre Drogas 2005–2007 representó un cambio conceptual innovador, pues históricamente las políticas antidrogas habían limitado su alcance a sustancias ilícitas (ICD, 2005). Esta visión se vinculó posteriormente con la Ley N.º 9028 de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, aprobada en 2012, que reguló de manera estricta el consumo y comercialización de productos de tabaco (Asamblea Legislativa, 2012).

Este alineamiento entre los planes antidrogas y las políticas de control de tabaco y alcohol refuerza el enfoque de salud pública integral, en tanto reconoce que tanto las drogas ilícitas como las legales producen impactos significativos en la mortalidad, la morbilidad y los costos sanitarios del país. Además, la congruencia permite articular campañas de sensibilización que van más allá del marco punitivo, contribuyendo a reducir la normalización del consumo de sustancias legales en poblaciones adolescentes y jóvenes.

4. Relación con la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia



Financiado por
la Unión Europea

El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N.º 7739) estableció la obligación del Estado de proteger a las personas menores de edad frente al consumo de sustancias psicoactivas (Asamblea Legislativa, 1998). En coherencia con ello, los planes nacionales sobre drogas han desarrollado programas de prevención en el ámbito escolar y comunitario, buscando generar entornos protectores para la niñez y adolescencia.

La congruencia con la Política Nacional de la Persona Joven se evidencia en que ambos instrumentos promueven la construcción de proyectos de vida saludables para las juventudes, entendiendo que la prevención del consumo no puede limitarse a la prohibición, sino que requiere de oportunidades educativas, recreativas y culturales. De esta forma, la articulación entre políticas de niñez, juventud y drogas fortalece el principio del interés superior de la niñez y genera un marco integral de protección frente a los riesgos del consumo problemático.

5. Integración con la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PIEG)

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030 transversaliza el enfoque de género, articulándose con la PIEG 2018–2030, la cual promueve la igualdad en el acceso a derechos y servicios (INAMU, 2018). Ambas políticas coinciden en reconocer que las mujeres enfrentan condiciones específicas de vulnerabilidad en relación con el consumo y la participación en delitos vinculados al narcotráfico, muchas veces asociadas a la pobreza y la exclusión social.

En este sentido, la programación se traduce en la generación de programas de atención diferenciada para mujeres privadas de libertad o en procesos de rehabilitación, donde se incluyen componentes de autonomía económica, prevención de violencia de género y acompañamiento psicosocial. Estos avances responden al reconocimiento de que las desigualdades estructurales de género deben abordarse de manera integral para que la política antidrogas sea efectiva y justa.

6. Conexión con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva reconoció la relación entre el consumo de drogas, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos y los embarazos no planificados, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes (Ministerio de Salud, 2017). Esta visión coincide con los planes antidrogas que destacan la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas a estas poblaciones vulnerables.

La congruencia permite articular programas que integren la salud sexual y reproductiva con la prevención del consumo, reduciendo riesgos asociados a la violencia sexual, las infecciones de transmisión sexual y la maternidad temprana. En consecuencia, se amplía la perspectiva de los planes antidrogas hacia una visión de salud integral y de derechos humanos que reconoce la autonomía de las personas jóvenes y la necesidad de generar entornos seguros.

7. Articulación con la Política de Seguridad Ciudadana

La Política Nacional de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social (2013–2023) planteó la necesidad de abordar la violencia de forma preventiva y participativa (Ministerio de Seguridad Pública, 2013). Los planes antidrogas coinciden en esta orientación, al reconocer



Financiado por
la Unión Europea

que la lucha contra las drogas no puede reducirse al control policial, sino que requiere intervenciones comunitarias y sociales que reduzcan los factores de riesgo asociados al delito.

La congruencia entre ambas políticas permite integrar programas de prevención del consumo con estrategias de seguridad ciudadana, fortaleciendo la cohesión social y la construcción de comunidades resilientes. De este modo, la seguridad se entiende como un bien público que se garantiza no solo mediante la represión del delito, sino también mediante la generación de condiciones sociales que reduzcan las desigualdades.

8. Congruencia con la Política Nacional de Juventud

La Política Nacional de Juventud enfatiza el fortalecimiento de capacidades, liderazgo y participación de las personas jóvenes (Consejo de la Persona Joven, 2011). Los planes antidrogas, particularmente a partir de 2008, han priorizado la prevención en esta población, incorporando programas de agentes multiplicadores juveniles y campañas educativas adaptadas a sus realidades.

Esta congruencia permite promover la corresponsabilidad juvenil en los procesos de prevención y resiliencia, reconociendo a las juventudes no solo como población vulnerable, sino como protagonistas del cambio. De esta manera, se fortalece la participación juvenil en la construcción de políticas públicas más inclusivas y efectivas.

9. Vinculación con la Política Nacional de Desarrollo Humano

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030 identificó la exclusión social y la pobreza como factores estructurales vinculados al consumo problemático (ICD, 2020). Esta visión se conecta con la Política Nacional de Desarrollo Humano y con la Agenda 2030 de los ODS (ONU, 2015), en tanto plantean la necesidad de políticas integrales para reducir desigualdades y promover inclusión social.

La congruencia entre ambas políticas permite entender la política antidrogas no como un tema exclusivo de seguridad, sino como un componente esencial del desarrollo humano sostenible. Al integrar objetivos de educación, empleo y reducción de pobreza, se fortalece la capacidad del Estado para abordar las causas estructurales que generan vulnerabilidad frente al consumo y al narcotráfico.

10. Coherencia con la Política Nacional de Salud Mental 2023–2030

La actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2023–2030 reafirma la importancia de la atención integral en adicciones y salud mental, priorizando la promoción del bienestar psicosocial y la reducción del estigma (Ministerio de Salud, 2023). Este horizonte coincide plenamente con la Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030, que plantea medidas estructurales y sostenidas en prevención, reducción de daños y reinserción social.

La congruencia se manifiesta en la incorporación de los determinantes sociales de la salud — como acceso a vivienda, empleo y educación— en el abordaje de las adicciones. Esto refleja un cambio hacia un enfoque multidimensional en el que la recuperación de las personas



Financiado por
la Unión Europea

usuarias no depende únicamente del tratamiento clínico, sino de la construcción de condiciones sociales que permitan su inclusión y reintegración sostenible.

11. Congruencia con la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI)

La Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades (PLANOVI 2017–2032) reconoce que la violencia estructural y las condiciones de exclusión social impactan de manera diferenciada a las mujeres (INAMU, 2017). Esta perspectiva converge con la Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030, que incorpora el enfoque de género como un eje transversal, reconociendo que muchas mujeres en situación de vulnerabilidad son captadas por redes del narcotráfico o viven las consecuencias del consumo problemático en contextos de violencia intrafamiliar.

La congruencia se evidencia en el reconocimiento de que el consumo de drogas y la violencia contra las mujeres son fenómenos interrelacionados. PLANOVI enfatiza la necesidad de coordinar interinstitucionalmente para brindar protección integral, atención diferenciada y acceso a la justicia, mientras que los planes antidrogas incorporan acciones de reinserción social y programas de prevención enfocados en poblaciones femeninas. Ambos marcos coinciden en que la reducción de vulnerabilidades estructurales —como la dependencia económica, la discriminación y la falta de redes de apoyo— es esencial para construir políticas efectivas.

Además, PLANOVI plantea la obligación de transversalizar el enfoque de género en todas las instituciones estatales, lo que se alinea con la Estrategia Nacional sobre Drogas y con la PIEG 2018–2030. La articulación de estas políticas fortalece la coherencia del Estado costarricense en el cumplimiento de sus compromisos internacionales en derechos humanos de las mujeres (CEDAW, Belém do Pará), asegurando que la política antidrogas no sea neutra al género, sino que atienda de manera específica las condiciones y necesidades de las mujeres afectadas por el fenómeno de las drogas.

Tabla 3. Congruencia entre los Planes Nacionales sobre Drogas y otras Políticas Nacionales de Costa Rica

Política Nacional vinculada	Enfoque principal	Congruencia con los Planes Nacionales sobre Drogas	Aportes específicos / articulación
Política Nacional de Salud Mental 2012–2021	Atención integral en salud mental, modelo comunitario, desestigmatización.	Reconoce el consumo de drogas como parte de los trastornos que requieren atención integral y no represión.	Introduce modelo comunitario y articulación interinstitucional con programas de adicciones.



Financiado por
la Unión Europea

Política Nacional vinculada	Enfoque principal	Congruencia con los Planes Nacionales sobre Drogas	Aportes específicos / articulación
Política Nacional de Salud 2014–2021	Promoción de estilos de vida saludables y reducción de riesgos.	Coincide con el énfasis preventivo de los planes antidrogas, en especial en comunidades y escuelas.	Establece rectoría del Ministerio de Salud en adicciones y equidad territorial en la atención.
Estrategia Nacional de Control del Tabaco y Alcohol / Ley N.º 9028 (2012)	Regulación estricta de tabaco y alcohol.	Refuerza inclusión de sustancias legales en los planes antidrogas desde 2005.	Permite un enfoque integral de salud pública frente a drogas legales e ilegales.
Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia / Política Nacional de la Persona Joven	Protección frente al consumo, promoción de proyectos de vida saludables.	Coincide con programas preventivos escolares y comunitarios de los planes antidrogas.	Refuerza el principio del interés superior de la niñez y la juventud como agentes de prevención.
Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG 2018–2030)	Reducción de brechas de género y autonomía de las mujeres.	Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030 transversaliza género.	Promueve atención diferenciada para mujeres privadas de libertad y en rehabilitación.
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2017)	Acceso a información, prevención y servicios integrales en salud sexual.	Vincula consumo problemático con riesgos en adolescentes y mujeres jóvenes.	Integra programas de prevención de consumo con salud sexual y reproductiva.
Política Nacional de Seguridad Ciudadana (2013–2023)	Prevención de violencia y fortalecimiento de cohesión social.	Planes antidrogas incorporan prevención comunitaria y reducción de factores de riesgo.	Articulación entre seguridad pública y prevención del consumo problemático.
Política Nacional de Juventud (2011–2024)	Fortalecimiento de capacidades y participación juvenil.	Planes antidrogas incluyen programas preventivos	Juventudes como corresponsables y agentes de cambio en



Financiado por
la Unión Europea

Política Nacional vinculada	Enfoque principal	Congruencia con los Planes Nacionales sobre Drogas	Aportes específicos / articulación
		diferenciados para juventudes.	procesos de prevención.
Política Nacional de Desarrollo Humano / ODS (2015–2030)	Reducción de desigualdades y promoción de inclusión social.	Estrategia sobre Drogas 2020–2030 reconoce vínculo entre consumo, pobreza y exclusión.	Integra política antidrogas en marco más amplio de desarrollo sostenible.
Política Nacional de Salud Mental 2023–2030	Atención integral en adicciones, enfoque en determinantes sociales.	Coincide con Estrategia sobre Drogas 2020–2030 en reducción de daños y reinserción social.	Reconoce vivienda, empleo y educación como claves para inclusión de personas usuarias.
PLANOVI 2017–2032	Prevención y atención de la violencia contra las mujeres en todas las edades.	Coincide con planes antidrogas al reconocer la vulnerabilidad diferenciada de mujeres en contextos de drogas y violencia.	Promueve articulación interinstitucional, acceso a justicia y programas de reinserción con enfoque de género.

Fuente: Construcción propia a partir de la revisión documental.

Capítulo 3: Gobernanza de la política pública sobre drogas en Costa Rica.

La gobernanza se entiende como el conjunto de procesos, estructuras y mecanismos mediante los cuales diferentes actores —estatales, privados y de la sociedad civil— interactúan para tomar decisiones colectivas, coordinar acciones, gestionar recursos y rendir cuentas en torno a asuntos de interés público. A diferencia del gobierno, que se centra en la autoridad formal del Estado, la gobernanza enfatiza la articulación interinstitucional, la participación de múltiples sectores y la construcción de consensos para alcanzar objetivos comunes (Kooiman, 2003; Rhodes, 1996). En el ámbito de las políticas públicas, implica asegurar transparencia, legitimidad, eficacia y sostenibilidad en la gestión de los problemas sociales.

La gobernanza de la política pública sobre drogas en Costa Rica se estructura de manera compleja e interinstitucional, siendo el **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)** el ente rector en esta materia. Desde su creación en 1998 mediante la Ley N.º 7801, el ICD asumió la



Financiado por
la Unión Europea

responsabilidad de coordinar los esfuerzos estatales en prevención, control, investigación y combate al narcotráfico, así como en la promoción de políticas públicas que integren enfoques de salud pública y derechos humanos (Asamblea Legislativa, 1998).

El ICD no solo formula lineamientos estratégicos, sino que también articula la política con los compromisos internacionales de Costa Rica en materia de drogas, legitimación de capitales y delitos conexos. Su rol implica una doble dimensión: por un lado, lidera la acción nacional a través de planes y estrategias; por otro, actúa como interlocutor ante organismos internacionales, lo que permite mantener la coherencia con convenciones y marcos de cooperación (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2019).

La coordinación del ICD con el **Ministerio de Salud** es esencial para consolidar el enfoque de salud pública en las políticas sobre drogas. El Ministerio, mediante la Ley General de Salud y políticas sectoriales específicas, garantiza que el consumo problemático se aborde como una condición de salud y no como un delito (Asamblea Legislativa, 1973; Ministerio de Salud, 2012). Esta relación asegura la integración de programas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, aunque enfrenta desafíos de recursos, cobertura y pertinencia cultural.

En el ámbito de la justicia, el ICD trabaja de manera estrecha con el **Ministerio de Justicia y Paz**, que es responsable de la aplicación de sanciones penales y de la política penitenciaria. Esta coordinación resulta clave para aplicar las reformas que buscan la proporcionalidad de las penas, la implementación de programas de justicia restaurativa y el fortalecimiento de la reinserción social de personas privadas de libertad (Asamblea Legislativa, 2001; Asamblea Legislativa, 2009). El reto radica en mantener un balance entre seguridad ciudadana y respeto a los derechos humanos.

El vínculo con el **Ministerio de Educación Pública (MEP)** es otro pilar en la gobernanza antidrogas. El MEP desarrolla programas preventivos dirigidos a la niñez y la adolescencia, en los que el ICD aporta contenido técnico y apoyo interinstitucional. Esta alianza permite incorporar la prevención en el currículo escolar y en actividades extracurriculares, aunque su impacto depende de la continuidad de los programas y de la formación de docentes en la materia (ICD, 2013).

La coordinación con el **Ministerio de Seguridad Pública** también es estratégica, ya que este ministerio concentra los esfuerzos en el control del narcotráfico, la persecución de delitos asociados y la protección de las comunidades. El ICD aporta insumos técnicos y estratégicos para orientar estas acciones, buscando que la represión se complemente con medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños (ICD, 2020). No obstante, la tendencia a priorizar la seguridad puede generar tensiones con el enfoque de salud pública.

El **IAFA** es otro actor clave en la gobernanza, especializado en prevención y atención de farmacodependencias. Aunque es una institución autónoma, sus acciones se articulan con el ICD para fortalecer campañas educativas, programas de tratamiento y acreditación de centros. La relación entre ambos entes refleja la necesidad de complementar el abordaje represivo con el sanitario, aunque todavía existen retos en la coordinación presupuestaria y en la integración de enfoques de género (Asamblea Legislativa, 2010).



Financiado por
la Unión Europea

La gobernanza también incluye al **Poder Judicial**, especialmente a través de programas innovadores como el **Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ)**. Este tipo de iniciativas muestra cómo la cooperación entre el ICD, jueces y equipos interdisciplinarios puede ofrecer alternativas no privativas de libertad. Sin embargo, la cobertura limitada de estos programas refleja que la articulación entre instituciones aún enfrenta restricciones operativas (Asamblea Legislativa, 2009).

Un componente importante de la gobernanza es la **cooperación internacional**. El ICD coordina la implementación de compromisos asumidos por Costa Rica en convenciones de Naciones Unidas y marcos regionales como COPOLAD III. Esto no solo fortalece la legitimidad del país en el ámbito internacional, sino que también facilita la obtención de recursos y asistencia técnica. Sin embargo, la dependencia de la cooperación externa puede comprometer la sostenibilidad de algunos programas (ICD, 2019).

La **Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030** representa un avance en la consolidación de la gobernanza, pues plantea un enfoque integral con participación de diversos sectores estatales, la sociedad civil y el sector privado. El ICD funge como coordinador de esta estrategia, promoviendo la corresponsabilidad social. No obstante, la implementación enfrenta el reto de articular intereses diversos y garantizar la continuidad más allá de los cambios de gobierno (ICD, 2020).

El diseño de la política antidrogas en Costa Rica incorpora mecanismos de **transversalización de género, juventud y derechos humanos**, lo que evidencia un esfuerzo por integrar visiones más inclusivas en la gobernanza. Sin embargo, la aplicación concreta de estos enfoques ha sido desigual: mientras en el plano discursivo están presentes, en la práctica muchas instituciones carecen de protocolos claros y recursos suficientes para garantizar respuestas diferenciadas (Ministerio de Justicia y Paz, 2017).

La gobernanza también se articula con los **gobiernos locales y comunidades organizadas**, reconociendo que el consumo problemático y el narcotráfico tienen raíces sociales y territoriales. El ICD impulsa programas comunitarios de prevención y reducción de riesgos, pero la sostenibilidad de estas iniciativas depende de la capacidad organizativa local y del financiamiento estatal. Aquí se refleja una de las principales limitaciones: la falta de descentralización efectiva (ICD, 2020).

Otro desafío de la gobernanza es la **fragmentación institucional**. Aunque existen múltiples actores involucrados —ICD, Salud, Justicia, Educación, Seguridad, IAFA, PANI, CCSS, entre otros—, la coordinación efectiva no siempre se materializa en la práctica. La duplicación de funciones, la burocracia y la escasez de recursos humanos dificultan la construcción de una política unificada. Esto limita el alcance de las acciones y genera inequidades en la atención según el territorio (ICD, 2013).

La **rendición de cuentas y la producción de datos** son componentes críticos de la gobernanza. El ICD ha promovido sistemas de información y diagnósticos nacionales para orientar la toma de decisiones, especialmente a partir del Plan Nacional sobre Drogas 2013–2017. No obstante, aún existen vacíos en la actualización y en la calidad de los datos, lo que



Financiado por
la Unión Europea

afecta la capacidad de evaluar el impacto real de las políticas y de garantizar la transparencia en la gestión.

En conclusión, la gobernanza de la política pública sobre drogas en Costa Rica muestra **avances importantes** en la consolidación de un ente rector, la articulación interinstitucional y la integración de enfoques de salud pública y derechos humanos. Sin embargo, persisten **limitaciones estructurales**, como la fragmentación, la falta de recursos, la débil descentralización y la dificultad de traducir los enfoques de género y equidad en acciones concretas. El reto principal es fortalecer la gobernanza como un proceso continuo de articulación, transparencia y sostenibilidad, que logre equilibrar seguridad, salud y derechos humanos en la respuesta al fenómeno de las drogas.

Capítulo 4: Metodología de la Evaluación

Objetivo de Evaluación

Objetivo General:

Evaluar la implementación, efectividad e impacto de las políticas públicas sobre drogas en Costa Rica desde una perspectiva integral y basada en derechos humanos, con énfasis en la justicia restaurativa, prevención, reducción de daños y tratamiento del consumo problemático, contribuyendo a su fortalecimiento y alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Objetivos Específicos:

1. Analizar la incorporación y efectividad de la justicia restaurativa en las políticas de encarcelamiento por delitos relacionados con drogas, con especial atención a las desigualdades de género y al impacto en la reincidencia y la reinserción social.
2. Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas, considerando la accesibilidad, pertinencia cultural, igualdad de género y la incorporación del enfoque de reducción de daños.
3. Examinar las políticas de prevención del consumo de drogas, identificando la adecuación de las estrategias implementadas en educación formal e informal y su capacidad para atender las necesidades específicas de distintos grupos poblacionales, particularmente mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad.
4. Determinar el grado en que las políticas de reducción de riesgos y daños han contribuido a mitigar los impactos negativos asociados al consumo de drogas y a reducir la estigmatización y criminalización, especialmente hacia mujeres y personas LGBTIQ+, en concordancia con los enfoques de salud pública y derechos humanos.

Metodología

La evaluación se diseñó con un enfoque evaluativo basado en derechos humanos, igualdad de género y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), articulado con los lineamientos de la Guía Metodológica de COPOLAD III para la evaluación de políticas públicas de drogas. Este marco aseguró una lectura integral de los cuatro pilares analizados —justicia restaurativa,



Financiado por
la Unión Europea

prevención, tratamiento y reducción de daños— y orientó la aplicación sistemática de criterios de pertinencia, efectividad y coherencia a lo largo de todo el proceso.

Enfoque, fases y criterios

La evaluación se estructuró conforme a las cuatro fases propuestas por la Guía de COPOLAD: (i) **agenciamiento** (o inclusión/colocación en agenda), centrada en asentar bases institucionales y consensos; (ii) **programación**, orientada a la definición de objetivos, criterios e instrumentos; (iii) **implementación**, enfocada en la ejecución con transparencia, participación y rigor; y (iv) **evaluación**, dedicada a la síntesis de hallazgos y formulación de recomendaciones. Estas fases se conciben como un ciclo interrelacionado con retroalimentación continua.

La aplicación de este enfoque permitió integrar, además, un análisis por principios de derechos humanos y una lectura de contribución a los ODS, con especial atención a coherencia interna de las políticas, adecuación contextual y capacidad transformadora en el territorio.

Proceso metodológico

La **fase preparatoria** precisó objetivos, preguntas evaluativas y criterios de análisis; priorizó temas y actores clave; y delimitó responsabilidades, cronograma y productos parciales. Se identificó el entramado institucional (ICD, IAFA, MEP, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Paz, entre otros) constitutivo de la política analizada.

La **recopilación de información** combinó revisión documental exhaustiva de planes, estrategias, lineamientos y normativa, con trabajo de campo cualitativo (entrevistas semiestructuradas). Este diseño permitió captar tanto la arquitectura formal como las dinámicas de implementación y los aprendizajes institucionales.

Para el **análisis e interpretación**, se aplicaron criterios previamente definidos y se trianguló evidencia entre documentos, entrevistas y datos estadísticos con desagregaciones por sexo, etnia, región y situación socioeconómica. Se identificaron fortalezas, debilidades, buenas prácticas y brechas de implementación, integrando los resultados respecto de los ejes priorizados y culminando con conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la política.

En términos de **gobernanza del proceso**, la elaboración del informe se desarrolló en diálogo permanente con el Grupo Experto, el Observatorio Costarricense de Drogas y el equipo técnico del Componente Observatorios de COPOLAD, lo que permitió validar avances y asegurar la pertinencia técnico-política de los resultados.

Resultados alcanzados y pendientes

Dadas las ventanas de tiempo del encargo, se alcanzó: (a) la reconstrucción normativa y programática; (b) la caracterización institucional y territorial; (c) la triangulación cualitativa-cuantitativa de evidencias; y (d) la síntesis evaluativa por pilares con recomendaciones. Permanecen como **pendientes operativos**: i) la aplicación completa de los dos diseños específicos descritos más abajo (levantamiento de datos primarios y presupuestarios); ii) la



Financiado por
la Unión Europea

armonización de registros administrativos para trazabilidad de cohortes y/o costos; y iii) el cierre de brechas de calidad de datos a nivel interinstitucional (protocolos, metadatos y fuentes de verificación).

Vacíos críticos identificados y diseños específicos elaborados

Durante la evaluación se evidenciaron **dos vacíos estructurales** que limitan la toma de decisiones basada en evidencia y, por ello, se desarrollaron **dos diseños metodológicos específicos** para que el Observatorio disponga de insumos robustos que completen el análisis:

1. **Vacío de información presupuestaria desagregada y sistematizada** sobre la inversión pública en programas alternativos a la criminalización (justicia restaurativa) y en estrategias de prevención del consumo problemático. Para cerrar este vacío se elaboró la **“Propuesta metodológica integral para la estimación de los costos directos para el Estado costarricense en programas de justicia restaurativa y prevención del consumo problemático de drogas”**, que define categorías presupuestarias, fuentes y matrices interinstitucionales/interanuales para valorar costos y gasto con enfoque de resultados y de género.
2. **Vacío de un diseño evaluativo robusto de efectividad e impacto** para programas de justicia restaurativa (capaz de comparar trayectorias y medir reincidencia y efectos colaterales con criterios de fidelidad y calidad de implementación). Para ello se preparó el **“Diseño conceptual, metodológico y operativo para la evaluación de los programas de justicia restaurativa (2017–2025)”** (C. García Santamaría), que combina política pública basada en evidencia y modelo CIPP, incorpora lógica cuasi-experimental/comparativa, matrices de preguntas, indicadores y fuentes, y lineamientos para evaluación de proceso y producto.

Ambos diseños quedan como **instrumentos operativos del Observatorio** para una segunda fase de trabajo: i) el estudio de **costos directos** permitirá cuantificar y comparar recursos públicos invertidos en prevención y justicia restaurativa, y ii) el **diseño evaluativo CIPP** facilitará medir resultados (p. ej., reincidencia), documentar fidelidad de implementación y estimar razones de costo-efectividad de intervenciones restaurativas.

Fuentes, retroalimentación por fases y trazabilidad

La metodología se apoyó en fuentes oficiales nacionales (Ministerio de Salud, IAFA, INAMU, Ministerio de Justicia y Paz, entre otras), bases estadísticas con desagregación por sexo, etnia, región y condición socioeconómica, y minutas de reuniones técnicas de validación, garantizando trazabilidad de hallazgos y recomendaciones.

Temporalidad y Alcance Geográfico de la Evaluación

Temporalidad de la Evaluación

La evaluación abarcará el período comprendido entre 2005 y 2025, analizando no solo la implementación aislada de cada política pública sobre drogas, sino también su continuidad, articulación, y coherencia a través de los diferentes planes y estrategias implementadas



Financiado por
la Unión Europea

durante estos 20 años. En este sentido, se pondrá especial énfasis en identificar elementos de continuidad o ruptura, así como la evolución en el abordaje integral desde los primeros planes nacionales (2005-2007, 2008-2012, 2013-2017) hasta las estrategias y políticas más recientes (2020-2030 y 2020-2024).

Este análisis permitirá determinar si las políticas han mantenido una coherencia programática, cómo han evolucionado sus enfoques, especialmente hacia enfoques restaurativos, de género y derechos humanos, y cuál ha sido su adaptación a las necesidades sociales cambiantes, evaluando también las posibles brechas o fortalezas generadas por la continuidad o falta de ella en las intervenciones del Estado costarricense.

Alcance Geográfico

La evaluación tendrá un alcance territorial nacional, abarcando las siete provincias de Costa Rica (San José, Alajuela, Cartago, Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón). No obstante, más allá del alcance general, el análisis pondrá especial atención en examinar la continuidad, articulación y coherencia territorial con que han sido implementadas las políticas públicas sobre drogas en estas regiones.

Definición de actores clave:

1. Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

- **Rol:** Coordina y ejecuta políticas, planes y estrategias para la prevención del consumo de drogas, así como para el tratamiento, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de drogadicción.
- **Dependencia:** Ministerio de la Presidencia.

2. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

- **Rol:** Dirección técnica sobre el tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- **Dependencia:** Ministerio de Salud.

3. Ministerio de Educación Pública (MEP)

- **Rol:** Implementa programas educativos para prevenir el consumo de drogas en el ámbito escolar y ofrece herramientas a estudiantes y docentes.
- **Acciones relevantes:** Desarrollo de protocolos de actuación frente al consumo de drogas y promoción de estilos de vida saludables.

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

- **Rol:** Diseño e implementación de estrategias para la prevención y atención del consumo de drogas en menores de edad.
- **Dependencia:** Varias instituciones gubernamentales y ONG colaboran.



Financiado por
la Unión Europea

5. Poder Judicial

- **Rol:** Implementación de alternativas al encarcelamiento, como la justicia restaurativa, para personas involucradas en delitos relacionados con drogas, buscando su rehabilitación y reintegración.
- **Acciones relevantes:** Modelos de rehabilitación y reintegración social.

6. Policía de Control de Drogas (PCD)

- **Rol:** Prevención, investigación y represión del tráfico ilícito de drogas.
- **Dependencia:** Ministerio de Seguridad Pública.

7. Organizaciones de la Sociedad Civil

- **Rol:** Ofrecen programas de prevención, tratamiento y reintegración social para personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Acciones relevantes:** Proyectos de sensibilización y apoyo a las víctimas.

8. Universidades y Centros de Investigación

- **Rol:** Realizan investigaciones, ofrecen formación académica y desarrollan programas educativos sobre la prevención y atención del consumo de drogas.
- **Acciones relevantes:** Investigación aplicada y formación profesional.

9. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)

- **Rol:** Desarrollo de programas de prevención y atención del consumo de drogas en la población adulta mayor.
- **Dependencia:** Ministerio de Salud y otros entes colaborativos.

10. Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)

- **Rol:** Aborda la problemática del consumo de drogas en personas con discapacidad, promoviendo su inclusión en programas de prevención y tratamiento.
- **Dependencia:** Ministerio de Desarrollo Humano.

11. Ministerio de Justicia y Paz (MJP)

- **Rol:** Formulación y adopción de políticas públicas en materia de drogas, gestionando la cooperación internacional y apoyando al Consejo Nacional de Estupeficientes.
- **Acciones relevantes:** Coordinación interinstitucional y gestión de programas de prevención y tratamiento.

12. Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)

- **Rol:** Promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo la atención a mujeres víctimas de violencia asociada al consumo de drogas.



Financiado por
la Unión Europea

- **Acciones relevantes:** Coordinación con otras instituciones para ofrecer apoyo psicológico y legal a mujeres afectadas.

13. Ministerio de Salud

- **Rol:** Diseño de políticas públicas y programas para la prevención del consumo de drogas, así como atención de salud para personas afectadas por el consumo.
- **Acciones relevantes:** Desarrollo de campañas de prevención y atención de salud mental.

14. Ministerio de Seguridad Pública

- **Rol:** Gestión de políticas de seguridad relacionadas con el tráfico de drogas y el control de sustancias ilegales.
- **Acciones relevantes:** Acciones operativas de control y prevención de delitos relacionados con las drogas.

15. Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

- **Rol:** Protección y restitución de derechos de personas menores de edad; prevención del consumo de sustancias psicoactivas y atención integral de niñas, niños y adolescentes en riesgo o afectados por dicho consumo en sus familias o entornos.
- **Acciones relevantes:** Detección temprana y referencia a tratamiento; medidas de protección y acompañamiento psicosocial; trabajo con familias y redes comunitarias; coordinación interinstitucional con MEP, IAFA, Ministerio de Salud, ICD y cuerpos policiales; campañas de sensibilización y formación a personal docente y comunitario.

Capítulo 5: Hallazgos Justicia Restaurativa y Encarcelamiento

La incorporación de la justicia restaurativa en las políticas penitenciarias vinculadas a delitos relacionados con drogas constituye un reto estratégico para los sistemas de justicia, no sólo en términos de reducción de la reincidencia, sino también en cuanto a la garantía de derechos, la igualdad de género y la construcción de oportunidades reales de reinserción social. En este campo, resulta esencial analizar cómo las desigualdades estructurales que enfrentan las mujeres privadas de libertad condicionan tanto su acceso a medidas restaurativas como los resultados que estas producen en comparación con los hombres.

Con este propósito, se presentan indicadores que abarcan las distintas fases del ciclo de política pública: agenciamiento, programación, implementación y evaluación. En la fase de agenciamiento, los indicadores permiten observar en qué medida el enfoque de género estuvo presente desde la definición de la necesidad de aplicar justicia restaurativa. En la programación, se busca identificar si las estrategias diseñadas incluyen objetivos, recursos y



Financiado por
la Unión Europea

acciones diferenciadas según género para atender las condiciones particulares de hombres y mujeres. Durante la implementación, los indicadores apuntan a valorar la capacidad de respuesta de los programas frente a necesidades específicas y a los factores institucionales, sociales y culturales que inciden en su efectividad. Finalmente, en la evaluación, se considera tanto el impacto de estas medidas en la reducción de la reincidencia como en las oportunidades reales de reinserción social y económica, con un análisis diferenciado por género.

La organización de los indicadores en estas fases permite un examen integral que vincula diseño, gestión y resultados, aportando evidencia clave para comprender la efectividad de la justicia restaurativa en contextos de delitos relacionados con drogas y para promover la construcción de políticas más inclusivas y sensibles a las desigualdades de género.

En Costa Rica, la discusión sobre la justicia restaurativa ha adquirido relevancia a partir de los esfuerzos institucionales por transformar la respuesta punitiva tradicional hacia una visión más integral, centrada en la reparación del daño y la reinserción social. El Poder Judicial ha liderado procesos de institucionalización de la justicia restaurativa, mediante la aprobación de la Ley de Justicia Restaurativa (N.º 9582 de 2018), que establece lineamientos para su aplicación en distintos ámbitos, incluyendo el sistema penitenciario. Sin embargo, su aplicación en delitos relacionados con drogas se enfrenta a desafíos particulares, debido a que una proporción significativa de la población privada de libertad en el país cumple condena por este tipo de delitos, lo que exige un abordaje diferenciado y sensible a las condiciones de vulnerabilidad.

La población femenina es especialmente afectada por estas dinámicas. Según datos del Ministerio de Justicia y Paz y del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), una gran parte de las mujeres privadas de libertad en Costa Rica se encuentra encarcelada por delitos de microtráfico, frecuentemente vinculados a contextos de pobreza, falta de oportunidades y responsabilidades de cuidado. Estas condiciones agravan la exclusión social y reproducen círculos de vulnerabilidad que limitan su reinserción tras el cumplimiento de la condena. La falta de políticas diferenciadas que integren una perspectiva de género en la justicia restaurativa representa, por tanto, una brecha crítica que requiere ser atendida.

En este marco, los indicadores propuestos para analizar agenciamiento, programación, implementación y evaluación se vuelven esenciales para comprender cómo Costa Rica está respondiendo a estos retos. Su utilidad radica en identificar si los programas restaurativos han logrado trascender el enfoque generalista y considerar las desigualdades de género, al mismo tiempo que permiten visibilizar los vacíos en la asignación de recursos, la capacitación institucional y el diseño de políticas públicas más inclusivas. Esto cobra relevancia en un país que, pese a contar con marcos normativos avanzados en derechos humanos y justicia, aún enfrenta el reto de articular de manera efectiva la justicia restaurativa con la reducción de las brechas de género y la construcción de alternativas reales de reinserción social y económica. Esta propuesta se alinea con el Diseño conceptual, metodológico y operativo para la evaluación de los programas de justicia restaurativa (2017–2025), estudio realizado en el marco de los estudios para el Fortalecimiento de los Observatorios Nacionales de Drogas (OND) de América Latina y el Caribe, del Programa COPOLAD III, que incorpora el modelo



Financiado por
la Unión Europea

CIPP, matrices de preguntas/indicadores y un diseño cuasi-experimental para medir resultados y procesos¹.

Asimismo, organismos internacionales han resaltado la importancia de vincular la justicia restaurativa con la reducción de las desigualdades de género. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2019) subraya que los Estados deben garantizar que las medidas alternativas al encarcelamiento incluyan una perspectiva de género, con el fin de evitar la reproducción de estereotipos y garantizar una reinserción integral. En Costa Rica, esto supone el desafío de articular las acciones del Ministerio de Justicia y Paz, el Poder Judicial y el INAMU, de manera que los programas restaurativos no solo contribuyan a la disminución de la reincidencia, sino también al fortalecimiento de la autonomía y el acceso a derechos de las mujeres que han sido criminalizadas en el contexto de delitos relacionados con drogas.

La construcción de los indicadores no se limitó a un ejercicio descriptivo, sino que se operacionalizó a través de interrogantes evaluativas que guiaron el análisis de los hallazgos. Estas preguntas permitieron examinar, de manera crítica, en qué medida cada fase del ciclo de política pública incorporaba un enfoque de género y cómo se traducían en la práctica la aplicación de la justicia restaurativa en delitos vinculados con drogas. Así, las respuestas obtenidas frente a los indicadores no solo aportaron evidencia empírica, sino que también facilitaron la identificación de brechas, vacíos institucionales y oportunidades de mejora para orientar la toma de decisiones y el diseño de políticas penitenciarias más inclusivas y efectivas². A continuación, se presenta el análisis derivado de este ejercicio evaluativo.

Agenciamiento

El agenciamiento constituye la fase inicial en la cual se define la incorporación de la justicia restaurativa en las políticas penitenciarias relacionadas con delitos de drogas. En este momento, resulta clave identificar hasta qué punto el análisis de género estuvo presente de manera explícita en la formulación de propuestas legislativas, planes estratégicos o diagnósticos institucionales. Esta etapa refleja la voluntad política y técnica de reconocer que las desigualdades afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres en contextos de criminalización, y que, por tanto, las políticas deben responder a esas realidades. La observación de indicadores como la presencia de términos relacionados con género en discursos y documentos oficiales, el involucramiento de especialistas en la materia, así como la existencia de estudios previos que visibilicen estas brechas, permite comprender cómo se posicionó el enfoque de género desde el inicio en la agenda pública y cuáles han sido las resistencias o vacíos en este proceso.

¹ Este estudio **profundiza los indicadores** aquí planteados —para agenciamiento, programación, implementación y evaluación— precisando desagregaciones (sexo, tipo de delito, territorio), fuentes informantes e instrumentos de medición, así como criterios de calidad de datos y análisis comparativo.

² Este análisis se fundamenta en el *Diseño conceptual, metodológico y operativo para la evaluación de los programas de justicia restaurativa en Costa Rica (2017–2025)*, el cual profundiza en la construcción de indicadores y su operacionalización mediante matrices de preguntas, fuentes e instrumentos específicos



Financiado por
la Unión Europea

¿En qué medida el análisis de género estuvo explícitamente presente al momento de reconocer la necesidad de aplicar justicia restaurativa en políticas penitenciarias sobre drogas?

El desarrollo de la justicia restaurativa en Costa Rica en el ámbito de las políticas penitenciarias sobre drogas estuvo marcado, desde sus inicios, por una clara preocupación institucional por reducir la sobrecarga del sistema judicial y mejorar la coordinación con instancias de salud, más que por un análisis diferenciado de género. El *Informe de labores 2012* muestra que el Programa de Justicia Restaurativa (PJR) se organizó en tres ejes fundamentales —materia penal, penal juvenil y tratamiento de drogas— con un fuerte énfasis en la reducción del encarcelamiento y en la búsqueda de soluciones comunitarias, sin incluir de manera explícita un enfoque de género en la conceptualización del Programa de Tratamiento de Drogas (PTDJ) (Poder Judicial de Costa Rica, 2012).

El año 2013 consolidó esta orientación técnica. El informe sobre el Programa de Tratamiento de Drogas destacó la suspensión condicional a prueba mediante planes de tratamiento dictaminados por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), así como el fortalecimiento de redes especializadas y la capacitación de operadores del sistema judicial y sanitario. Estas medidas buscaban garantizar una alternativa viable al encarcelamiento y una atención en salud pública, pero no incluyeron criterios de admisión o seguimiento que tomaran en cuenta diferencias de género, como las cargas de cuidado, las situaciones de violencia previa o la estigmatización diferenciada que enfrentan las mujeres en delitos relacionados con drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2013b).

El documento paralelo sobre justicia restaurativa en el ámbito penal juvenil también mostró un diseño centrado en la atención a adolescentes en conflicto con la ley, priorizando la rehabilitación y la reinserción social, pero sin un marco de análisis de género que diferenciara entre jóvenes mujeres y hombres, sus trayectorias y las barreras específicas que enfrentan (Poder Judicial de Costa Rica, 2013a). La ausencia de este análisis sugiere que, en la primera etapa, la necesidad de justicia restaurativa fue comprendida como universal y “neutra”, sin atender los condicionantes estructurales que afectan a las mujeres.

En 2014, la expansión del PJR reforzó la capacitación técnica de los equipos y la consolidación de protocolos, especialmente en la coordinación con IAFA y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Aunque el *Informe anual 2014* documenta importantes avances en el perfeccionamiento de los procesos, la narrativa de necesidad en el PTDJ se centró nuevamente en la eficacia institucional y la reducción del encarcelamiento, sin contemplar de manera diferenciada las realidades de las mujeres privadas de libertad por delitos de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2014).

Sin embargo, el mismo año representó un avance en el plano institucional del enfoque de género, con la elaboración de un *Protocolo en violencia de género: sexual, doméstica e intrafamiliar*. Si bien este instrumento no se diseñó para el eje de drogas, constituyó un hito importante en la incorporación del género en la arquitectura de la justicia restaurativa. Ello muestra que, aunque la perspectiva de género empezaba a institucionalizarse, su aplicación



Financiado por
la Unión Europea

se vinculaba más al campo de la violencia contra las mujeres que al de las drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2014).

En 2014 también se registró una ponencia en un foro regional sobre “Mujeres microtraficantes y alternativas a la privación de libertad”, lo que constituye una de las primeras aproximaciones explícitas a la intersección entre género y delitos de drogas en el marco de la justicia restaurativa. No obstante, este aporte fue de carácter externo y no se tradujo en un cambio estructural en el diseño del PTDJ, que continuó operando bajo un marco de neutralidad de género (Poder Judicial de Costa Rica, 2013b).

En 2015, el PJR avanzó con la validación del *Protocolo de actuación en casos de violencia de género*, en coordinación con la Secretaría de Género y otras instancias especializadas. Este paso fortaleció el enfoque institucional hacia la atención de víctimas y representó un avance en la transversalización del género en la justicia restaurativa. Sin embargo, su impacto en el PTDJ fue limitado, ya que no incluyó indicadores diferenciados por sexo ni ajustes específicos en la atención de mujeres en procesos relacionados con drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2015).

Ese mismo año, el trabajo del PTDJ continuó centrado en las reuniones con IAFA, el seguimiento de referidos y la coordinación interinstitucional. El énfasis se mantuvo en la salud pública y en la disminución del hacinamiento carcelario, sin integrar aún elementos analíticos sobre género que permitiesen reconocer necesidades particulares de mujeres con problemas de consumo o involucradas en microtráfico (Poder Judicial de Costa Rica, 2015).

El 2016 representó un punto de inflexión con la aprobación formal del Protocolo de género en justicia restaurativa, la realización de talleres especializados y la organización de grupos focales con mujeres víctimas. Estas acciones fortalecieron de manera significativa la institucionalidad del enfoque de género en el programa general. No obstante, este fortalecimiento se aplicó principalmente en la atención de delitos de violencia contra las mujeres, sin trasladarse al campo específico de los delitos de drogas, donde la perspectiva de género aún permanecía débil (Poder Judicial de Costa Rica, 2016).

Paralelamente, el PTDJ continuó en 2016 con la actualización de protocolos de remisión, las reuniones de coordinación con IAFA y el seguimiento de casos. Los informes señalan avances técnicos, pero no contemplan indicadores desagregados por sexo ni lineamientos diferenciales para mujeres. En este sentido, el diseño del PTDJ mantuvo un enfoque universalista que, en la práctica, invisibilizó las condiciones particulares de las mujeres (Poder Judicial de Costa Rica, 2016).

Un cambio más directo ocurrió en 2017, cuando el Proyecto Regional de Fortalecimiento de la Justicia Restaurativa incluyó a mujeres, personas indígenas, afrodescendientes, migrantes y personas diversas sexualmente como poblaciones meta. Este enunciado marcó la primera inclusión explícita de las mujeres en el diseño regional de políticas restaurativas, aunque todavía como una declaración programática más que como una transformación del PTDJ en sí mismo (Poder Judicial de Costa Rica, 2017a).

Ese mismo año, se impulsó la implementación de círculos de paz en delitos de drogas en el ámbito juvenil. Aunque este paso permitió aplicar la justicia restaurativa directamente a



Financiado por
la Unión Europea

situaciones vinculadas con drogas, la documentación disponible no detalla la aplicación de un enfoque de género en estas prácticas, dejando pendiente la adaptación metodológica a las realidades de las jóvenes mujeres en conflicto con la ley (Poder Judicial de Costa Rica, 2017a).

El *Informe anual 2017* señaló avances relevantes, entre ellos la capacitación de operadores en temas de género y la construcción de un módulo específico sobre género penal, diseñado para ser transversal al conjunto de la justicia restaurativa. Este módulo puede considerarse el primer intento de trasladar sistemáticamente la perspectiva de género al ámbito penal y, en consecuencia, abrir la posibilidad de que dicha mirada permease en el PTDJ (Poder Judicial de Costa Rica, 2017b).

Desde una perspectiva evaluativa, puede afirmarse que el análisis de género estuvo ausente en la justificación inicial del PTDJ, centrado principalmente en objetivos de desjudicialización y salud pública. Con el tiempo, el enfoque fue ganando espacio dentro del programa general, sobre todo en relación con la violencia contra las mujeres, y posteriormente en los proyectos regionales. Sin embargo, esta incorporación fue gradual y solo hacia 2017 se visibilizó como un contenido transversal que podría aplicarse al eje de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2012, 2013a, 2013b, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b).

En 2018, la narrativa institucional sobre la justicia restaurativa giró en torno a su consolidación y expansión territorial. El *Informe Anual 2018* destacó la importancia de fortalecer los procedimientos restaurativos y su legitimidad como política pública, vinculándolos a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, aunque se avanzó en protocolos técnicos y en la difusión comunitaria, el análisis de género continuó apareciendo de forma periférica, principalmente en iniciativas de sensibilización y en proyectos vinculados a la violencia de género, sin ser central en el tratamiento de delitos de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2018).

El mismo informe documentó actividades internacionales y de cooperación que incluyeron módulos sobre juventud, violencia y justicia restaurativa, lo que reforzó el papel de Costa Rica como referente regional. No obstante, la necesidad de aplicar la justicia restaurativa en políticas penitenciarias relacionadas con drogas se justificó aún bajo claves de reducción de encarcelamiento y rehabilitación sanitaria, sin evidencia de un marco explícito de género en el diseño o en los indicadores (Poder Judicial de Costa Rica, 2018).

En 2019, con la entrada en vigor de la *Ley de Justicia Restaurativa* (Ley 9582), se institucionalizó la Oficina Rectora de Justicia Restaurativa. El *Informe Anual de Labores 2019* reflejó este hito, mostrando un esfuerzo por estructurar los equipos interdisciplinarios y garantizar cobertura nacional. Aunque se reconoció la importancia de atender la diversidad de personas usuarias, la incorporación de género en el discurso sobre drogas permaneció ausente, reproduciendo la lógica de neutralidad (Poder Judicial de Costa Rica, 2019).

Ese mismo año, la cooperación internacional se tradujo en talleres y capacitaciones, algunos de ellos relacionados con mujeres en conflicto con la ley. Sin embargo, estos insumos no se transformaron en cambios normativos o procedimentales dentro del Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ), que mantuvo un enfoque universal, basado en la



Financiado por
la Unión Europea

salud y la rehabilitación, sin diferenciar la situación de las mujeres (Poder Judicial de Costa Rica, 2019).

El 2021 significó un año de consolidación, a pesar de la pandemia y las restricciones presupuestarias. El *Informe de Labores 2021* documenta la ampliación de cobertura a 13 de los 15 circuitos judiciales, incluyendo la atención de asuntos de drogas mediante el PTDJ. Se enfatizó la resiliencia institucional, el incremento del 66% en reuniones restaurativas y la expansión de la red de apoyo. Sin embargo, los resultados siguieron mostrándose de manera agregada, sin desagregación de sexo o género, invisibilizando las experiencias diferenciadas de mujeres y hombres en el sistema penal vinculado a drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2021).

Un avance relevante de 2021 fue la inclusión de actividades de formación en género vinculadas a delitos de drogas, como el *Ciclo de capacitación sobre género en el sistema de justicia penal: alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas*, impartido con apoyo de CICAD/OEA. Este hito mostró un reconocimiento explícito de la intersección entre género y políticas penitenciarias sobre drogas, aunque su carácter fue más formativo que programático (Poder Judicial de Costa Rica, 2021).

En este mismo año se desarrollaron iniciativas de cooperación internacional con UNICEF, ADELANTE 2 y el SICA, que incluyeron la perspectiva de género en justicia juvenil. Aunque no fueron diseñadas exclusivamente para el PTDJ, constituyeron insumos importantes para ampliar el marco conceptual hacia una aplicación restaurativa más sensible a la desigualdad de género (Poder Judicial de Costa Rica, 2021).

En 2022 se celebró el décimo aniversario de la justicia restaurativa en Costa Rica. El *Informe de Labores 2022* subrayó el lema “Reparar vale más que castigar”, reforzando la legitimidad del modelo restaurativo. Ese año se mantuvo la cobertura en 13 de los 15 circuitos judiciales, con plena vigencia del PTDJ. Sin embargo, el enfoque de género siguió ocupando un lugar complementario, sin articularse con indicadores específicos en la implementación del procedimiento de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

El informe de 2022 sí mostró avances significativos en coordinación interinstitucional con el IAFA y el ICD, lo que fortaleció la atención de personas adultas graduadas del PTDJ. No obstante, el registro no diferenció entre hombres y mujeres, ni documentó necesidades particulares de las mujeres en términos de salud, seguridad y reinserción (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

Otro aspecto relevante de 2022 fue el énfasis en la divulgación y la proyección comunitaria. Se realizaron 149 publicaciones en redes sociales y 27 notas de prensa, junto con charlas en centros educativos y territorios indígenas. Este esfuerzo de acercamiento comunitario incluyó a mujeres como protagonistas de actividades de sensibilización, aunque sin un vínculo directo con la población femenina en procesos por delitos de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

El informe también destacó la atención de 17 asuntos vinculados con pueblos indígenas, incluyendo la participación de 6 mujeres, lo que evidencia un esfuerzo por visibilizar la diversidad cultural y de género. Sin embargo, esta apertura se centró más en los pueblos



Financiado por
la Unión Europea

originarios que en la situación de las mujeres privadas de libertad o en tratamiento por delitos de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

En el plano de la formación, 2022 trajo 477 acciones de capacitación, entre ellas cursos especializados en justicia penal costarricense y justicia restaurativa en contravenciones. Varias de estas incluyeron un componente de género, mostrando que la temática estaba en proceso de transversalizarse, aunque todavía sin una traducción clara en el PTDJ (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

El informe también resaltó los aportes de cooperación internacional, particularmente el Programa ADELANTE de la Unión Europea, que financió acciones de intercambio sobre justicia restaurativa y terapéutica, incluyendo sesiones sobre género y drogas. Este componente internacional reforzó la perspectiva de que el análisis de género debía incorporarse en los programas de drogas como una estrategia de derechos humanos y reducción de desigualdades (Poder Judicial de Costa Rica, 2022).

En síntesis, el período 2018–2022 muestra una evolución gradual. Mientras en 2018 y 2019 el enfoque de género estuvo ausente en el PTDJ, en 2021 se inició un esfuerzo explícito con capacitaciones específicas en género y drogas. Para 2022, la institucionalidad consolidó este enfoque en la formación y en la cooperación internacional, pero sin traducirlo aún en protocolos diferenciados o indicadores claros dentro de los programas de drogas.

De manera evaluativa, se observa que el análisis de género estuvo explícitamente presente en la argumentación formativa e internacional sobre drogas desde 2021, pero su integración práctica en políticas penitenciarias aún es incipiente. El reto pendiente es lograr que esta perspectiva trascienda el plano discursivo y formativo, para convertirse en un eje estructural del PTDJ, que atienda de manera diferenciada a mujeres y hombres, sus necesidades específicas y los factores de desigualdad que atraviesan su relación con el sistema penal y penitenciario (Poder Judicial de Costa Rica, 2021, 2022)

De manera evaluativa, puede afirmarse que el análisis de género estuvo explícitamente presente en el reconocimiento de la necesidad de aplicar justicia restaurativa en políticas penitenciarias sobre drogas, pero sobre todo en 2024, cuando se desarrollaron herramientas concretas para institucionalizarlo. No obstante, el reto pendiente es avanzar hacia indicadores diferenciados de resultados, sistemas de seguimiento con perspectiva de género y protocolos formalmente adoptados, que permitan garantizar que la justicia restaurativa no solo reduzca el encarcelamiento, sino también la desigualdad estructural que enfrentan las mujeres (Poder Judicial de Costa Rica, 2024).

Programación

La programación del proceso de evaluación sobre la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias de justicia restaurativa vinculadas a delitos relacionados con drogas se orienta al análisis busca determinar en qué medida las acciones implementadas responden de manera diferenciada a las necesidades de hombres y mujeres, tanto en la prevención de la reincidencia como en la reinserción social y económica. Para ello, se utilizan indicadores que permiten identificar la presencia explícita de objetivos con enfoque de género, la asignación de recursos diferenciados, la existencia de programas específicos para mujeres en



Financiado por
la Unión Europea

condiciones de vulnerabilidad, así como la participación de especialistas en género en el diseño e implementación de dichas políticas. Asimismo, se contrastan fuentes de verificación disponibles —como informes presupuestarios, actas de reuniones técnicas y registros institucionales— con aquellas aún no sistematizadas, a fin de ofrecer una visión integral del grado de cumplimiento y de las brechas existentes en la práctica.

¿Las estrategias definidas para la programación de justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas consideran explícitamente la reducción de desigualdades de género en su diseño?

La programación de la justicia restaurativa en Costa Rica ha buscado transformar la manera en que se atienden los conflictos penales, ofreciendo alternativas al encarcelamiento y priorizando la reparación del daño. Dentro de esta perspectiva, el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ) se diseñó para atender a personas en conflicto con la ley que presentan consumo problemático de sustancias. Sin embargo, el análisis de los documentos institucionales muestra que la incorporación explícita de la perspectiva de género ha sido parcial y, en muchos casos, indirecta.

En los informes iniciales de 2013, el PTDJ centró sus objetivos en la capacitación de profesionales y en la consolidación de redes interinstitucionales especializadas en adicciones, sin mencionar explícitamente la reducción de desigualdades de género en su diseño (Poder Judicial, 2013a). La estrategia respondía principalmente a criterios técnicos y de salud pública, pero dejaba sin atender las particularidades de las mujeres en este ámbito, como la estigmatización social, la violencia de género o las cargas de cuidado que inciden en su acceso y permanencia en los programas de tratamiento.

El desafío que queda en evidencia es la necesidad de traducir esta institucionalidad de género en el diseño mismo del PTDJ. Ello implica incluir criterios diferenciales de ingreso y egreso, indicadores desagregados por sexo, consideraciones sobre cargas de cuidado, situaciones de violencia previa y condiciones de salud sexual y reproductiva en los planes terapéuticos. Solo de esta manera, la necesidad de aplicar justicia restaurativa en el campo de las drogas se justificará no solo por su potencial de desjudicialización y rehabilitación, sino también por su capacidad de reducir desigualdades estructurales que afectan de manera particular a las mujeres (Poder Judicial de Costa Rica, 2017b).

La justicia restaurativa en Costa Rica, al menos en sus fases recientes, ha sentado las bases para la transversalización del enfoque de género en el sistema penal. Sin embargo, todavía se requiere de un protocolo específico que atienda los desafíos particulares de las mujeres involucradas en delitos de drogas, reconociendo factores estructurales como la pobreza, la exclusión social y las responsabilidades de cuidado que profundizan su vulnerabilidad.

Las estrategias definidas para la implementación de la justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas no han considerado de manera explícita la reducción de desigualdades de género en su diseño, aunque sí han incorporado indirectamente elementos de sensibilización y protocolos generales en materia de género. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la política restaurativa mediante lineamientos diferenciados que garanticen el



Financiado por
la Unión Europea

acceso equitativo de las mujeres a los programas y contribuyan a una justicia más inclusiva y reparadora.

La programación de la justicia restaurativa en Costa Rica ha tenido un desarrollo sostenido desde la entrada en vigor de la Ley 9582 en 2019, incorporando procedimientos como el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa (PTDJR). Este procedimiento se concibe como una alternativa al encarcelamiento que busca abordar el consumo problemático de sustancias desde una perspectiva integral, combinando justicia, salud y reinserción social. En este marco, resulta pertinente evaluar si las estrategias incluyeron de forma explícita la reducción de las desigualdades de género en su diseño y ejecución.

Durante el año 2018, el fortalecimiento del modelo de justicia restaurativa priorizó la consolidación de equipos interdisciplinarios y la expansión territorial. Sin embargo, los documentos de ese período no mostraron un énfasis explícito en la incorporación de un enfoque de género diferenciado en el PTDJR, aunque sí se reconocía la necesidad de atención integral a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

En 2019, con la creación formal de la Oficina Rectora de Justicia Restaurativa, se estableció un marco institucional que permitió ampliar la cobertura nacional. En los informes de este año, se hace referencia a la articulación con instituciones de salud y adicciones, pero no se identifican mecanismos diseñados para atender las condiciones particulares de las mujeres imputadas por delitos de drogas. El énfasis se mantuvo en la eficiencia del procedimiento y en la reducción de la reincidencia.

Para 2020 y 2021, el programa siguió en fase de consolidación. El informe de labores del período 2020-2021 destaca la coordinación interinstitucional y la aplicación de planes restaurativos personalizados. No obstante, aunque se registró el sexo de las personas atendidas, no se observa un tratamiento diferenciado de género en las medidas implementadas. La perspectiva de género, aunque implícita en los principios de equidad de la justicia restaurativa, aún no se encontraba incorporada de manera transversal.

El año 2022 marca un punto de inflexión, pues en los informes se subraya la importancia de alinear las acciones de justicia restaurativa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre ellos la igualdad de género. En este período se amplió la cobertura del PTDJR y se empezaron a reportar con mayor detalle los datos desagregados por sexo, lo cual constituye un avance en la identificación de brechas, aunque no se especifican protocolos diferenciados para mujeres.

En 2023, los informes incluyen un apartado específico sobre la participación de mujeres imputadas en los procesos restaurativos, lo que representa un reconocimiento explícito de las desigualdades de género en el ámbito de los delitos vinculados a drogas. Según el informe, se atendieron 916 mujeres en procesos restaurativos, con una concentración significativa en delitos de introducción de drogas a centros penales. Esta estadística evidencia no solo la sobrerrepresentación femenina en este tipo de conductas, sino también la necesidad de políticas diferenciadas.

El mismo informe de 2023 subraya que las mujeres atendidas corresponden mayoritariamente a un rango etario de 18 a 35 años, lo que refleja una alta vulnerabilidad asociada a juventudes



Financiado por
la Unión Europea

con limitadas oportunidades socioeconómicas. Si bien se reconoce el perfil de estas mujeres, las estrategias implementadas se enfocan en el acceso al PTDJR como medida alternativa y no en la atención de las causas estructurales de género que las vinculan a estos delitos.

En 2024, la atención con enfoque de género se consolida como uno de los ejes priorizados. El informe señala que se atendieron 1.808 mujeres a nivel nacional, de las cuales 940 figuraban como ofensoras, y que la mayoría de las imputaciones están asociadas al delito de introducción de drogas en centros penales. Estos datos no solo muestran una persistente criminalización femenina en torno a la cadena del narcotráfico, sino también la visibilización estadística de la problemática como parte de la gestión institucional.

El documento de 2024 también señala que, aunque se ha fortalecido la atención diferenciada, el abordaje se mantiene centrado en la aplicación del PTDJR como salida alterna o pena alternativa, sin que se haya diseñado un protocolo específico para mujeres que tome en cuenta sus condiciones socioeconómicas, roles de cuidado y riesgos de violencia. La reducción de desigualdades de género aparece como un objetivo implícito, pero no como un componente explícitamente desarrollado en el diseño programático.

Es importante destacar que la incorporación de estadísticas diferenciadas por sexo constituye un avance metodológico clave. Al permitir identificar la sobrerrepresentación de mujeres en delitos de drogas, se abre la posibilidad de diseñar políticas con enfoque de género. No obstante, hasta 2024 no se observan en los informes estrategias concretas orientadas a romper los patrones de desigualdad estructural vinculados a pobreza, maternidad temprana o violencia de género.

El análisis longitudinal permite observar que la justicia restaurativa ha evolucionado desde un énfasis inicial en la eficiencia procesal hacia una mayor visibilización de las desigualdades de género. La referencia explícita a mujeres imputadas a partir de 2023 marca un punto de avance en el reconocimiento institucional, aunque todavía se mantiene como un ámbito en construcción más que como una estrategia consolidada.

En el plano normativo, los informes refieren que la Ley de Justicia Restaurativa (9582) y los reglamentos conexos no incluyen apartados específicos sobre género, lo cual limita la posibilidad de institucionalizar la reducción de desigualdades como un mandato explícito. La incorporación de este enfoque depende, en gran medida, de las iniciativas de los equipos interdisciplinarios y de la interpretación de los principios generales de equidad.

Asimismo, el vínculo entre justicia restaurativa y políticas públicas de igualdad de género aún es incipiente. Aunque los informes de 2022 a 2024 mencionan los ODS como marco de referencia, la traducción de este compromiso en planes restaurativos con enfoque de género no se detalla. Por tanto, se puede concluir que la perspectiva de género se ha incorporado de manera progresiva, pero más como un registro descriptivo que como un eje transversal en el diseño de estrategias.

En síntesis, las estrategias de implementación de la justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas han avanzado hacia la visibilización de las mujeres como población prioritaria, especialmente desde 2023, cuando se empieza a cuantificar y describir su situación. Sin embargo, la reducción de las desigualdades de género aún no se formula como



Financiado por
la Unión Europea

un objetivo explícito del diseño programático, sino como un efecto indirecto derivado de la flexibilización procesal y el acceso a medidas alternativas al encarcelamiento.

Finalmente, puede afirmarse que existe una brecha entre la práctica y el diseño institucional. Mientras que la práctica de los equipos interdisciplinarios ha permitido atender con sensibilidad a mujeres imputadas, los informes evidencian que el diseño de las estrategias sigue centrado en el abordaje general del consumo problemático de drogas y en la reducción de la reincidencia, sin integrar de forma transversal la reducción de desigualdades de género como un objetivo estratégico consolidado.

¿De qué manera se definieron objetivos, recursos y acciones específicas orientadas hacia la prevención de la reincidencia y facilitación de la reinserción social, diferenciando necesidades según género?

Los objetivos de la justicia restaurativa en Costa Rica se definieron desde una doble orientación: por un lado, prevenir la reincidencia mediante la responsabilización de las personas ofensores y el acompañamiento psicosocial; y por otro, facilitar la reinserción social a través de medidas que fortalecieran sus vínculos comunitarios y familiares. Para ello, se establecieron como metas centrales la reparación del daño a las víctimas, la reducción del encarcelamiento innecesario y la generación de condiciones para que quienes infringieron la ley pudieran reconstruir sus proyectos de vida.

En cuanto a los recursos, el programa combinó financiamiento ordinario del Poder Judicial con cooperación internacional, especialmente durante la fase de consolidación entre 2017 y 2019. Estos fondos se destinaron a la creación de manuales, capacitación de operadores judiciales, contratación de equipos interdisciplinarios (psicología, trabajo social, fiscalía, defensa pública), y la articulación con instituciones como IAFA e ICD. Esta base institucional permitió garantizar un abordaje integral de los factores asociados al delito, desde el consumo problemático de drogas hasta la violencia estructural o la exclusión social.

Las acciones específicas se organizaron en torno a tres pilares: aceptación de responsabilidad por parte de la persona ofensora, elaboración de planes reparadores individualizados y verificación judicial de su cumplimiento mediante audiencias periódicas. A partir de 2018, con el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa, se amplió la atención a personas con consumo problemático, incorporando terapias y acompañamiento diferenciado. Posteriormente, en 2023 y 2024, se introdujeron medidas con perspectiva de género, priorizando para las mujeres imputadas —muchas de ellas jóvenes vinculadas al ingreso de drogas en centros penales— salidas alternas y penas sustitutivas que reconocieran su rol de cuidado y las condiciones de pobreza y violencia que atravesaban. Los hombres, en cambio, recibieron respuestas más enfocadas en programas de supervisión estricta y tratamiento de adicciones, reconociendo trayectorias delictivas distintas.

De esta manera, los objetivos, recursos y acciones del programa no solo apuntaron a la reducción de costos y sobrecarga judicial, sino que se definieron estratégicamente para garantizar prevención de la reincidencia y reinserción social, diferenciando las necesidades según género y promoviendo un modelo inclusivo y equitativo de justicia.

Ilustración 1. Línea de tiempo histórica en Justicia Restaurativa



Financiado por la Unión Europea

LÍNEA DE TIEMPO HISTÓRICA EN JUSTICIA RESTAURATIVA



Fuente: Elaboración propia.

Implementación

La justicia restaurativa se ha consolidado en Costa Rica como una alternativa eficaz al sistema penal tradicional para los delitos vinculados con drogas. Su implementación no solo prioriza la resolución del conflicto y la reparación del daño, sino que también permite responder de manera diferenciada a las necesidades de hombres y mujeres en situación de encarcelamiento. En este sentido, incorporar la perspectiva de género resulta indispensable para asegurar que los programas atiendan condiciones y trayectorias específicas de cada población (Poder Judicial, 2024a).

Las mujeres privadas de libertad por delitos de drogas suelen ubicarse en eslabones bajos de las cadenas del narcotráfico, con participación como correos humanos o en tareas de introducción de sustancias en centros penitenciarios. Estas trayectorias están fuertemente condicionadas por la vulnerabilidad económica y las responsabilidades de cuidado, más que por un vínculo orgánico con estructuras criminales (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018). Reconocer esta realidad exige respuestas diferenciadas que eviten la revictimización y atiendan las causas estructurales de su involucramiento.

La justicia restaurativa, aplicada con enfoque de género, posibilita diseñar planes reparadores individualizados que consideren estas condiciones. Para mujeres, dichos planes pueden



Financiado por
la Unión Europea

articular acceso a apoyo psicosocial, formación para la empleabilidad y rutas de reinserción que contemplen su rol como madres y cuidadoras. Estas medidas, al fortalecer la autonomía económica y las redes de apoyo, contribuyen a reducir la reincidencia y a una reintegración social efectiva (Poder Judicial, 2024b).

En el caso de los hombres, las trayectorias suelen estar marcadas por consumo problemático y mayor exposición a la violencia de organizaciones criminales. Por ello, los componentes restaurativos deben priorizar tratamiento de desintoxicación, supervisión judicial y estrategias para disminuir la influencia de redes delictivas, sin perder de vista la inserción laboral y la reconstrucción de proyectos de vida (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2022). La diferenciación de necesidades se convierte, así, en un principio rector de eficacia.

Un avance significativo en Costa Rica es la adopción del Protocolo de aplicación del artículo 77 bis de la Ley 8204, aprobado en 2024, que integra criterios de interseccionalidad, rehabilitación y reinserción social para mujeres en delitos menores de drogas. Este instrumento reconoce las desigualdades estructurales que enfrentan y orienta la actuación judicial hacia soluciones más inclusivas y sensibles al género (Poder Judicial, 2024c).

La dimensión presupuestaria refuerza la viabilidad de estos enfoques. La evidencia indica que los procesos restaurativos pueden ser hasta un 86% más económicos que la vía ordinaria (Poder Judicial, 2022). La eficiencia relativa libera recursos que pueden reorientarse a acompañamientos especializados y a la consolidación de programas diferenciados para mujeres, asegurando que la perspectiva de género sea operativa y no meramente declarativa.

La prevención de la reincidencia demanda diagnósticos finos. En mujeres, suele vincularse con exclusión social, ausencia de empleo digno y falta de redes de apoyo; en hombres, con consumo recurrente y presión de estructuras criminales (UNODC, 2018; EMCDDA, 2022). La justicia restaurativa, al intervenir sobre estos factores —autonomía económica y cuidados en mujeres, tratamiento y desvinculación de redes en hombres—, mejora la efectividad de las respuestas estatales.

Las rutas de reinserción también difieren. Para mujeres, el éxito depende de reinsertarse en ámbitos familiar y económico sin estigmas ni revictimización; para hombres, está más asociado a la ruptura con redes delictivas y a la estabilización de trayectorias laborales (EMCDDA, 2022). La flexibilidad del marco restaurativo resulta clave para adecuarse a estos itinerarios de vida.

Persisten, sin embargo, limitaciones. Informes del Poder Judicial advierten que restricciones presupuestarias han afectado la contratación de personal especializado y la expansión territorial del programa (Poder Judicial, 2023). Estas brechas comprometen la cobertura y la calidad con enfoque de género, por lo que se requiere reforzar el financiamiento y profundizar la cooperación interinstitucional.

En su desarrollo histórico, la creación de redes entre salud, justicia y sociedad civil ha sido un pilar del programa, aunque inicialmente carecía de lineamientos que visibilizaran desigualdades de género en el acceso a servicios (Poder Judicial, 2013b). Un punto de inflexión ocurrió en 2015 con la validación de un Protocolo de actuación para casos de violencia de



Financiado por
la Unión Europea

género en delitos de violencia sexual, doméstica e intrafamiliar (Poder Judicial, 2015). Si bien no se focalizaba en drogas, abrió camino a la transversalización de la perspectiva de género mediante capacitación y sensibilización de operadores judiciales, con efectos positivos indirectos para mujeres imputadas por delitos de drogas (Poder Judicial, 2015).

Esta tendencia se consolidó en 2016 con la aprobación del Protocolo de Actuaciones en materia de Violencia de Género por parte del Consejo Superior, que incluyó talleres internacionales, grupos focales con mujeres víctimas y formación en derechos humanos para operadores judiciales (Poder Judicial, 2016a). Recoger la voz de las mujeres en grupos focales aportó insumos para ajustar las prácticas restaurativas y enfatizó la transición desde miradas punitivas hacia enfoques victimológicos y restaurativos.

Paralelamente, el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ) expandió su cobertura en 2015 y 2016, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y graduando personas participantes (Poder Judicial, 2016b). No obstante, su abordaje permaneció centrado en lo clínico y lo judicial, sin protocolos específicos que atendieran problemáticas como el impacto del encarcelamiento en mujeres madres o las barreras en el acceso a salud y apoyo psicosocial.

En síntesis, mientras la justicia restaurativa avanzó con protocolos explícitos para violencia contra las mujeres, en delitos de drogas el enfoque de género se mantuvo más difuso. Persiste una brecha entre la intención de transversalizar el género y la existencia de instrumentos concretos para los casos tratados por el PTDJ. Aun así, la sensibilización institucional y los protocolos en violencia de género han beneficiado indirectamente a las mujeres en conflictos vinculados a drogas (Poder Judicial, 2016a), y la coordinación con la Secretaría Técnica de Género y el Instituto Nacional de las Mujeres ha robustecido el marco de actuación, sobre todo en delitos de violencia contra las mujeres.

La participación del Poder Judicial en foros internacionales —como la Cumbre Judicial Iberoamericana y los diálogos de la OEA sobre alternativas al encarcelamiento— ha visibilizado la necesidad de una justicia restaurativa sensible al género, destacando que las mujeres reciben con frecuencia sanciones desproporcionadas por delitos menores de drogas y urgiendo diseños de política más específicos (Poder Judicial, 2016b).

La justicia restaurativa en Costa Rica puede responder de forma efectiva a las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres encarcelados por delitos relacionados con drogas, siempre que su implementación se realice con perspectiva de género. La existencia de protocolos, la eficiencia presupuestaria y la articulación interinstitucional son factores determinantes para su éxito. Reconocer las trayectorias delictivas y condiciones socioeconómicas diferenciadas favorece la reinserción social y reduce la reincidencia, consolidando un modelo de justicia más humano, equitativo y sostenible.

En el marco del apoyo a los observatorios se realizó el estudio: **“Diseño conceptual, metodológico y operativo para la evaluación de los programas de justicia restaurativa (2017–2025)”** que responde a una brecha crítica identificada en Costa Rica —la ausencia de evaluaciones sistemáticas y datos desagregados por sexo sobre los efectos reales de los programas restaurativos en delitos vinculados al consumo y microtráfico— que hoy limita la



Financiado por
la Unión Europea

capacidad estatal para juzgar efectividad, escalar buenas prácticas y reorientar recursos hacia modelos más humanos y sostenibles. Al generar evidencia empírica y comparativa, el desarrollo del estudio permitirá analizar patrones diferenciados de reincidencia para hombres y mujeres, fortalecer la toma de decisiones y alinear la política con estándares de derechos humanos y enfoque de género, en coherencia con el marco estratégico nacional sobre drogas.

¿Qué factores (institucionales, sociales, culturales) han incidido positiva o negativamente en la implementación efectiva de medidas restaurativas orientadas a reducir la reincidencia y favorecer la reinserción social desde una perspectiva de género?

La implementación de medidas restaurativas en Costa Rica ha estado determinada en gran medida por factores institucionales. El respaldo normativo a través de la Ley 9582 de Justicia Restaurativa constituye un elemento positivo que permitió institucionalizar un modelo alternativo de resolución de conflictos dentro del Poder Judicial (Poder Judicial, 2018). Esta ley formalizó procedimientos, definió responsabilidades y otorgó legitimidad a un enfoque que, previamente, se aplicaba como programa piloto, facilitando su expansión territorial y programática.

Un factor institucional que ha incidido negativamente es la limitación presupuestaria. Informes recientes señalan que, pese a la eficiencia demostrada de los procesos restaurativos frente a la vía ordinaria, las restricciones de recursos humanos y financieros han dificultado la contratación de personal especializado y la cobertura en todas las regiones del país (Poder Judicial, 2023). Esta carencia limita la posibilidad de dar seguimiento diferenciado a hombres y mujeres, afectando la efectividad de las medidas en términos de reinserción y reducción de la reincidencia.

Otro factor positivo es la articulación interinstitucional. La coordinación entre Fiscalía, Defensa Pública, Judicatura y profesionales de trabajo social y psicología ha sido esencial para asegurar una respuesta integral (Poder Judicial, 2024a). Además, la colaboración con instituciones como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) ha permitido ofrecer tratamientos complementarios, en especial para hombres con trayectorias de consumo problemático.

En el plano social, uno de los factores más relevantes ha sido la confianza ciudadana en el programa. La posibilidad de que las víctimas y personas ofensores opten voluntariamente por procesos restaurativos exige un nivel de legitimidad social que se ha ido construyendo progresivamente. La satisfacción reportada por usuarios —superior al 90% en los últimos años— refleja que la sociedad percibe estas medidas como más humanas y eficaces (Poder Judicial, 2022).

Indicadores de participación

- **Número de casos derivados a justicia restaurativa:** En el período 2019–2022, se reportó un crecimiento anual promedio del **15%** en la cantidad de casos enviados por los juzgados al programa (Poder Judicial, Informe de Labores 2022).



Financiado por
la Unión Europea

- **Tasa de participación voluntaria:** Cerca del **80% de las víctimas y ofensores aceptaron ingresar al proceso restaurativo** cuando se les ofreció la opción, lo que muestra un nivel elevado de confianza en comparación con mecanismos tradicionales de resolución penal (Poder Judicial, 2021).

Indicadores de satisfacción y percepción de eficacia

- **Satisfacción general:** El **Índice de Satisfacción de Usuarios (ISU)** aplicado por la Unidad de Justicia Restaurativa mostró puntuaciones superiores al **90% en los últimos cinco años** (Poder Judicial, 2022).
- **Percepción de eficacia:** El **70% de las personas participantes** señaló que el proceso restaurativo resultó en acuerdos que mejoraron su situación personal, emocional o familiar (Poder Judicial, Informe de Labores 2021).
- **Cumplimiento de acuerdos:** Más del **85% de los compromisos asumidos** en las audiencias restaurativas fueron cumplidos dentro de los plazos establecidos, un indicador de efectividad práctica del programa (Poder Judicial, 2020).

Indicadores de legitimidad social más amplia

- **Conocimiento y aceptación social:** Encuestas de percepción ciudadana aplicadas por el **Programa Estado de la Nación (2021)** reflejaron que un **62% de la población considera a la justicia restaurativa una medida más humana** que las sanciones penales tradicionales.
- **Reducción en reincidencia:** Estudios del **Instituto de Criminología de la Universidad de Costa Rica (2020)** estimaron que las personas que pasaron por procesos restaurativos registraron una **tasa de reincidencia 30% menor** que quienes siguieron la vía penal ordinaria.

No obstante, existen factores sociales negativos que dificultan la reinserción, particularmente en las mujeres. Muchas de ellas enfrentan doble estigmatización: por haber cometido un delito y por transgredir roles de género tradicionales, lo cual incrementa las barreras de acceso a empleo y redes de apoyo comunitarias (UNODC, 2018).

En el ámbito cultural, un factor positivo ha sido la apertura progresiva hacia enfoques alternativos de justicia. A diferencia de visiones punitivas tradicionales, la sociedad costarricense ha mostrado receptividad hacia prácticas orientadas a la reparación del daño y la reintegración de las personas ofensoras. Esta apertura se refleja en la consolidación institucional de programas y lineamientos —particularmente en justicia juvenil— que han ido legitimando el modelo restaurativo en el tiempo (Arias Madrigal & Barrantes Marín, 2015; Gooden Morales, 2013). Asimismo, los resultados institucionales recientes muestran niveles muy altos de satisfacción de las personas usuarias ($\approx 98\%$ en 2023) y retroalimentación favorable sobre la eficacia y el trato recibido, lo cual refuerza la percepción de legitimidad social y la expansión del modelo (Poder Judicial de Costa Rica, 2023; Poder Judicial de Costa Rica, 2022). La incorporación de miradas interculturales —por ejemplo, respecto de pueblos indígenas— también ha favorecido la aceptación de prácticas restaurativas basadas en el



Financiado por
la Unión Europea

respeto y el diálogo, reforzando su anclaje cultural en el país (Gómez Calderón & Jiménez Zamora, 2022). En conjunto, estos elementos evidencian un cambio cultural sostenido que ha permitido legitimar el crecimiento del modelo restaurativo en Costa Rica (Poder Judicial de Costa Rica, s. f.).

Sin embargo, persiste la incidencia de patrones patriarcales en la experiencia de las mujeres dentro del sistema penal. La expectativa normativa de que ellas asuman roles de cuidado y se mantengan alejadas de conductas ilícitas produce un **doble estándar** moral que se traduce en juicios sociales más severos y en cargas diferenciadas a lo largo del proceso y la etapa postpenal. Aun cuando se cumplen medidas restaurativas, la evidencia institucional y la literatura judicial señalan que estigmas y estereotipos de género continúan operando en las interacciones comunitarias y en ciertas prácticas, con efectos observables sobre la reinserción y el acceso a oportunidades. Estos hallazgos se documentan en informes recientes de la Oficina Rectora de Justicia Restaurativa, en desarrollos editoriales de la Escuela Judicial y en análisis publicados en *Revista Judicial*, donde se reconoce la persistencia de sesgos estructurales y su impacto diferencial en mujeres usuarias del sistema.

La adopción del Protocolo para la aplicación del artículo 77 bis de la Ley 8204, enfocado en mujeres en delitos menores de drogas, es un ejemplo de cómo atender esos factores culturales y sociales. Este instrumento reconoce explícitamente que las mujeres suelen participar en los eslabones más bajos del narcotráfico debido a contextos de pobreza y responsabilidad de cuidado, y propone medidas alternativas que priorizan la rehabilitación y la reinserción social (Poder Judicial, 2024c).

Un factor transversal que ha incidido positivamente es la eficiencia económica del modelo restaurativo. Estudios confirman que los procesos de justicia restaurativa son hasta un 86% más baratos que los ordinarios (Poder Judicial, 2022). Esto no solo favorece la sostenibilidad institucional, sino que también libera recursos para implementar medidas de acompañamiento diferenciadas según género, fortaleciendo la equidad en la atención.

En síntesis, los factores institucionales, sociales y culturales han incidido de manera compleja en la implementación de medidas restaurativas en Costa Rica. Entre los elementos positivos destacan la aprobación de la Ley 9582, la articulación interinstitucional, la legitimidad social y la eficiencia económica. Entre los negativos, sobresalen las restricciones presupuestarias, la doble estigmatización hacia las mujeres y la persistencia de patrones culturales patriarcales. La incorporación de protocolos con enfoque de género y la cooperación interinstitucional se perfilan como mecanismos clave para superar estas barreras y consolidar un modelo restaurativo más inclusivo y efectivo.

Evaluación

El apartado de evaluación busca analizar de manera integral el alcance y los resultados de los programas de justicia restaurativa aplicados a personas encarceladas por delitos relacionados con drogas, con especial énfasis en las diferencias por género. Para ello, se establecen indicadores cuantitativos y cualitativos que permiten medir la reducción de la reincidencia, la efectividad de los mecanismos de seguimiento y la sostenibilidad de los cambios generados. Asimismo, se consideran las oportunidades de reinserción social y



Financiado por
la Unión Europea

económica que estos programas ofrecen, particularmente a las mujeres, a través de su acceso a empleo, educación, servicios sociales y redes de apoyo comunitario. La combinación de fuentes de verificación institucionales, académicas y testimoniales proporciona un marco robusto para valorar tanto los impactos inmediatos como los de largo plazo, identificando al mismo tiempo las brechas de información que requieren nuevas investigaciones.

Complementariamente, se realizó un estudio—Diseño conceptual, metodológico y operativo para la evaluación de los programas de justicia restaurativa (2017–2025), elaborado por Cathalina García Santamaría (julio de 2025)— con el respaldo técnico del ICD en articulación con COPOLAD, cuyo propósito fue generar un modelo replicable (CIPP + cuasi-experimental) que sirva de base para una evaluación posterior más robusta de resultados y sostenibilidad.

¿En qué medida los programas basados en justicia restaurativa lograron reducir las tasas de reincidencia entre hombres y mujeres encarcelados por delitos relacionados con drogas, y existen diferencias significativas por género?

La sistematización de datos sobre reincidencia en Justicia Restaurativa (JR) en Costa Rica se formalizó tras la aprobación de la Ley N.º 9582 en 2019, que instauró el Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa (PTDJR) como alternativa penal (Poder Judicial de Costa Rica, 2019). Antes de esa fecha, no existía información pública detallada sobre reincidencia derivada del modelo restaurativo.

En 2022, el seguimiento institucional reveló que solo aproximadamente el **4% de los participantes de JR reincidió** durante un periodo de dos años, lo que indica una reducción significativa respecto a la reincidencia en modelos punitivos tradicionales (Poder Judicial de Costa Rica, 2023). Para ese mismo periodo, el sistema penitenciario tradicional registró una tasa de reincidencia del **34%**, según datos del Ministerio de Justicia y Paz (Ministerio de Justicia y Paz, 2023). Esta brecha posiciona al modelo restaurativo como una alternativa altamente efectiva.

Los informes oficiales entre 2019 y 2023 carecen de desagregación por género o por tipo de delito, particularmente en casos relacionados con drogas. Esto impide establecer con precisión si existen diferencias estadísticamente significativas en reincidencia entre hombres y mujeres (Poder Judicial de Costa Rica, 2019; 2023).

Como parte de una estrategia preventiva, en diciembre de 2024 se lanzó el **Protocolo para la Aplicación del Proceso de Justicia Restaurativa a Mujeres que Cometan Delitos Menores de Drogas (artículo 77 bis)**. Este instrumento busca orientar a los operadores de justicia con perspectiva de género e interseccionalidad, con el fin de reducir la reincidencia en mujeres en situación de vulnerabilidad (Poder Judicial de Costa Rica, 2024; Internacional Drug Policy Consortium, 2025). Un desafío clave es la falta de un sistema coordinado para el seguimiento longitudinal de personas participantes de JR. No existe una articulación efectiva entre el Poder Judicial y otros actores del sistema penal (Ministerio de Justicia, IAFA, INAMU), lo que limita la obtención de indicadores desagregados por género y tipo de delito (Sequeira Arias, 2025).



Financiado por
la Unión Europea

La Justicia Restaurativa en Costa Rica se ha consolidado como un mecanismo alternativo al sistema penal tradicional bajo la rectoría del Poder Judicial, con el objetivo de promover la reparación del daño, la paz social y la reinserción de las personas en conflicto con la ley (Poder Judicial, 2023). En 2024, el Poder Judicial aprobó el Protocolo para la Aplicación del Proceso de Justicia Restaurativa a Mujeres que Cometan Delitos Menores de Drogas, el cual incorpora la perspectiva de género y busca atender las necesidades específicas de las mujeres involucradas en este tipo de casos (Poder Judicial, 2024). Estos avances muestran el compromiso institucional con la consolidación de un modelo restaurativo sensible al género y con el fortalecimiento de la justicia equitativa en el país.

¿Cuál ha sido el impacto de la justicia restaurativa en las personas, especialmente mujeres, tras cumplir condenas relacionadas con delitos de drogas?

En Costa Rica, la Justicia Restaurativa solo empezó a consolidarse como modelo institucional a partir de su presentación como proyecto piloto en 2011, cuando fue declarado de interés institucional por el Consejo Superior del Poder Judicial (sesión 85-11, 6 de octubre de 2011) y aprobado en un plan piloto en 2012, aplicado en materia penal, penal juvenil y juzgados de tratamiento de drogas (Poder Judicial de Costa Rica, s.f.-a). Antes de esta fecha, no existían estadísticas sistemáticas ni informes públicos sobre la implementación de justicia restaurativa en el país, lo que garantiza que los datos disponibles desde 2012 en adelante sean coherentes y comparables a lo largo del tiempo.

El año 2022 marcó la consolidación del modelo restaurativo en Costa Rica con la publicación de encuestas de satisfacción entre las personas usuarias. Ese año se aplicaron 896 encuestas, de las cuales 570 correspondieron a Justicia Penal Restaurativa y 326 a Justicia Juvenil Restaurativa, obteniéndose un nivel de satisfacción general del 97,5 % (Poder Judicial de Costa Rica, s.f.-b).

En el ámbito de la justicia juvenil, dicho año mostró diferencias de género: las menores ofensoras manifestaron un 100 % de satisfacción, mientras los menores ofensores hombres presentaron un 96 %. Asimismo, entre las víctimas adultas, el 65 % fueron mujeres y el 35 % hombres, todos con altos niveles de satisfacción (Poder Judicial de Costa Rica, s.f.-b).

Asimismo, en justicia penal restaurativa las ofensoras mujeres alcanzaron una satisfacción del 98 %, frente al 99 % de los ofensores hombres. Entre las víctimas, el 98 % de mujeres y el 97 % de hombres expresaron satisfacción con el servicio (Poder Judicial de Costa Rica, s.f.-b).

Durante 2023, la aplicación del modelo continuó su expansión, especialmente en el ámbito penal, donde se llevaron a cabo 2 258 reuniones restaurativas, representando un incremento del 11 % respecto al año anterior, que tuvo 2 013 reuniones (Poder Judicial de Costa Rica, 2024).

Esta expansión también se reflejó en otras áreas: se incrementaron en un 45 % las reuniones disciplinarias del personal judicial, pasando de 150 en 2022 a 273 en 2023. En la fase de ejecución penal se tramitaron 38 causas, acumulando un total de 77 casos gestionados mediante medidas restaurativas (Poder Judicial de Costa Rica, 2024).



Financiado por
la Unión Europea

Además, el enfoque comunitario y cultural del modelo fue evidente en los resultados: 2 123 personas fueron restauradas tras alcanzar acuerdos reparadores, y se atendieron 76 casos con personas indígenas, respetando su cosmovisión. La satisfacción se mantuvo en un 98 %, con un nivel de cumplimiento de los acuerdos del 94 % (Poder Judicial de Costa Rica, 2024).

En 2024, se observó una ligera disminución en la actividad restaurativa, con 2 023 reuniones en justicia penal (235 menos que en 2023), 317 en justicia juvenil (una baja de 50) y 267 en materia disciplinaria (6 menos), atribuida principalmente a restricciones presupuestarias que afectaron al personal del programa (Poder Judicial de Costa Rica, 2023).

Acceso a redes de apoyo en Justicia Restaurativa (Costa Rica)

Para este comparativo es relevante señalar que **no existe un indicador oficial publicado** que mida el “**número de personas (mujeres y hombres) beneficiarias que reportan acceso efectivo a redes de apoyo familiar y comunitario post-programa**”. Ante esa ausencia, el análisis emplea **indicadores sustitutos (proxies)** que capturan dimensiones cercanas al constructo “acceso a redes”, tales como: **tamaño y crecimiento de la Red de Apoyo interinstitucional, acciones y coordinaciones registradas con dicha red, reuniones restaurativas realizadas y seguimientos/verificaciones de acuerdos**. Estas variables permiten observar **tendencias por año** y aproximarse al grado de articulación y uso de los recursos de apoyo que el programa pone a disposición de las personas participantes.

Con base en estos proxies, el período 2018–2025 muestra una **expansión sostenida de la capacidad de articulación** y del **uso operativo de la Red de Apoyo**, así como un volumen consistente de reuniones y seguimientos. Debe considerarse que **2021** en algunas fuentes está **reportado parcialmente (enero–octubre)** y que **2025** aún no cuenta con un **consolidado anual público** al momento del corte de este informe. Por ello, las conclusiones se enfocan en **tendencias** y no en variaciones puntuales interanuales cuando la cobertura temporal de los registros es incompleta.

Es importante aclarar que estos proxies **no miden el “acceso efectivo post-egreso” autorreportado por las personas**, sino que reflejan la **capacidad del programa para tejer y activar redes** y el **seguimiento institucional** a los acuerdos. En consecuencia, los hallazgos se interpretan como **señales de contexto y desempeño programático**, útiles para monitoreo y planificación, pero **no sustituyen** el indicador de implementación que se desea³.

Tabla 4. Proxies de acceso a redes de apoyo en Justicia Restaurativa, Costa Rica (2018–2025)

³ Es importante aclarar que estos proxies no miden el “acceso efectivo post-egreso” autorreportado por las personas, sino que reflejan la capacidad del programa para tejer y activar redes y el seguimiento institucional a los acuerdos. En consecuencia, los hallazgos se interpretan como señales de contexto y desempeño programático, útiles para monitoreo y planificación, pero no sustituyen el indicador de implementación que se desea. El diseño metodológico integral propuesto por García Santamaría (2025) apunta precisamente a subsanar esta limitación mediante la construcción de indicadores desagregados por sexo, edad, tipo de delito y territorio, fortaleciendo la validez y utilidad de la evaluación de los programas de justicia restaurativa en Costa Rica



Financiado por
la Unión Europea

Año	Proxy acceso a red — Penal	Proxy acceso a red — Juvenil	Notas / otras señales relevantes	Fuente
2018	—	—	25 reuniones con la comunidad (red de apoyo) en total: 7 Penal y 18 Juvenil.	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2019	9.096 acciones con redes (coordinaciones, instituciones incorporadas/visitadas, etc.).	477 organizaciones contactadas.	Penal: 1.909 reuniones señaladas / 1.648 realizadas; 1.597 seguimientos de medidas alternas.	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2020	1.289 instituciones en la red.	1.300 instituciones en la red.	—	Informe de Labores 2020 (Poder Judicial)
2021*	2.040 instituciones en la red.	1.454 instituciones en la red.	Penal: 2.617 seguimientos; Juvenil: 539 (ene–oct).	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2022	2.671 instituciones en la red.	1.475 instituciones en la red.	Reuniones realizadas: Penal 2.013, Juvenil 376 (citas en 2023); satisfacción usuaria 97,5% (encuesta).	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2023	2.423 instituciones en la red.	1.484 instituciones en la red.	Reuniones realizadas: Penal 2.258, Juvenil 367; 9.644 seguimientos (Penal); satisfacción 98%.	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2024	2.856 instituciones en la red.	1.513 instituciones en la red.	Reuniones realizadas: Penal 2.023, Juvenil 317; satisfacción 99%.	Justicia Restaurativa (Poder Judicial)
2025	N/D	N/D	Aún no hay consolidado público anual (al 30-ago-2025).	—

Notas: * 2021 está reportado ene–oct (no año calendario completo). Fuentes: Informes y reportes de Justicia Restaurativa del Poder Judicial (2018–2024).



Financiado por
la Unión Europea

Capítulo 6: Hallazgos Tratamiento para Consumo Problemático

Las acciones de tratamiento de personas con consumo problemático de drogas, se entienden como el conjunto de intervenciones planificadas, integrales y continuas, dirigidas a reducir o eliminar el consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos negativos en la salud física, mental y social de la persona. Estas acciones abarcan desde la desintoxicación y estabilización médica, la atención psicológica y psiquiátrica, hasta procesos de rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar. El tratamiento se sustenta en un enfoque multidisciplinario y de derechos humanos, orientado a la recuperación integral, la mejora de la calidad de vida y la prevención de recaídas, articulando esfuerzos entre instituciones de salud, programas comunitarios y redes de apoyo social.

Costa Rica ha construido en las últimas décadas un entramado institucional destinado a enfrentar el consumo problemático de drogas, con un énfasis en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Dentro de este marco, el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) cumple un papel central como ente rector de las políticas públicas en la materia, coordinando acciones entre instituciones estatales, elaborando planes estratégicos y liderando campañas de prevención. Su creación mediante la Ley n.º 8204 le otorgó competencias vinculadas no solo al control de drogas ilícitas y la legitimación de capitales, sino también a la promoción de estrategias de atención y rehabilitación de personas con consumo problemático, en consonancia con estándares internacionales de derechos humanos y salud pública (Instituto Costarricense sobre Drogas, s.f.).

El ICD articula sus funciones con otras entidades, especialmente en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas y del Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA), una red que busca organizar la atención en niveles progresivos según la gravedad del consumo. Esta estrategia incluye la participación del Ministerio de Salud, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Poder Judicial, la Universidad de Costa Rica y otras instancias. Con ello, Costa Rica asegura que las políticas no se limiten al control represivo, sino que integren el acceso a la salud, la rehabilitación y la reinserción social de las personas afectadas (Copolad, s.f.).

En el ámbito de la atención directa, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) representa la institución especializada en prevención y tratamiento. Fundado en 1966 y adscrito al Ministerio de Salud, el IAFA coordina programas públicos y privados bajo un marco regulado por la Ley n.º 8289. Su misión abarca desde la investigación y prevención hasta la atención integral y la rehabilitación de personas con problemas de alcohol y drogas, siempre con un enfoque multidisciplinario que combina lo médico, lo psicológico y lo social (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, s.f.).

Un pilar fundamental del IAFA son los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID), espacios ambulatorios distribuidos en distintas regiones del país que brindan atención gratuita, sin requerir que la persona usuaria esté asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Estos centros ofrecen servicios de medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y farmacia, garantizando un abordaje integral y accesible. Además, el IAFA opera programas diferenciados como la Casa JAGUAR, destinada a población adolescente, y la



Financiado por
la Unión Europea

Unidad Móvil Chozas Esperanza, que lleva atención a comunidades en situación de vulnerabilidad, junto con una línea telefónica gratuita de orientación (IAFA, s.f.).

Por su parte, la CCSS brinda atención en adicciones desde sus niveles de atención primaria, secundaria y especializada, integrando este componente dentro de los servicios de salud mental. En el primer nivel, los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) realizan detección temprana y referenciamiento. En los hospitales nacionales y regionales —entre ellos el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Calderón Guardia, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital México— se dispone de programas para la desintoxicación hospitalaria, la atención ambulatoria especializada y terapias individuales, grupales y familiares. Asimismo, la CCSS implementa iniciativas específicas como el Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones y de las y los Adolescentes, con un enfoque integrador y articulado con organizaciones comunitarias (CCSS, s.f.).

Las encuestas nacionales realizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) permiten dimensionar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica y, con ello, aproximarse a la demanda de servicios de atención. La *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de sustancias psicoactivas (2022)* mostró que el 36,5 % de la población costarricense reportó consumo de alcohol en los últimos 30 días, el 8,1 % consumo de tabaco y el 4,6 % consumo de marihuana, lo que refleja la relevancia de estos problemas para el sistema de salud (IAFA, 2022). De forma complementaria, la *VI Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de educación secundaria (2021)* evidenció que el 38,9 % del estudiantado reportó haber consumido alcohol en el último mes y un 9,3 % marihuana, indicando la presencia temprana de patrones de riesgo en adolescentes (IAFA, 2021).

Si bien la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) dispone de servicios en distintos niveles de atención —desde la detección temprana en EBAIS hasta programas especializados de desintoxicación y tratamiento en hospitales nacionales y regionales— los estudios existentes señalan que persisten brechas entre la magnitud del consumo y la cobertura efectiva de los servicios. Un análisis sobre la oferta y demanda en la atención de personas menores de edad consumidoras problemáticas de drogas (2012) ya advertía que la capacidad institucional era insuficiente frente a las necesidades de esta población (IAFA, 2012). De igual forma, informes nacionales sobre drogas han descrito avances en programas y normativas, pero aún carecen de estadísticas actualizadas que permitan conocer con precisión cuántas personas demandan atención, cuántas son atendidas efectivamente y cómo se distribuyen por niveles o sectores (ICD, 2019).

Finalmente, la respuesta costarricense al consumo problemático de drogas se distingue por su carácter interinstitucional e integral. El ICD asegura la conducción política y la articulación de esfuerzos, el IAFA lidera la atención especializada y la prevención en el ámbito comunitario, mientras que la CCSS garantiza la atención hospitalaria y la rehabilitación en salud mental. Este modelo colaborativo, reflejado en el SINATRA, demuestra un esfuerzo por trascender respuestas fragmentadas y construir una política pública coherente con los principios de salud, equidad y derechos humanos (Copolad, s.f.; Instituto Costarricense sobre Drogas, s.f.; IAFA, s.f.; CCSS, s.f.).



Financiado por
la Unión Europea

Situación actual del consumo de sustancias en adultos

El consumo problemático de sustancias en Costa Rica se refleja en el uso sin supervisión médica de fármacos psicoactivos, una práctica que conlleva riesgos importantes de dependencia y daño a la salud. Según la **VII Encuesta Nacional en Hogares 2022**, entre un **3% y 6% de la población** reportó haber consumido tranquilizantes, estimulantes u opioides alguna vez en la vida sin prescripción médica, con una incidencia anual de **1,66% para tranquilizantes**, mayor en mujeres (1,96%) que en hombres (1,36%). Estos patrones sugieren un uso sostenido que excede la experimentación y que podría estar asociado a cuadros de abuso o dependencia.

Otro indicador del consumo problemático es el **uso frecuente y no experimental de drogas ilegales**. La misma encuesta reportó que **2% de la población afirmó haber recibido ofrecimiento de cocaína en los últimos 30 días**, lo que no solo refleja una alta disponibilidad de la sustancia, sino también una mayor exposición a su consumo regular. La edad promedio de inicio se ubica en los 20 años, lo que implica que las personas ingresan a esta práctica en etapas de transición educativa o laboral, aumentando la vulnerabilidad social y sanitaria.

En la población adolescente, el consumo problemático se hace evidente en la alta prevalencia de alcohol y sustancias inhalables. De acuerdo con la **VI Encuesta de Secundaria 2021**, un **22,8% de estudiantes consumió alcohol en los últimos 30 días**, con prevalencias aún mayores en mujeres (25,6%). El inicio temprano, con una edad promedio de **13,8 años**, coloca a las y los adolescentes en una situación de riesgo frente a la dependencia futura. Además, el consumo de inhalables, aunque menos extendido (**0,6% en el último mes**), es considerado altamente dañino por su toxicidad y su relación con otros problemas de salud mental y social.

Finalmente, los datos del **Histórico de Atenciones del IAFA** muestran un incremento sostenido en la demanda de servicios por consumo de cocaína y otras drogas, lo que refuerza la idea de que el consumo problemático ya trasciende la mera experimentación y se traduce en necesidad de tratamiento clínico y comunitario. Estas cifras reflejan la urgencia de fortalecer la prevención selectiva, los programas de reducción de daños y el acceso a servicios especializados que atiendan las distintas dimensiones del consumo problemático en el país



Financiado por
la Unión Europea

Tabla 5. Comparativo de alternativas de tratamiento en Costa Rica

Tipo de atención	Instituciones / Programas	Modalidad	Servicios principales	Costo / Acceso
Público – Estatal	IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia) – CAID (Centros de Atención Integral en Drogas)	Ambulatorio	Valoración médica y psicológica, seguimiento por equipo multidisciplinario, línea gratuita 800-IAFA-800 , Unidad Móvil Choza Esperanza	Gratuito (financiado por el Estado)
	CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) – EISAM/EISAA (Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental/Adicciones)	Ambulatorio / Hospitalario según necesidad	Atención médica, psiquiatría, psicología, trabajo social, derivación a programas especializados, manuales técnicos	Incluido con seguro social (asegurados/as)
	ICD (Instituto Costarricense sobre Drogas) – PTDJ (Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial)	Ambulatorio con componente judicial	Alternativa a prisión, acompañamiento terapéutico y social en coordinación con OEA/CICAD	Gratuito (parte del sistema judicial)
Privado	Costa Rica Treatment Center (CRTC) / Riverside Recovery	Residencial (30–120 días)	Desintoxicación, psiquiatría, psicología, terapias grupales, familiares, nutrición, recreación, prevención de recaídas	De pago, tarifas varían según programa
	Proyecto Equilibrio	Ambulatorio	Terapia individual, grupal y familiar, flexible para quienes estudian o trabajan	De pago (programa accesible comparado con



Financiado por
la Unión Europea

Tipo de atención	Instituciones / Programas	Modalidad	Servicios principales	Costo / Acceso
				internamientos)
ONG / Comunitario	Fundación Bandera Blanca (FBB)	Residencial / Ambulatorio	Rehabilitación integral, programas autorizados por IAFA, opciones gratuitas y de pago	Mixto (gratuito y de pago según el caso)
	Clínica Integral Nueva Vida	Residencial / Ambulatorio	Atención médica y psicológica, rehabilitación integral de adicciones	De pago, algunas opciones con subsidio
Grupos de Autoayuda	Narcóticos Anónimos (NA)	Reuniones comunitarias	Programa de 12 pasos, apoyo entre pares, enfoque espiritual (no religioso)	Gratuito
	SMART Recovery	Reuniones presenciales / virtuales	Enfoque secular y científico, técnicas de TCC y entrevista motivacional, autogestión	Gratuito

Fuente: Construcción propia a partir de la revisión documental

Agenciamiento

El agenciamiento de acciones de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas se entiende como el proceso mediante el cual se coordinan actores, recursos y decisiones institucionales y comunitarias para organizar y sostener intervenciones de atención. Supone la articulación entre instancias gubernamentales, organizaciones sociales, colectivos comunitarios y organismos internacionales, con el fin de garantizar que los servicios de tratamiento sean accesibles, culturalmente pertinentes y sensibles al género. El agenciamiento no se limita a la provisión de servicios clínicos, sino que también involucra la creación de espacios de coordinación interinstitucional, alianzas estratégicas y campañas de apoyo que habilitan condiciones políticas e institucionales para implementar programas de atención adaptados a las diversas realidades de las personas usuarias.

Asimismo, el agenciamiento implica que los sistemas de salud y de protección social traduzcan diagnósticos y evidencias en planes de acción concretos, incorporando información desagregada por género, edad, etnia y condición migratoria. De esta manera, se busca que las necesidades diferenciadas sean atendidas mediante tratamientos flexibles, intervenciones comunitarias y servicios integrados que respondan tanto a la complejidad del consumo problemático como a los factores sociales asociados. En síntesis, agenciar acciones de tratamiento es construir y sostener una red de actores, decisiones y recursos que



Financiado por
la Unión Europea

legitiman y fortalecen la incorporación de este tema en la agenda pública y en la práctica cotidiana de atención.

Para ello, los indicadores se estructuran en torno a dos dimensiones principales: por un lado, la identificación de actores gubernamentales, organizaciones sociales, colectivos comunitarios e instancias internacionales que han incidido en el tema, así como la existencia de mesas técnicas, campañas de incidencia y facilitadores políticos o institucionales que han apoyado este proceso; y, por otro lado, el grado en que los diagnósticos iniciales han reconocido explícitamente el enfoque de reducción de daños y las necesidades diferenciadas según género, cultura y etnicidad, incluyendo la utilización de datos desagregados y recomendaciones de programas culturalmente adaptados. Estos indicadores permitirán no solo rastrear la participación y articulación de actores clave, sino también evaluar la profundidad y solidez técnica con la que se justificó la incorporación del enfoque de reducción de daños en la política pública.

¿Qué actores y procesos han contribuido o dificultado la inclusión en la agenda pública de los programas de tratamiento accesibles, culturalmente pertinentes y sensibles al género?

La inclusión de programas de tratamiento para personas con uso problemático de drogas en la agenda pública costarricense ha sido el resultado de un proceso paulatino, en el cual convergen actores estatales, académicos y de la sociedad civil. Desde una perspectiva evaluativa, se puede afirmar que el país cuenta con un marco normativo sólido —como la *Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas* (Decreto Ejecutivo N.º 37110-S)— que sienta las bases para una respuesta integral. No obstante, la implementación de dichas políticas ha mostrado avances desiguales y limitaciones importantes en términos de coordinación interinstitucional, cobertura territorial y sostenibilidad financiera (Ministerio de Salud & IAFA, 2021).

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) emerge como el actor central en este ámbito, al liderar la creación y administración de los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID). Estos espacios gratuitos y ambulatorios han permitido ampliar el acceso a tratamientos multidisciplinarios para poblaciones sin seguro social (IAFA, 2024a). Sin embargo, la evidencia sugiere que la oferta, aunque valiosa, es todavía insuficiente para cubrir las necesidades crecientes de atención, particularmente en comunidades periféricas y rurales, donde persisten barreras de acceso físico y logístico que limitan su efectividad (IAFA, 2022).

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) complementa esta labor mediante la atención hospitalaria especializada, principalmente a través de las unidades de salud mental y protocolos de desintoxicación en centros de referencia nacional. Esta incorporación constituye un avance relevante hacia la integración del consumo problemático en la agenda de salud pública (CCSS, s.f.). No obstante, el énfasis hospitalario revela un sesgo hacia la atención aguda y de crisis, mientras que los esfuerzos preventivos y comunitarios carecen de



Financiado por
la Unión Europea

la misma priorización presupuestaria y política, lo que genera vacíos en la continuidad del tratamiento y la rehabilitación.

El Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), a través del *Plan Nacional sobre Drogas 2020-2024* y del *Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA)*, ha buscado articular los servicios existentes bajo un marco de coordinación interinstitucional (ICD, 2020). Si bien este esfuerzo constituye un paso estratégico, en la práctica persisten problemas de fragmentación y débil gobernanza. La ausencia de mecanismos vinculantes entre instituciones y organizaciones no gubernamentales limita la capacidad de generar una respuesta integrada y sostenida a nivel nacional (IAFA, 2024b).

En paralelo, el Poder Judicial, con el apoyo del ICD, ha impulsado programas de tratamiento bajo supervisión judicial en el marco de la Ley de Justicia Restaurativa. Esta innovación representa un avance en la incorporación del enfoque de salud dentro del sistema de justicia, ofreciendo alternativas al encarcelamiento y reconociendo el derecho al tratamiento (ICD, 2019). Sin embargo, su aplicación aún es incipiente y enfrenta resistencias culturales, tanto en el sistema judicial como en la opinión pública, donde prevalecen percepciones punitivas hacia las personas usuarias.

Desde la sociedad civil, múltiples organizaciones no gubernamentales autorizadas por el IAFA ofrecen servicios de rehabilitación y seguimiento. Su participación ha sido crucial para ampliar la cobertura y brindar opciones diversas a las personas usuarias (IAFA, 2024c). No obstante, la dependencia de financiamiento externo o de convenios temporales con el Estado genera inestabilidad y pone en riesgo la continuidad de estos programas. Esta debilidad estructural limita la sostenibilidad de los logros alcanzados y perpetúa la fragmentación del sistema de atención.

Un factor positivo ha sido la cooperación internacional, particularmente a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que han respaldado proyectos piloto, capacitaciones técnicas y materiales educativos. Estos apoyos han facilitado la incorporación de enfoques de género y pertinencia cultural en algunos programas (OPS, 2021; PNUD, 2019). No obstante, la dependencia de financiamiento externo plantea el riesgo de que, una vez concluidos los proyectos, los avances se diluyan por falta de institucionalización dentro de la política nacional.

La evaluación de estos procesos revela que el estigma sigue siendo uno de los principales obstáculos para la consolidación de los programas de tratamiento. Las personas usuarias continúan enfrentando discriminación en el acceso a los servicios de salud, educación y empleo, lo cual socava los esfuerzos de rehabilitación. Este estigma es particularmente grave en el caso de las mujeres, quienes además enfrentan situaciones de violencia de género y responsabilidades de cuidado que no siempre son consideradas en el diseño de los programas (IAFA, 2022).

En términos de pertinencia cultural, comunidades indígenas y rurales han demandado la integración de prácticas tradicionales en los programas de tratamiento. Aunque la normativa reconoce la necesidad de enfoques inclusivos y culturalmente adecuados, en la práctica



Financiado por
la Unión Europea

estos ajustes han sido limitados y se mantienen como experiencias aisladas. La falta de institucionalización de estos enfoques constituye una brecha significativa en la capacidad del sistema para atender a poblaciones diversas de manera efectiva y respetuosa (Ministerio de Salud & IAFA, 2021).

Otro aspecto crítico es la insuficiencia presupuestaria destinada a programas de tratamiento. A pesar de contar con un marco normativo robusto y de reconocer la magnitud del problema en encuestas nacionales, la asignación de recursos sigue siendo limitada y muchas veces se priorizan campañas de prevención o iniciativas de control por encima del tratamiento integral (IAFA, 2024b). Esta tendencia reproduce un desequilibrio que dificulta el desarrollo de un sistema verdaderamente integral, continuo y sensible a las necesidades de las personas usuarias.

Costa Rica ha avanzado de manera importante en la incorporación de programas de tratamiento en la agenda pública, particularmente a través de la normativa sectorial, la creación de servicios ambulatorios como los CAID y la inclusión del tema en planes nacionales. Sin embargo, la evidencia muestra que estos avances se encuentran tensionados por limitaciones presupuestarias, fragmentación institucional, resistencias culturales y persistencia del estigma. Superar estas barreras requerirá un compromiso político renovado, una mayor inversión en sostenibilidad y una integración más efectiva de los enfoques de género y pertinencia cultural en el diseño y ejecución de los programas de tratamiento.

¿En qué medida el reconocimiento de las necesidades específicas según género y cultura ha estado presente en los diagnósticos iniciales que justificaron la inclusión de estos programas en la agenda política?

El análisis de los diagnósticos iniciales que justificaron los programas de tratamiento de personas con consumo problemático de drogas en Costa Rica muestra una evolución paulatina en las últimas dos décadas. Las primeras políticas nacionales (2005–2007 y 2008) se estructuraron bajo un enfoque abstencionista, que entendía el tratamiento como un proceso de rehabilitación orientado al control del consumo y a la reinserción social. Sin embargo, los diagnósticos que sustentaron estas políticas no incorporaron la identificación de necesidades específicas según género o pertinencia cultural, limitando su alcance en términos de equidad y accesibilidad (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2005, 2008).

Durante este período inicial, las referencias a grupos diferenciados fueron mínimas. Mujeres, niños y adolescentes eran mencionados de manera general como “poblaciones vulnerables”, sin que existiera un análisis profundo de cómo las condiciones de género, los roles de cuidado o las particularidades culturales afectaban el acceso y permanencia en los servicios de tratamiento. Esto evidenció un sesgo hacia la homogeneización de la población usuaria y una ausencia de diagnósticos desagregados que permitieran justificar la creación de programas especializados (ICD, 2005, 2008).

La política nacional de 2013–2017 representó un avance en el discurso, ya que estableció que el consumo de drogas debía considerarse un asunto de salud pública, alejándose de la visión estrictamente punitiva. Aunque los diagnósticos reconocieron desigualdades de género en el acceso a la salud, este reconocimiento se mantuvo a un nivel general y no derivó en protocolos



Financiado por
la Unión Europea

de tratamiento diferenciados. En cuanto a la diversidad cultural, los diagnósticos aludieron a la importancia de la participación comunitaria, pero sin propuestas concretas para adaptar los servicios terapéuticos a las particularidades de los pueblos indígenas o afrodescendientes (ICD, 2013).

Con la política 2020–2024 se dio un paso hacia la consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA), que buscó articular de manera más coherente a las instituciones responsables de la atención. Los diagnósticos que justificaron esta política se enfocaron en ampliar la cobertura y mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento, aunque sin profundizar en la identificación de barreras específicas para mujeres o grupos culturalmente diversos. Aun cuando se introdujo un lenguaje más cercano a los derechos humanos, las necesidades diferenciadas continuaron sin ser traducidas en programas especializados (ICD, 2020a).

La Estrategia Nacional sobre Drogas y Desarrollo Alternativo (ENDDA) 2020–2030 representó un punto de inflexión, al reconocer de manera más explícita la importancia de un tratamiento integral que incorporara criterios de accesibilidad y equidad. El diagnóstico incluyó por primera vez referencias más detalladas a las necesidades de las mujeres, tales como las dificultades para acceder al tratamiento debido a responsabilidades de cuidado, la discriminación hacia mujeres consumidoras y la relación entre consumo problemático y violencia de género. En cuanto a la pertinencia cultural, se subrayó la necesidad de promover programas adaptados a comunidades específicas, aunque la falta de datos desagregados continuó siendo una limitación estructural (ICD, 2020b).

A pesar de estos avances, la evidencia diagnóstica utilizada en todas las políticas nacionales mostró limitaciones importantes. Ninguna de las políticas incorporó cifras diferenciadas por sexo, etnia, cultura o situación socioeconómica, ya que los diagnósticos se basaron en encuestas nacionales de consumo con resultados agregados. Esta carencia de datos desagregados debilitó la capacidad de las políticas para justificar con solidez el diseño de programas de tratamiento sensibles a las desigualdades de género y a las especificidades culturales (ICD, 2013, 2020b).

En paralelo al desarrollo de las políticas, algunas iniciativas sectoriales reforzaron la justificación para el tratamiento desde una perspectiva más inclusiva. Por ejemplo, la Estrategia Nacional de Salud Pública 2017–2021 introdujo como ejes transversales la igualdad, la no discriminación, los derechos humanos y la interculturalidad, orientando los servicios hacia una recuperación integral que incluyera no solo atención clínica, sino también dimensiones como empleo, vivienda y educación (Organización de Estados Iberoamericanos [OEI] & COPOLAD, 2017). Estos lineamientos ampliaron el marco para comprender el tratamiento como un proceso integral.

Asimismo, los diagnósticos se han complementado con instrumentos más recientes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), que en 2022 actualizó su Modelo de Prevención de Riesgos y Atención, mediante un proceso participativo que incorporó los principios de atención centrada en la persona, accesibilidad y respeto a los derechos humanos. Este modelo fortaleció la base normativa y operativa para justificar programas de tratamiento más sensibles a la diversidad de necesidades de la población (IAFA, 2022).



Financiado por
la Unión Europea

El reconocimiento de las necesidades específicas en los diagnósticos de Costa Rica ha transitado de un enfoque homogéneo en las políticas iniciales a una mayor sensibilidad hacia las desigualdades de género y la diversidad cultural en las políticas más recientes. Sin embargo, la persistente ausencia de datos desagregados y de investigaciones nacionales específicas sigue limitando la capacidad de justificar plenamente programas de tratamiento adaptados a las realidades de mujeres y comunidades culturalmente diversas. Esto refleja que, si bien se ha avanzado en el plano discursivo, aún persiste una brecha significativa entre el diagnóstico y la implementación efectiva de servicios de tratamiento inclusivos.

Programación

La programación propuesta incorpora un conjunto de indicadores orientados a garantizar que los programas de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas, integren de manera efectiva los principios de accesibilidad universal, pertinencia cultural y reducción de daños, con un enfoque explícito de género. Para ello, se tomarán en cuenta tanto la definición de objetivos, estrategias y acciones específicas, como la asignación de recursos institucionales, financieros, humanos y técnicos. Entre los principales indicadores se incluyen el número y porcentaje de objetivos y estrategias formulados con perspectiva de género y diversidad cultural; la existencia de mecanismos diferenciados para superar barreras de acceso (económicas, geográficas, sociales y culturales); la disponibilidad de materiales educativos culturalmente pertinentes y protocolos adaptados; así como la cantidad de intervenciones específicas para mujeres en contextos de maternidad, violencia de género y cuidado infantil. Asimismo, se analizará la proporción del presupuesto destinado a programas que contemplen la reducción de daños y la pertinencia cultural, el nivel de capacitación del personal técnico en estos enfoques, la contratación de especialistas en género y diversidad, y la existencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de los recursos asignados. Estos indicadores permitirán valorar tanto la coherencia programática como la efectividad en la incorporación de enfoques integrales que respondan a las necesidades de mujeres y poblaciones culturalmente diversas.

¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones específicas dentro de los programas de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas que garanticen accesibilidad universal, pertinencia cultural y reducción de daños con enfoque explícito de género?

En Costa Rica, los programas de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas se han definido dentro de un marco de accesibilidad universal, articulado principalmente a través del Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA). Este sistema plantea como objetivo central integrar un conjunto de servicios que permitan alcanzar al mayor número de personas, con acceso gratuito o costado por el Estado, y con mecanismos de derivación según las necesidades clínicas detectadas. Se busca garantizar que el tratamiento no sea un privilegio limitado, sino un derecho que todas las personas puedan ejercer sin importar su condición socioeconómica (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2020a).

La accesibilidad universal también se expresa en la cobertura territorial de los **Centros de Atención Integral en Drogas (CAID)**, ubicados en las siete provincias del país. Estos centros



Financiado por
la Unión Europea

ofrecen atención especializada a través de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en medicina, psicología y trabajo social, lo cual permite ampliar la oferta de servicios de tratamiento más allá del área metropolitana. De esta manera, se facilita que personas en comunidades alejadas o con menos recursos puedan acceder a intervenciones ambulatorias sin necesidad de desplazamientos largos o costosos (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2022).

En cuanto a los componentes clínicos, los programas de tratamiento han desarrollado modalidades ambulatorias que incluyen la consulta de orientación para familias y grupos de apoyo, la consulta de desintoxicación ambulatoria supervisada por personal médico, y la atención interdisciplinaria con planes individuales de tratamiento. Estas acciones buscan no solo atender el cuadro clínico inmediato, sino también asegurar un proceso de seguimiento continuo que contemple la prevención de recaídas y la reintegración social de las personas en tratamiento (IAFA, 2022).

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) complementa esta oferta a través de la incorporación del tratamiento de consumo problemático en las redes de servicios de salud. Los diagnósticos y lineamientos clínicos de la institución enfatizan la detección e intervención breve desde el primer nivel de atención, así como la derivación hacia niveles especializados cuando es necesario. Esta integración en la red pública de salud fortalece la continuidad del cuidado, evitando que las personas en tratamiento experimenten rupturas en su proceso de atención (ICD, 2020a).

Desde el enfoque de género, se han definido objetivos y acciones específicas que buscan responder a las necesidades diferenciadas de las mujeres. Destaca el “Lineamiento para la detección oportuna y referencia de mujeres gestantes o en postparto con consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias”, emitido en el marco de los servicios de salud, que establece protocolos de referencia y atención especializada. Este lineamiento reconoce que las mujeres enfrentan barreras adicionales de acceso y riesgos diferenciados, como la violencia de género o las responsabilidades de cuidado, que requieren respuestas clínicas y sociales adaptadas (ICD, 2020b).

El sistema judicial también ha incorporado la perspectiva de género y el acceso al tratamiento como alternativa a la sanción punitiva. El **Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa** constituye un mecanismo de derivación hacia programas terapéuticos, con el fin de favorecer procesos de recuperación en lugar de sanciones carcelarias estrictas. Este modelo busca transformar la respuesta penal en una estrategia más humana e inclusiva, alineada con los principios de justicia restaurativa y con una visión sensible al género (IAFA, 2023).

En cuanto a la pertinencia cultural, la Estrategia Nacional sobre Drogas y Desarrollo Alternativo (ENDDA) 2020–2030 establece de manera explícita la necesidad de promover programas culturalmente adaptados y de fomentar la participación de comunidades vulnerables en la implementación de políticas. Este mandato programático implica reconocer que comunidades indígenas y afrodescendientes enfrentan obstáculos específicos de acceso, y que por lo tanto los servicios de tratamiento deben adecuarse a sus realidades lingüísticas, culturales y sociales (ICD, 2020b).



Financiado por
la Unión Europea

El país también ha definido lineamientos que integran la reducción de daños como parte de la continuidad del tratamiento. El modelo impulsado por el IAFA en 2022, construido mediante procesos participativos, establece como principios rectores la atención centrada en la persona, la accesibilidad y los derechos humanos. Aunque la reducción de daños constituye un eje independiente, en la práctica se articula con las modalidades ambulatorias y de prevención de recaídas, ampliando las posibilidades de recuperación y mejorando la permanencia de las personas en tratamiento (IAFA, 2022).

En síntesis, Costa Rica ha definido objetivos y estrategias claras en los programas de tratamiento que combinan accesibilidad universal, pertinencia cultural y un enfoque de género. Las acciones van desde la expansión de centros de atención y la integración en las redes de salud, hasta lineamientos específicos para mujeres y programas culturalmente adaptados. Si bien persisten desafíos en la disponibilidad de datos desagregados y en la implementación plena de estas políticas, los avances muestran un tránsito hacia modelos más inclusivos y centrados en la persona, donde la recuperación se concibe como un proceso integral que combina atención clínica, derechos humanos y participación comunitaria (ICD, 2020a, 2020b; IAFA, 2022, 2023).

¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos (económicos, humanos, técnicos) para asegurar la incorporación y la atención diferenciada según género y cultura?

A partir de 2015, Costa Rica comenzó a fortalecer la articulación de sus servicios de tratamiento en el marco del sector salud y justicia, aunque los recursos asignados a enfoques diferenciados de género y cultura todavía eran limitados. En este período previo a la política nacional 2013–2017, el país había avanzado discursivamente hacia el reconocimiento del consumo como un tema de salud pública, pero la inversión específica en recursos humanos, técnicos y económicos seguía orientada a modelos de atención tradicionales. Los diagnósticos de ese momento señalaban la necesidad de ampliar cobertura y calidad, pero no se destinaban partidas presupuestarias específicas para la atención diferenciada (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2013).

Con la transición hacia 2017, se consolidó la **Estrategia Nacional de Salud Pública 2017–2021**, que adoptó como ejes transversales la igualdad, la no discriminación, el enfoque de género y la interculturalidad. Este marco introdujo la obligación de orientar recursos técnicos y humanos hacia la formación de personal en dichas áreas, aunque los recursos económicos aún no se diferenciaron en líneas presupuestarias específicas. Se invirtió principalmente en el fortalecimiento de la red de servicios de salud y en la emisión de lineamientos clínicos, lo que constituyó una base técnica importante para el desarrollo de programas más inclusivos (Organización de Estados Iberoamericanos [OEI] & COPOLAD, 2017).

Entre 2017 y 2019, los recursos humanos se ampliaron con la creación de nuevos **Centros de Atención Integral en Drogas (CAID)** en varias provincias, dotados de equipos interdisciplinarios de medicina, psicología y trabajo social. Estos equipos representaron una inversión en recurso humano especializado y técnico para brindar atención ambulatoria y planes individualizados de tratamiento. Sin embargo, aún no existían equipos especializados



Financiado por
la Unión Europea

en pertinencia cultural ni protocolos de atención diferenciados para comunidades indígenas o afrodescendientes, lo cual limitó el alcance de estas inversiones en términos de equidad cultural (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2022).

La aprobación de la **Política Nacional sobre Drogas 2020–2024** marcó un hito en la asignación de recursos para fortalecer el SINATRA. En esta etapa se destinaron fondos estatales para ampliar la cobertura del tratamiento y garantizar la gratuidad de los servicios, con énfasis en accesibilidad universal. Aunque no se identifican presupuestos exclusivos para género y cultura, sí se promovieron capacitaciones de recurso humano en estas temáticas y se consolidó la coordinación interinstitucional entre el IAFA, la CCSS y el ICD. El enfoque técnico se fortaleció mediante la elaboración de protocolos y manuales que comenzaron a integrar la perspectiva de género (ICD, 2020a).

Con la **Estrategia Nacional sobre Drogas y Desarrollo Alternativo (ENDDA) 2020–2030**, se dio un paso más firme hacia la pertinencia cultural y la atención diferenciada según género. Este documento estableció como objetivo programático el diseño de programas culturalmente adaptados y la inclusión de mujeres en situación de vulnerabilidad, lo cual implicó la necesidad de asignar recursos técnicos y humanos para la elaboración de lineamientos específicos. Sin embargo, en la práctica, los informes oficiales reflejan que las inversiones económicas continúan siendo generales y que los recursos especializados en cultura han avanzado más lentamente que los de género (ICD, 2020b).

A partir de 2021, los recursos técnicos se robustecieron con la actualización de lineamientos en salud y justicia. El **Lineamiento para la detección y referencia de mujeres gestantes y en posparto con consumo problemático** representó una asignación de recursos humanos y técnicos para responder a un grupo con necesidades específicas. Por otro lado, el **Manual para el Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa** implicó recursos humanos y técnicos para capacitar jueces y operadores judiciales en la derivación terapéutica con perspectiva de género, constituyendo un avance en la integración de la justicia restaurativa con la atención clínica (IAFA, 2022, 2023).

En el periodo 2022–2023, se reforzó la inversión técnica con la **certificación de competencias** del personal en tratamiento y prevención de drogas bajo la Norma INTE/ISO-IEC 17024. Este proceso requirió recursos económicos y humanos para garantizar estándares de calidad en la atención, consolidando un cuerpo profesional más especializado. Aunque no estaba enfocado únicamente en género o cultura, este esfuerzo elevó la capacidad del sistema para responder a poblaciones diversas de manera más equitativa (IAFA, 2022).

Durante 2024 y 2025, los avances se han centrado en la coordinación interinstitucional y en la participación comunitaria, en línea con los mandatos de la ENDDA. El Protocolo de Coordinación Interinstitucional del SINATRA (2024) consolidó los mecanismos de articulación de recursos humanos y técnicos entre instituciones públicas y organizaciones sociales, con el fin de brindar servicios de atención adaptados a poblaciones meta. Sin embargo, los reportes aún señalan que la pertinencia cultural sigue siendo un área pendiente de mayores recursos económicos y técnicos, mientras que los avances en género han sido más visibles gracias a lineamientos clínicos y judiciales especializados (ICD, 2020b).



Financiado por
la Unión Europea

En balance histórico, entre 2015 y 2025 Costa Rica ha destinado recursos económicos principalmente a la ampliación de cobertura y a la gratuidad de los servicios, pero los recursos humanos y técnicos han sido los que más se han adaptado a la inclusión de género y, en menor medida, a la pertinencia cultural. Aunque se han logrado avances significativos en la creación de protocolos, lineamientos y capacitación del personal, la falta de presupuestos específicos limita la consolidación de programas plenamente diferenciados. Esto evidencia una brecha estructural en la asignación de recursos, que deberá atenderse en la próxima década para garantizar la efectividad de la atención diferenciada (ICD, 2020a, 2020b; IAFA, 2022, 2023).

Implementación

Este apartado de implementación establece los criterios que guiarán la puesta en marcha, el seguimiento y la evaluación de los programas de consumo problemático de drogas, perspectiva de género y pertinencia cultural. En particular, se incluyen indicadores para medir la accesibilidad real frente a barreras económicas, geográficas y sociales; la permanencia y el abandono de las personas participantes desagregadas por género y contextos culturales; y la existencia de medidas concretas para disminuir estigma, discriminación y brechas lingüístico-culturales. Asimismo, se consideran factores institucionales, culturales y sociales que facilitan o limitan la aplicación efectiva del enfoque integrado (normativas, estructuras, capacidades del personal y acciones de sensibilización comunitaria). Las fuentes de verificación contemplan información oficial (IAFA, Ministerio de Salud, INAMU), registros presupuestarios, monitoreo institucional, estudios independientes, encuestas de satisfacción y técnicas cualitativas (entrevistas y grupos focales), señalando explícitamente aquellas que aún no están disponibles y requerirán estrategias de levantamiento de información. En conjunto, estos criterios permitirán asegurar decisiones informadas y correctivos oportunos para garantizar el acceso equitativo y culturalmente pertinente de todas las personas a los servicios de tratamiento.

¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación efectiva de los programas de consumo problemático de drogas y la atención diferenciada por género y cultura en los programas implementados?

El análisis histórico de la implementación de programas de tratamiento de consumo problemático de drogas en Costa Rica entre 2005 y 2025 permite observar una evolución progresiva, aunque marcada por avances desiguales. En el período 2005–2007, la Política Nacional sobre Drogas adoptó un enfoque abstencionista y centrado en la reinserción social. Institucionalmente, se fortaleció el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) y se estructuraron programas en coordinación con el Ministerio de Salud. Sin embargo, los factores culturales y sociales no fueron priorizados, y las referencias a género se limitaron a mencionar mujeres, niños y adolescentes como grupos de riesgo sin un análisis diferenciado (ICD, 2005).

La política de 2008 mantuvo este enfoque, con un énfasis en la seguridad y la prevención, lo cual reforzó los factores institucionales de control más que la atención diferenciada. Si bien la gratuidad de los servicios de tratamiento representó un factor facilitador de accesibilidad universal, la ausencia de protocolos de atención para mujeres o poblaciones culturalmente



Financiado por
la Unión Europea

diversas limitó el impacto de estos programas. Socialmente, persistía una fuerte percepción de criminalización hacia las personas usuarias de drogas, lo que constituyó un obstáculo para la búsqueda de atención (ICD, 2008).

Con la Política Nacional sobre Drogas 2013–2017 se produjo un cambio significativo al plantear que el consumo debía abordarse como un tema de salud pública. Este giro institucional facilitó la apertura a programas de tratamiento menos punitivos. Culturalmente, se reconoció la diversidad cultural como riqueza nacional, aunque sin traducirse en acciones específicas para comunidades indígenas o afrodescendientes. Socialmente, este marco ayudó a disminuir el estigma discursivo, pero en la práctica las mujeres continuaron enfrentando barreras asociadas a la violencia de género y a las responsabilidades de cuidado (ICD, 2013).

Entre 2015 y 2017, la **Estrategia Nacional de Salud Pública 2017–2021** integró ejes transversales como igualdad, derechos humanos y no discriminación. Este desarrollo técnico representó un factor institucional facilitador al promover la capacitación de personal en género y derechos humanos. Sin embargo, las limitaciones económicas se hicieron evidentes al no existir presupuestos específicos para programas culturalmente pertinentes o diferenciados por género. En este período se avanzó en la articulación de actores institucionales, pero aún con baja participación comunitaria (Organización de Estados Iberoamericanos [OEI] & COPOLAD, 2017).

Entre 2017 y 2019 se expandieron los **Centros de Atención Integral en Drogas (CAID)** bajo la dirección del IAFA. La creación de estos centros, con equipos interdisciplinarios en salud, constituyó un avance institucional que permitió descentralizar la oferta y mejorar la accesibilidad. Sin embargo, la rotación de personal y la falta de formación sistemática en interculturalidad limitaron el impacto. En lo social, las personas usuarias comenzaron a percibir mayores opciones de atención, aunque el estigma hacia las mujeres consumidoras continuó siendo un factor de exclusión (IAFA, 2022).

En 2020 se aprobó la **Política Nacional sobre Drogas 2020–2024**, que consolidó el Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA). Institucionalmente, se estableció la obligación de integrar servicios públicos y comunitarios en una red articulada, lo que constituyó un factor facilitador de continuidad y cobertura. Sin embargo, esta política no contempló asignaciones presupuestarias diferenciadas para género y cultura, lo que limitó la capacidad de aplicar en la práctica los principios establecidos. Socialmente, persistieron las dificultades de acceso en zonas rurales y fronterizas (ICD, 2020a).

La aprobación de la **Estrategia Nacional sobre Drogas y Desarrollo Alternativo (ENDDA) 2020–2030** representó un punto de inflexión. Por primera vez se incluyó la pertinencia cultural como mandato programático, así como la atención diferenciada para mujeres en situación de vulnerabilidad. Institucionalmente, este reconocimiento permitió orientar recursos técnicos hacia el diseño de lineamientos. Sin embargo, las barreras culturales, como la falta de materiales en lenguas indígenas, y sociales, como la discriminación hacia mujeres consumidoras, siguieron limitando la implementación efectiva (ICD, 2020b).



Financiado por
la Unión Europea

A partir de 2021, se fortalecieron los recursos técnicos mediante la emisión de lineamientos específicos. El **Lineamiento para la detección y referencia de mujeres gestantes y en parto con consumo de sustancias** constituyó un factor facilitador al establecer protocolos de atención diferenciados. Sin embargo, la implementación enfrentó limitaciones sociales debido al estigma hacia las mujeres embarazadas consumidoras, lo que dificultó su acceso oportuno a los servicios (ICD, 2020b).

El sistema judicial también avanzó con la implementación del **Manual para el Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa**, emitido en 2023. Este instrumento incorporó explícitamente la perspectiva de género y representó un recurso institucional y técnico innovador para derivar a las personas usuarias hacia programas terapéuticos en lugar de sanciones penales. Socialmente, este avance redujo parcialmente la criminalización, aunque las percepciones negativas hacia personas consumidoras siguen siendo un obstáculo (IAFA, 2023).

En paralelo, el IAFA actualizó en 2022 su **Modelo de Prevención de Riesgos y Atención**, incorporando principios de accesibilidad, derechos humanos y enfoque centrado en la persona. Esta actualización fortaleció la capacidad técnica e institucional, pero los recursos económicos destinados a la implementación aún no contemplan líneas presupuestarias claras para adaptaciones culturales. En lo social, la participación de ONG y comunidades ha sido un factor facilitador al legitimar el enfoque de derechos en el tratamiento (IAFA, 2022).

Entre 2023 y 2024, los factores institucionales se consolidaron con el **Protocolo de Coordinación Interinstitucional del SINATRA**, que busca armonizar la acción de instituciones públicas y organizaciones sociales en la atención. Este instrumento refuerza la gobernanza y constituye un factor facilitador. Sin embargo, las barreras culturales persisten en la práctica: comunidades indígenas continúan enfrentando servicios poco adaptados a su cosmovisión y necesidades lingüísticas, lo que limita la eficacia del enfoque de pertinencia cultural (ICD, 2020b).

Socialmente, en este mismo período, se ha observado un aumento en la participación de organizaciones comunitarias en procesos de sensibilización, lo que ha permitido disminuir parcialmente el estigma en ciertos territorios. Aun así, la discriminación hacia mujeres consumidoras y hacia personas usuarias en situación de calle sigue siendo una limitación estructural para garantizar la permanencia en los programas de tratamiento (Vargas-Cordero, 2023).

En 2024 y 2025, los esfuerzos se han centrado en la certificación de competencias del personal bajo la Norma INTE/ISO-IEC 17024, lo cual constituye un factor técnico e institucional para asegurar la calidad de la atención. Esta inversión en capital humano fortalece la capacidad del sistema, aunque no aborda de manera directa la pertinencia cultural. Culturalmente, persisten retos en el diseño de programas específicos para comunidades indígenas y afrodescendientes, mientras que en género se han dado pasos más concretos con lineamientos clínicos y judiciales (IAFA, 2022).

En síntesis, el período 2005–2025 muestra un tránsito desde políticas abstencionistas y homogéneas hacia marcos normativos más inclusivos, con una progresiva incorporación de



Financiado por
la Unión Europea

la perspectiva de género y la pertinencia cultural. Los factores institucionales que han facilitado este avance incluyen la creación del SINATRA, la emisión de lineamientos especializados y la coordinación interinstitucional. No obstante, las limitaciones más persistentes se ubican en el plano cultural y social: falta de adaptaciones lingüísticas y culturales, ausencia de presupuestos específicos y permanencia del estigma social hacia las personas consumidoras. Superar estas barreras requerirá consolidar recursos económicos y humanos dedicados, ampliar la formación intercultural del personal y fortalecer la participación de las comunidades en el diseño de los programas.

Evaluación

Como parte de este informe de evaluación, se completarán y reportarán los indicadores acordados para estimar la efectividad de los programas y su contribución al cierre de brechas de acceso, con desagregaciones por género, pertenencia étnico-cultural, territorio y condición socioeconómica. En particular, se analizarán cambios en calidad de vida, reducción del consumo problemático y de riesgos, acceso a servicios complementarios, adopción de prácticas seguras, satisfacción de las personas participantes y sostenibilidad/institucionalización del enfoque integral. Las mediciones se sustentarán en registros e informes institucionales, evaluaciones independientes y recolección de datos primarios (encuestas, entrevistas y grupos focales); cuando alguna fuente de verificación no esté disponible, se documentarán las limitaciones y se activarán estrategias de levantamiento complementario para salvaguardar la validez y confiabilidad de los resultados, respetando criterios éticos y de confidencialidad.

¿Cuál es el nivel de efectividad de los programas de tratamiento de personas con consumo problemático de drogas implementados en términos de mejora en la calidad de vida, y reducción de daños, con diferencias específicas según género y contexto cultural?

Entre 2005 y 2012, la efectividad de los programas de tratamiento se valoró sobre todo por indicadores de ingreso y egreso bajo un enfoque abstencionista; la evidencia sobre calidad de vida o resultados funcionales fue escasa y sin desagregación por género o cultura. Aun así, se cimentó la arquitectura institucional (ICD, Ministerio de Salud) para la coordinación pública, base sobre la que después se expandirían los servicios ambulatorios y la medición.

El giro crítico se consolida con la ENDDA 2020–2030 y el Plan Nacional 2020–2024, que colocan la salud pública y la articulación de redes como criterio de efectividad: accesibilidad universal, continuidad del cuidado y coordinación interinstitucional (SINATRA). Esta orientación permite evaluar la efectividad no solo por abstinencia, sino por adherencia, reducción de riesgos, derivaciones oportunas y satisfacción de las personas atendidas.

En términos de acceso real al tratamiento, la oferta pública se amplió con CAID en todas las provincias y con integración a la red de la CCSS, lo que reduce fricciones de entrada, tiempos y traslados; la lógica de red incrementa la probabilidad de retención y, por ende, de impacto



Financiado por
la Unión Europea

en calidad de vida (p. ej., menos crisis, mejor funcionamiento familiar/laboral), aun cuando estos resultados aún no se publican de forma estandarizada.

La efectividad sistémica se evidencia también en la capacidad de captación: IAFA reporta aumentos importantes de atenciones y de personas usuarias en la última década, con el histórico estadístico mostrando máximos en 2022 (108.282 atenciones; 23.765 personas), lo que sugiere mayor oportunidad de detección y continuidad terapéutica. El crecimiento de la demanda absorbida por la red tiende a asociarse con mejoras en adherencia y seguimiento, prerequisites de cambios en calidad de vida.

A nivel poblacional, los resultados epidemiológicos refuerzan que el cannabis aumenta en “año” (4,8%→6,1%) y “mes” (3,2%→4,4%) entre 2015 y 2022, con brechas por sexo más amplias a favor de los hombres. En términos de efectividad, este patrón exige intervenciones clínicamente diferenciadas (cribado, comorbilidades, intervención motivacional) y acompañamiento para hombres jóvenes, además de educación y derivaciones tempranas; la red lo reconoce, pero aún faltan series de resultados post-tratamiento por sustancia y sexo.

En género, los servicios muestran señales de mejora en equidad de acceso: IAFA reporta incrementos recientes de mujeres atendidas, asociados a la adopción de lineamientos clínicos para gestantes y posparto y a rutas operativas en SINATRA. Esto favorece una mayor oportunidad de atención y potenciales efectos en calidad de vida (p. ej., salud perinatal, soporte psicosocial), aunque la medición desagregada de resultados (permanencia, egreso exitoso, reinserción) todavía es limitada.

En adolescentes, la red incrementó la captación (alzas notables entre 2022–2023 según reportes institucionales), lo que mejora la ventana de intervención temprana y reduce el riesgo de cronificación. Para traducir esa puerta de entrada en efectividad clínica, el sistema necesita seguimiento de trayectorias individuales (abandono, reingreso, escalamiento de cuidados) y medición de funcionamiento (escuela, familia, salud mental).

La calidad programática y la sostenibilidad del enfoque asistencial han ganado densidad con tres piezas: ENDDA 2020–2030, el Plan 2020–2024 y el Protocolo interinstitucional de coordinación SINATRA (2024). Este último estandariza itinerarios de referencia entre salud, justicia, ONG y academia, lo que reduce pérdidas en el tránsito asistencial y, por tanto, mejora adherencia y probabilidad de resultados positivos.

En reducción de daños integrada al continuo asistencial, los Lineamientos y modelos técnicos de IAFA (actualizados) fijan estándares para la operación de servicios y la monitoreabilidad (metas, indicadores, módulos de M&E). En la práctica, esto se traduce en modalidades ambulatorias más flexibles (p. ej., desintoxicación ambulatoria supervisada, planes individualizados) que facilitan permanencia y disminuyen eventos adversos, contribuyendo a mejoras percibidas de calidad de vida.

Ahora bien, la gran limitación para estimar “en qué medida” (magnitud) es la falta de datos desagregados por contexto cultural (pueblos indígenas y afrodescendientes) y por condición socioeconómica. La ENDDA ordena la pertinencia cultural y la participación comunitaria, pero la estadística pública todavía no publica series con etnicidad/territorio/idioma; por ello, la efectividad diferenciada por cultura no puede cuantificarse hoy con fuentes abiertas.



Financiado por
la Unión Europea

A nivel de calidad de vida, los informes operativos de IAFA comienzan a incluir metas alineadas al Plan Nacional de Desarrollo (p. ej., porcentaje de primera consulta, número de personas usuarias) y descripciones de beneficios clínicos y psicosociales (mejor adherencia, seguimiento, coordinación para internamientos cuando procede). Sin embargo, se requiere avanzar hacia encuestas de egreso y seguimiento con escalas de salud, relaciones familiares, inserción educativa/laboral y satisfacción, desagregadas por sexo y cultura.

En síntesis, la efectividad de los programas de tratamiento en Costa Rica muestra mejoras plausibles y verificables en accesibilidad, continuidad y control del tabaco (con beneficios en salud), estabilidad/mejoría en alcohol (especialmente en hombres) y desafíos crecientes en cannabis (sobre todo en hombres jóvenes). Hay avances por género en captación y rutas clínicas; pero para cerrar la evidencia, es indispensable incorporar sistemas de información con resultados post-tratamiento y desagregación cultural que permitan estimar con precisión los efectos en calidad de vida y reducción de daños por subpoblación.

¿En qué medida los programas evaluados han contribuido efectivamente a disminuir las brechas de acceso relacionadas con género, cultura y condición socioeconómica, y han incorporado de manera sostenible el enfoque de reducción de daños en el tratamiento del consumo problemático de drogas?

Entre 2005 y 2025, la efectividad de los programas de tratamiento del consumo problemático de drogas en Costa Rica ha transitado desde modelos homogéneos hacia configuraciones más integradas en el sector salud. En los primeros años (2005–2008) predominó un enfoque abstencionista, con escasa diferenciación por género y sin lineamientos específicos para contextos culturales diversos, lo que limitó la medición de resultados clínicos y psicosociales en subpoblaciones (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD], 2005, 2008).

El giro de 2013–2017, al situar el consumo como asunto de salud pública, permitió fortalecer la continuidad del cuidado y la articulación con la red de servicios, aunque la ausencia de indicadores desagregados por sexo, etnia o condición socioeconómica impidió evaluar con precisión la efectividad diferencial en calidad de vida y permanencia en tratamiento (ICD, 2013).

En 2017–2021, la Estrategia Nacional de Salud Pública incorporó ejes de igualdad y no discriminación, impulsando capacidades técnicas y protocolos clínicos en la red pública; no obstante, los presupuestos no etiquetaron partidas específicas para adaptar la atención a las necesidades culturales, lo que redujo el alcance de la implementación diferenciada (Organización de Estados Iberoamericanos [OEI] & COPOLAD, 2017).

Desde 2017, la expansión de los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) con equipos interdisciplinarios mejoró la accesibilidad territorial y la percepción de calidad de la atención. Este despliegue se asocia con mayores oportunidades de ingreso y seguimiento ambulatorio, un prerequisite para observar mejoras en indicadores de salud mental, relaciones familiares y reinserción social, aun cuando las métricas comparables por cultura siguen siendo escasas (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2022).



Financiado por
la Unión Europea

La Política 2020–2024 consolidó el Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA), articulando detección, referencia y tratamiento en la red pública de salud. En términos de efectividad, esto se refleja en mayor adherencia y continuidad del cuidado, aunque persiste la limitación de no contar con series oficiales que midan resultados clínicos y psicosociales desagregados por género y pertenencia étnico-cultural (ICD, 2020a).

En acceso por género, los registros administrativos recientes muestran incrementos en mujeres atendidas (de 6.571 a 7.203 entre 2022 y 2023), lo que sugiere progresos para reducir brechas de ingreso a tratamiento. Este avance se vincula con lineamientos clínicos para mujeres gestantes y en posparto y con la estandarización de rutas de referencia en la red, si bien se requiere medir tasas de egreso exitoso y permanencia por sexo para confirmar impactos diferenciales (IAFA, 2023).

Para menores de 18 años, el aumento de atenciones (4.244 a 6.339, 2022–2023) apunta a detección más temprana y mayor oportunidad de tratamiento, un factor crítico para evitar cronificación del consumo problemático. Falta, sin embargo, vincular estos ingresos con trayectorias de permanencia, deserción y reingreso para estimar la mejora real en calidad de vida y funcionamiento psicosocial a mediano plazo (IAFA, 2023).

En población general (12–70 años), los datos epidemiológicos muestran descensos en alcohol y tabaco y aumento en cannabis. Para alcohol, la prevalencia “vida” bajó (63,3%→56,9%) y “año” también (41,6%→38,3%) entre 2015 y 2022; en hombres descendió “año” (49,1%→43,0%) y “mes” (34,9%→33,4%), mientras que en mujeres subió levemente “mes” (20,7%→22,4%). Estas tendencias sugieren estabilidad o mejora en consumo problemático reciente en hombres y la necesidad de fortalecer intervenciones específicas en mujeres ante el repunte mensual (IAFA, 2022).

Para tabaco, la caída del consumo activo (“30 días”) de 13,4% (2010) a 7,0% (2022) es consistente con la implementación de la Ley 9028 (ambientes 100% libres de humo, prohibición de publicidad y advertencias sanitarias en empaques), con probables ganancias en salud y calidad de vida asociadas a menor exposición, aunque los informes no ofrecen métricas directas de resultado post-tratamiento por subpoblación (Ministerio de Salud, 2012; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

El cannabis muestra alzas en “año” (4,8%→6,1%) y “mes” (3,2%→4,4%) entre 2015 y 2022, con brechas por sexo más amplias en uso reciente. Desde la perspectiva de tratamiento del consumo problemático, esto implica mayor demanda de evaluación clínica, seguimiento y coordinación con salud mental, especialmente en hombres jóvenes. La efectividad de los programas dependerá de la capacidad de retener a estas cohortes y de documentar mejoras funcionales posteriores (IAFA, 2022).

En cultura, la ENDDA 2020–2030 estableció la necesidad de programas culturalmente pertinentes y participación de pueblos indígenas y afrodescendientes. No obstante, la falta de datos desagregados por etnia/cultura en encuestas y registros de tratamiento impide evaluar hasta qué punto la atención diferenciada ha mejorado resultados clínicos y psicosociales en estas poblaciones (ICD, 2020b).



Financiado por
la Unión Europea

En lo socioeconómico, la gratuidad de servicios en la red pública es un facilitador, pero la estadística disponible no permite estimar variaciones de acceso ni resultados por pobreza o ruralidad. Esto limita la atribución de mejoras en calidad de vida al tratamiento en grupos vulnerables; se requieren módulos de información que capten condición socioeconómica y territorio para analizar efectos heterogéneos (IAFA, 2022; ICD, 2020a).

Los factores sociales vinculados al estigma siguen condicionando la efectividad: las mujeres reportan mayores barreras para iniciar y sostener procesos terapéuticos por cargas de cuidado y temor a la discriminación, lo que puede explicar el menor descenso relativo en consumo mensual de alcohol respecto de los hombres. Fortalecer dispositivos de apoyo familiar y horarios compatibles con cuidados es clave para mejorar permanencia y egresos exitosos en esta subpoblación (Vargas-Cordero, 2023; IAFA, 2022).

En síntesis, los programas costarricenses muestran avances plausibles en efectividad “sistémica” (mejor acceso y continuidad) y señales favorables en consumo de alcohol y tabaco a nivel poblacional; sin embargo, la evidencia pública todavía no permite estimar con precisión mejoras en calidad de vida y resultados post-tratamiento diferenciados por género y contexto cultural. Priorizar medición de permanencia, egreso exitoso y funcionalidad (salud física y mental, relaciones familiares, inserción educativa/laboral) con desagregaciones interseccionales es el siguiente paso para consolidar una evaluación robusta del consumo problemático.

En sostenibilidad normativa y presupuestaria, el Modelo 2024 recopila el marco legal aplicable —incluido el Decreto Ejecutivo N.º 35383-S (norma para aprobación técnica de programas) y la Política del Sector Salud 2012 (Decreto N.º 37110-S)—, mientras que el Protocolo SINATRA operacionaliza la coordinación entre sectores. En lo financiero, ICD e IAFA publican presupuestos, informes de ejecución y estados financieros en sus portales de transparencia, lo que muestra asignaciones continuas a la materia; sin embargo, los repositorios no desagregan montos etiquetados específicamente a “reducción de daños” por un período ≥ 3 años, por lo que este sub-indicador exige solicitar detalle programático a las unidades financieras.

Finalmente, para responder plenamente “en qué medida” los programas han sido efectivos en consumo problemático con enfoque de género y cultura, se requiere complementar los sistemas existentes con encuestas de egreso y seguimiento longitudinal, más grupos focales por subpoblación, integrando variables de identidad cultural, lengua, territorio y condición socioeconómica. Esta arquitectura de monitoreo permitiría vincular más nítidamente la atención recibida con cambios reportados en la vida cotidiana y con trayectorias de recuperación sostenidas (IAFA, 2022; ICD, 2020a, 2020b).

Capítulo 7: Hallazgos de Prevención del Consumo de Drogas

Costa Rica enmarca la prevención como un asunto de salud pública, derechos y desarrollo humano. La Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020-2030 (ENDDA) es la



Financiado por
la Unión Europea

hoja de ruta del país y fija principios rectores como la equidad e igualdad de género, la inclusión social y la priorización de poblaciones con mayor vulnerabilidad, para orientar políticas y acciones en ámbitos educativos formales e informales.

En gobernanza, el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) coordina el diseño y la ejecución de políticas y planes; históricamente esto se operacionalizó mediante el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) 2020-2024. En el componente preventivo, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) actúa como ente rector técnico; el Ministerio de Salud define lineamientos sectoriales; el MEP integra contenidos y programas en centros educativos; INAMU aporta el enfoque de igualdad y derechos de las mujeres; y las municipalidades y organizaciones comunitarias ejecutan a nivel territorial. Para articular a estas instancias se creó el Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SINAPRE), que formaliza coordinación interinstitucional y lineamientos basados en evidencia.

En educación formal, IAFA implementa dos programas troncales. (1) Kudos: dirigido a I y II ciclo, con materiales didácticos gratuitos y actualizados por grado para docentes y estudiantes; es un programa de habilidades para la vida que, según IAFA, opera desde 2003 y beneficia anualmente a cientos de miles de niñas y niños. (2) Dynamo: un programa integral para escuelas y colegios que asesora a los centros en detección, intervención temprana y construcción de políticas institucionales para desestimular tabaco, alcohol y otras drogas. Ambos se sustentan en el enfoque de “habilidades para la vida” recomendado por OMS.

En educación no formal y trabajo con familias, IAFA ejecuta “Habilidades para Vivir: Formación para padres, madres y personas encargadas”, con guías de facilitación, cuadernos de trabajo y módulos estandarizados. El objetivo es fortalecer competencias parentales, desmitificar percepciones sobre drogas y promover estilos de vida saludables desde el hogar, con metodologías participativas y seguimiento.

En contextos laborales y entornos digitales, el programa “En Compañía” acompaña a empresas públicas y privadas para instalar políticas, diagnóstico y planes de prevención, detección e intervención temprana; hay evidencia reciente de su implementación 2018-2020 y de los patrones de consumo observados en personal trabajador. Complementariamente, el país opera el programa digital “Dejar de fumar y vapear”, un chatbot gratuito desarrollado por Ministerio de Salud, CCSS e IAFA para apoyar cesación de tabaco y vapeo.

El ecosistema se apoya en directorios y estándares. El MEP publicó en 2024 un Directorio de Programas de Prevención, Tratamiento y Recursos —que incluye ofertas preventivas y de atención de ONG e instituciones—, útil para derivaciones y cobertura territorial. IAFA, por su parte, mantiene y actualiza un directorio de organizaciones autorizadas y brinda servicios de asesoría y validación de programas, reforzando la calidad y la idoneidad de las intervenciones preventivas y de reducción de daños.

Entre 2005 y 2007, Costa Rica ordena la respuesta institucional con un primer Plan Nacional sobre Drogas que instala la lógica de coordinación interinstitucional y da base a la prevención como política pública. Se sientan los pilares: liderazgo del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), rectoría técnica del IAFA para prevención y tratamiento, y articulación con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Pública (MEP) para insertar contenidos y



Financiado por
la Unión Europea

prácticas preventivas en los centros educativos. Desde esta etapa se incorpora la idea de trabajar con familias y comunidades, y de reconocer necesidades diferenciadas de mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Entre 2008 y 2012 se consolidan normas clave de control del tabaco que fortalecen el componente preventivo y los ambientes protectores. En paralelo, el MEP y el IAFA amplían la oferta escolar con programas basados en habilidades para la vida y prevención temprana. Esta fase impulsa la noción de “entornos saludables” (hogar–escuela–comunidad–trabajo) y abre espacio a la participación de municipalidades, organizaciones comunitarias y ONG, lo que mejora la capilaridad territorial y la pertinencia cultural de las acciones.

De 2013 a 2017, un nuevo plan nacional consolida la gobernanza: el ICD coordina política y evidencia (con el Observatorio/Unidad de Información), el IAFA actualiza guías y metodologías, y el MEP sistematiza lineamientos para preescolar, primaria y secundaria. Se fortalecen programas emblemáticos en educación formal (p. ej., “Kudos” y “Dynamo”, además de iniciativas complementarias como D.A.R.E.) y en educación no formal (“Habilidades para Vivir” para madres, padres y personas encargadas). El énfasis se desplaza de charlas aisladas a currículos, protocolos y acompañamiento a los centros, con foco en factores de riesgo/protección y en la construcción de habilidades socioemocionales.

Entre 2017 y 2021, el país adopta un marco más nítido de salud pública, derechos e igualdad: se afianzan los enfoques de ciclo de vida, género e inclusión social, junto con la exigencia de evidencia para diseñar e iterar programas. En educación se publican lineamientos técnico-administrativos y se refuerzan capacidades del personal (docente, orientación, psicología), mientras el Observatorio mejora la base de datos para monitorear tendencias y orientar decisiones. Empieza a visibilizarse, además, la necesidad de diferenciar estrategias para adolescentes y juventudes, mujeres, personas migrantes, pueblos indígenas, población afrodescendiente y LGBTIQ+, así como de remover barreras de acceso (horarios, cuidados, transporte, idioma).

Finalmente, de 2020 a 2025 se despliega la Estrategia Nacional sobre Drogas 2020–2030 y su operacionalización mediante el plan 2020–2024, con el **SINAPRE** como sistema para articular a 14+ entidades en prevención. Surgen herramientas digitales (p. ej., chatbot de cesación de tabaco y vapeo) y se actualizan directorios y guías para derivación y cobertura. A la par, emergen desafíos: cerrar brechas de cobertura —sobre todo en secundaria—, asegurar presupuesto etiquetado para intervenciones con enfoque de género e interculturalidad, y consolidar evaluaciones con datos desagregados por sexo, edad, etnia y condición socioeconómica. La prioridad 2025 en adelante es escalar lo que funciona (escuela, familias, comunidad y trabajo), reforzar la coordinación territorial y garantizar que cada estrategia sea pertinente para mujeres y poblaciones históricamente excluidas.

Retos actuales: a agosto de 2025, el PNsD 2020-2024 venció y la prensa reporta que no se ha iniciado la elaboración del nuevo plan, lo que genera un vacío de planificación operativa que conviene subsanar priorizando el enfoque diferenciado por género y vulnerabilidad y acelerando la implementación plena del SINAPRE. Además, se ha señalado la baja cobertura de programas preventivos en secundaria —por ejemplo, una nota periodística estimó que



Financiado por
la Unión Europea

menos del 1% del estudiantado colegial participó en 2024—, lo que subraya la necesidad de **escalar intervenciones con pertinencia cultural, territorial y de género.**

Ilustración 2. Costa Rica – Prevención del consumo de drogas (2005-2025)

Costa Rica | Prevención del consumo de drogas (2005– Línea de tiempo de programas



Enfoques transversales; género, inclusión, interculturalidad; poblaciones, mujeres, adolescencia y juventudes, personas migrantes, pueblos indígenas, población afrodescendiente y LGBTIQ+

Agenciamiento

El apartado abordará el **agenciamiento**. Donde se examinarán los actores, mecanismos y contextos que facilitan o dificultan la incorporación de estrategias preventivas diferenciadas por género y situación de vulnerabilidad en la agenda pública, así como la calidad de los diagnósticos iniciales que las sustentan (incluida la disponibilidad de datos desagregados y recomendaciones específicas). Además, se evaluará cómo se traducen esos compromisos en objetivos, estrategias y acciones concretas en educación formal e informal —incluida la pertinencia cultural, metodologías inclusivas y participación de las poblaciones destinatarias— y en qué medida existen recursos humanos, técnicos y financieros suficientes y debidamente orientados.

Para asegurar rigor y trazabilidad, el análisis integrará los **indicadores** definidos (por ejemplo, sobre presencia y densidad de actores, marcos normativos, espacios deliberativos, campañas de incidencia, formulación de objetivos y acciones, y asignación presupuestaria), junto con sus **fuentes de verificación** (actas, políticas, informes técnicos, presupuestos, materiales educativos y registros de implementación). Asimismo, se documentarán de forma transparente las **fuentes no disponibles** y las brechas de información a recabar (entrevistas y grupos focales con mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad, y con actores institucionales clave). Con este enfoque, la evaluación permitirá valorar la adecuación y



Financiado por
la Unión Europea

efectividad de las estrategias preventivas diferenciadas, su viabilidad de sostenimiento en la agenda estatal y su capacidad real para atender las necesidades específicas de distintos grupos poblacionales.

¿Qué actores y mecanismos han facilitado o dificultado la incorporación en la agenda pública de estrategias preventivas del consumo de drogas diferenciadas según las necesidades específicas de mujeres y grupos vulnerables?

En el plano estratégico, Costa Rica ha consolidado desde inicios de los años 2000 un andamiaje normativo e institucional que reconoce la prevención como política de Estado y que, desde la década de 2010, explicita la necesidad de enfoques diferenciales. Hitos recientes incluyen la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030 (ENDDA) y el Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 (PNsD), que orientan la acción intersectorial e interinstitucional; a ello se suma la creación y formalización del Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SINAPRE), concebido para articular actores, estandarizar intervenciones y ordenar la comunicación pública de la prevención. Estos instrumentos anclan la rectoría técnica de prevención en IAFA y la coordinación estratégica en el ICD, y proporcionan el marco donde se inserta el enfoque de género y de vulnerabilidad.

En términos de actores gubernamentales, el país cuenta hoy con una plataforma interinstitucional de 14 entidades que participan activamente en prevención a través del SINAPRE: ICD, IAFA, MEP, CCSS, PANI, UNED, IMAS, UNA, DINADECO, Fuerza Pública, ICODER, CEN-CINAI y la oficina INL de la Embajada de EE. UU. En la práctica, esto significa que salud, educación, protección de la niñez, seguridad ciudadana, deporte y desarrollo comunal co-diseñan mensajes, materiales y acciones, lo cual facilita la incorporación de matices poblacionales —incluido el sexo/género— en los contenidos preventivos.

El mecanismo de coordinación clave es el propio SINAPRE, que opera con un plan de trabajo y de comunicación que sistematiza conversatorios, publicaciones, piezas audiovisuales, redes sociales, talleres y prensa como instrumentos para posicionar la prevención diferenciada. Complementariamente, la ENDDA y el PNsD pautan lineamientos para integrar determinantes sociales (género, pobreza, edad, territorialidad) en el diseño de intervenciones. La existencia de un documento técnico de referencia y de un circuito de comunicación institucional reduce la discrecionalidad y ancla la sostenibilidad del enfoque.

En el sector educativo, el MEP ha institucionalizado espacios formales de coordinación con IAFA e ICD mediante una Comisión Interinstitucional y lineamientos periódicos; además, el programa CEPREDE (ICD) focaliza acciones en centros educativos de zonas de vulnerabilidad. La normativa educativa reciente reafirma la coordinación tripartita (MEP-IAFA-ICD) para lineamientos y acciones sobre el fenómeno de las drogas, lo que abre la puerta a adecuaciones curriculares, materiales y rutas de referenciación con atención a diferencias por sexo y condiciones de riesgo.

Los instrumentos legales y normativos han sido determinantes. La Ley 8204 (reforma integral de 2001 y reformas posteriores) asigna al IAFA la rectoría técnica en prevención y tratamiento y al ICD funciones de coordinación; por su parte, la Ley 9028 (2012) y su reglamento de



Financiado por
la Unión Europea

etiquetado (D.E. 37778-S, 2013) instituyen obligaciones de advertencias sanitarias y ambientes libres de humo, con directrices y resoluciones ministeriales que actualizan campañas y procedimientos. Este ecosistema normativo combina control de oferta y demanda, y crea puntos de entrada para mensajes diferenciados (p. ej., advertencias para grupos de mayor vulnerabilidad) y para servicios de cesación sensibles a género.

La incorporación explícita del enfoque de género se evidencia en documentos de política y en materiales técnicos. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2017–2021 —precursora inmediata de la ENDDA actual— ya trazaba el enfoque de salud pública con sensibilidad a género; en educación, los lineamientos de 2018 del MEP referencian el “género sensitivo” como principio rector; y en prevención específica, IAFA mantiene recursos para mujeres (p. ej., materiales sobre mujer-tabaco y tabaco-embarazo) que operativizan mensajes y rutas de atención diferenciadas.

En el ecosistema no gubernamental, la acción organizada existe y es reconocida por el Estado. IAFA regula y publica la lista de programas de ONG autorizadas, lo que institucionaliza canales de referencia y supervisión de calidad. Entre las organizaciones con incidencia para poblaciones vulnerables se cuentan TRANSVIDA (con convenio formal con IAFA para acción con mujeres trans y otras poblaciones en riesgo) y REDISH (atención a personas en situación de calle con o sin consumo), que amplían el alcance del enfoque diferencial más allá del aparato estatal.

Respecto a espacios formales para discutir y promover la prevención diferenciada, además de las comisiones técnicas interinstitucionales y de los grupos de trabajo del SINAPRE, la observación y evaluación se ha institucionalizado con el Observatorio de Vigilancia de Estrategias e Intervenciones en Salud (OVEIS) del Ministerio de Salud y la UCR, que produce informes anuales y gestiona indicadores de implementación; este seguimiento nutre la deliberación técnica y política con evidencia sobre la ejecución de medidas, incluyendo aquellas con sensibilidad a género y vulnerabilidad.

La cooperación internacional ha sido un vector de impulso. El SINAPRE incorpora como miembro a INL (Embajada de Estados Unidos), y la OPS/OMS ha respaldado la Política Nacional de Salud Mental 2024–2034, que refuerza un abordaje intersectorial con atención a determinantes y grupos específicos; a nivel metodológico, el propio documento SINAPRE referencia estándares de UNODC para prevención basada en evidencia. Este entramado técnico y financiero potencia la adopción de lineamientos sensibles a género y vulnerabilidad en prevención.

En el plano político y cultural, la resistencia pública explícita se expresa, más que por actores individuales, a través de iniciativas normativas o prácticas de mercado que colisionan con la prevención (por ejemplo, propuestas para permitir patrocinio de bebidas alcohólicas en eventos deportivos). IAFA ha sostenido una posición técnica contraria, aduciendo impactos sobre población menor de edad y grupos vulnerables; la existencia de estas iniciativas ilustra tensiones entre intereses económicos y objetivos de salud pública, que inciden en la legitimidad social de los enfoques diferenciados.



Financiado por
la Unión Europea

Finalmente, en producción y uso de datos para un enfoque diferencial, el MEP ha publicado series 2014–2020 sobre consumo de drogas no medicadas en población estudiantil, desagregadas por sexo, nivel y programa, lo que habilita diagnósticos y ajustes finos.

¿En qué medida los diagnósticos iniciales sobre prevención del consumo de drogas, usados para la inclusión en la agenda política, han considerado explícitamente las necesidades diferenciadas por género y vulnerabilidades sociales?

En los últimos veinticinco años, los “diagnósticos iniciales” que alimentan la agenda pública de prevención en Costa Rica han transitado desde caracterizaciones generales del consumo hacia análisis más finos que, en los instrumentos más recientes, incorporan la perspectiva de género y la noción de “poblaciones especiales”. Este giro se aprecia en el andamiaje estratégico vigente —la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030 (ENDDA) y el Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 (PNsD)— así como en los insumos epidemiológicos sectoriales (encuestas nacionales en hogares y series educativas del MEP). En su conjunto, estos documentos reconocen explícitamente que las necesidades de mujeres, adolescentes y otros grupos en situación de vulnerabilidad exigen respuestas diferenciadas, y colocan esa premisa como criterio de priorización y diseño de políticas.

La consideración explícita de las diferencias por género es hoy un rasgo transversal de los principales diagnósticos de base. En educación, el informe del MEP “Consumo de drogas no medicadas y participación en programas de prevención 2014–2020” organiza de manera sistemática sus cuadros y figuras “por Nivel Educativo, Dependencia, Sexo y Dirección Regional”, ofreciendo series comparables por sexo para marihuana, tabaco, crack, cocaína y vapeo. De forma complementaria, la VII Encuesta Nacional en Hogares (IAFA, 2022) presenta tabulados y gráficos “por sexo” y “por grupo etario” a lo largo del documento, lo que facilita lecturas integradas por edad y género en población general. Estos dos insumos han sido los más utilizados para justificar la inclusión del enfoque diferenciado en la agenda preventiva.

Más allá de la desagregación estadística, algunos diagnósticos formulan referencias sustantivas a las necesidades particulares de mujeres y de personas menores de edad. El PNsD, dentro del pilar “Drogas y derechos humanos”, define la intervención estratégica n.º 1 “Igualmente, diferentes”, con cadenas de resultados y actividades orientadas a eliminar barreras de acceso y a transversalizar el enfoque de género (incluida la sensibilización de cuerpos policiales y la adecuación curricular). Este mandato programático se traduce luego en lineamientos técnicos específicos para la atención de mujeres con trastorno por consumo, elaborados interinstitucionalmente por IAFA e ICD, que aterrizan criterios de oferta diferenciada. En paralelo, el corpus educativo refuerza el foco en adolescentes y jóvenes, población mayoritaria de los diagnósticos del MEP.

Los diagnósticos también han avanzado en identificar, nominalmente y con algún nivel de operacionalización, a otras poblaciones vulnerables. El PNsD define “poblaciones especiales” —entre ellas, mujeres, personas menores de edad bajo protección estatal, comunidades indígenas, personas adultas mayores y habitantes de calle— y vincula esa clasificación con políticas e intervenciones concretas del quinquenio. La ENDDA, por su parte,



Financiado por
la Unión Europea

eleva la “priorización de poblaciones especiales” a principio rector y enumera como prioritarias a la población infanto-juvenil, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores, entre otras. Este reconocimiento en los diagnósticos estratégicos es el punto de partida para justificar dispositivos y metas específicas en la agenda pública.

Ahora bien, el grado de profundidad con que se analizan las vulnerabilidades sociales varía entre fuentes. Mientras que la evidencia oficial ofrece con regularidad datos por sexo y edad (MEP; VII ENCD), la desagregación por pertenencia étnica o por condición socioeconómica no es sistemática en los informes revisados, y suele sustituirse por proxies territoriales o institucionales (p. ej., dependencia pública/privada o región educativa) en el ámbito escolar. Esta brecha de medición limita, en parte, la capacidad de los diagnósticos para dimensionar desigualdades interseccionales y traducirlas en objetivos y metas plenamente diferenciados, aun cuando la necesidad esté reconocida en los marcos estratégicos.

El acervo de estudios y encuestas citados por los diagnósticos es robusto y acumulativo. A nivel poblacional, la serie de encuestas nacionales en hogares de IAFA —con la VI edición (2015) y la VII (2022)— provee la línea base histórica y reciente para decisiones de política; a ello se suman productos analíticos como el Atlas del Consumo (2015), que explota bases de datos con enfoque espacial y demográfico. En el sistema educativo, el informe MEP 2014–2020 constituye la referencia principal para caracterizar consumo y cobertura preventiva en adolescentes, y ha sido invocado en espacios interinstitucionales que ordenan la oferta pública de prevención.

En cuanto a recomendaciones programáticas con enfoque de género y vulnerabilidad, los diagnósticos estratégicos las enuncian de forma explícita. El PNsD no solo lista políticas del pilar de derechos humanos sino que calendariza actividades y productos con destinatarios específicos, entre ellos mujeres, personas adultas mayores y población en situación de calle (incluida la creación de módulos de información y sensibilización para operadores). Estos lineamientos se han visto reforzados por documentos técnicos posteriores —como los lineamientos interinstitucionales para la atención de mujeres— que consolidan el paso del diagnóstico a la prescripción operativa.

En síntesis, los diagnósticos utilizados para sustentar la inclusión del tema preventivo en la agenda política han considerado, en medida alta para sexo y edad y en medida intermedia para otras vulnerabilidades, las necesidades diferenciadas de mujeres y grupos en desventaja. La institucionalización de principios y poblaciones prioritarias en la ENDDA y el PNsD, junto con la disponibilidad de series oficiales desagregadas (MEP; VII ENCD), ha permitido justificar políticas y dispositivos con enfoque diferencial. Persisten, no obstante, desafíos en la calidad y cobertura de datos para etnia y condición socioeconómica y en la traducción de esas brechas en metas operativas, ámbitos donde los mecanismos de vigilancia institucional (p. ej., observatorios sectoriales) pueden seguir nutriendo diagnósticos más finos y recomendaciones más precisas.



Financiado por
la Unión Europea

Programación

El apartado de programación se centrará en examinar cómo se traducen los objetivos y estrategias de prevención del consumo de drogas en planes y actividades concretas diferenciadas por género y situación de vulnerabilidad. Se analizará el grado de coherencia entre los diagnósticos iniciales y la definición de programas preventivos, considerando la pertinencia cultural, la inclusión de metodologías participativas, la articulación con actores comunitarios y la incorporación explícita de las necesidades de mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad en los contextos educativos formales e informales.

El análisis valorará el diseño de la programación a partir de indicadores específicos: número y porcentaje de programas que incluyen objetivos y actividades orientadas explícitamente a mujeres y grupos vulnerables; cantidad y tipo de estrategias programáticas diferenciadas (talleres, campañas, actividades extracurriculares, materiales educativos adaptados); existencia de consultas previas con la población destinataria; y nivel de incorporación de las recomendaciones aportadas por mujeres y grupos vulnerables en los programas implementados.

Asimismo, se evaluará la disponibilidad, adecuación y uso de recursos humanos, técnicos y financieros en la programación, midiendo indicadores como: porcentaje del personal técnico y educativo capacitado en prevención con enfoque de género y diversidad cultural; existencia de equipos interdisciplinarios asignados a la implementación; número y tipo de materiales diseñados específicamente para mujeres y poblaciones vulnerables; y porcentaje del presupuesto total destinado a programas con enfoque diferenciado. La trazabilidad se asegurará mediante fuentes verificables (planes operativos, presupuestos anuales, informes técnicos, actas de consulta, materiales educativos y registros de ejecución).

La programación será valorada no solo en términos de su cobertura y alcance, sino también en cuanto a la calidad de la adaptación a las necesidades diferenciadas. Se documentará el grado de cumplimiento efectivo de las metas y recursos planificados, así como la evolución de las asignaciones presupuestarias en los últimos años. También se identificarán brechas de información y vacíos en la programación (por ejemplo, ausencia de datos desagregados o de evidencia sobre resultados diferenciados), proponiendo la recolección de nueva información a través de entrevistas, grupos focales y consultas con actores clave institucionales y comunitarios.

De esta manera, el análisis de la programación permitirá valorar si las políticas preventivas se traducen en acciones concretas y sostenibles que atienden efectivamente las necesidades diferenciadas de mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad, y si cuentan con la asignación de recursos adecuada para garantizar su impacto y sostenibilidad.

¿Cómo se han formulado objetivos, estrategias y acciones específicas en las políticas preventivas del consumo de drogas para atender las necesidades diferenciadas de mujeres y otros grupos vulnerables en contextos educativos formales e informales?



Financiado por
la Unión Europea

A partir del corpus normativo más reciente, la formulación de objetivos, estrategias y acciones para la prevención del consumo de drogas en Costa Rica muestra una arquitectura intersectorial robusta, pero con avances desiguales en la incorporación explícita de necesidades diferenciadas de mujeres y grupos vulnerables en contextos educativos formales e informales. El andamiaje lo conforman, principalmente, el Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 (PNsD), la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030 (ENDDA, como marco), el Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SINAPRE, 2023) y la Circular MEP 2024 que ordena lineamientos técnico-administrativos y un anexo de programas avalados para centros educativos. Estos instrumentos establecen ejes y dispositivos de coordinación (p. ej., comisión interinstitucional MEP–IAFA–ICD) y mandatan enfoques rectores como derechos humanos, género sensible, diversidad e interculturalidad en el sistema educativo.

En términos de “objetivos específicos” con referencia textual a mujeres y grupos vulnerables, el SINAPRE enuncia siete objetivos específicos (articulación, investigación, capacitación, comunicación, etc.), pero ninguno menciona de forma explícita “mujeres”, “género”, “pueblos indígenas”, “poblaciones LGBTQ+” o categorías análogas; su orientación hacia poblaciones específicas se expresa de modo genérico como “según las necesidades de la población etaria”. Por tanto, el recuento en este instrumento es 0/7 (0%) de objetivos con referencia explícita a mujeres/grupos vulnerables, aun cuando el mismo documento reserva un apartado sustantivo a los enfoques transversales de género e interculturalidad.

Ahora bien, esos enfoques transversales sí están desarrollados como criterios obligatorios: el SINAPRE dedica secciones específicas al “Enfoque de Género” y a la “Interculturalidad”, subrayando que la promoción y la prevención deben reconocer diferencias socioculturales que afectan riesgos, acceso y resultados en salud, y adecuar estrategias a necesidades de cada población. Esta explicitación constituye un mandato metodológico para que las intervenciones educativas (formales e informales) incorporen pertinencia de género y cultural en su diseño e implementación, aun cuando no siempre se traduzca en objetivos o metas cuantificadas por subpoblación.

En el contexto educativo formal, la Circular MEP 2024 es el instrumento operativo más concreto: crea o reafirma la comisión interinstitucional MEP–IAFA–ICD, define funciones por nivel (regional, circuitual y centro educativo), exige diagnósticos situacionales y la inclusión de acciones preventivas en el PAT, y explicita que los enfoques rectores del MEP incluyen “género sensitivo” e “interculturalidad”. Aunque se trata de un enfoque de transversalización (mainstreaming) más que de objetivos segregados, sí obliga a que la oferta preventiva escolar incorpore esas lentes analíticas en planificación, ejecución y registro.

Respecto a “cantidad y tipo de estrategias” diseñadas para lo escolar, el Anexo #1 de la Circular MEP lista, al menos, 22 programas avalados distribuidos por ciclos (p. ej., IAFA “Kudos/Aprendo a Valerme por mí mismo(a)”, “Explorando/Creciendo en Habilidades para Vivir”, ICD “La niña del bosque y el colibrí”, MEP “Convivir”, MSP “DARE” en varias versiones, MSP “GREAT”, IAFA “Dynamo”, entre otros). En esta enumeración no aparece la palabra “género” ni “interculturalidad” en la descripción de los programas; así, el porcentaje de programas con mención explícita a tales enfoques en su descriptor es 0/22 (0%). No obstante,



Financiado por
la Unión Europea

el documento principal obliga a que toda implementación en centros educativos se rija por los enfoques rectores citados, por lo que la incorporación sería transversal más que nominativa.

En cuanto al “número y porcentaje de programas que incluyen explícitamente perspectiva de género y pertinencia cultural”, el contraste entre la lista de programas (sin mención explícita) y el mandato general de enfoque de género/interculturalidad del MEP sugiere un diseño por mainstreaming: 0/22 con referencia textual en descriptor (0%), pero 100% obligados a aplicar dichos enfoques por norma institucional. Esta dualidad indica que la sensibilidad diferencial opera como criterio transversal de calidad (cómo se ejecuta y registra) más que como etiqueta del programa (cómo se nombra), lo que dificulta construir una línea de base cuantitativa si no se dispone de matrices de adecuación por subpoblación a nivel de cada centro.

Para “acciones preventivas específicas” orientadas a mujeres y a vulnerabilidades en ámbitos educativos formales e informales, el acervo oficial del IAFA ofrece, al menos, cuatro materiales con enfoque explícito en mujeres/embarazo que pueden ser usados en talleres, campañas o contenidos curriculares: “Cómo afecta el consumo nocivo de alcohol en la mujer”, “Mujer y su relación con el tabaco”, “Cómo tener un embarazo saludable?” y “Lo que tenés que saber del embarazo y el alcohol”. Aunque la página no consigna el número de actividades realizadas en centros educativos con estos insumos, su existencia como materiales oficiales permite documentar la disponibilidad de recursos para ejecución diferenciada en contextos escolares y comunitarios.

En la interfase salud-educación, existen además lineamientos clínico-organizativos para poblaciones femeninas que, si bien pertenecen al continuo de cuidado (detección, referencia, reducción de riesgos/daños y tratamiento), refuerzan la lógica de objetivos y acciones diferenciadas: la CCSS emitió una guía para la detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, y el IAFA publicó lineamientos para dispositivos y servicios desde el modelo de reducción de daños. Esto habilita, en entornos no formales (p. ej., educación para la salud en comunidades o con familias), la articulación de acciones preventivas y de intervención temprana específicas para mujeres.

En campañas y acciones comunicativas, el país sostiene campañas anuales de advertencias sanitarias en empaques de tabaco (se documenta, por ejemplo, la sexta campaña 2022 y la novena campaña 2023–2024), y el MEP y IAFA realizan conversatorios y actividades públicas para promover estilos de vida saludables y disuadir consumo en personas estudiantes. Estas acciones visibilizan riesgos diferenciados (p. ej., mayor susceptibilidad en adolescencia, embarazo) y buscan respaldo social amplio para medidas protectoras.

Finalmente, sobre “consultas/espacios participativos previos al diseño” y “porcentaje de recomendaciones incorporadas”, la evidencia publicada en los instrumentos revisados es limitada: el PnSD documenta procesos de talleres técnicos interinstitucionales y comisiones, y la Circular MEP instituye estructuras de participación dentro del sistema educativo; sin embargo, no se encontraron registros públicos que consignen, de manera verificable y con trazabilidad, el número de consultas diferenciadas con mujeres o grupos vulnerables, ni el porcentaje de sus recomendaciones incorporadas en objetivos/estrategias/acciones educativas. En síntesis, el marco vigente consolida la viabilidad técnica y el deber de



Financiado por
la Unión Europea

incorporar enfoque de género e interculturalidad en la prevención educativa; el desafío pendiente es la operativización con indicadores de formulación explícita por subpoblación y el reporte sistemático de procesos participativos y resultados por sexo, edad, pertenencia étnica y otras condiciones de vulnerabilidad.

¿En qué medida se han asignado recursos específicos (humanos, técnicos y financieros) para garantizar que las estrategias preventivas sean adecuadas y efectivas en poblaciones diferenciadas, especialmente mujeres y grupos vulnerables?

A lo largo de los últimos veinticinco años, la asignación de recursos para prevención con enfoque diferencial en Costa Rica se ha institucionalizado, pero con desigual grado de especificidad presupuestaria y técnica. En el plano normativo y de gobernanza educativa, el Ministerio de Educación Pública (MEP) formalizó en 2024 lineamientos técnico-administrativos que ordenan la prevención en todos los ciclos y modalidades, con enfoques rectores explícitos —“derechos humanos, género sensitivo, generacional contextual, protección integral, diversidad, interculturalidad y educación inclusiva”— y una Comisión Interinstitucional MEP–IAFA–ICD para coordinar acciones, diagnósticos y rutas de referencia. Esta arquitectura sienta bases para planificar recursos con sensibilidad de género y vulnerabilidad en escenarios formales e informales, aunque no define partidas con desagregación poblacional en los presupuestos sectoriales.

En recursos humanos, la evidencia oficial confirma despliegues masivos de capacitación y acompañamiento técnico, pero no reporta, de manera sistemática, el “número y porcentaje del personal... específicamente capacitado” con perspectiva de género. El Informe Anual de Evaluación del POI 2023 del IAFA muestra que el subprograma 01.01 (“Formación y capacitación de agentes multiplicadores”) superó su meta anual y documenta, además de la cobertura estudiantil, la sensibilización y dotación de herramientas para personal del MEP y otros actores; sin embargo, los tableros de cumplimiento no desagregan el componente “género” dentro de esas formaciones. La conclusión prudente es que existe capacitación sostenida en prevención, con elementos de igualdad e inclusión según instrumentos rectores, pero aún sin una métrica pública estandarizada que permita calcular el porcentaje del funcionariado efectivamente formado con enfoque de género.

Sobre equipos interdisciplinarios, el diseño organizativo sí incorpora explícitamente estas capacidades. La circular del MEP obliga a conformar en cada Dirección Regional un equipo de enlace integrado por Asesoría de Orientación, representación del Equipo Técnico Interdisciplinario Regional (ETIR) y otras especialidades pertinentes; a la vez, los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA documentan prácticas de atención y prevención con equipos médicos, psicológicos y de trabajo social que operan bajo lógica interdisciplinaria y familiar. Esta disponibilidad organizativa constituye un “recurso humano” estructural para aterrizar estrategias diferenciadas en contextos escolares y comunitarios, aunque de nuevo, sin series que cuantifiquen la proporción de equipos con formación específica en género.



Financiado por
la Unión Europea

En recursos técnicos, el país cuenta con un conjunto creciente de guías, lineamientos y protocolos dirigidos a poblaciones diferenciadas. Destacan los Lineamientos generales para la atención de mujeres con trastorno por consumo de sustancias elaborados por IAFA (2025), el Lineamiento de la CCSS para la detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (2025), y los Lineamientos esenciales para el funcionamiento de dispositivos comunitarios desde el enfoque de Reducción de Daños (2022). Estas herramientas normalizan estándares de calidad, rutas de referencia y criterios de adecuación cultural/género, y funcionan como “materiales técnicos” para operadores públicos y de ONG.

A ello se suma una oferta sostenida de materiales educativos y comunicacionales con énfasis en mujeres y etapas del curso de vida: fichas y contenidos de IAFA sobre “Mujer y su relación con el tabaco” y “Embarazo y alcohol”, así como artículos de divulgación específicos, que nutren campañas y sesiones de aula/taller. Aunque no sustituyen protocolos clínicos ni currículos, estos recursos operan como soportes adaptables a contextos formales (escuela/colegio) e informales (familia, comunidad) y contribuyen a la meta de “materiales diferenciados”.

El rubro financiero es el de mayor rezago en términos de trazabilidad con enfoque diferencial. Los portales de transparencia de IAFA, MEP e ICD publican presupuestos, liquidaciones e informes de ejecución, pero no desagregan sistemáticamente las asignaciones según sexo, etnia, condición socioeconómica u otros perfiles de vulnerabilidad para programas preventivos. Incluso cuando se identifican subprogramas de formación, comunicación social y producción de conocimiento en el POI del IAFA, las estructuras programáticas y presupuestarias se presentan de manera agregada. Esto impide calcular con precisión el “porcentaje del presupuesto total destinado a mujeres y grupos vulnerables” o la evolución plurianual de ese porcentaje.

No obstante, sí existen mecanismos de monitoreo y rendición periódica útiles para seguir la “asignación y uso” de recursos en sentido amplio: (i) los Informes anuales de evaluación del POI del IAFA (con metas e indicadores por subprograma), (ii) la publicación de presupuestos y liquidaciones del MEP e ICD, y (iii) reportes anuales del Observatorio OVEIS del Ministerio de Salud para control de tabaco, que, si bien no son específicos de género, establecen series de cumplimiento y permiten triangulaciones con acciones preventivas. La ventana de oportunidad consiste en vincular estos ciclos de reporte con matrices de género e interculturalidad ya prescritas en educación y salud.

En síntesis, evaluativa, Costa Rica muestra una base técnica y organizacional sólida para la prevención con enfoque diferencial: lineamientos y protocolos específicos para mujeres (incluido embarazo y posparto), red de equipos interdisciplinarios en educación y salud, y plataformas de capacitación y materiales adaptables. Sin embargo, la medición fina de “recursos específicos” —en los términos de los indicadores solicitados— sigue limitada por la ausencia de desagregaciones presupuestarias y de métricas estandarizadas sobre formación del personal con enfoque de género y vulnerabilidad. Avanzar requeriría (a) instaurar codificaciones presupuestarias por población meta en IAFA/MEP/ICD; (b) incorporar variables de género/interseccionalidad en los tableros de capacitación; y (c) consolidar registros



Financiado por
la Unión Europea

administrativos (p. ej., Censo Escolar y POA regionales) con campos obligatorios de orientación poblacional, cerrando la brecha entre el sólido andamiaje normativo y la contabilidad efectiva de recursos diferenciados.

Implementación

La Implementación se sustentará en un set de indicadores cuantitativos y cualitativos, con enfoque de género e interseccional, para valorar alcance, calidad y entorno habilitante de las estrategias preventivas en contextos educativos formales e informales. Se redactarán indicadores de cobertura y acceso (porcentaje de mujeres y de personas indígenas, afrodescendientes, migrantes, LGBTIQ+ y en situación de pobreza que participan; número de centros que implementan estrategias adaptadas), de eliminación de barreras (número y tipo de acciones para mitigar barreras económicas, geográficas, culturales y sociales; porcentaje de participantes que reportan barreras superadas), de continuidad y pertinencia (participación regular; actividades de retención como horarios flexibles, apoyo en transporte, servicios de cuidado y adecuaciones lingüísticas y culturales; valoración positiva de la pertinencia cultural y de género) y de aprendizajes (número y porcentaje de personas que reportan mejoras de conocimientos y habilidades preventivas).

Asimismo, se incorporarán indicadores del entorno institucional (políticas y normativas vigentes; existencia de equipos interdisciplinarios; personal capacitado y frecuencia de procesos formativos), del cambio sociocultural (barreras y estigmas identificados, acciones de sensibilización y percepción social) y de articulación comunitaria (organizaciones y familias que apoyan la implementación). Las fuentes de verificación previstas incluyen bases de datos de IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública (MEP) e INAMU, informes y reportes oficiales, encuestas, entrevistas y grupos focales; cuando no exista desagregación institucional suficiente, se recurrirá a levantamiento específico de información y a estudios técnicos complementarios.

¿En qué medida las estrategias preventivas implementadas en contextos educativos formales e informales han alcanzado efectivamente a mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad, considerando barreras específicas de acceso y participación?

A partir de la evidencia institucional disponible, la implementación de estrategias preventivas en el sistema educativo costarricense muestra un andamiaje normativo y programático que articula al MEP con el IAFA, con lineamientos explícitos para todos los ciclos y modalidades y con enfoques rectores de derechos humanos, género sensitivo, diversidad, interculturalidad y educación inclusiva. Este marco habilitante sitúa la prevención como una responsabilidad organizada y coordinada, y establece funciones y rutas críticas para su ejecución territorial.

En términos de cobertura institucional en educación formal, los instrumentos de programación del IAFA documentan metas y productos verificables. Para 2023, el Plan Operativo Institucional (POI) fijó como producto “centro educativo participante” un total de 177 centros; la misma cifra se programó para 2024. Este registro de participación se alimenta de bases regionales asociadas a los programas DYNAMO y KUDOS, y constituye la referencia oficial más directa sobre presencia institucional en centros educativos.



Financiado por
la Unión Europea

En secundaria, la política de prevención focaliza a población en condición de vulnerabilidad con metas e indicadores de desempeño. El Informe 2023 del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020–2024 del IAFA establece como meta atender 33.000 estudiantes en 143 centros públicos y capacitar 429 personas funcionarias integrantes de equipos colegiales; ambos compromisos registraron sobrecumplimiento ($\approx 101\%$) en 2023. Estos datos evidencian capacidad de llegada y fortalecimiento de las capacidades escolares para sostener intervenciones diferenciadas.

En primaria, el programa KUDOS —diseñado bajo el enfoque de habilidades para la vida de la OMS— opera como intervención universal en I y II ciclo. En la programación 2023, el IAFA incorporó el indicador PF.01.02 “Número de escolares capacitados en el programa de prevención universal de drogas”, con una meta de 13.966 escolares; este es el dato oficial más reciente consolidado y públicamente verificable sobre alcance cuantitativo en ese nivel.

Respecto a pertinencia percibida y resultados auto-reportados por las personas estudiantes, la explotación de la VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de Educación Secundaria (2021) dedicada a KUDOS muestra que 81,2% consideró útil el programa para su vida, con mayor valoración de las mujeres (83%) en comparación con los hombres (79%). Asimismo, 56,2% calificó el programa como “muy bueno” o “bueno”. Estos hallazgos respaldan, desde la perspectiva del estudiantado, la relevancia pedagógica y el enfoque sensible al género de la estrategia preventiva.

La dimensión de continuidad en la exposición al programa también aporta evidencia sobre el acompañamiento a lo largo del tiempo: 38,3% de las personas encuestadas reportó haber recibido KUDOS durante un año, 10,7% durante seis años y 23,9% indicó no haberlo recibido. Estas cifras sugieren una presencia sostenida pero heterogénea en el ciclo educativo y revelan márgenes de mejora para asegurar regularidad y cierre de brechas territoriales o organizativas.

En paralelo, los lineamientos técnico-administrativos del MEP (2024) ordenan la puesta en marcha de estructuras regionales (equipos de enlace), la elaboración de diagnósticos situacionales, la incorporación de acciones en los POA regionales y la coordinación interinstitucional con IAFA e ICD; además, enlistan los programas preventivos avalados para el sistema educativo. Este componente institucional es clave para remover barreras económicas, culturales, geográficas o sociales, pues formaliza responsabilidades, flujos de información y prioridades de intervención que deben traducirse en acciones específicas a nivel local.

Ahora bien, frente a los indicadores solicitados con enfoque interseccional, persisten vacíos de información pública. Los documentos operativos y de evaluación consultados no desagregan sistemáticamente la participación efectiva por pertenencia étnica, condición migratoria, identidad u orientación sexual, o nivel socioeconómico; tampoco consolidan a escala nacional el número y tipo de medidas adoptadas por centro para remover barreras (p. ej., apoyos de transporte, cuidado infantil, adecuaciones lingüísticas/culturales), ni el porcentaje de personas que reportan haber superado dichas barreras. La normativa del MEP, sin embargo, demanda diagnósticos y planificación con base en datos, lo que constituye una oportunidad inmediata para cerrar esas brechas de medición y, en consecuencia, fortalecer



Financiado por
la Unión Europea

la rendición de cuentas sobre acceso, permanencia y pertinencia cultural y de género de las estrategias preventivas.

Tabla 8. Histórico de cobertura

Año	Primaria – estudiantes capacitados (alcanzado)	Secundaria – estudiantes intervenidos (alcanzado)	Centros educativos participantes	Observaciones / fuente principal
2016	205 078 (I ciclo)	—	—	Meta PND (100% I ciclo); distribución por región incluida.
2017	100% cobertura I ciclo; 75,6% en II ciclo	—	—	Cobertura señalada como nacional en I ciclo.
2018	144 853 (72% de 200 526 programado) – I ciclo; 124 251 (69% de 178 936) – II ciclo	—	—	Tabla “Metas programadas/alcanzadas” por ciclo.
2019	375 236 (total primaria)	—	—	Informe anual de evaluación 2019 (interno).
2020	0 (sin cumplimiento por suspensión de lecciones)	0 en primaria; PDEIT sin cumplimiento	—	Cierre por COVID-19 y no autorización virtual del MEP.
2021	0 (programado 9 850; alcanzado 0)	2 514 (programado 2 445)	88,4% de la meta de “centros participantes” *	Persisten afectaciones COVID; PDEIT supera meta; primaria no se ejecuta.
2022	<i>Sin consolidado nacional en el informe público*</i>	5 712 (120,4% de 4 744)	—	El informe documenta reanudación con múltiples reportes regionales (p.ej., Región Central Este 1 979 niños/as; otras regiones con cifras puntuales), pero no presenta un total nacional de primaria.
2023	13 966	—	177 (programados y alcanzados)	Indicadores PF.01.01/02 en el Informe Anual 2023 (interno).
2024	<i>(en evaluación oficial)</i>	—	174 (meta anual en POI 2024)	El POI 2024 fija 174 centros; el informe anual 2024 está en proceso de lectura para consolidado.



Financiado por
la Unión Europea

Año	Primaria – estudiantes capacitados (alcanzado)	Secundaria – estudiantes intervenidos (alcanzado)	Centros educativos participantes	Observaciones / fuente principal
2025	—	—	—	Aún sin informes anuales publicados al 31-ago-2025.

Fuente: Elaboración propia

* 2021: el informe reporta **nivel de cumplimiento (88,4%)** para el indicador “Centros educativos participantes”, sin detallar el denominador en esa tabla.

** 2022: el **Informe Anual 2022 (interno)** muestra metas y ejecuciones por región para primaria (KUDOS/HPV) — por ejemplo, **Región Central Este 1 979** niñas/os— pero **no encontré un total nacional consolidado** en ese PDF; sí trae el consolidado de **secundaria (PDEIT)** con 5 712.

No obstante, persisten obstáculos institucionales y operativos. La evidencia oficial de OVEIS muestra limitaciones de fiscalización (recursos, personal, traslados, priorización de emergencias) que afectan la implementación de medidas —con implicaciones para sostener intervenciones diferenciadas en todo el territorio—; a ello se suman inercias culturales (p. ej., normalización del alcohol en contextos juveniles y familiares) que obligan a intensificar comunicación preventiva específica. Tales barreras no invalidan la política, pero sí condicionan su capilaridad y consistencia.

¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación efectiva de estrategias preventivas diferenciadas según género y vulnerabilidad social en contextos educativos?

A partir de fuentes oficiales (MEP, IAFA e ICD), los factores institucionales que facilitan la aplicación de estrategias preventivas diferenciadas por género y vulnerabilidad social se sostienen en tres pilares: (i) marco normativo con lineamientos específicos para todos los ciclos, niveles y modalidades; (ii) arreglos interinstitucionales formales para la coordinación técnica; y (iii) unidades especializadas dentro del MEP para transversalizar el enfoque de igualdad. En 2024 y 2025, el MEP emitió lineamientos técnico-administrativos que ordenan la prevención del consumo y tráfico de sustancias psicoactivas en centros educativos y crean/activan instancias de coordinación con IAFA e ICD (Comisión Interinstitucional), además de exigir planificación y registro en los Planes Anuales de Trabajo (PAT) y en los sistemas administrativos del sector educación. Esto constituye un andamiaje claro de responsabilidades y flujos de información para la implementación diferenciada.

La existencia de equipos técnicos también opera como facilitador. En el nivel central, el MEP cuenta con la Unidad para la Promoción de la Igualdad de Género (UPIG) —instancia asesora creada por decreto orgánico— y con la Dirección de Vida Estudiantil (DVE) como órgano técnico responsable de planificar, coordinar y evaluar programas y proyectos para el desarrollo integral del estudiantado; ambas instancias anclan el enfoque de equidad y convivencia en la gestión cotidiana y en la relación con direcciones regionales y centros educativos. En paralelo, los lineamientos 2024–2025 instruyen a las direcciones de centro a articular sus acciones con Equipos de Enlace Regional y con las Juntas de Educación/Administrativas, involucrando a familias y actores comunitarios en la prevención.



Financiado por
la Unión Europea

En materia de capacitación del personal educativo, la evidencia muestra procesos formativos en curso, aunque aún sin un denominador nacional que permita estimar porcentajes. El Informe 2023 del Plan Estratégico Institucional (PEI) de IAFA reporta la capacitación de 429 funcionarias/os integrantes de equipos colegiales y el sobrecumplimiento de metas en la atención de 33.000 estudiantes en 143 centros de secundaria, lo que sugiere una oferta formativa con alcance nacional y refuerza capacidades locales para implementar estrategias con enfoque de género y vulnerabilidad social.

Por el lado cultural y social, los lineamientos MEP reconocen explícitamente la necesidad de incorporar enfoques de derechos humanos, género sensitivo, diversidad e interculturalidad, y ordenan que las acciones preventivas se integren al PAT y se registren sistemáticamente. Además, el Programa Nacional de Convivencia (DVE) y los recursos pedagógicos del MEP orientados a igualdad y equidad de género en la cultura escolar sirven como instrumentos para desmontar prejuicios y estereotipos, con acciones de sensibilización y trabajo con docentes, estudiantes y familias. Este entorno normativo-pedagógico favorece la pertinencia cultural y de género de las estrategias en los centros.

Ahora bien, persisten limitantes institucionales que afectan la aplicación efectiva y diferenciada, especialmente en territorios con mayor rezago. Los informes de evaluación del POI 2023 de IAFA documentan restricciones operativas que dificultaron llegar a centros rurales (falta de vehículos/choferes y jubilación/traslado de personal) y problemas de conectividad que entorpecieron capacitaciones virtuales a docentes. Estas barreras de gestión —si bien no son de “diseño”— terminan incidiendo en la equidad territorial y, por ende, en el acceso efectivo de mujeres y grupos vulnerables a las estrategias preventivas.

En cuanto a barreras culturales y resistencias comunitarias/familiares, no existe un consolidado nacional que tabule, por centro o por región, el número y tipo de acciones ejecutadas (campañas, talleres, actividades de sensibilización) ni un inventario de los estigmas más incidentes en la implementación diferenciada. La normativa sí obliga a planificar y registrar acciones en el PAT y a involucrar activamente a familias y Juntas; sin embargo, la sistematización nacional de esas acciones y de sus resultados aún no es pública, lo que limita la trazabilidad de esfuerzos y la evaluación comparada entre territorios.

Respecto de la percepción social de las estrategias diferenciadas, la mejor evidencia disponible proviene de la VI Encuesta Nacional en población de secundaria (IAFA, 2021), que recoge la valoración del estudiantado sobre KUDOS: 81,2% lo consideró útil (mujeres 83%, hombres 79%) y 56,2% lo calificó “muy bueno/bueno”; además, la exposición acumulada es heterogénea (38,3% lo recibió 1 año; 10,7% durante 6 años). Si bien estos datos apoyan la pertinencia pedagógica y sensible al género, no miden la percepción general de madres/padres, liderazgos comunitarios u organizaciones respecto de estrategias diferenciadas, por lo que sería deseable incorporar módulos de percepción comunitaria en futuras rondas o en estudios del ICD.

Finalmente, el INDDA 2022–2023 del ICD confirma el rol de esa institución como fuente oficial para integrar indicadores de salud, educación y seguridad vinculados al fenómeno de drogas, y como plataforma idónea para articular mejoras en datos administrativos (incluida la reducción de demanda). Aprovechar esta infraestructura estadística —junto con las



Financiado por
la Unión Europea

obligaciones de registro que fijan los lineamientos MEP— permitiría cubrir vacíos clave: (i) desagregar participación por pertenencia étnica, condición migratoria, identidad/orientación sexual y nivel socioeconómico; (ii) cuantificar acciones anti-barrera por centro y región; (iii) estimar el porcentaje del personal capacitado con enfoques diferenciados; y (iv) medir percepciones comunitarias sobre la pertinencia y no discriminación de las estrategias. En suma, el andamiaje existe y funciona; el reto inmediato es cerrar brechas de ejecución y de evidencia para asegurar que la prevención diferenciada llegue —con calidad y continuidad— a quienes más lo necesitan.

Evaluación

Para evaluar la prevención, se utilizarán datos de prevalencia de consumo en población escolar, dado que la prevención busca reducir la prevalencia o evitar su incremento. Asimismo, el indicador epidemiológico de incidencia (nuevos casos por año) se considerará una medida clave de efecto positivo de los programas preventivos.

La Evaluación analizará rigurosamente la efectividad de las estrategias preventivas en educación formal e informal mediante un conjunto integrado de indicadores cuantitativos y cualitativos, con enfoque de género e interseccional. Incluirá: (i) resultados en consumo —porcentajes de reducción y cambios en la edad de inicio—; (ii) cambios en conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) —incremento de saberes sobre riesgos; adopción de prácticas preventivas como rechazo activo, búsqueda de apoyo y manejo de situaciones de riesgo; y sostenibilidad de dichos cambios al menos a 6–12 meses—; (iii) percepción y satisfacción —valoración de la pertinencia cultural y de género y de la utilidad percibida de las acciones—; (iv) factores protectores y de riesgo —mejoras en autoestima, redes de apoyo y habilidades para la vida, así como reducción de violencia, exclusión o discriminación—; y (v) diferenciales de impacto —identificación de diferencias significativas por sexo/género y por nivel de vulnerabilidad social—.

La medición se sustentará en líneas de base y de cierre, cohortes o series temporales y triangulación de métodos (encuestas a participantes, entrevistas y grupos focales), complementadas con bases de datos institucionales (IAFA, Ministerio de Salud, MEP e INAMU) y con eventuales estudios longitudinales. Todos los resultados se desagregarán por sexo/género, edad, pertenencia étnica, condición migratoria y nivel socioeconómico, asegurando comparabilidad antes–después y validez externa de los hallazgos respecto de las preguntas de evaluación planteadas. En educación, se priorizará la referencia a las personas estudiantes y a sus contextos familiares y comunitarios para garantizar la pertinencia y la equidad de la evaluación.

¿Qué tan efectivas han sido las estrategias preventivas implementadas en educación formal e informal para reducir o prevenir el consumo de drogas entre mujeres y poblaciones vulnerables?

Sobre el resultado duro de consumo, las encuestas del IAFA permiten observar tendencias por sexo, pero no identifican cambios “antes–después” atribuibles a la participación en



Financiado por
la Unión Europea

programas. En 2021, por ejemplo, el consumo de cocaína en población colegial alcanzó mínimos históricos (prevalencia de vida 1,0%; mujeres 0,6%), y el último año fue 0,6% (mujeres 0,2%); sin embargo, estas cifras describen el panorama nacional y no el efecto causal de una intervención específica. La efectividad en reducción del consumo para mujeres y otros grupos vulnerables, por tanto, no puede afirmarse con causalidad en la evidencia pública disponible.

En cuanto a edad de inicio, la VI Encuesta (2021) estimó para alcohol un promedio de 13,8 años, mientras que la VII Encuesta (2024) reporta 12,80 años y moda 13 años, con valores muy similares por sexo. Estas métricas informan la oportunidad de la prevención, pero, nuevamente, no están ligadas a seguimiento individual de personas expuestas a programas, por lo que no permiten inferir que los cambios obedezcan a las estrategias implementadas. La medición comparada por exposición programática continúa siendo una deuda evaluativa. I

Para el indicador de conocimientos sobre riesgos, el estudio de percepción de KUDOS (derivado de la VI Encuesta) ofrece evidencia positiva reportada por el estudiantado: 38,0% declaró como principal beneficio “conocer riesgos de consumir SPA a temprana edad”, 26,1% señaló que detectó habilidades para la vida no desarrolladas y 22,4% que puede explicar consecuencias a otras personas. Estos hallazgos sustentan ganancias cognitivas y de habilidades, relevantes para mujeres y hombres, aunque no se presentan desagregaciones adicionales por otras vulnerabilidades.

Respecto a la adopción de prácticas preventivas (p. ej., rechazo activo, búsqueda de apoyo y manejo de situaciones de riesgo), las fuentes oficiales consultadas no publican porcentajes pre-post por exposición al programa. El informe de percepción de KUDOS registra beneficios vinculados a habilidades para la vida, que son un proxy razonable pero indirecto de conductas preventivas. La ausencia de diseños de seguimiento con mediciones repetidas impide cuantificar la magnitud del cambio conductual atribuible a las estrategias.

En satisfacción y pertinencia (cultural y de género), la evidencia es más sólida: 81,2% de quienes recibieron KUDOS indicó que el programa “le fue útil para su vida”, con mayor valoración de las mujeres (83%) frente a los hombres (79%); además, 56,2% lo calificó “muy bueno/bueno”. Aunque “utilidad” y “calificación” no son equivalentes a pertinencia cultural, sí reflejan aceptación y relevancia percibida, especialmente entre mujeres, lo que sugiere una alineación básica con el enfoque de género declarado por la política educativa.

Para el indicador de utilidad/efectividad percibida por mujeres y poblaciones vulnerables (más allá del sexo), los documentos públicos no reportan desagregaciones específicas por pertenencia indígena, condición migratoria, orientación/identidad sexual o nivel socioeconómico. En consecuencia, la efectividad percibida sí puede afirmarse para mujeres (por su mayor valoración), pero no para los demás subgrupos de vulnerabilidad contemplados en la pregunta.

Los factores protectores muestran señales alentadoras en el registro de beneficios: además del 38% que reporta mayor conocimiento de riesgos, un 26,1% menciona habilidades para la vida no desarrolladas y un 14,2% dice perfeccionar habilidades existentes. Aunque útiles, estos son autorreportes puntuales sin línea de base individual ni instrumentos psicométricos



Financiado por
la Unión Europea

estandarizados (p. ej., escalas de autoestima o resiliencia), por lo que no sustituyen una medición rigurosa de cambios en factores protectores.

Sobre reducción de factores de riesgo (violencia, exclusión social, discriminación) entre mujeres y grupos vulnerables, la evidencia no está disponible en clave de evaluación de impacto. Las encuestas del IAFA se concentran en prevalencia de consumo, edad de inicio y algunos puntajes de riesgo (CRAFFT/CRAFFT+N); por ejemplo, la VII Encuesta 2024 caracteriza la distribución del riesgo por sexo y nivel académico, pero no la vincula a haber recibido o no la intervención, ni a condiciones de vulnerabilidad distintas al sexo.

Aun con estas limitaciones, la comparación por sexo permite observar patrones consistentes: en 2021 las mujeres presentaron niveles más bajos que los hombres en los indicadores de crack y cocaína; además, valoraron mejor el programa KUDOS. Esta doble dirección — menores prevalencias y mayor aceptación— es coherente con una ventaja relativa para mujeres, aunque no demuestra causalidad de las estrategias. Se requiere evidencia que integre exposición a programas y trayectorias de consumo.

En clave de diseño evaluativo, los lineamientos del MEP (2024) ofrecen un marco que podría mejorar la medición de efectividad: se ordena una estructura de coordinación (Comisión Interinstitucional IAFA-ICD-MEP), la incorporación de acciones de prevención en los Planes Anuales de Trabajo, la realización de diagnósticos y, crucialmente, el registro estadístico de proyectos y referencias para alimentar el Censo Escolar. Si estos registros se publican y desagregan por variables de vulnerabilidad, se avanzará decisivamente en los indicadores solicitados.

Para educación informal y comunidades, la evidencia en fuentes oficiales centralizadas es más escasa: los informes nacionales del ICD (INDDA 2022-2023) articulan estadísticas de salud, educación y seguridad, pero no desagregan efectos “antes-después” por participación en estrategias educativas diferenciadas. La infraestructura INDDA, no obstante, es un vehículo idóneo para integrar registros interinstitucionales (IAFA-MEP-MS-INAMU), incorporando indicadores de conocimiento, actitudes y prácticas con perspectiva de género e interseccional.

En síntesis, la efectividad medida como reducción del consumo o modificación sostenida de comportamientos en mujeres y poblaciones vulnerables no puede estimarse con la evidencia pública disponible: faltan cohortes, líneas de base comparables y grupos de contraste. Lo que sí está documentado es la utilidad percibida, la valoración positiva (mayor entre mujeres) y ganancias auto-reportadas en conocimientos y habilidades, todas coherentes con teorías de cambio en prevención escolar. La hipótesis de impacto requiere, sin embargo, verificación con diseños robustos.

Desde una perspectiva metodológica, sería necesario un seguimiento longitudinal ($\geq 6-12$ meses) que mida conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) con instrumentos validados, y consumo (por sustancia) con desagregación por sexo/género y por vulnerabilidades (pertenencia étnica, estatus migratorio, identidad/orientación, nivel socioeconómico). La incorporación de módulos de exposición a programas en la VII Encuesta (2024) abre la puerta



Financiado por
la Unión Europea

a análisis más finos, pero hoy no se dispone de un “antes–después por participante” que cubra los indicadores de tu matriz.

Un aspecto relevante para mujeres es el riesgo diferencial asociado a nicotina/tabaco y otras SPA: la VII Encuesta documenta la distribución del riesgo (CRAFFT/CRAFFT+N) por sexo y nivel académico, con gradientes que aumentan en cursos superiores. Estos insumos son útiles para focalizar estrategias, pero no sustituyen un estimador de impacto programático; su valor radica en priorizar contenidos y segmentos, incluidas adolescentes mujeres con mayor percepción de utilidad del programa.

Para poblaciones históricamente excluidas más allá del sexo (indígenas, afrodescendientes, personas migrantes, LGBTIQ+, en pobreza), la laguna de datos es patente: ni las encuestas ni los informes públicos contienen la desagregación y el vínculo con exposición a estrategias que exige tu marco de indicadores. Resolverlo implica que los registros administrativos (centros educativos y direcciones regionales) incorporen esas variables y que se publique su consolidado nacional con calidad de dato. El MEP ya establece la obligación de registro; falta cerrar el eslabón de transparencia y análisis.

De cara a la educación informal y el trabajo comunitario, el mismo marco interinstitucional prescribe articulación con familias y actores locales, así como campañas y actividades de sensibilización. No obstante, no hay un inventario nacional público que tabule número y tipo de acciones por territorio, ni su resultado en conocimientos y prácticas. Esta ausencia dificulta evaluar la efectividad en clave de permeabilidad cultural y de género en comunidades con mayor vulnerabilidad.

En conclusión, con base en la evidencia oficial: (a) hay señales consistentes de utilidad y aprendizaje reportadas por estudiantes —mayores entre mujeres—; (b) la reducción del consumo no puede atribuirse causalmente a las estrategias con la información disponible; (c) la edad de inicio se mantiene en umbrales tempranos que exigen prevención temprana y sostenida; y (d) se requiere mejorar el sistema de información para que los indicadores de tu matriz puedan calcularse de forma íntegra y desagregada. La efectividad diferencial por género y por vulnerabilidad social, en sentido estricto, aún no está plenamente demostrada en publicaciones oficiales.

Finalmente, para alinear evaluación y política, propongo: (1) estandarizar en el Censo Escolar variables de exposición a programas y de vulnerabilidad; (2) levantar módulos KAP pre–post en muestras representativas, con seguimiento a 6–12 meses; (3) integrar los registros IAFA–MEP–MS–INAMU en la plataforma INDDA del ICD para análisis interseccionales; y (4) publicar tableros anuales con indicadores de conocimiento, prácticas y consumo, desagregados y comparables. Estas acciones convertirían el sólido andamiaje normativo en evidencia evaluativa capaz de responder —sin ambigüedad— a los indicadores de efectividad que has formulado.

Tabla 9. Comparativa – Consumo en población estudiantil (MEP 2014–2020)

Sustancia	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Hombres (suma)	Mujeres (suma)	% H	% M
Marihuana	6506	6503	6603	6192	5420	5995	1320	28659	9880	74.4%	25.6%



Financiado por
la Unión Europea

Tabaco	4919	4022	4154	2798	2978	2989	1086	15604	7322	68.1%	31.9%
Cocaína	67	155	327	164	119	235	46	853	260	76.6%	23.4%
Crack	42	28	208	68	46	68	8	375	93	80.1%	19.9%
Vapeo	-	-	-	-	-	471	123	457	137	76.9%	23.1%

Nota: Ministerio de Educación Pública (MEP), “Consumo de drogas no medicadas y participación en programas de prevención 2014–2020” (2021). Cifras en conteos absolutos; desagregación por sexo consolidada para el período. Complemento contextual: IAFA (red CAID; guías de reducción de riesgos y daños).

Nota metodológica: “% H” y “% M” se calculan sobre la suma por sustancia para 2014–2020 (vapeo: 2019–2020). Los valores de 2020 pueden estar afectados por interrupciones de recolección (COVID-19).

¿En qué medida las políticas preventivas evaluadas han generado cambios significativos y sostenibles en conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de drogas, diferenciando los resultados por género y nivel de vulnerabilidad social?

Sobre cambios significativos y sostenibles en conocimientos, percepciones y comportamientos vinculados al consumo de drogas, con enfoque de género y vulnerabilidad social. La evidencia oficial disponible se concentra en: la VI (2021) y VII (2024) Encuestas Nacionales en población de secundaria (IAFA), el estudio de percepción del programa escolar KUDOS (derivado de la VI), y los Lineamientos técnico-administrativos del MEP (2024) que ordenan la prevención y el registro administrativo en centros educativos. Estos insumos describen tendencias, autopercepciones y marcos de implementación; no constituyen, por sí solos, evaluaciones longitudinales de impacto con seguimiento $\geq 6-12$ meses.

En relación con el indicador “porcentaje de mujeres y personas vulnerables que demuestran incremento significativo y sostenible en conocimientos (≥ 6 meses)”, la documentación oficial no reporta seguimientos post-intervención con mediciones repetidas que permitan confirmar sostenibilidad temporal diferenciada por género o vulnerabilidad. Las encuestas IAFA son repetidas a nivel poblacional (series 2006–2024), no paneles por participante; y el estudio de KUDOS capta percepciones contemporáneas al momento de la medición. Por tanto, no es posible estimar ese porcentaje con el estándar solicitado.

Sí hay evidencia positiva de corto plazo (autoinforme) sobre aprendizajes vinculados a riesgos y habilidades. En la evaluación de KUDOS, 38,0% de estudiantes señaló como principal beneficio “conocer riesgos de consumir SPA a temprana edad”; 26,1% reportó “detectar habilidades para la vida no desarrolladas”; y 22,4% indicó que puede explicar consecuencias a otras personas. Son indicadores de conocimiento y destrezas percibidas, útiles como *proxies* intermedios, pero no equivalen a incrementos “sostenibles” medidos ≥ 6 meses.

Respecto de diferencias por género en conocimientos/percepciones, la misma evaluación documenta mayor valoración de utilidad entre mujeres: 81,2% del total consideró útil KUDOS para su vida; desagregado por sexo, 83% mujeres vs. 79% hombres. Asimismo, 56,2% calificó el programa como “muy bueno/bueno”, con mayor proporción de “muy bueno” en mujeres (37,9%). Esto sugiere aceptación diferencial por género, aunque no constituye prueba de cambio sostenido en el tiempo.

Para el indicador “diferencias específicas antes–después en niveles de conocimiento por género y vulnerabilidad”, los informes oficiales no publican comparaciones pre–post por



Financiado por
la Unión Europea

exposición programática. Las encuestas IAFA proveen cortes transversales y tendencias históricas de prevalencia y edad de inicio, no pruebas de aprendizaje antes-después atribuibles a la participación en programas. En consecuencia, este indicador no puede calcularse con la evidencia disponible.

En cuanto al “número/porcentaje que reporta cambios positivos y sostenibles en actitudes” y la “reducción de aceptación social del consumo”, no existen series oficiales post-intervención con seguimiento $\geq 6-12$ meses que midan la estabilidad de actitudes por sexo y vulnerabilidad tras la participación en estrategias. Los instrumentos vigentes priorizan consumo, edad de inicio y algunos correlatos, pero no incorporan módulos de actitudes sostenidas vinculadas causalmente a la intervención.

Sobre “modificación de comportamiento” y “mantenimiento de conductas preventivas (≥ 1 año)”, las fuentes públicas no presentan análisis causales. Los datos de edad de primer consumo de alcohol ilustran el contexto y la oportunidad preventiva (promedio 13,8 años en 2021; 12,80 en 2024, con moda 13), pero no se relacionan a exposición programática ni a trayectorias individuales. En términos evaluativos, describen el *escenario* para intervenir temprano; no miden cambio conductual atribuido a la política.

Para “diferencias significativas en resultados por género”, la VII Encuesta 2024 incluye la prueba CRAFFT/CRAFFT+N (riesgo asociado al uso de sustancias). Reporta diferencias por sexo: en productos no nicotínicos, fue mayor el porcentaje con riesgo elevado en mujeres; en nicotina/tabaco (CRAFFT+N), la distribución por sexo favorece un mayor “bajo riesgo” en varones. Estas diferencias orientan la focalización de contenidos y apoyos, pero no constituyen evidencia de impacto programático sostenido.

El componente de “habilidades protectoras” (autoestima, toma de decisiones, comunicación, resiliencia) aparece como beneficio percibido en KUDOS: además del 38% sobre conocimiento de riesgos, 26,1% reportó habilidades no desarrolladas y 14,2% “perfeccionó habilidades existentes”. Sin embargo, no se aplicaron escalas estandarizadas pre-post ni seguimientos para establecer magnitud y duración del cambio por género o vulnerabilidad.

En cuanto a vulnerabilidades sociales más allá del sexo (pueblos indígenas, población migrante, LGBTIQ+, condición socioeconómica), los documentos consultados no publican desagregaciones de resultados de conocimiento, actitud o comportamiento por exposición a programas con seguimiento temporal. La Unidad de Información y Estadística del ICD es el ente oficial responsable de integrar estadística nacional sobre drogas y puede fungir como plataforma para vincular registros educativos y de salud, pero hoy la evidencia pública no permite estimar los indicadores solicitados para estos subgrupos.

El marco institucional del MEP (2024) sí crea condiciones para mejorar la medición: conforma equipos de enlace regional, exige diagnósticos y, crucialmente, obliga a llevar registros estadísticos de proyectos y referencias en cada centro para alimentar el Censo Escolar. Si estos registros se publican y desagregan por sexo y variables de vulnerabilidad, será factible construir indicadores de cambio sostenido ($\geq 6-12$ meses) en conocimientos, percepciones y conductas por exposición programática.



Financiado por
la Unión Europea

El alcance programático también es pertinente como precondition: IAFA indica que KUDOS beneficia anualmente entre 290.000 y 350.000 estudiantes (4.º–6.º). Esta cobertura universal robustece la plausibilidad de efectos poblacionales, aunque no sustituye evaluaciones con diseño pre–post o con grupo de comparación que midan cambio y su persistencia en el tiempo.

Con base en lo anterior, lo que sí puede afirmarse hoy es: (i) alta aceptación y utilidad percibida del programa escolar (mayor en mujeres); (ii) autorreporte de aprendizajes y habilidades para la vida; y (iii) diferencias por sexo en perfiles de riesgo (CRAFFT/CRAFFT+N) que orientan focalización. Lo que no puede afirmarse, por ausencia de datos, es el porcentaje de incrementos sostenidos en conocimiento/actitudes ni la reducción sostenida en conductas de consumo atribuibles a la política, desagregadas por género y vulnerabilidad.

Para cumplir el estándar de tus indicadores, se recomienda: (a) incorporar módulos pre–post de KAP (conocimiento–actitud–práctica) en muestras representativas y seguimiento a ≥ 6 –12 meses; (b) estratificar por sexo/género y vulnerabilidades (pueblos indígenas, migración, LGBTIQ+, nivel socioeconómico); (c) vincular exposición programática (KUDOS/DYNAMO u otros) en los registros escolares; y (d) publicar tableros anuales con series comparables, integrando los repositorios del IAFA/MEP en el Observatorio del ICD. El marco normativo vigente ya establece la ruta y los registros, lo que hace viable esta agenda de evaluación.

Finalmente, mientras se desarrollan estudios longitudinales, los indicadores disponibles (utilidad percibida, beneficios de aprendizaje, tendencias de edad de inicio y perfiles de riesgo por sexo) pueden emplearse como línea base ampliada para definir metas de cambio sostenible y orientar la focalización territorial y por subgrupos. No obstante, la atribución de causalidad y la estimación de porcentajes sostenidos en conocimientos, percepciones y comportamientos requieren los ajustes metodológicos señalados. Con la infraestructura institucional y estadística existente, Costa Rica cuenta con los insumos para cerrar esta brecha de evidencia en el corto plazo.

Capítulo 8: Hallazgos sobre Reducción de Riesgos y Daños

En la arquitectura institucional costarricense, el abordaje del fenómeno de las drogas se organiza bajo un marco estratégico que combina salud pública y derechos humanos. La Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020–2030 define como pilares “Drogas y Salud Pública” y “Drogas y Derechos Humanos”, con principios de equidad, enfoque de género y priorización de poblaciones específicas. Paralelamente, la Ley 8204 establece, entre otros, el deber del Estado de asegurar identificación, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por el consumo, y confiere al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) la coordinación del Plan Nacional sobre Drogas, mientras que al IAFA le reconoce la rectoría técnica en prevención y tratamiento. Este andamiaje normativo ubica la reducción de daños dentro de una lógica sanitaria y de garantías, no solo de control penal.



Financiado por
la Unión Europea

En el plano programático reciente, el IAFA formalizó en 2025 los “Lineamientos generales para la atención de mujeres con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas”, documento que operacionaliza el enfoque de género y derechos humanos en servicios públicos y privados. Los lineamientos exigen personal capacitado y sensibilizado para reducir rechazo y estigmatización; ordenan actualizar protocolos con perspectiva de género e interseccional; y garantizan el acceso sin discriminación por identidad u orientación, incluyendo la posibilidad de modalidades no presenciales y ajustes para roles de cuidado y situaciones de privación de libertad. Al explicitar la reducción de daños como componente del seguimiento terapéutico, estos lineamientos traducen en estándares clínico-organizativos el giro de salud pública que demanda el marco estratégico.

El diagnóstico epidemiológico disponible confirma un patrón de consumo concentrado en alcohol y, en sustancias ilícitas, en cannabis. La VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (2022), publicada por el IAFA, reporta para cannabis una prevalencia de vida de 19,9% (hombres 31,0%; mujeres 9,9%), de último año 6,1% (9,2% vs. 3,5%) y de último mes 4,4% (6,7% vs. 2,3%), con marcadas diferencias por sexo que justifican intervenciones sensibles al género. Estos datos proveen una base empírica nacional para dimensionar riesgos y orientar estrategias de reducción de daños en mujeres.

En materia penal, Costa Rica ha incorporado instrumentos específicos para mitigar respuestas punitivas desproporcionadas que afectan de forma diferenciada a las mujeres. La reforma de 2013 (Ley 9161) adicionó el artículo 77 bis a la Ley 8204, que permite atenuar la pena y privilegiar medidas alternativas en casos de introducción de drogas a centros penitenciarios cuando concurren condiciones de vulnerabilidad (pobreza, jefatura de hogar, cuidados, edad, discapacidad, entre otras). En 2024, el Poder Judicial—con cooperación del Programa COPOLAD y el ICD—presentó un “Protocolo para la aplicación del proceso de justicia restaurativa a mujeres que cometen delitos menores de drogas” en el marco del art. 77 bis, estandarizando análisis de casos y habilitando medidas alternas restaurativas. Esta línea institucional consolida una respuesta con enfoque de género y justicia restaurativa orientada a reducir criminalización y sus efectos adversos.

La evidencia penitenciaria respalda la pertinencia de estos ajustes. Un estudio conjunto ICD–Ministerio de Justicia y Paz (2021) sobre población penitenciaria femenina documentó que 57% de las mujeres privadas de libertad se encontraban por delitos vinculados a la Ley 8204, además de constatar altos antecedentes de consumo problemático y factores de vulnerabilidad acumulados. Aunque las cifras agregadas varían por año, los anuarios estadísticos oficiales del Ministerio de Justicia y Paz permiten el seguimiento de tendencias y la evaluación de alternativas a la prisión. Esta trayectoria empírica sugiere que la combinación de medidas restaurativas y servicios especializados de salud puede disminuir la sobre-representación de mujeres por delitos de drogas y sus correlatos de estigmatización.

Respecto de población LGBTIQ+, el país ha contado con instrumentos administrativos contra la discriminación—por ejemplo, el Decreto Ejecutivo 38999 (2015) que instituyó una política del Poder Ejecutivo para erradicar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la administración pública—y con planes sectoriales para garantizar igualdad de trato. En paralelo, el Estado y el sistema estadístico, con apoyo de agencias de Naciones



Financiado por
la Unión Europea

Unidas, han impulsado guías metodológicas para incorporar a la población LGBTIQ+ en estadísticas oficiales, reconociendo vacíos de información desagregada que dificultan medir con precisión estigma y criminalización en esta población. Las alertas y recomendaciones anuales de la Defensoría de los Habitantes refuerzan la necesidad de fortalecer datos y mecanismos de monitoreo interinstitucional en derechos humanos, incluida la no discriminación. En conjunto, estos insumos muestran avances normativos y, a la vez, la persistencia de brechas de información e implementación que el enfoque de reducción de riesgos y daños busca cerrar.

En la coordinación de políticas, Costa Rica ha desarrollado herramientas de articulación entre salud, protección social y justicia. El Sistema Nacional de Prevención (SINAPRE) y el Protocolo interinstitucional para articular el Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA, 2024) establecen rutas y responsabilidades entre IAFA, ICD y otros actores para asegurar continuidad de cuidados, atención basada en evidencia y estándares de calidad, con pilares explícitos de salud y derechos. Dichos instrumentos constituyen bases operativas para monitorear asignación de recursos, cobertura efectiva y resultados en poblaciones específicas—incluidas mujeres y personas LGBTIQ+—y, por tanto, para evaluar la contribución de las políticas de reducción de daños a la mitigación de impactos negativos y del estigma.

En síntesis, el “giro” costarricense hacia salud pública y derechos humanos—reforzado por lineamientos clínicos con enfoque de género, protocolos restaurativos en casos de mujeres por delitos menores de drogas y dispositivos de coordinación nacional—ha generado condiciones institucionales plausibles para reducir criminalización y estigmas asociados al consumo. La consolidación de este enfoque exige, sin embargo, dos tareas críticas: (i) cerrar brechas de información desagregada (sexo, identidad de género y orientación sexual) en registros administrativos y encuestas, para medir de manera robusta cambios en estigmatización y trato institucional, y (ii) asegurar la implementación sostenida—con recursos, capacitación y supervisión—de los estándares recientemente adoptados en servicios de salud y justicia. Desde la perspectiva de evaluación de políticas, estos elementos permitirán pasar del diseño normativo a la demostración empírica de resultados en reducción de daños, disminución de prácticas discriminatorias y ampliación del acceso a alternativas no privativas de libertad para mujeres y personas LGBTIQ+.

Agenciamiento

El análisis evaluará la incorporación de políticas de reducción de riesgos y daños con enfoque en mujeres y personas LGBTIQ+ desde cuatro ejes articulados. Primero, se mapearán actores, procesos y contextos: se contabilizará el número y tipo de instituciones gubernamentales (Ministerio de Salud, IAFA, INAMU y entes de DDHH) que han impulsado explícitamente este enfoque, así como la cantidad y características de actores no gubernamentales (ONG especializadas, colectivos feministas, organizaciones LGBTIQ+ y organismos internacionales) con incidencia demostrable en la agenda pública. En paralelo, se verificará la existencia de normativas o políticas que hayan facilitado o dificultado su inclusión, se documentarán los obstáculos institucionales, políticos y legales identificados, y se describirán las barreras



Financiado por
la Unión Europea

socioculturales (prejuicios, discriminación y estigma) así como las actividades de sensibilización y educación comunitaria desplegadas para superarlas.

En segundo lugar, se examinará en qué medida los diagnósticos que sustentaron la agenda reconocieron la criminalización y el estigma hacia mujeres y personas LGBTIQ+. Para ello se estimará el número y porcentaje de diagnósticos que nombran explícitamente estas problemáticas, la frecuencia de referencias directas y la presencia de datos estadísticos sobre tasas diferenciales de criminalización. Se corroborará la existencia de análisis del impacto de marcos punitivos en estos grupos y de información sobre niveles diferenciales de estigmatización social. Además, se cuantificarán los estudios y referencias académicas que respaldan dicho análisis y se calculará el número y porcentaje de diagnósticos que formulan recomendaciones explícitas para reducir criminalización y estigma, incluyendo propuestas de sensibilización social, ajustes normativos o enfoques alternativos.

¿Qué actores, procesos y contextos han facilitado o dificultado la incorporación explícita en la agenda pública de políticas de reducción de riesgos y daños con enfoque específico en mujeres y personas LGBTIQ+?

A partir de fuentes oficiales, la incorporación del enfoque de reducción de riesgos y daños (RRD) con atención específica a mujeres y personas LGBTIQ+ en Costa Rica se apoya en el Modelo de Reducción de Daños (MRD, 2017), aprobado por el Consejo Presidencial Social y asignado al IAFA para su divulgación y capacitación interinstitucional. El propio IAFA documenta que en la génesis y despliegue del MRD participan actores gubernamentales y locales —IAFA, ICD, Ministerio de Salud, CCSS, Municipalidad de San José y la COMAI— junto con al menos un actor no gubernamental (ACEID), y que la población LGTBI y las mujeres figuran explícitamente entre los colectivos priorizados. Estos elementos constatan la existencia y tipología de actores que han promovido explícitamente el enfoque y la inclusión de grupos específicos en el diseño institucional.

En cuanto a procesos y espacios participativos, la actualización reciente del MRD se apoyó en un procedimiento de “diálogo democrático” con actores sociales y estatales, y el propio IAFA publica materiales de mesas técnicas (por ejemplo, “Igualmente Diferentes”) como dispositivos de intercambio y coordinación, lo que evidencia la realización de foros y espacios técnicos dedicados al tema. Aunque no se presenta un total consolidado de mesas o foros, la existencia de estos instrumentos participativos oficiales verifica el indicador cualitativamente.

El marco normativo que facilita la inclusión del enfoque es múltiple. La Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas brinda el paraguas sectorial del cual emerge el MRD, mientras que la Política Nacional para la Atención a Personas en Situación de Abandono y de Calle (2016–2026) articula la respuesta para una población clave en RRD —incluyendo el rol de instituciones gubernamentales, gobiernos locales y ONG—, lo que refuerza la coordinación intersectorial requerida por el enfoque de salud pública y derechos humanos. Estos instrumentos formales configuran un andamiaje que habilita la incorporación del enfoque en la agenda pública.



Financiado por
la Unión Europea

En el plano de campañas y acciones de incidencia institucionales, el Decreto Ejecutivo 38999 (Política del Poder Ejecutivo para erradicar de sus instituciones la discriminación hacia la población LGBTI) obliga a cada órgano del Poder Ejecutivo a formular un Plan institucional, crear Comisiones institucionales y desarrollar procesos de capacitación para personal público, además de centralizar datos sobre denuncias por discriminación a fin de mejorar políticas públicas. Si bien el decreto no enumera campañas específicas de RRD, sí establece obligaciones de formación y gestión interna con alcance directo sobre barreras de estigma y discriminación que afectan el acceso a servicios y la implementación del enfoque.

Ahora bien, los obstáculos institucionales y socioculturales también están documentados en fuentes oficiales. El propio Decreto 38999 reconoce que “aún existe discriminación” hacia género diverso y/o orientación sexo afectivo no heteronormativo, dentro de instituciones públicas, lo que confirma barreras institucionales persistentes. En el plano social más amplio, las Naciones Unidas en Costa Rica reportan incrementos anuales de discursos de odio y discriminación en redes sociales, lo que describe un entorno de estigmas que afecta de forma particular a grupos como mujeres y población LGBTIQ+, y dificulta la plena incorporación del enfoque RRD. Estas evidencias oficiales respaldan el indicador de barreras culturales y sociales.

En el terreno jurídico, hay respuestas específicas frente a obstáculos legales que impactan de forma desproporcionada a las mujeres en el sistema penal de drogas. El Poder Judicial ha impulsado pautas estandarizadas y presentó en 2024 un protocolo para favorecer medidas alternas y restaurativas en delitos menores de drogas cometidos por mujeres en condición de vulnerabilidad, en el marco del artículo 77 bis de la Ley 8204.

Finalmente, desde una perspectiva de gestión pública y monitoreo, la centralización de datos que exige el Decreto 38999 —a través de la Comisión Institucional de Casa Presidencial— sugiere que la información sobre denuncias, capacitaciones y desempeño antidiscriminación debería agregarse y hacerse pública para robustecer los indicadores de seguimiento (por ejemplo, número de campañas, cantidad de actividades de sensibilización comunitaria, y número de mesas o foros). En la práctica, persiste una brecha de publicación consolidada para varios de esos conteos en portales oficiales abiertos, por lo que la recomendación metodológica es utilizar solicitudes de acceso a la información y los repositorios institucionales (IAFA, Ministerio de Salud, Presidencia) para completar las series y asegurar comparabilidad temporal.

¿En qué medida los diagnósticos iniciales que sustentaron la incorporación de estas políticas en la agenda política reconocieron explícitamente la problemática específica de criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+?

A partir de la revisión de fuentes oficiales del Estado costarricense y de organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas, los “diagnósticos iniciales” y marcos técnico-normativos que dieron sustento a la incorporación de políticas de reducción de riesgos y daños muestran, en términos cualitativos, un reconocimiento explícito de la criminalización y el estigma que afectan de forma diferenciada a mujeres y a personas



Financiado por
la Unión Europea

LGBTIQ+. Este reconocimiento aparece, sobre todo, en instrumentos sectoriales de salud y en lineamientos del campo de drogas que adoptan un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad como criterios rectores. No obstante, la evidencia cuantitativa consolidada para estimar “números” y “porcentajes” de diagnósticos con ese contenido sigue siendo incompleta o no está públicamente sistematizada, lo que limita la posibilidad de calcular proporciones comparables entre documentos oficiales sin un censo documental previo.

En el sector de drogas, la “Actualización del Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños” del IAFA incorpora una definición expresa de poblaciones meta que incluye a “Personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGBTI)” y a mujeres (por ejemplo, mujeres embarazadas), y enuncia que desde una perspectiva de derechos humanos el uso de sustancias “no debe ser motivo de estigmatización, discriminación o criminalización”. Esta formulación equivale a un reconocimiento explícito del problema en el propio insumo técnico que orienta las intervenciones, y opera como diagnóstico normativo de partida.

Ese viraje no surge en el vacío: los materiales programáticos previos del IAFA ya habían incorporado la “mirada de género”, la “diversificación del género”, la referencia a población LGTBI y la necesidad de “incidencia en el sistema judicial” y de “eliminar barreras de acceso”, rasgos que, en conjunto, documentan tempranamente la existencia de obstáculos institucionales y socioculturales asociados al estigma y a respuestas punitivas desproporcionadas. Tales elementos están presentes en los lineamientos del Modelo de Reducción de Daños difundidos por IAFA.

En el plano estratégico nacional, la Estrategia ENDDA 2020-2030 y el Plan Nacional sobre Drogas 2020-2024 del ICD constituyen el marco de política pública bajo el cual se despliegan diagnósticos e intervenciones. La propia actualización del Modelo de IAFA vincula sus desafíos con la ENDDA, incluyendo la “adopción de un enfoque inclusivo de género” y el llamado a transformar percepciones sociales e institucionales, lo que supone reconocer las dinámicas de estigmatización y sus efectos diferenciados. La documentación del ICD confirma ese alineamiento estratégico como hoja de ruta vigente del país.

En salud, la “Norma Nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas LGBTI y otros HSH” (Ministerio de Salud/CONASIDA, 2016) compiló evidencia sobre discriminación en servicios de salud en Costa Rica y mandató disposiciones concretas para eliminar barreras, capacitar al personal y garantizar atención segura y despatologizadora. La Norma explicita que “no se cuenta con suficientes estudios” sobre estas poblaciones y, a la vez, documenta el estigma y la negación de atención sufridos—en particular por mujeres trans—en el sistema de salud, situando el problema de estigma en la base misma del diagnóstico sectorial.

En el ámbito penal, el Poder Judicial reconoció formalmente las asimetrías que enfrentan las mujeres por delitos de drogas: el artículo 77 bis de la Ley 8204 fue interpretado como acción afirmativa con perspectiva de género, y se emitió un Protocolo para aplicar la Justicia Restaurativa a mujeres en conflicto con delitos menores de drogas. Ambos insumos—doctrinal y operativo—parten de un diagnóstico sobre vulnerabilidades específicas y efectos



Financiado por
la Unión Europea

punitivos desproporcionados, y proponen respuestas restaurativas y no exclusivamente carcelarias.

Respecto de “números” y “porcentajes” de diagnósticos que incorporan datos sobre criminalización diferencial por orientación sexual o identidad de género, la disponibilidad pública sigue siendo limitada: los repositorios oficiales consultados no ofrecen un inventario consolidado de diagnósticos iniciales que permita calcular proporciones de forma transparente, y las estadísticas penitenciarias disponibles se actualizan mensualmente pero no desagregan por orientación/identidad de género. Esta brecha de medición es consistente con advertencias internacionales sobre carencias de datos para poblaciones clave y sobre la necesidad de indicadores de estigma comparables.

Con todo, los mismos marcos revisados suelen incluir recomendaciones explícitas orientadas a reducir criminalización y estigma: en salud, la Norma LGBTI ordena desarrollar estrategias de sensibilización, monitoreo y eliminación de barreras; en justicia, los protocolos promueven medidas alternativas y restaurativas; en drogas, el Modelo actualizado de IAFA centra la intervención en derechos y no criminalización de las personas que usan drogas. Estas recomendaciones traducen el diagnóstico en mecanismos operativos de cambio institucional y social.

Finalmente, en el plano internacional—con impacto doméstico—Costa Rica ha asumido compromisos explícitos para eliminar el estigma y la discriminación (por ejemplo, al adherirse a la Alianza Global de ONUSIDA), lo que refuerza el reconocimiento político del problema y ofrece una plataforma para futuras mediciones y rendición de cuentas. En síntesis, los diagnósticos y marcos normativos oficiales revisados sí reconocen, de forma explícita y operativa, la problemática de criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+; el desafío pendiente es cerrar las brechas de información y consolidar series estadísticas desagregadas que permitan estimar con precisión el “número” y “porcentaje” de diagnósticos y monitorear progresos.

Programación

El análisis se centra en la programación de las políticas: se determinará el número y porcentaje de instrumentos que incorporan objetivos específicos para disminuir criminalización y estigmas, y si estos objetivos buscan modificar percepciones sociales y prácticas institucionales discriminatorias. Se describirá el portafolio de estrategias antiestigma implementadas (campañas, formación institucional y acciones comunitarias) y la existencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de su efectividad. Asimismo, se identificará el número de estrategias dirigidas a reducir criminalización (p. ej., alternativas al encarcelamiento, justicia restaurativa o descriminalización de ciertas conductas) y la presencia de acciones orientadas a influir en marcos normativos o judiciales. Finalmente, se registrará el número y tipo de acciones concretas realizadas (talleres, campañas, capacitaciones y materiales educativos) y el porcentaje de recursos humanos, técnicos y financieros asignados específicamente a estas líneas.



Financiado por
la Unión Europea

¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones concretas en las políticas de reducción de riesgos y daños para atender específicamente la reducción de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas?

La definición de objetivos y acciones frente a la criminalización y el estigma hacia mujeres y personas LGBTIQ+ se ha anclado en dos instrumentos rectores: la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020–2030 y su Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) 2020–2024. La ENDDA incorpora como principios el respeto de derechos humanos, la inclusión social y la equidad e igualdad de género; a nivel programático coloca entre sus políticas el “cambio en la percepción” del consumo —para que se entienda como condición de salud pública— y la “adopción de un enfoque inclusivo de género” en la atención, lo que orienta explícitamente la formulación de metas antiestigma y antidiscriminación.

La instrumentalización de esos principios se realiza mediante el PNsD, que organiza intervenciones por pilares y establece un capítulo específico de seguimiento y evaluación (Cap. VIII). En particular, el PNsD detalla que el Sistema de Gestión y Monitoreo de Actividades (SIGMA) medirá resultados y responsabilizará por el desempeño de las instituciones ejecutoras, creando las condiciones administrativas para evaluar la efectividad de estrategias antiestigma, de acceso y de tratamiento.

En el plano operativo, el Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños del IAFA —actualizado con participación interinstitucional y de sociedad civil— define objetivos específicos, población meta y ejes estratégicos con enfoque de derechos, género e interseccionalidad. El documento prioriza explícitamente a “Personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGBTI)” y a “Mujeres [incluidas embarazadas]” como grupos de atención diferenciada, afirmando que el uso de sustancias “no debe ser motivo de estigmatización, discriminación o criminalización”. Asimismo, incorpora un apartado de “Monitoreo de indicadores” y procedimientos de evaluación, lo que cubre la exigencia de mecanismos formales de M&E en las políticas.

Como estrategias específicas antiestigma en el sector salud, el Ministerio de Salud emitió la “Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas LGBTI y HSH” (2016), de aplicación obligatoria en servicios públicos, privados y mixtos. La norma establece enfoques rectores (derechos humanos, género, diversidades), identifica barreras de acceso y ordena lineamientos para asegurar atención diferenciada y libre de discriminación, lo que constituye una acción concreta para modificar prácticas institucionales.

En el ámbito del Poder Ejecutivo, el Decreto N° 38999 obliga a cada ministerio a formular un “Plan Institucional en contra de la discriminación hacia la población LGBTI”, con metas de capacitación, revisión normativa, lenguaje inclusivo y provisión de recursos; además exige crear una “Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación” con funciones de asesoría, formación, recopilación de datos de denuncias y rendición de cuentas, estableciendo un andamiaje de gobernanza y monitoreo transversal que favorece la implementación de políticas antiestigma.



Financiado por
la Unión Europea

Para reducir la criminalización de mujeres por delitos menores de drogas, el ordenamiento jurídico incorpora medidas alternativas con especificidad de género: la reforma de 2013 (Ley 9161) adicionó el artículo 77 bis a la Ley 8204, habilitando criterios de proporcionalidad y vulnerabilidad para mujeres imputadas o sentenciadas por delitos de drogas. Sobre esta base, el Poder Judicial, en coordinación con el ICD y cooperación internacional, estandarizó en 2024 un Protocolo de Justicia Restaurativa para mujeres en condición de vulnerabilidad en conflicto con delitos menores de drogas, orientado a medidas alternas y reinserción, lo que operacionaliza estrategias de descriminalización práctica mediante justicia restaurativa.

Las acciones concretas en territorio —capacitaciones interinstitucionales, dispositivos de bajo umbral, centros de escucha/convivencia y unidades móviles— aparecen documentadas en el Modelo del IAFA, que también identifica desafíos persistentes (exclusión social, carencias de seguridad social) y propone fortalecer alianzas público–privadas. Estas acciones comunitarias y formativas se alinean con las políticas de la ENDDA en el pilar de “Drogas y derechos humanos” (promoción de oportunidades, aumento de oferta de salud equitativa y cambio de percepciones), articulando así campañas, formación institucional y recursos comunitarios con metas de inclusión y reducción del estigma.

Finalmente, la asignación y gestión de recursos se abordan de modo explícito en el PNsd (Cap. VII, “Sostenibilidad financiera”) y en la obligación del Decreto 38999 de “garantizar los recursos humanos, materiales y técnicos necesarios” para las políticas de no discriminación. Aunque los instrumentos no fijan porcentajes presupuestarios por población, sí establecen las bases institucionales para dirigir recursos humanos y financieros a acciones antiestigma y de reducción de daños con enfoque de género y diversidad, y prevén su seguimiento a través de SIGMA y de las comisiones institucionales.

¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos (económicos, técnicos y humanos) para asegurar la incorporación efectiva del enfoque de derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual en las acciones propuestas?

A partir de fuentes oficiales, la asignación de recursos para incorporar enfoques de derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual en programas de reducción de riesgos y daños en Costa Rica se sustenta en tres pilares: (i) un marco legal–presupuestario con porcentajes protegidos, (ii) instrumentos de gestión y monitoreo para asegurar el uso y la trazabilidad de los recursos, y (iii) dispositivos técnicos (materiales, protocolos, plataformas y formación) que habilitan capacidades institucionales. El Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 (PNsd) fija tres fuentes de financiamiento (cooperación internacional; entidades involucradas; y recursos generados por la aplicación de la Ley 8204) y presenta proyecciones de ingresos por comisos e intereses, anclando la sostenibilidad financiera del plan en un andamiaje normativo específico. En particular, la Ley 8204 —reformada por la Ley 9074— determina que de los recursos decomisos e intereses “el 60%” se destina a programas preventivos y, de ese porcentaje, “al menos la mitad” a programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que desarrolla el IAFA; además, “el 30%” se asigna a programas represivos y “el 10%” al seguimiento y mantenimiento de bienes comisados.



Financiado por
la Unión Europea

En materia de gobernanza y rendición de cuentas, el PNsD incorpora un capítulo específico de seguimiento y evaluación y consolida el uso del Sistema de Gestión y Monitoreo de Actividades (SIGMA), una herramienta automatizada para medir avances, resultados e impacto; el plan dispone reportes semestrales por intervención y explicita que la Unidad Administrativa Financiera (UAFI) del ICD dará seguimiento al uso de los recursos económicos asignados para maximizar su efectividad y asegurar la transparencia. Documentación institucional complementaria detalla que el SIGMA funciona como plataforma de registro y rendición de cuentas, integrada a otros subsistemas de control interno del ICD.

Respecto de la dimensión de derechos humanos, género y diversidad sexual, el Decreto Ejecutivo N.º 38999 —política del Poder Ejecutivo contra la discriminación hacia personas LGBTI— obliga a cada ministerio y órgano del Ejecutivo a formular un plan institucional, desarrollar procesos de capacitación y “garantizar los recursos humanos, materiales y técnicos necesarios” para su implementación; además, ordena crear comisiones institucionales para igualdad y no discriminación y remitir informes periódicos a Casa Presidencial. Tales obligaciones normativas establecen un piso mínimo de recursos para transversalizar el enfoque, incluyendo en servicios de salud y programas vinculados a consumo de sustancias.

En el plano técnico, el Ministerio de Salud emitió la *Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas LGBTI y otros HSH (2016)*, declarada de interés público por acuerdo ministerial publicado en *La Gaceta*. La Norma fija pautas de organización del servicio, lineamientos de trato digno, adecuaciones operativas y obligaciones de capacitación del personal sanitario, proporcionando un insumo regulatorio que las instituciones pueden (y deben) presupuestar y operacionalizar en sus planes anuales y protocolos de atención.

En cuanto a materiales y protocolos específicos para la reducción de riesgos y daños, el IAFA dispone de lineamientos operativos oficiales —*Lineamientos esenciales para el funcionamiento de dispositivos y servicios desde el enfoque del Modelo de Reducción de Daños (versión 2022)*— y de guías informativas públicas orientadas a prevención de riesgos y reducción de daños por uso de sustancias. Estos instrumentos detallan estándares de calidad, organización de servicios y componentes comunitarios, y constituyen productos técnicos que requieren asignación de recursos para su implementación (equipos, formación, materiales y logística).

La consolidación de capacidades humanas se apoya, además, en un programa interinstitucional de formación y certificación: PROCCERTRAD-CR, coordinado por ICD e IAFA con participación académica de la Universidad de Costa Rica. Este programa homologa competencias mínimas para personal en tratamiento y atención en drogas y explicita la protección de derechos de las personas usuarias, integrando contenidos técnicos alineados con salud pública y derechos humanos. La oferta académica se actualiza periódicamente y cuenta con comisiones interinstitucionales de seguimiento, lo que vincula la formación con la asignación de recursos para capacitación.

Sobre los equipos interdisciplinarios y la cobertura de servicios, el IAFA opera Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) en todo el país; su estructura y directorios institucionales



Financiado por
la Unión Europea

muestran la participación de profesiones de psicología, trabajo social, medicina, enfermería, terapia ocupacional y psiquiatría, evidenciando la asignación de recursos humanos especializados para la atención. Esta configuración es coherente con los lineamientos de reducción de daños y con las obligaciones de no discriminación señaladas por la normativa sectorial y general.

Finalmente, respecto de mecanismos y reportes de seguimiento del uso de recursos, además de los informes de cumplimiento del PNsD y de la operación de SIGMA, existen auditorías internas específicas sobre el uso de fondos provenientes de los artículos 85 y 87 de la Ley 8204, lo que añade una capa de control financiero ex post. Al mismo tiempo, la Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas (que funge como Observatorio Costarricense sobre Drogas) publica boletines e informes periódicos con datos oficiales, aportando insumos para la evaluación de eficacia, aunque no desagregan sistemáticamente la ejecución presupuestaria por enfoque de género y diversidad sexual. En suma, existe un andamiaje normativo, técnico y de monitoreo robusto; no obstante, los porcentajes ejecutados específicamente para acciones con enfoque de género y diversidad sexual no se reportan de forma pública y desagregada, lo que constituye una brecha de información para responder con cifras exactas a varios de los indicadores solicitados.

En términos presupuestarios y de gestión, el marco normativo costarricense asegura pisos de financiamiento para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación mediante porcentajes protegidos derivados de comisos (Ley 8204), y cuenta con instrumentos de monitoreo (PNsD, SIGMA, UAFI, auditorías internas) que dotan de trazabilidad al uso de recursos. No obstante, persiste una brecha de información para responder con exactitud a los indicadores solicitados: los informes públicos no desagregan de forma sistemática el porcentaje del presupuesto específicamente dirigido a acciones con enfoque de derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual, ni presentan series temporales que permitan reconstruir la evolución del gasto focalizado en mujeres y personas LGBTIQ+. En consecuencia, la estimación de proporciones y tendencias requiere, por ahora, solicitudes de acceso a información y/o la consolidación interinstitucional de registros administrativos.

En la dimensión técnica y de capacidades, sí existe evidencia oficial suficiente para acreditar la disponibilidad de materiales educativos, protocolos y guías (IAFA; Ministerio de Salud), así como la existencia de plataformas de gestión (SIGMA) y publicaciones periódicas del observatorio nacional. Igualmente, se constatan dispositivos formativos (p. ej., PROCCERTRAD-CR) y la operación de equipos interdisciplinarios en la red de servicios, lo que demuestra asignación de recursos humanos especializados. Con todo, la cuantificación de estos insumos —número y porcentaje de personal capacitado por enfoque; inventarios nacionales de herramientas tecnológicas; conteos consolidados de acciones comunitarias— no aparece publicada de manera agregada y homogénea. Metodológicamente, ello aconseja combinar revisión documental con verificación directa en registros institucionales, para robustecer los indicadores y asegurar comparabilidad temporal y territorial.

Ejecución

Para la ejecución se usó una matriz de gestión por resultados que integró un conjunto de indicadores de cobertura, calidad, pertinencia, cambio institucional y cambio sociocultural,



Financiado por
la Unión Europea

con sus respectivas líneas base, metas anuales, medios de verificación, periodicidad y responsables (IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Defensoría de las Personas Habitantes y Ministerio de Justicia). En particular, se medirán: el número y porcentaje de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas que acceden efectivamente a programas de reducción de riesgos y daños; la cantidad de programas/servicios específicos implementados; las acciones para superar barreras sociales y culturales y el porcentaje de participantes que reporta su reducción; las modificaciones institucionales (protocolos, normativas, capacitaciones) y el porcentaje de personal que declara cambios en sus prácticas; el nivel de satisfacción de las personas usuarias y la percepción de disminución de estigmatización y criminalización.

Asimismo, indicadores sobre factores habilitadores/limitantes: políticas y protocolos adoptados, personal capacitado, campañas públicas, percepciones culturales negativas documentadas, organizaciones sociales involucradas, mecanismos de coordinación interinstitucional y barreras a la colaboración. La recolección combinará registros administrativos y encuestas con entrevistas y grupos focales, con desagregaciones por sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, territorio, condición migratoria, pertenencia étnica y discapacidad, garantizando confidencialidad, ética y un ciclo de retroalimentación para ajustar oportunamente la implementación.

¿En qué grado se han implementado efectivamente las políticas y estrategias de reducción de riesgos y daños en poblaciones específicas como mujeres y personas LGBTIQ+, considerando las barreras sociales, culturales e institucionales asociadas a la estigmatización y criminalización?

Entre 2005 y 2007 Costa Rica incorporó tempranamente en su planificación nacional el lenguaje y los principios de reducción de riesgos y daños (RRD). El Plan Nacional sobre Drogas 2005–2007 definió explícitamente “reducción de daños” y “reducción de riesgos”, abriendo espacio técnico–político para políticas y programas que no exigen abstinencia como condición de acceso, y que buscan disminuir impactos sanitarios y sociales en personas usuarias y comunidades. Esta temprana adopción conceptuó la RRD como componente legítimo de la respuesta pública, aunque sin un despliegue operativo amplio aún.

En la fase 2008–2017 se consolidó el andamiaje normativo y programático. El Plan Nacional 2008–2012 mantuvo la arquitectura de ejes y preparó el terreno para fortalecer la demanda de servicios; y el Plan 2013–2017 formalizó definiciones de RRD, incluyendo la posibilidad de intervenciones que reducen daños sin requerir abstinencia y ubicando la RRD junto a prevención, tratamiento, rehabilitación e inserción social como partes de un continuo de atención. Este marco colocó a la RRD dentro del léxico institucional, aunque todavía con brechas en cobertura específica para mujeres y población LGBTIQ+.

El parteaguas sanitario llegó con la “Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” (Decreto Ejecutivo 37110-S, 2012). Esta política oficializó el sistema nacional de tratamiento y sirvió de base para ordenar estándares, habilitación y articulación de servicios, habilitando a su vez lineamientos y dispositivos con enfoque de RRD. Su oficialización y posterior difusión por IAFA fijaron



Financiado por
la Unión Europea

obligaciones y roles en el sector salud, aunque el énfasis de género y diversidad se robustecería más adelante.

Entre 2015 y 2017 se dieron pasos sustantivos hacia la implementación operativa de la RRD. En 2015 se conformó la Red Nacional de Reducción de Daños y, en 2017, IAFA e ICD publicaron el “Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica”, originado como actividad del plan de acción de la política sanitaria de 2012. Ese documento reconoce la Red (2015) y consolida el enfoque interinstitucional; es el primer cuerpo técnico nacional dedicado íntegramente a RRD, del cual se desprenden posteriores guías y lineamientos.

El ciclo 2020–2025 reorienta la estrategia país con un énfasis explícito en salud pública y derechos humanos. La “Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020–2030” y su aprobación por el Consejo Directivo del ICD (2019) consagran cuatro pilares —drogas y salud pública; derechos humanos; drogas y delito; y desarrollo humano—, promoviendo respuestas basadas en evidencia, reducción del estigma y coordinación intersectorial. La presidencia costarricense de la CICAD subrayó estos pilares como referente regional, reforzando el giro hacia enfoques no punitivos y centrados en la persona.

Para aterrizar la RRD en servicios concretos, IAFA emitió en 2022 los “Lineamientos esenciales para el funcionamiento de dispositivos y servicios desde el enfoque del Modelo de Reducción de Daños”, que estandarizan criterios de calidad, responsabilidades, componentes y articulación comunitaria. Estos lineamientos —amparados por la política sanitaria y la normativa IAFA— funcionan como “puente” entre la estrategia y la práctica, habilitando capacitaciones y ajustes institucionales (protocolos, flujos y derivaciones) contra prácticas discriminatorias en puntos de atención.

Respecto a cobertura y acceso (indicadores 1–3, 7–8), la mejor evidencia nacional de contexto es la VII Encuesta Nacional en Hogares (IAFA, trabajo de campo 2022), que documenta patrones de consumo con desagregación por sexo y edad; sin embargo, la serie de encuestas no capta de forma sistemática la orientación sexual o identidad de género, lo que limita estimar con precisión el “número y porcentaje” de personas LGBTIQ+ que acceden a programas RRD o su satisfacción. Este vacío estadístico obliga a complementar con registros administrativos y estudios focales si se quiere cumplir los indicadores propuestos para LGBTIQ+.

En paralelo, el sector salud actualizó el Plan Estratégico Nacional de VIH 2024–2027, que se centra en poblaciones clave —HSH, mujeres trans, trabajadoras sexuales— y en eliminar barreras asociadas al estigma y la discriminación, priorizando acciones como autoprueba, acercamiento comunitario e intersectorialidad. Datos de referencia epidemiológica (OPS/PAHO) confirman la alta carga de VIH en HSH y mujeres trans en Costa Rica (estimaciones de prevalencia 2017), lo que justifica medidas de RRD combinadas (p. ej., insumos de prevención, servicios amigables, formación del personal) para estas poblaciones.

En materia de género, la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (PIEG) 2018–2030, aprobada en 2018, insta a integrar la igualdad en políticas sectoriales, lo que ampara la adecuación de servicios de drogas con perspectiva de género. A nivel macro



Financiado por
la Unión Europea

sanitario, la Política Nacional de Salud 2023–2033 refuerza el enfoque de derechos y la gestión basada en evidencia; y, desde el control ciudadano, la Defensoría de los Habitantes ha señalado la necesidad de respuestas coordinadas para grupos en mayor vulnerabilidad (p. ej., situación de calle), un ámbito donde los lineamientos de RRD remiten también a marcos sociales como la política del IMAS (2015). Estas piezas fortalecen el andamiaje para modificar prácticas institucionales y disminuir estigmas estructurales.

Balace 2005–2025: el grado de implementación efectiva es progresivo pero heterogéneo. Se han cumplido hitos claros —inclusión temprana de RRD (2005–2007), oficialización sanitaria (2012), modelo nacional y red (2015–2017), estrategia país con pilar de DD. HH. (2020–2030), y lineamientos operativos (2022)— que habilitan acciones para superar barreras (capacitaciones, protocolos, dispositivos comunitarios) y orientan la desestigmatización. Persisten, no obstante, dos brechas críticas frente a los indicadores solicitados: (i) cobertura y resultados para mujeres y población LGBTIQ+ no se miden de forma sistemática en registros nacionales, por lo que el “número y porcentaje” de acceso, satisfacción o reducción de barreras aún depende de estudios ad hoc; y (ii) monitoreo del cambio de prácticas del personal requiere módulos obligatorios en los sistemas institucionales (IAFA/MS/INAMU) y auditorías externas. Para responder integralmente a sus indicadores, se recomienda: crear un registro interinstitucional de usuarios/as de RRD con desagregación por sexo, identidad de género y población clave; estandarizar encuestas de satisfacción específicas; y vincular el reporte de capacitaciones a evaluaciones de desempeño y observación de prácticas libres de discriminación, alineando métricas con ENDDA y con los lineamientos de IAFA y las guías internacionales de OMS/ONUSIDA/UNODC sobre poblaciones clave y reducción del estigma.

¿Cuáles factores (institucionales, culturales y sociales) han incidido positivamente o negativamente en la reducción efectiva del estigma y la criminalización en la aplicación de políticas de reducción de riesgos y daños para mujeres y población LGBTIQ+?

En el plano institucional, el Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 (PNsD) y la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2020–2030 son hitos que posicionan los pilares de salud pública y derechos humanos como criterios rectores; dentro de ellos se diseñan intervenciones explícitas para combatir estigma y discriminación (p. ej., “Igualmente Diferentes”, “Lo que yo merezco”, “Oportunidades con rostro humano”, “Pasándola bien”). El PNsD, además, incorpora un objetivo estratégico de enfoque de género para mujeres usuarias de sustancias e incluye acciones de sensibilización y capacitación a personal institucional y cuerpos policiales, lo que incide directamente en los indicadores sobre “porcentaje de personal capacitado” y “modificación de prácticas” (aunque dichos porcentajes no se publican de manera regular).

La oficialización de la Política del Sector Salud mediante el Decreto Ejecutivo 37110-S (2012) y la emisión por parte del IAFA de los Lineamientos esenciales para el funcionamiento de dispositivos y servicios de RRD (2022) han sido determinantes para estandarizar protocolos y garantizar la calidad de los servicios con un enfoque de derechos. Esto responde al indicador de “número y tipo de protocolos o acuerdos institucionales” y funciona como factor



Financiado por
la Unión Europea

habilitador para la reducción del estigma en puntos de atención, al fijar criterios de trato digno, derivación y coordinación interinstitucional.

En coordinación interinstitucional, el IAFA documenta mesas técnicas y herramientas operativas (p. ej., protocolo de coordinación, boleta de referencia y contrarreferencia del dispositivo Sumando Conexiones), así como una red de centros autorizados y asesorías a ONG. Estos mecanismos inciden positivamente en el indicador de “número de alianzas o mecanismos de coordinación” y, por diseño, apuntan a remover barreras administrativas que perpetúan el estigma, especialmente en colectivos históricamente excluidos como mujeres trans y personas LGBTIQ+.

En términos culturales, la implementación de materiales formativos y guías informativas dirigidas al personal de ONG/OG —incluyendo contenidos sobre prácticas sexuales y consumo, consumo en espacios públicos y recomendaciones de RRD— constituye una estrategia de cambio de percepciones y de equipamiento de equipos de primera línea. Esto impacta el indicador de “número y tipo de campañas o iniciativas educativas” y sienta una base para medir el resultado (p. ej., variación de actitudes, reducción de mitos) mediante instrumentos de pre/post evaluación. Sin embargo, la publicación de efectos de tales iniciativas (p. ej., “porcentaje de participantes que reportan reducción de barreras”) es todavía limitada en los portales públicos.

Desde el ángulo social, la evidencia regional e internacional es consistente: estigma, normas de género nocivas y marcos punitivos desalientan el uso de servicios de salud, incluyendo RRD, en mujeres y personas de género diverso. ONUSIDA y UNODC recomiendan reformas legales y de políticas, servicios responsivos al género, y medición sistemática del estigma (existen indicadores estandarizados para poblaciones clave). Estos lineamientos no solo respaldan campañas y capacitaciones, sino que ofrecen métricas para el indicador de “número de percepciones negativas documentadas” y para la “percepción social general” frente a RRD; son, por tanto, factores habilitadores al proveer marcos de medición y referencia comparada.

En cuanto a organizaciones sociales involucradas, el propio Modelo de RRD señala su origen en una política pública participativa con actores estatales y de sociedad civil (IAFA, ICD, CCSS, Municipalidad de San José, COMAI, ACEID, entre otros). Este entramado confirma el número y tipo de organizaciones activas y la orientación de “trabajo en red” a nivel comunitario, un factor que suele correlacionarse con mayor pertinencia cultural y menor estigmatización en el punto de contacto. Para efectos de monitoreo, el recuento de organizaciones puede levantarse a partir del directorio de centros autorizados y de las actas de mesas técnicas.

Entre los factores limitantes (institucionales y sociales) destacan: (i) vacíos de datos desagregados en registros públicos sobre uso efectivo de servicios por sexo, identidad de género y orientación sexual, que obstaculizan estimar el “número y porcentaje de usuarias/os LGBTIQ+” y la “satisfacción percibida”; y (ii) barreras de coordinación en territorios con alta intersección entre consumo problemático y exclusión social (p. ej., población en situación de calle), donde la Defensoría de los Habitantes ha llamado a un abordaje integral y seguimiento municipal. En la lógica de sus indicadores, estos hallazgos deben constar en minutas y



Financiado por
la Unión Europea

gestiones formales de coordinación interinstitucional para documentar tanto alianzas como barreras.

Un factor epidemiológico y cultural que refuerza la necesidad de respuestas focalizadas es la carga desproporcionada de VIH en poblaciones clave —mujeres trans y HSH, entre otras—, evidenciada por OPS/OMS (con datos de Costa Rica) y reafirmada en los portales regionales. Esta realidad amplifica el costo del estigma y la criminalización para mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas, y justifica integrar paquetes combinados de RRD y servicios amigables con métricas claras sobre aceptación social y disminución de percepciones negativas.

En síntesis, los factores positivos más relevantes son: (a) la densidad normativa y programática (PNsD/ENDDA, Decreto 37110-S, Lineamientos IAFA, PIEG), (b) la coordinación mediante mesas técnicas y protocolos de referencia, y (c) la disponibilidad de guías y marcos internacionales para servicios con enfoque de género y medición del estigma. Los factores negativos se concentran en: (a) lagunas de información para demostrar cambios culturales y de práctica a escala (p. ej., falta de porcentajes públicos de personal capacitado que modifica conductas), y (b) barreras estructurales de estigma y punición que afectan la “percepción social general” y el acceso efectivo. Para alinear sus indicadores con la evidencia, se recomienda: i) inventariar y contabilizar políticas/protocolos vigentes (con fechas y alcance); ii) cuantificar cobertura de capacitación y vincularla a auditorías de práctica; iii) registrar campañas y medir resultados pre/post; iv) aplicar instrumentos de estigma estandarizados en mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de RRD; v) mapear alianzas y levantar minutas para documentar facilitadores y barreras.

Evaluación

Esta sección, analiza la efectividad y la sostenibilidad de las políticas de reducción de riesgos y daños dirigidas a mujeres y a población LGBTIQ+, a partir de un conjunto integrado de indicadores de resultado e institucionales: disminución porcentual de detenciones y judicializaciones por consumo/posesión para uso personal; número de beneficiarias/os en alternativas a la privación de libertad o justicia restaurativa; variaciones en la percepción social negativa y en la discriminación cotidiana autorreportada; cambios documentados en prácticas internas de salud, justicia y seguridad; adopción de protocolos con enfoque de derechos, género y diversidad; satisfacción de las personas usuarias; y, en clave de sostenibilidad, adopción permanente (≥ 2 años) de protocolos y normativas, mantenimiento de prácticas inclusivas tras la capacitación, tendencia sostenida de mejora en percepciones sociales, campañas públicas mantenidas, mejoras sostenibles en calidad de vida e índices de violencia/exclusión y problemas legales, existencia de políticas permanentes que aseguren la integralidad del enfoque y asignaciones presupuestarias específicas sostenidas.

La verificación combina revisión de políticas, protocolos y reportes institucionales (IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Poder Judicial, Seguridad Pública, Defensoría), informes presupuestarios, bases de datos oficiales, y evidencia cualitativa (entrevistas y grupos focales con personal clave y con mujeres y personas LGBTIQ+), señalando explícitamente las fuentes no disponibles cuando falten desagregaciones o mediciones periódicas.



Financiado por
la Unión Europea

¿Qué nivel de efectividad han tenido las políticas implementadas en la reducción tangible de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas desde la perspectiva de salud pública y derechos humanos?

Primero, en términos de disponibilidad de datos, Costa Rica cuenta con insumos epidemiológicos periódicos sobre consumo de sustancias (encuestas nacionales del IAFA), pero los registros públicos que permitirían medir con precisión varios de los indicadores solicitados —por ejemplo, detenciones o judicialización desagregadas por identidad de género u orientación sexual— son fragmentarios o no se publican de manera sistemática. Las encuestas nacionales de 2015 y la correspondiente al trabajo de campo 2022 (publicada en 2024) sustentan tendencias de consumo, pero no cubren de forma específica estigma hacia mujeres y población LGBTIQ+ usuaria de drogas. Esto obliga a interpretar la efectividad de políticas con base en resultados institucionales, reformas normativas y proxies disponibles.

En el arco 2005-2012 se observa un desplazamiento progresivo desde una respuesta centrada en el control hacia una perspectiva sanitaria más nítida. El hito regulatorio decisivo ocurre en 2012 con la oficialización por decreto de la “Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”, que dota al sector salud de un marco obligatorio y asigna al IAFA la rectoría de su aplicación. Este paso es crucial porque alinea la atención de las adicciones con el enfoque de salud pública y abre la puerta a dispositivos y protocolos estandarizados.

A partir de 2015 se consolida el enfoque de reducción de daños como componente de la política pública. Ese año se conforma la Red Nacional de Reducción de Daños (RENAREDA), y en 2017 se presenta el “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica”, documento que formaliza conceptos, poblaciones meta y dispositivos de bajo umbral; ambos procesos se entienden dentro de la implementación de la política sectorial de 2012. Estas líneas son reforzadas posteriormente mediante lineamientos técnicos y guías institucionales emitidas por IAFA. En conjunto, tales instrumentos constituyen protocolos y guías explícitas para servicios con enfoque de derechos, directamente vinculados a varios de los indicadores propuestos.

Entre 2020 y 2025 el país actualiza su arquitectura estratégica: la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020-2030 y el Plan Nacional sobre Drogas 2020-2024 integran el enfoque de salud, derechos y desarrollo humano; y en 2022 IAFA emite los “Lineamientos esenciales” para servicios de reducción de daños, con criterios de calidad y no discriminación. En 2024/2025 IAFA publica la actualización del Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños, que ancla la implementación en derechos humanos, atención centrada en la persona y monitoreo de indicadores. Estos instrumentos evidencian que, al menos en la dimensión normativa y programática (número y tipo de protocolos, guías y normativas), se avanzó de manera sustantiva en la década más reciente.

En la intersección salud-DDHH con poblaciones clave, el Plan Estratégico Nacional de VIH 2024-2027 (CONASIDA/Ministerio de Salud) incorpora un enfoque robusto de derechos y explícitamente aborda la reducción de estigma y discriminación, con participación de



Financiado por
la Unión Europea

sociedad civil y metas de seguimiento y evaluación. Si bien el PEN está centrado en VIH, su andamiaje de gobernanza, indicadores y exigencias de calidad en la atención aporta un marco operativo relevante para dispositivos de reducción de daños que trabajan con mujeres y personas trans, entre otras poblaciones clave. Ello contribuye indirectamente a los indicadores de satisfacción, percepción de estigma y adecuación de protocolos con enfoque de derechos.

En cuanto a cobertura y pertinencia de la oferta, los directorios oficiales de IAFA muestran un ecosistema de programas aprobados (residenciales y ambulatorios) y servicios complementarios de reducción de riesgos y daños (por ejemplo, dispositivos de intervención en contextos recreativos). La existencia de programas dirigidos específicamente a mujeres, así como recursos comunitarios de bajo umbral, sugiere una progresiva adecuación de la oferta a las necesidades diferenciales; no obstante, persiste el reto de medir —con indicadores comparables en el tiempo— el acceso efectivo y la satisfacción de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias.

Sobre la dimensión estrictamente “criminalización”, los repositorios públicos del Observatorio de la Violencia (MJP) y del Poder Judicial no ofrecen, de manera abierta y periódica, series desagregadas por identidad u orientación sexual que permitan calcular la “disminución porcentual” de detenciones o judicializaciones de los grupos de interés. En ausencia de esa desagregación, la evidencia disponible permite afirmar que el país fortaleció mecanismos alternativos (p. ej., Justicia Restaurativa) y criterios de vulnerabilidad (77 bis), pero no es posible —con fuentes públicas actuales— atribuir reducciones específicas de criminalización a mujeres y población LGBTIQ+ usuaria de drogas.

En la esfera de estigma social, tampoco existen, a la fecha, encuestas oficiales periódicas que midan específicamente el estigma hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas. Como insumo de contexto, el sistema de Naciones Unidas en Costa Rica reportó en 2023 altos volúmenes de discursos de odio en redes en categorías de género y orientación sexual, lo que evidencia un entorno cultural desafiante para reducir prejuicios. En paralelo, IAFA ha incorporado lineamientos institucionales para prevenir violencia y discriminación por orientación sexual e identidad de género en su contraloría de servicios, lo que apunta a mejoras internas en la atención.

En síntesis, entre 2005 y 2025 Costa Rica consolidó un andamiaje normativo-programático sólido (decreto sectorial 2012; modelo y lineamientos de reducción de daños; ENDDA/PNsD; PEN VIH) y expandió vías no punitivas en justicia (77 bis, Justicia Restaurativa), coherentes con un enfoque de salud pública y derechos humanos. Estos avances son consistentes con varios indicadores de “existencia y número de protocolos”, “acciones institucionales para reducir prácticas discriminatorias” y “mecanismos alternativos a la privación de libertad”. Sin embargo, para responder de forma concluyente a indicadores de resultado —como disminuciones porcentuales de criminalización de mujeres y población LGBTIQ+ usuaria, o cambios medibles en percepciones de estigma— se requiere fortalecer los sistemas de información con desagregaciones pertinentes y series comparables, así como incorporar mediciones periódicas de satisfacción y percepción específicas en los servicios de reducción de daños.



Financiado por
la Unión Europea

Finalmente, desde la perspectiva evaluativa, la efectividad observada es “moderada-fuerte” en la dimensión de insumos y procesos (marco normativo, lineamientos, dispositivos, coordinación interinstitucional) y “parcial/inconclusa” en la dimensión de resultados finales exigidos por los indicadores (reducción documentada de criminalización y de estigma en grupos específicos). Para cerrar brechas, las fuentes oficiales sugieren tres prioridades: (1) completar el sistema de monitoreo del Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños con indicadores desagregados y trazabilidad de rutas de atención; (2) alinear reportes del MJ/Poder Judicial y del IAFA/ICD con categorías de género y diversidad sexual para estimar reducciones de criminalización; y (3) sostener campañas y dispositivos comunitarios de bajo umbral, integrando evaluaciones de satisfacción y percepción periódicas con participación de mujeres y personas LGBTIQ+.

¿En qué medida las políticas evaluadas han generado cambios sostenibles en las prácticas institucionales y percepciones sociales que mitigan los impactos negativos asociados al consumo problemático de drogas en mujeres y personas LGBTIQ+?

A 2005–2025, los cambios más sostenibles en Costa Rica se observan en la consolidación normativa y programática que ancla el enfoque de salud pública y derechos humanos en la atención del consumo de sustancias, con especial mención a mujeres y personas LGBTIQ+. El hito temprano fue la “Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”, oficializada por el Ministerio de Salud, que configuró el Sistema Nacional de Tratamiento y dio base para dispositivos de reducción de riesgos y daños (RRD). Esta política, vigente y referenciada en la normativa sectorial, ha permitido continuidad institucional más allá de los ciclos de gobierno.

Sobre ese cimiento, en 2017 se aprobó el “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno drogas” y, desde entonces, el IAFA ha emitido lineamientos técnicos obligatorios para dispositivos y servicios RRD (versión 2022), con énfasis explícito en salud pública, derechos humanos, enfoque centrado en la persona y equidad de género. La página institucional de RRD identifica, como poblaciones clave, a mujeres y a personas LGBTI (entre otros grupos), y sitúa el modelo como mecanismo para disminuir brechas de acceso mediante trabajo en red comunitario; dicha definición ha permanecido y se actualizó en 2025. Esta continuidad técnica es un indicador de sostenibilidad regulatoria y operativa.

En 2020 se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA 2020–2030) y su Plan Nacional sobre Drogas (PNsD 2020–2024), que fijaron metas interinstitucionales en prevención, tratamiento y reducción de daños. Estos instrumentos, de horizonte decenal y quinquenal, respectivamente, institucionalizan la coordinación entre Ministerio de Salud, IAFA, ICD y Poder Judicial, lo que favorece la permanencia de protocolos y guías más allá de periodos anuales.

En paralelo, la agenda general de salud se reordenó con la “Política Nacional de Salud 2023–2033” y su plan 2024–2028, que incorporan determinantes sociales, transversalización de género y orientación a derechos. Que la política sectorial tenga horizonte 10 años refuerza la



Financiado por
la Unión Europea

sostenibilidad de prácticas inclusivas en servicios de salud y facilita la alineación de presupuestos y planes operativos.

Para el indicador de cambios sostenidos en prácticas institucionales y alternativas a la penalización, el Poder Judicial consolidó desde 2011 el Programa de Justicia Restaurativa (JR) —posteriormente con rango de ley (Ley 9582, 2018)—, que incluye el “tratamiento de drogas bajo supervisión judicial restaurativa” como vía alternativa a la privación de libertad. Los informes anuales muestran continuidad y crecimiento del programa: en 2023 se realizaron 2.258 reuniones restaurativas en materia penal (11% más que en 2022), además de sostenidas acciones de capacitación y evaluación de satisfacción de personas usuarias. Estas evidencias apuntan a cambios institucionales estables en la gestión de conflictos y en la oferta de salidas no punitivas.

Sobre percepciones sociales y calidad de vida —dos indicadores clave de sostenibilidad— la evidencia oficial es más fragmentaria. El “Informe Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados 2022–2023” (INDDA) del ICD consolida indicadores de salud, justicia y contexto, e incluye un capítulo de justicia con datos de JR y población penitenciaria, pero no ofrece series específicas y periódicas de estigma social hacia mujeres y población LGBTIQ+ usuarias de drogas. Esto sugiere que, aunque los marcos y programas existen y operan, faltan mediciones longitudinales estandarizadas de percepción social y de resultados diferenciales por sexo y diversidad sexual. I

En materia de campañas y educación sostenidas para la reducción del estigma, el eje de VIH del Ministerio de Salud mantiene un Plan Estratégico Nacional 2024–2027 que incorpora explícitamente la reducción de estigma y discriminación, la formación de personal y acciones comunicacionales. Si bien el plan pertenece al campo de VIH, sus lineamientos y mecanismos de monitoreo aportan una arquitectura útil y vigente para reducir estigmas interseccionales vinculados al uso de sustancias, en particular para mujeres y personas LGBTIQ+.

Respecto del personal que mantiene prácticas inclusivas en el tiempo, la evidencia oficial se infiere de productos institucionales (lineamientos IAFA 2022; protocolos JR; planes de capacitación del Poder Judicial), más que de porcentajes comparables año a año. La continuidad de lineamientos técnicos, la publicación periódica de informes JR y la vigencia de políticas nacionales sugieren que la capacitación y la sensibilización se sostienen, pero las métricas requerirían encuestas institucionales sistemáticas con desagregación por género y diversidad sexual para concluir con rigor sobre el “porcentaje que mantiene prácticas inclusivas” a lo largo de los años.

Finalmente, sobre presupuestos sostenidos con enfoque integral, existe información pública y actualizada de presupuestos institucionales (Hacienda y transparencia IAFA); sin embargo, no se presenta, de forma consolidada y periódica, el “porcentaje del presupuesto” específicamente asignado a RRD con enfoque de género y diversidad. Es decir, el andamiaje financiero general es visible y permite seguimiento, pero la trazabilidad programática fina — por ejemplo, gasto plurianual en RRD focalizado en mujeres y población LGBTIQ+— no aparece desagregada en las fuentes consultadas, lo que limita la evaluación del indicador presupuestario de sostenibilidad.



Financiado por
la Unión Europea

En suma, la sostenibilidad de los cambios se verifica con claridad en el plano normativo-programático (políticas decenales de salud, ENDDA/PNSD, ley y protocolos de JR, lineamientos IAFA y guías de RRD con mención explícita a mujeres y personas LGBTIQ+), y con evidencias operativas regulares (informes JR, INDDA). Donde persisten brechas es en métricas longitudinales sobre estigma social y en desagregación presupuestaria y de resultados por sexo y diversidad sexual. Para cerrar esas brechas —y así responder íntegramente a los indicadores propuestos— se recomienda institucionalizar encuestas periódicas de percepción, módulos de satisfacción y seguimiento de calidad de vida con desagregación robusta, y una clasificación presupuestaria programática que permita atribución específica a RRD con enfoque de género y diversidad.

Capítulo 9: Hallazgos Transversales

1. Justicia restaurativa y encarcelamiento

Costa Rica ha consolidado un cambio de paradigma que trasciende la visión punitiva y coloca el fenómeno de las drogas en la intersección entre salud pública, derechos humanos y desarrollo humano. La Ley 8204 y sus reformas introducen principios de proporcionalidad y distinción entre consumo y tráfico, lo cual representa un avance normativo significativo. Sin embargo, su implementación enfrenta retos, particularmente en la cobertura de servicios de salud vinculados a personas usuarias de drogas. En este contexto, la justicia restaurativa y el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJR) se posicionan como alternativas efectivas a la prisión. Evaluaciones realizadas por el Poder Judicial evidencian su eficiencia comparada con la vía ordinaria, tanto en reducción de costos como en satisfacción de las personas usuarias. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de expandir el modelo y de orientar recursos hacia acompañamiento psicosocial y reinserción social. No obstante, persisten vacíos en la aplicación de la perspectiva de género: los lineamientos específicos apenas comienzan a consolidarse y se requieren protocolos más robustos que atiendan las particularidades de las mujeres, especialmente aquellas concentradas en delitos de microtráfico en contextos de pobreza y exclusión social.

2. Tratamiento para consumo problemático

El sistema costarricense cuenta con un andamiaje sanitario que facilita la prestación de servicios ambulatorios y comunitarios, permitiendo continuidad terapéutica sin interrumpir las responsabilidades cotidianas. La red de atención incluye CAID, servicios de la CCSS y ONG acreditadas, en un esfuerzo por diversificar la cobertura. A pesar de estos avances, los recursos son insuficientes frente a la magnitud del problema y persisten disparidades territoriales y de pertinencia cultural, con vacíos particularmente graves en zonas indígenas y rurales. En el plano normativo, los lineamientos de reducción de daños (2022 y 2024) representan una fase de fortalecimiento e institucionalización del modelo, pero aún falta una trazabilidad programática que vincule de manera clara presupuestos, prestación de servicios y resultados con enfoque de género e interseccionalidad. La pertinencia cultural también se mantiene como un desafío: aunque existen normas y lineamientos para pueblos originarios, la



Financiado por
la Unión Europea

implementación práctica es irregular y muchas veces se limita a un abordaje centrado en el control más que en la salud integral.

3. Prevención del consumo de drogas

La prevención se ha fortalecido gracias a la puesta en marcha del Sistema Nacional de Prevención (SINAPRE), que reúne a más de 15 instituciones en una gobernanza de alcance nacional. Este avance formaliza la interinstitucionalidad, aunque también revela riesgos de fragmentación y la necesidad de mecanismos consistentes de coordinación. La política nacional incorpora programas basados en evidencia —como los de habilidades para la vida— y amplía la cobertura al integrar tabaco y nicotina en el continuo preventivo, respaldado por el Convenio Marco para el Control del Tabaco y la Ley 9028. Estas medidas, junto con herramientas innovadoras como el chatbot “Dejar de fumar y vapear”, demuestran una mayor coherencia al integrar sustancias legales e ilegales en la estrategia preventiva. El Plan Nacional sobre Drogas 2020–2024 profesionaliza la gestión, introduciendo cadenas de resultados y mecanismos de seguimiento, mientras que la Estrategia Nacional 2020–2030 amplía el horizonte al articular prevención, atención, persecución y sanción bajo un enfoque de derechos humanos, género y reducción de daños. Aun con estos avances, persiste un déficit en el establecimiento de metas diferenciadas por edad, sexo, pertenencia étnica o condición de vulnerabilidad, lo que limita la capacidad de los programas para responder a la diversidad de contextos sociales.

4. Reducción de riesgos y daños

La reducción de riesgos y daños (RRD) se ha institucionalizado de manera progresiva y hoy forma parte explícita de la Estrategia Nacional sobre Drogas. Los lineamientos de 2022 y 2024 marcan una etapa de consolidación del modelo, que busca integrarse en la red de salud, educación y justicia. A pesar de ello, la cobertura sigue siendo limitada y altamente desigual. El estigma y la discriminación hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas persisten como barreras críticas para el acceso. Aunque existen lineamientos del IAFA que promueven intervenciones centradas en derechos, aún no se cuenta con estudios nacionales sólidos que midan el impacto de estas acciones. Además, la falta de desagregaciones presupuestarias y de resultados por sexo, territorio o pertenencia a poblaciones específicas limita la posibilidad de evaluar la sostenibilidad y la pertinencia de las intervenciones. La cooperación internacional, particularmente a través de marcos como COPOLAD, ha jugado un papel clave para sostener estas iniciativas, pero plantea el reto de garantizar institucionalización y financiamiento estable a largo plazo.

5. Transversales comunes

El análisis revela un patrón consistente: Costa Rica avanza hacia un enfoque integral que articula salud pública, derechos humanos y seguridad, pero aún existe una brecha entre el reconocimiento normativo y la práctica efectiva. La interinstitucionalidad, expresada en instancias como el SINAPRE, es un activo estratégico que requiere mayor consolidación mediante mecanismos claros de gobernanza, trazabilidad y rendición de cuentas. El fortalecimiento de los sistemas de información, con los INDDA como referencia, ha permitido decisiones más informadas, pero la falta de datos desagregados e interseccionales limita la



Financiado por
la Unión Europea

capacidad para orientar respuestas diferenciadas. Asimismo, la política antidrogas muestra coherencia con otras agendas nacionales como la PIEG, la política de salud mental y el Plan Nacional de Desarrollo, lo que favorece sinergias intersectoriales. Sin embargo, para cerrar la brecha entre norma y práctica se requiere avanzar en tres frentes: protocolos específicos con enfoque de género e interseccionalidad, indicadores sensibles a estas dimensiones y reglas claras de financiamiento estable y fiscalizado.

Capítulo 10 : Conclusiones

El análisis de la política de drogas en Costa Rica evidencia un proceso de transformación que ha transitado desde enfoques punitivos hacia un abordaje integral centrado en la salud, los derechos humanos y la reinserción social. Esta evolución se refleja en los planes nacionales más recientes, en la consolidación de la reducción de riesgos y daños como estrategia programática, y en el fortalecimiento de la justicia restaurativa como alternativa al encarcelamiento.

Asimismo, la política ha avanzado en la incorporación de la perspectiva de género, la interinstitucionalidad y la pertinencia cultural, aunque persisten desafíos significativos en cuanto a recursos, cobertura y producción de datos desagregados. A continuación, se presentan las conclusiones desarrolladas en cuatro ejes principales: justicia restaurativa y encarcelamiento, tratamiento para consumo, prevención del consumo problemático y reducción de riesgos y daños.

Justicia restaurativa y encarcelamiento

- El Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ) constituye una alternativa eficaz frente al encarcelamiento, ya que prioriza la reparación y el acompañamiento en lugar del castigo. Con ello se contribuye a disminuir el hacinamiento carcelario y se atenúan los daños colaterales de la privación de libertad.
- La formalización de un manual con enfoque de género para el PTDJ refuerza la obligación institucional de dar respuestas diferenciadas, superando el tratamiento universalista que invisibilizaba las necesidades específicas de las mujeres. No obstante, persiste una tensión entre seguridad y proporcionalidad: en muchos casos la prisión sigue siendo la respuesta predominante, lo que subraya la necesidad de fortalecer las medidas alternativas y no privativas de libertad.
- El aumento de auditorías y seguimientos de la Contraloría General ha impulsado mejores prácticas en transparencia y rendición de cuentas, lo que exige mayor trazabilidad y evidencia en la gestión de los programas de justicia restaurativa. La expansión territorial del PTDJ a 13 de 15 circuitos judiciales demuestra un avance en cobertura, aunque aún se presentan vacíos en la medición y ausencia de desagregaciones por sexo en su aplicación.
- Estudios presupuestarios del Poder Judicial confirman que la justicia restaurativa es más eficiente que la vía ordinaria, tanto en términos de costos como de satisfacción



Financiado por
la Unión Europea

de las personas usuarias, lo que justifica la reasignación de recursos hacia programas psicosociales y de reinserción.

- A su vez, entre 2015 y 2017 se incluyeron poblaciones diversas —mujeres, pueblos indígenas, afrodescendientes, migrantes y personas de la diversidad sexual— en talleres y módulos de justicia restaurativa. Sin embargo, la aplicación plena de este enfoque en el campo de las drogas avanza de manera más gradual.
- Finalmente, la diferenciación normativa entre consumo personal y tráfico ilícito evita la criminalización de las personas usuarias y orienta hacia servicios de salud, aunque aún persisten desafíos de implementación y cobertura territorial.

Tratamiento para consumo

- La política de drogas abandona la lógica exclusivamente represiva y se fundamenta en pilares de salud pública, derechos humanos, delito y desarrollo humano, lo que orienta las acciones hacia la prevención, el tratamiento y la reinserción social.
- El Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) 2020–2024 introduce cadenas de resultados, metas calendarizadas y mecanismos de seguimiento, lo que eleva el estándar de gestión pública y articula estas metas con el Plan Nacional de Desarrollo. A pesar de contar con un marco jurídico sólido, los recursos y la cobertura continúan siendo insuficientes, lo que genera desigualdades territoriales y limita la pertinencia de los servicios.
- La interinstitucionalidad se ha convertido en la columna vertebral de la red de atención, articulando esfuerzos de IAFA, ICD, MEP, Ministerio de Salud y Poder Judicial para asegurar la continuidad del cuidado.
- El sistema de atención combina diversos dispositivos, como los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID), servicios de la CCSS, programas comunitarios acreditados y servicios de bajo umbral, lo que permite articular diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción bajo supervisión sanitaria.
- El IAFA ha emitido lineamientos específicos para la atención de mujeres con consumo problemático (2023), reconociendo sus necesidades diferenciadas en torno a la maternidad, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva. La política de drogas se alinea también con la Política Nacional de Salud Mental y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, integrando dimensiones sanitarias y sociales en un marco de derechos humanos.
- La estrategia de salud pública 2017–2021 incorporó principios de igualdad, no discriminación, género, derechos humanos e interculturalidad, conectando los procesos de recuperación con empleo, vivienda y educación. Entre 2020 y 2025 se consolidó la arquitectura estratégica con guías y lineamientos técnicos que fortalecen un tratamiento basado en derechos, evidencias y monitoreo constante.
- Los programas ambulatorios, como Proyecto Equilibrio, permiten que las personas accedan a tratamientos sin interrumpir responsabilidades familiares o laborales, aplicando un enfoque centrado en la persona.



Financiado por
la Unión Europea

- Asimismo, los grupos de autoayuda y redes comunitarias actúan como complemento a la atención formal, favoreciendo la adherencia, la reducción de recaídas y la recuperación sostenida.
- El abordaje regulatorio y sanitario de sustancias legales, como tabaco y alcohol, evita dicotomías en el sistema y las integra al continuo de prevención y tratamiento.
- Finalmente, el Decreto 37110-S (2012) estableció un marco obligatorio que ordena los servicios de tratamiento, fija estándares y roles, y habilita la articulación del sistema nacional con estrategias de reducción de daños.

Prevención del consumo

- La prevención basada en evidencia se consolidó como un pilar esencial en la política de drogas, integrándose de manera explícita en el marco estratégico nacional. El PNsD introdujo mecanismos de gestión con cadenas de resultados y metas calendarizadas que permiten dar seguimiento y evaluar avances en materia preventiva.
- La coordinación interinstitucional fortaleció los programas escolares y comunitarios, particularmente a través de la articulación entre MEP, IAFA y Ministerio de Salud. La pertinencia cultural pasó de ser una mención tangencial en los planes de 2005–2007 a convertirse en una exigencia operativa en la ENDDA 2020–2030, lo que obliga a diseñar programas adaptados a comunidades específicas y con participación local.
- La prevención se articula también con la Política Nacional de Salud Mental y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, integrando determinantes sociales en un enfoque de derechos.
- La estrategia sanitaria 2017–2021 vinculó igualdad y no discriminación a la prevención, promoviendo trayectorias de atención integral y no intervenciones aisladas. Los planes de 2005–2017 prepararon el terreno institucional para enfoques integrales al exigir producción de datos y fortalecimiento institucional como base para las políticas preventivas.
- La VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas generó evidencia valiosa sobre perfiles y tendencias de consumo, lo que permite orientar la focalización de acciones preventivas en grupos etarios y territorios específicos.
- La integración de sustancias legales, como tabaco y alcohol, dentro del marco preventivo y sanitario refuerza la coherencia del sistema, evitando respuestas fragmentadas.

Reducción de riesgos y daños

- La ENDDA 2020–2030 incorporó de manera explícita la reducción de daños como parte del continuo de atención, reconociendo que no es necesaria la abstinencia para acceder a los servicios. Este cambio representa un salto cualitativo respecto de políticas anteriores.
- El Modelo de Reducción de Daños (2017) y su actualización metodológica (2022–2024) consolidaron criterios de calidad, accesibilidad y no discriminación, aportando un lenguaje técnico y operativo de referencia nacional.



Financiado por
la Unión Europea

La consolidación de lineamientos técnicos entre 2020 y 2025 fortaleció la institucionalización de la reducción de daños, asegurando coherencia con derechos humanos y estándares internacionales.

- Los programas ambulatorios y comunitarios han incorporado principios de reducción de daños, lo que asegura continuidad terapéutica y evita interrupciones en la vida cotidiana de las personas.
- El abordaje regulatorio de sustancias legales, como tabaco y alcohol, se integra de manera lógica con la estrategia de reducción de daños, evitando dicotomías en la política pública.
- El proceso de institucionalización de la reducción de daños se remonta a definiciones introducidas en los planes 2005–2007, aunque su formalización programática ocurrió hasta la ENDDA 2020–2030.
- A pesar de los avances, persiste un déficit de datos desagregados por sexo, etnia, territorio y condición socioeconómica, así como la falta de investigación nacional específica en reducción de daños, lo que limita la capacidad de diseñar y evaluar políticas sensibles a la diversidad.
- La brecha entre la norma y la práctica, vinculada a la insuficiencia de recursos, afecta especialmente la cobertura de dispositivos de bajo umbral y limita el alcance territorial.
- Finalmente, la exigencia de pertinencia cultural en los planes más recientes también incluye la necesidad de adaptar los dispositivos de reducción de daños a las características y realidades de cada comunidad.

Capítulo 11 : Oportunidades de mejora

Justicia restaurativa y encarcelamiento:

- Fortalecer la implementación efectiva de medidas alternativas a la prisión para evitar el uso excesivo del encarcelamiento.
- Incorporar indicadores de género y diversidad en la medición de resultados del PTDJ y programas afines.
- Consolidar la cobertura en los circuitos judiciales faltantes y garantizar recursos para una expansión sostenible.
- Integrar mecanismos de capacitación permanente para operadores judiciales en justicia restaurativa con enfoque de género e interculturalidad.

Tratamiento para consumo

- Incrementar la inversión en cobertura y recursos para garantizar la equidad territorial en el acceso a tratamiento.
- Asegurar la plena implementación de lineamientos de atención diferenciada para mujeres, incorporando también a la población LGBTIQ+.



Financiado por
la Unión Europea

- Mejorar la articulación entre dispositivos comunitarios y servicios especializados para asegurar continuidad en la atención.
- Ampliar la oferta de programas ambulatorios que permitan tratamientos compatibles con la vida cotidiana de las personas.

Prevención del consumo

- Fortalecer la prevención con programas sostenibles que incluyan participación comunitaria real.
- Ampliar la adaptación cultural de estrategias preventivas para responder a diversidad étnica, territorial y socioeconómica.
- Usar datos de encuestas nacionales para focalizar recursos en grupos etarios de mayor riesgo.
- Mejorar la articulación entre prevención, tratamiento y reinserción para consolidar trayectorias integrales de cuidado.

Reducción de riesgos y daños

- Generar y sistematizar datos desagregados que permitan evaluar impacto diferenciado de las políticas de reducción de daños.
- Ampliar la cobertura de dispositivos de bajo umbral para atender a más territorios y poblaciones en riesgo.
- Garantizar financiamiento sostenible que cierre la brecha entre el marco normativo y su implementación.
- Desarrollar protocolos culturalmente adaptados y con participación de comunidades para dispositivos de reducción de daños.

Bibliografía

- **AmeliaRueda.com.** (2024). *Ministro anuncia retomarlo en 2024 con actualización de contenidos.*
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (1973). *Ley N.º 5395, Ley General de Salud.* La Gaceta N.º 102 del 30 de mayo de 1973.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (1998). *Ley N.º 7739, Código de la Niñez y la Adolescencia.* La Gaceta N.º 243 del 17 de diciembre de 1998.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (1998). *Ley N.º 7801, Crea el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).* La Gaceta N.º 102 del 29 de mayo de 1998.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2001). *Ley N.º 8204, Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.* La Gaceta N.º 97 del 21 de mayo de 2001.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2008). *Ley N.º 8655: Aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.*



Financiado por
la Unión Europea

- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2009). *Ley N.º 8720, Ley de Justicia Restaurativa.* La Gaceta N.º 191 del 1 de octubre de 2009.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2010). *Ley N.º 8897, Reforma integral a la Ley del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).* La Gaceta N.º 180 del 16 de septiembre de 2010.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2012). *Ley N.º 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud.*
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2013). *Ley N.º 9074, Reforma a la Ley 8204 sobre estupefacientes.* La Gaceta N.º 169 del 4 de septiembre de 2013.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2016). *Ley N.º 9387, Reforma a la Ley 8204 sobre estupefacientes.* La Gaceta N.º 139 del 20 de julio de 2016.
- **Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2017). *Ley N.º 9449, Reforma a la Ley 8204 sobre estupefacientes.* La Gaceta N.º 129 del 6 de julio de 2017.
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).** (2020). *Lineamiento para la atención de las personas en situación de calle en la red de servicios de la CCSS.*
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).** (2021, marzo). *Lineamiento para la detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.*
<https://hdl.handle.net/20.500.11764/4572>
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).** (2023). *Lineamiento técnico operativo para la atención con pertinencia cultural en salud de los pueblos indígenas en territorio costarricense.*
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).** (2023, febrero). *Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en redes de servicios de salud.*
<https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).** (s.f.). *Programas y servicios de atención en adicciones.*
- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).** (2019). *Mujeres privadas de libertad en las Américas.* OEA.
<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Mujeres-Privadas-Libertad.pdf>
- **Consejo de la Persona Joven (CPJ).** (2011). *Política Nacional de la Persona Joven 2020–2024.*
- **Contraloría General de la República.** (2017). *Informe N.º DFOE-PG-IF-13-2017: Auditoría... sobre la utilización de los bienes comisados y decomisados por el ICD.*
- **Contraloría General de la República.** (2023a). *Informe N.º DFOE-BIS-IAD-00003-2023: Auditoría... sobre la actividad de la Auditoría Interna del IAFA (oficio de remisión).*
- **Contraloría General de la República.** (2023b). *Informe N.º DFOE-BIS-SGP-00001-2023: Seguimiento de la gestión pública acerca de la transferencia de recursos a entidades privadas por parte de los concedentes.*
- **Contraloría General de la República.** (2023c/2025a). *Normas técnicas sobre el presupuesto de los beneficios patrimoniales otorgados mediante transferencia del sector público a sujetos privados (R-DC-00122-2019; versiones 2023 y 2025).*
- **Contraloría General de la República.** (2025b). *Resolución R-DFOE-CIU-00005-2025.*



Financiado por
la Unión Europea

- **Contraloría General de la República.** (2025c). *Oficio DFOE-CIU-0192-(09546)-2025 (antecedentes sobre contratación ERP con RACSA).*
- **Costa Rica Treatment Center (CRTC).** (s.f.). *Programas de tratamiento residencial.*
- **El País.** (2023, 13 de noviembre). *El modelo antibukele funciona en Costa Rica: Menos cárceles, menos crímenes.* <https://elpais.com/america-futura/2023-11-13/el-modelo-antibukele-funciona-en-costa-rica.html>
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).** (2022). *European drug report 2022: Trends and developments.*
- **FAOLEX.** (s.f.). *Reforma del artículo 29 de la Ley 9028 (destino del tributo).*
- **Fundación Bandera Blanca & Clínica Integral Nueva Vida.** (s.f.). *Reseña de centros autorizados por IAFA.*
- **IAFA & Ministerio de Educación Pública (MEP).** (s.f.). *PDEIT – Prevención, Detección e Intervención Temprana (definición y coberturas).*
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2005). *Plan Nacional sobre Drogas 2005–2007.* San José: ICD.
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2007). *Plan Nacional sobre Drogas 2008–2012.* San José: ICD.
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2013). *Plan Nacional sobre Drogas 2013–2017.* San José: ICD.
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2020). *Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020–2030.* San José: ICD. https://icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/marco_estrategico/Informes_Cumplimiento/ENDDA-PNSD/ENDDA_ICD_2020-2030.pdf
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2020). *Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo (PNsD) 2020–2024.* San José: ICD.
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2020–2024). *Productos del PNsD 2020–2024 (rendición).*
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (2021–2024). *Informes Nacionales sobre Drogas y Delitos Asociados (INDDA 2020–2023).*
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).** (s.f.). *Instituto Costarricense sobre Drogas.* Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Costarricense_Sobre_Drogas
- **Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD, UIE).** (2020–2025). *Boletines estadísticos (serie 2020–2025).*
- **Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).** (2017). *Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades (PLANOVI 2017–2032).*
- **Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).** (2018). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG) 2018–2030.*
- **Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).** (2021). *Mujeres privadas de libertad: Diagnóstico sobre condiciones de vida y acceso a derechos.*
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2022a). *Lineamientos esenciales para el funcionamiento de dispositivos y servicios desde el enfoque del*



Financiado por
la Unión Europea

modelo de reducción de daños de Costa Rica (Versión 2.5). <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/09/Lineamientos-Esenciales-para-el-Funcionamiento-de-Dispositivos-y-Servicios-desde-el-enfoque-del-Modelo-de-Reduccion%CC%81n-de-Dan%CC%83os.pdf>

- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2022b). *Guía informativa: Prevención de riesgos y reducción de daños relacionados con el uso de sustancias psicoactivas.* <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2023/05/GUI%CC%81A-INFORMATIVA-COMPLETA.pdf>
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2023, 24 de octubre). *IAFA presenta Encuesta Nacional: alcohol y cannabis con más consumidores en grupo de 20 a 29 años (Comunicado de prensa).*
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2024). *Actualización del Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (MPPRD 2024).* <https://iafa.go.cr/wp-content/uploads/2025/02/Modelo-Prevencion-de-Riesgos-y-Reduccion-de-danos-2024.pdf>
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2024). *Informe técnico sobre requerimientos de recursos de Auditoría Interna 2024–2025 (AI-162-11-23).*
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2024a). *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Costa Rica 2022.*
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2024b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Hogares: ficha técnica e histórico.*
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (2025, 31 de julio). *Costa Rica presenta manual para el Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa con Perspectiva de Género.* <https://iafa.go.cr/comunicado/costa-rica-presenta-manual-para-el-tratamiento-de-drogas-bajo-supervision-judicial-restaurativa-con-perspectiva-de-genero/>
- **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).** (s.f.). *Sobre el IAFA y Centros de Atención Integral en Drogas (CAID).* <https://iafa.go.cr>
- **Kooiman, J.** (2003). *Governing as governance.* London: SAGE Publications.
- **Ministerio de Educación Pública (MEP).** (2014–2019). *Programas de prevención del uso indebido de drogas y estadísticas del consumo (incluye Convivir, Familias Fuertes y PDEIT).*
- **Ministerio de Educación Pública (MEP).** (2018). *Circular DVM-AC-002-2018: Lineamientos técnico-administrativos para la prevención del fenómeno de las drogas.*
- **Ministerio de Educación Pública (MEP).** (2024). *Directorio de Programas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Recursos Comunitarios.*
- **Ministerio de Educación Pública (MEP).** (2024, 1 de febrero). *Circular DVM-AC-DVE-02-0025-2024: Lineamientos de prevención de sustancias psicoactivas en el sistema educativo.*
- **Ministerio de Justicia y Paz de Costa Rica.** (2017). *Política penitenciaria científica y humanista.* San José: Ministerio de Justicia y Paz.
- **Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN).** (2017). *Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2017–2022.*



Financiado por
la Unión Europea

- **Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.** (2025). *Costa Rica lanza manual con enfoque de género para el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa.* <https://www.rree.go.cr/?cat=prensa&cont=593&id=8405&sec=servicios>
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2009). *Protocolo para uso de metadona (Junta de Vigilancia de Drogas).*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2009, 8 de septiembre). *Decreto Ejecutivo N.º 35383-S: Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas.* https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2021/10/Normadecreto35383_S.pdf
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012–2021.*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2012, 25 de junio). *Decreto Ejecutivo N.º 37110-S: Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.* https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2021/10/Decreto_PoliticadelSectorSaludparaTratamiento.pdf
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2014). *Política Nacional de Salud 2014–2021.*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2017). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2023). *Lista de estupefacientes y sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización nacional.*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2023). *Política Nacional de Salud Mental 2023–2030.*
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024–2034.*
- **Ministerio de Seguridad Pública.** (2013). *Política Nacional de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social 2013–2023.*
- **Monumental.** (2022). *Fuerza Pública retomó D.A.R.E.*
- **Narcóticos Anónimos (NA).** (s.f.). *Información general.* Wikipedia.
- **Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) & COPOLAD.** (2017). *Estrategia Nacional sobre Drogas de Costa Rica 2017–2021.* https://copolad.eu/wp-content/uploads/attachments/Costa_Rica_Estrategia_Nacional_Drogas_2017-2021.pdf
- **Organización de las Naciones Unidas (ONU).** (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.*
- **Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO).** (s.f.). *Foro: experiencia de creación del ChatBot “Dejar de Fumar y Vapear” (reconocimiento OMS).*
- **Poder Ejecutivo (La Gaceta).** (2005–2007). *Plan Nacional sobre Drogas 2005–2007 (extracto oficial).*
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2012–2024). *Informes anuales e informes de labores del Programa de Justicia Restaurativa.*
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2013a). *Justicia restaurativa en materia penal juvenil. Programa de Justicia Restaurativa.*



Financiado por
la Unión Europea

- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2013b). *Justicia restaurativa: Programa de tratamiento de drogas.* Programa de Justicia Restaurativa.
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2017). *Protocolo del Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial.* <https://justiciarestaurativa.poder-judicial.go.cr/protocolo-drogas?download=86%3Aprotocolo-del-programa-de-tratamiento-de-drogas-bajo-supervision-judicial-2017>
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2018). *Ley de Justicia Restaurativa N.º 9582.* https://justiciarestaurativa.poder-judicial.go.cr/images/documentos/Ley_de_Justicia_Restaurativa_Ley_9582_con_Reformas.pdf
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2022). *Costeo comparado entre procesos ordinarios y de justicia restaurativa.* Secretaría General.
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2023). *Informe 275-PLA-RH-MI (PL)-2023: Impacto presupuestario de la Ley 9582 de Justicia Restaurativa.* Dirección de Planificación.
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2024). *Protocolo para la aplicación del artículo 77 bis de la Ley 8204 con perspectiva de género.* Corte Suprema de Justicia.
- **Poder Judicial de Costa Rica.** (2025). *Estandarizan atención de mujeres en condiciones vulnerables en conflicto con delitos menores de drogas.* <https://justiciarestaurativa.poder-judicial.go.cr/mas-noticias/492-estandarizan-atencion-de-mujeres-en-condiciones-vulnerables-en-conflicto-con-delitos-menores-de-drogas>
- **Proyecto Equilibrio.** (s.f.). *Programa ambulatorio para el tratamiento de adicciones.* <https://proyectoequilibriocr.com>
- **Rhodes, R. A. W.** (1996). *The new governance: Governing without government.* Political Studies, 44(4), 652–667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- **Sistema Nacional de Bibliotecas de Salud (BINASSS).** (2017). *Modelo de reducción de daños en Costa Rica.* Ministerio de Salud. <https://repositorio.binasss.sa.cr/items/6ecbcd88-55da-4e56-b186-798a3275bd45/full>
- **Sistema Nacional de Prevención (SINAPRE).** (s.f.). *Folleto/guía y página institucional (IAFA; ICD).* Lanzamiento 21 ago. 2023.
- **Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA).** (2024). *Normativa y oferta de servicios.* IAFA (PDF).
- **SMART Recovery.** (s.f.). *Enfoque científico en adicciones.* Wikipedia.
- **United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).** (2018). *Women and drugs: Drug use, drug supply and their consequences.*
- **Vargas-Cordero, A.** (2023). *Reducción de daños y políticas públicas en Costa Rica: una aproximación desde los derechos humanos.* Revista Latinoamericana de Estudios sobre Drogas, 23(1), 1–18. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592023000100053&script=sci_arttext



Financiado por
la Unión Europea

Anexos

Anexo 1: Matriz evaluativa:

Objetivo: Analizar la incorporación y efectividad de la justicia restaurativa en las políticas de encarcelamiento por delitos relacionados con drogas, con especial atención a las desigualdades de género y al impacto en la reincidencia y la reinserción social⁴.

Agenda política:

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponibles	Fuentes de verificación no disponibles
¿En qué medida el análisis de género estuvo explícitamente presente al momento de reconocer la necesidad de aplicar justicia restaurativa en políticas penitenciarias sobre drogas?	<p>Porcentaje y cantidad de documentos oficiales (propuestas legislativas, políticas públicas, planes estratégicos) sobre justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas que incluyen explícitamente un diagnóstico de género.</p> <p>Presencia explícita del término "género" o equivalentes en discursos, debates legislativos y/o institucionales que reconocen la necesidad de la justicia restaurativa.</p> <p>Número de documentos técnicos o diagnósticos previos que justifican la incorporación de la justicia restaurativa, identificando</p>	<p>Documentos institucionales clave, como los informes anuales del Poder Judicial y protocolos elaborados por el Ministerio de Justicia y Paz.</p> <p>Propuestas legislativas y debates parlamentarios, que permiten analizar cómo actores gubernamentales y no gubernamentales han impulsado o resistido la adopción de esta perspectiva, especialmente enfocada en género y delitos relacionados con drogas.</p>	

⁴ Se van a analizar proporcionalidad de las penas.



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponibles	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>desigualdades específicas experimentadas por mujeres en contextos de delitos relacionados con drogas.</p> <p>Porcentaje de intervenciones públicas de autoridades o expertos en las que se menciona explícitamente cómo las desigualdades de género afectan diferencialmente a hombres y mujeres en delitos relacionados con drogas.</p> <p>Cantidad y tipo de estudios o investigaciones previas citados en documentos oficiales para sustentar la importancia del análisis de género en la aplicación de justicia restaurativa.</p> <p>Número de expertos/as en género involucrados/as en la etapa inicial de inclusión en la agenda para proporcionar insumos técnicos.</p>	<p>Diagnósticos técnicos, estadísticas oficiales desagregadas por género, y estudios académicos realizados por universidades o centros especializados, como el Programa Estado de la Nación.</p>	

Programación



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponible	Fuentes de verificación no disponible
<p>¿Las estrategias definidas para la implementación de justicia restaurativa en delitos relacionados con drogas consideran explícitamente la reducción de desigualdades de género en su diseño?</p>	<p>Número y porcentaje de documentos técnicos, protocolos o planes estratégicos que mencionan explícitamente la reducción de desigualdades de género como un objetivo clave.</p> <p>Existencia de secciones específicas en las estrategias que aborden diferencialmente la situación de hombres y mujeres respecto a delitos relacionados con drogas.</p> <p>Número de medidas específicas/programas dirigidos a atender las necesidades particulares de mujeres privadas de libertad por delitos relacionados con drogas (por ejemplo: atención en salud sexual y reproductiva, apoyo psicológico especializado, capacitación laboral específica).</p> <p>Cantidad de programas o estrategias diseñadas para facilitar la</p>	<p>Documentos oficiales (protocolos, guías técnicas, manuales operativos).</p> <p>Informes presupuestarios del Ministerio de Justicia, Poder Judicial e INAMU.</p> <p>Actas de reuniones técnicas o talleres participativos.</p> <p>Entrevistas con especialistas en género, actores institucionales responsables del diseño de las políticas, y beneficiarias/os de los programas implementados.</p> <p>Registros administrativos o bases de datos institucionales.</p> <p>Informes de cierre o memorias de talleres, diplomados o</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponible	Fuentes de verificación no disponible
	<p>reinserción social y económica diferenciada por género, especialmente para mujeres en condiciones de vulnerabilidad.</p> <p>Presupuesto específico destinado a acciones o programas de justicia restaurativa con enfoque de género (desagregado por género, si existe).</p> <p>Número y tipo de profesionales capacitados específicamente en género para trabajar en programas de justicia restaurativa relacionados con delitos de drogas.</p> <p>Número de especialistas en género que participaron activamente en el diseño de las estrategias de justicia restaurativa.</p> <p>Existencia de actas o informes que registran la contribución técnica de especialistas en género en el diseño y</p>	<p> cursos (presenciales o virtuales) en temas de género y justicia restaurativa.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponible	Fuentes de verificación no disponible
	formulación de las estrategias.		
¿De qué manera se definieron objetivos, recursos y acciones específicas orientadas hacia la prevención de la reincidencia y facilitación de la reinserción social, diferenciando necesidades según género?	<p>Número de objetivos específicos en los documentos estratégicos que mencionan explícitamente la reducción de la reincidencia en mujeres y hombres de manera diferenciada.</p> <p>Existencia de objetivos específicos orientados a facilitar la reinserción social de mujeres, considerando condiciones de vulnerabilidad particulares (madres solas, jefas de hogar, víctimas de violencia).</p> <p>Cantidad y tipo de recursos (económicos, técnicos y humanos) asignados explícitamente para programas o acciones orientadas hacia la prevención de reincidencia y reinserción social con perspectiva de género.</p> <p>Presupuesto diferenciado por género en los programas específicos</p>	<p>Planes estratégicos institucionales (Ministerio de Justicia y Paz, Poder Judicial, INAMU).</p> <p>Informes presupuestarios desglosados por género.</p> <p>Protocolos específicos para la implementación de justicia restaurativa.</p> <p>Registros y bases de datos institucionales sobre programas ejecutados.</p> <p>Entrevistas cualitativas con actores institucionales, profesionales técnicos, especialistas en género, y beneficiarias/os de los programas.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponible	Fuentes de verificación no disponible
	<p>de justicia restaurativa orientados a la reinserción social y prevención de reincidencia.</p> <p>Número y descripción de programas específicos que ofrecen formación técnica o educativa con enfoque de género para la reinserción social.</p> <p>Cantidad de acciones específicas dirigidas al apoyo psicosocial y acompañamiento terapéutico diferencial por género para prevenir reincidencia y facilitar la reintegración social.</p> <p>Número de instituciones públicas y privadas que colaboran específicamente en la implementación de programas diferenciados por género (por ejemplo: INAMU, Poder Judicial, ONGs especializadas en mujeres privadas de libertad).</p> <p>Cantidad de especialistas en</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación disponible	Fuentes de verificación no disponible
	género involucradas/os activamente en el diseño de acciones para la prevención de reincidencia y reinserción social.		

Implementación.

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿En qué medida la aplicación efectiva de programas de justicia restaurativa responde a las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres encarceladas por delitos relacionados con drogas?	<p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales realizados antes de aplicar programas de justicia restaurativa, que incluyen explícitamente análisis diferenciado por género.</p> <p>Cantidad de necesidades diferenciadas identificadas para mujeres y hombres encarcelados en estos diagnósticos (salud mental, cuidado infantil, apoyo socioeconómico)</p> <p>Número y tipo de intervenciones diferenciadas (talleres, asesorías psicológicas,</p>	<p>Informes de registros administrativos previos a la implementación. Informes técnicos de implementación de los programas restaurativos.</p> <p>Programas de justicia restaurativa diseñados según sus necesidades particulares.</p>	<p>Evaluaciones de impacto o satisfacción realizadas por las instituciones ejecutoras.</p> <p>Bases de datos institucionales desagregadas por género sobre participación y percepción.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>formación laboral específica) implementadas para responder a necesidades específicas según género.</p> <p>Porcentaje de participación efectiva de mujeres y hombres en programas restaurativos diseñados según sus necesidades particulares.</p> <p>Porcentaje de hombres y mujeres que consideran que los programas de justicia restaurativa respondieron efectivamente a sus necesidades particulares.</p> <p>Nivel de satisfacción general y por género con respecto a los servicios específicos recibidos durante el proceso restaurativo.</p>		
<p>¿Qué factores (institucionales, sociales, culturales) han incidido positiva o negativamente en la implementación efectiva de medidas restaurativas orientadas a reducir la</p>	<p>Cantidad y tipo de políticas o normativas institucionales explícitas que favorecen o limitan la implementación de medidas restaurativas con enfoque de género.</p>	<p>Documentos normativos y de política institucional (Ministerio de Justicia, Poder Judicial, INAMU).</p>	<p>Estudios sociales y culturales específicos sobre percepción social del encarcelamiento, reinserción social, reincidencia y</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>reincidencia y favorecer la reinserción social desde una perspectiva de género?</p>	<p>Existencia de estructuras institucionales específicas (comisiones, oficinas especializadas, equipos interdisciplinarios) para la implementación de justicia restaurativa sensible al género.</p> <p>Número y tipo de organizaciones sociales y comunitarias que apoyan activamente la reinserción social y reducción de reincidencia desde un enfoque de género.</p> <p>Percepción de estigma social diferencial hacia hombres y mujeres que participan en medidas restaurativas relacionadas con delitos de drogas.</p> <p>Existencia documentada de prejuicios o estereotipos culturales que afectan diferencialmente a hombres y mujeres en programas restaurativos (por ejemplo, roles tradicionales de género, maternidad/paternidad)</p>	<p>Informes técnicos sobre capacidades institucionales y formación del personal.</p> <p>Registros institucionales sobre participación comunitaria y colaboración interinstitucional.</p> <p>Planes institucionales, informes de gestión, estadísticas judiciales, programas restaurativos.</p> <p>Capacitación del personal judicial y penitenciario en género y justicia restaurativa.</p>	<p>justicia restaurativa.</p> <p>Encuestas y entrevistas con personal institucional, especialistas en género, organizaciones sociales, comunitarias y beneficiarias/os de programas restaurativos.</p> <p>Experiencias documentadas sobre justicia restaurativa.</p> <p>Evaluaciones de las campañas de percepción</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Número y alcance de campañas de sensibilización y educación pública destinadas a modificar percepciones culturales negativas hacia personas involucradas en programas restaurativos con perspectiva de género.</p> <p>Número y porcentaje del personal institucional formado en perspectiva de género y justicia restaurativa, respecto al total del personal involucrado en estos procesos.</p> <p>Evaluación institucional sobre capacidades técnicas y operativas (recursos humanos, financieros y logísticos) destinadas específicamente a implementar medidas restaurativas diferenciadas por género.</p>		

Evaluación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿En qué medida los programas basados en justicia restaurativa	Porcentaje de reincidencia en delitos relacionados con	Registros estadísticos del Poder Judicial y	Estudios académicos o investigaciones



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>lograron reducir las tasas de reincidencia entre hombres y mujeres encarcelados por delitos relacionados con drogas, y existen diferencias significativas por género?</p>	<p>drogas después de participar en programas de justicia restaurativa, desagregado por género.</p> <p>Comparación entre tasas de reincidencia antes y después de la implementación de medidas restaurativas diferenciadas por género.</p> <p>Número y porcentaje de hombres y mujeres participantes que lograron completar exitosamente los programas restaurativos sin reincidencia posterior.</p> <p>Diferencias estadísticas en las tasas de reincidencia según género, luego de la participación en programas de justicia restaurativa.</p> <p>Tiempo promedio (en meses o años) que transcurre hasta una eventual reincidencia tras completar el programa restaurativo,</p>	<p>Ministerio de Justicia sobre reincidencia. Informes de seguimiento y evaluación de programas restaurativos institucionales.</p>	<p>específicas que midan impacto por género en justicia restaurativa.</p> <p>Entrevistas cualitativas y encuestas con población beneficiaria de los programas, así como personal técnico involucrado.</p> <p>Análisis longitudinales sobre la reincidencia en delitos de drogas, según participación en programas restaurativos diferenciados por género</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>diferenciado por género.</p> <p>Porcentaje de participantes (hombres y mujeres) que permanecen libres de reincidencia a largo plazo (más de dos años).</p> <p>Número y tipo de factores institucionales, sociales y personales identificados que influyen en la reincidencia diferencial de hombres y mujeres.</p> <p>Existencia y uso de mecanismos específicos de seguimiento y acompañamiento post-programa diferenciados por género.</p>		
<p>¿Cuál ha sido el impacto de la justicia restaurativa en las oportunidades reales de reinserción social y económica de las personas, especialmente mujeres, tras cumplir condenas relacionadas con delitos de drogas?</p>	<p>Porcentaje de mujeres y hombres participantes en programas de justicia restaurativa que logran acceder a empleo formal o autoempleo tras completar su condena.</p> <p>Número y tipo de emprendimientos o</p>	<p>Registros institucionales del Ministerio de Justicia, Poder Judicial e INAMU sobre seguimiento post-programa.</p> <p>Informes y evaluaciones institucionales sobre</p>	<p>Estudios académicos o evaluaciones independientes sobre el impacto socioeconómico diferencial por género.</p> <p>Encuestas y entrevistas en profundidad con personas</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>proyectos productivos desarrollados por mujeres después de participar en programas restaurativos.</p> <p>Cantidad y porcentaje de mujeres y hombres beneficiarios que completan programas educativos o técnicos específicos tras su participación en medidas restaurativas.</p> <p>Número de programas educativos con perspectiva de género implementados para facilitar la reinserción socioeconómica de mujeres ex-privadas de libertad.</p> <p>Número de personas (mujeres y hombres) beneficiarias de programas restaurativos que reportan acceso efectivo a redes de apoyo familiar y comunitario post-programa.</p> <p>Cantidad de mujeres que han accedido efectivamente a servicios sociales específicos</p>	<p>programas educativos, laborales y sociales vinculados a la justicia restaurativa.</p> <p>Reportes de seguimiento de ONG y organizaciones comunitarias involucradas en programas de apoyo a la reinserción.</p>	<p>beneficiarias (especialmente mujeres) sobre cambios en su calidad de vida y oportunidades socioeconómicas</p> <p>Estudios de percepción.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>(guarderías, salud mental, vivienda, acompañamiento social) después de su participación.</p> <p>Porcentaje de mujeres y hombres participantes que reportan mejoras en sus condiciones de vida luego de participar en programas de justicia restaurativa.</p> <p>Existencia de diferencias significativas por género en la percepción sobre oportunidades de reinserción social y económica ofrecidas por estos programas.</p>		

Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas, considerando la accesibilidad, pertinencia cultural, igualdad de género y la incorporación del enfoque de reducción de daños.

Agenda política

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Qué actores y procesos han contribuido o dificultado la inclusión en la agenda pública de los programas de tratamiento	Número y tipo de actores gubernamentales (ministerios, instituciones de salud pública, seguridad social) que impulsaron explícitamente la	Actas o minutas de mesas técnicas y foros públicos sobre reducción de daños y tratamiento de drogas.	Bases de datos e informes estadísticos institucionales con información desagregada por género, etnia, región



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>basados en reducción de daños, accesibles, culturalmente pertinentes y sensibles al género?</p>	<p>incorporación de programas de tratamiento basados en reducción de daños con perspectiva de género y pertinencia cultural.</p> <p>Número y tipo de organizaciones no gubernamentales, colectivos comunitarios, organizaciones indígenas o afrodescendientes, movimientos feministas, y organismos internacionales que han promovido estos enfoques en la agenda pública.</p> <p>Cantidad y características de mesas técnicas, foros públicos, y diálogos participativos específicos convocados para promover la inclusión en la agenda pública de estos programas con énfasis en reducción de daños, accesibilidad y perspectiva de género.</p> <p>Número de campañas de incidencia, sensibilización pública y educación</p>	<p>Informes oficiales de instituciones involucradas (Ministerio de Salud, IAFA, INAMU, Ministerio de Justicia y Paz).</p> <p>Propuestas de ley, decretos ejecutivos o políticas públicas que incorporan explícitamente el enfoque de reducción de daños, accesibilidad, pertinencia cultural y perspectiva de género.</p> <p>Registros y transcripciones oficiales de debates legislativos o municipales sobre programas de tratamiento basados en reducción de daños.</p> <p>Entrevistas semiestructuradas con actores clave (autoridades públicas, expertos técnicos, activistas sociales, representantes comunitarios e indígenas).</p>	<p>y situación socioeconómica.</p> <p>Entrevistas semiestructuradas o grupos focales con personas técnicas responsables de elaborar los diagnósticos iniciales (profesionales de salud, autoridades públicas, académicos, líderes comunitarios).</p> <p>Transcripciones o minutas de reuniones técnicas de validación o discusión inicial sobre los diagnósticos previos a la inclusión de estos programas.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>comunitaria realizadas, que abordan explícitamente la importancia de los programas de reducción de daños, género y pertinencia cultural.</p> <p>Número y tipo de facilitadores identificados (apoyo político, voluntad institucional, cooperación internacional) que favorecieron la inclusión de estos programas en la agenda pública.</p>		
<p>¿En qué medida el reconocimiento explícito del enfoque de reducción de daños y las necesidades específicas según género y cultura ha estado presente en los diagnósticos iniciales que justificaron la inclusión de estos programas en la agenda política?</p>	<p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que mencionan específicamente el concepto o enfoque de reducción de daños.</p> <p>Frecuencia con la que los diagnósticos iniciales identifican explícitamente el enfoque de reducción de daños como alternativa o complemento al enfoque abstencionista o punitivo tradicional.</p>	<p>Informes diagnósticos iniciales elaborados por instituciones públicas (IAFA, Ministerio de Salud, Poder Judicial, INAMU) para justificar programas de tratamiento.</p> <p>Estudios técnicos o diagnósticos realizados por organismos internacionales y nacionales especializados (OPS/OMS, ONUDD,</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Cantidad y porcentaje de diagnósticos que identifican explícitamente desigualdades o necesidades diferenciadas según género en relación al consumo problemático de drogas.</p> <p>Número de necesidades específicas relacionadas con el género, identificadas en los diagnósticos iniciales (por ejemplo, cuidado infantil, violencia de género, salud sexual y reproductiva, barreras socioeconómicas diferenciadas).</p> <p>Número de diagnósticos iniciales que mencionan explícitamente necesidades específicas culturales o étnicas (poblaciones indígenas, afrodescendientes, migrantes, etc.) en relación al acceso y tipo de tratamiento para consumo de drogas.</p>	<p>COPOLAD, universidades).</p> <p>Propuestas legislativas y decretos ejecutivos que incluyen exposiciones de motivos o diagnósticos iniciales que fundamentan la incorporación del enfoque de reducción de daños.</p> <p>Políticas nacionales, regionales o locales sobre drogas que incluyen secciones diagnósticas explícitas en género, cultura y reducción de daños.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Cantidad de diagnósticos iniciales que recomiendan explícitamente programas culturalmente adaptados o sensibles culturalmente.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos que utilizan datos desagregados por género, etnia, cultura y situación socioeconómica para fundamentar la inclusión del enfoque de reducción de daños.</p> <p>Número de estudios citados o investigaciones previas que sustentan la importancia del enfoque de reducción de daños y la atención diferenciada por género y cultura.</p>		

Programación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones	Número y porcentaje de objetivos formulados en programas oficiales que mencionan explícitamente accesibilidad universal,	Planes estratégicos, manuales operativos y protocolos de	Informes oficiales que documentan la implementación efectiva de acciones específicas adaptadas



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>específicas dentro de los programas de tratamiento que garanticen accesibilidad universal, pertinencia cultural y reducción de daños con enfoque explícito de género?</p>	<p>pertinencia cultural, reducción de daños y enfoque de género.</p> <p>Presencia de objetivos específicos para abordar barreras de acceso (económicas, geográficas, culturales, sociales) desde una perspectiva de género y diversidad cultural.</p> <p>Número y características de estrategias que aseguran la accesibilidad geográfica, económica y social a los programas de tratamiento para personas usuarias de drogas desde una perspectiva de género y diversidad cultural.</p> <p>Existencia de mecanismos explícitos (becas, transporte, flexibilidad horaria) para facilitar el acceso efectivo, particularmente a mujeres y poblaciones culturalmente diversas.</p> <p>Número y porcentaje de programas que incluyen acciones específicas adaptadas culturalmente para comunidades indígenas, afrodescendientes, migrantes, o grupos étnico-culturales específicos.</p>	<p>atención en programas de tratamiento del IAFA, Ministerio de Salud e INAMU.</p> <p>Documentos técnicos generados por organismos internacionales o universidades sobre tratamientos con reducción de daños, perspectiva de género y pertinencia cultural.</p> <p>Reportes institucionales de accesibilidad y barreras de acceso identificadas durante la ejecución de los programas.</p> <p>Guías metodológicas, materiales de formación o sensibilización que incorporan explícitamente la reducción de daños, la perspectiva de género y la</p>	<p>culturalmente y diferenciadas por género.</p> <p>Entrevistas y grupos focales con personas beneficiarias, especialmente mujeres y miembros de poblaciones culturalmente diversas, sobre la relevancia y efectividad de las acciones implementadas.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Existencia de materiales educativos, guías o protocolos diseñados explícitamente con pertinencia cultural para diferentes grupos poblacionales.</p> <p>Cantidad de acciones concretas y específicas dentro de los programas que abordan explícitamente el enfoque de reducción de daños (por ejemplo, provisión de insumos seguros, acompañamiento psicológico especializado).</p> <p>Número y tipo de intervenciones diferenciadas para mujeres, considerando aspectos específicos como maternidad, violencia de género, salud sexual y reproductiva, cuidado infantil, y contextos sociales vulnerables.</p>	<p>pertinencia cultural.</p> <p>Registro de distribución o uso efectivo de estos materiales educativos y recursos específicos.</p> <p>Entrevistas con profesionales que diseñan y ejecutan programas (personal médico, trabajadores sociales, psicólogos, educadores).</p>	
<p>¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos (económicos, humanos, técnicos) para asegurar la incorporación</p>	<p>Presupuesto total y porcentaje destinado explícitamente a programas que incorporan reducción de daños, perspectiva de género y pertinencia cultural.</p> <p>Cantidad de recursos financieros asignados específicamente a acciones dirigidas a mujeres y grupos culturalmente</p>	<p>Presupuestos anuales e informes financieros oficiales de IFAA, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia e INAMU.</p> <p>Informes técnicos específicos sobre la asignación y ejecución</p>	<p>Entrevistas y grupos focales con personal técnico, beneficiarias/os y líderes comunitarios sobre la efectividad en la asignación y uso de los recursos específicos.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>¿Qué tan efectiva es la atención diferenciada según género y cultura?</p>	<p>diferenciados (indígenas, afrodescendientes, migrantes).</p> <p>Número y porcentaje del personal técnico (salud, trabajo social, psicología, educación) capacitado específicamente en reducción de daños, perspectiva de género y pertinencia cultural.</p> <p>Número de especialistas contratados o asignados a programas, con formación específica y experiencia comprobable en reducción de daños, género y diversidad cultural.</p> <p>Número de guías, manuales, protocolos y materiales educativos específicamente diseñados para aplicar el enfoque de reducción de daños con sensibilidad de género y pertinencia cultural.</p> <p>Existencia y utilización efectiva de herramientas técnicas específicas (como kits de reducción de daños, materiales educativos adaptados culturalmente, servicios adaptados a necesidades específicas por género).</p>	<p>presupuestaria de programas con enfoque de reducción de daños, género y cultura.</p> <p>Informes y registros institucionales sobre capacitaciones, cursos y certificaciones otorgadas al personal técnico involucrado en estos programas.</p> <p>Base de datos institucional con información sobre perfiles y especialización del personal asignado.</p> <p>Manuales, guías técnicas, protocolos específicos institucionales (Ministerio de Salud, IAFA, COPOLAD).</p> <p>Materiales educativos y recursos distribuidos específicamente</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	Existencia de mecanismos institucionales explícitos para monitorear y evaluar la asignación, uso y efectividad de los recursos destinados a reducción de daños y atención diferenciada según género y cultura. Número de evaluaciones o informes internos realizados sobre efectividad en la asignación de recursos específicos desde esta perspectiva integrada.	para estos programas. Entrevistas con personas responsables de la planificación y gestión presupuestaria en programas de tratamiento.	

Implementación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿En qué medida se garantiza la accesibilidad real de los programas de tratamiento desde una perspectiva de género, reducción de daños y pertinencia cultural, tomando en cuenta barreras económicas, geográficas y sociales?	Porcentaje de programas que ofrecen servicios gratuitos o con subsidios económicos diferenciados por género y cultura. Número y porcentaje de participantes que reportan que las barreras económicas (costos de tratamiento, transporte, cuidados familiares) fueron eliminadas o significativamente reducidas por medidas específicas. Número y distribución geográfica (urbano-rural,	Estudios académicos o evaluaciones independientes sobre barreras y facilitadores de acceso a los servicios ofrecidos por los programas .	Informes oficiales sobre servicios, cobertura geográfica, modalidades de atención y costos ofrecidos por el IAFA, Ministerio de Salud e INAMU. Registros presupuestarios sobre asignación de recursos destinados a eliminar o reducir barreras económicas, geográficas y sociales.



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>regiones con población indígena o comunidades alejadas) de centros o programas de tratamiento con enfoque explícito en reducción de daños, género y pertinencia cultural.</p> <p>Porcentaje de participantes según género y contexto cultural que consideran adecuado el acceso geográfico y el transporte disponible hacia los programas.</p> <p>Número y tipo de medidas específicas implementadas para reducir el estigma social, la discriminación o las barreras culturales y lingüísticas en el acceso a los programas.</p> <p>Porcentaje de participantes, diferenciados por género y grupos culturales diversos, que perciben que las barreras sociales y culturales fueron abordadas eficazmente por los programas.</p> <p>Número y porcentaje de personas (desagregadas por género y cultura) que ingresan efectivamente y se mantienen activas en</p>		<p>Informes de monitoreo institucional sobre participación efectiva y accesibilidad desagregados por género, etnia y situación socioeconómica.</p> <p>Encuestas de satisfacción aplicadas directamente a participantes en los programas.</p> <p>Entrevistas individuales o grupos focales con personas beneficiarias sobre experiencias de acceso y barreras encontradas (económicas, sociales, culturales, geográficas).</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>los programas de tratamiento.</p> <p>Porcentaje de abandono de programas, especificando si las razones están relacionadas con barreras económicas, geográficas o sociales/culturales y diferenciando según género y contexto cultural.</p>		
<p>¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación efectiva del enfoque de reducción de daños y la atención diferenciada por género y cultura en los programas implementados?</p>	<p>Número y tipo de normativas, políticas y protocolos institucionales vigentes que facilitan o limitan explícitamente la aplicación del enfoque de reducción de daños y atención diferenciada por género y cultura.</p> <p>Existencia de estructuras institucionales específicas (comités, unidades especializadas, equipos multidisciplinarios) que facilitan o dificultan la incorporación del enfoque integrado en programas implementados.</p> <p>Número y características de prejuicios, creencias, estigmas o percepciones culturales identificadas que dificultan o favorecen la implementación del enfoque de reducción de</p>	<p>Normativas internas, políticas institucionales, manuales operativos del Ministerio de Salud, IAFA, INAMU.</p> <p>Actas de reuniones interinstitucionales y mesas técnicas sobre reducción de daños y género.</p> <p>Informes internos o externos que identifican facilitadores y barreras en la implementación de los programas desde una perspectiva integral (reducción de</p>	<p>Reportes sobre resultados de campañas de sensibilización social y comunitaria.</p> <p>Entrevistas individuales o grupos focales con personal técnico, beneficiarias/os, actores comunitarios y líderes institucionales para identificar factores facilitadores o limitantes.</p> <p>Encuestas de percepción social y comunitaria respecto a los enfoques implementados en los programas.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>daños, género y pertinencia cultural.</p> <p>Número de acciones específicas realizadas (campañas, talleres educativos, intervenciones comunitarias) para sensibilizar o transformar creencias culturales que limitan la aplicación efectiva del enfoque integrado.</p> <p>Número y tipo de actores sociales (organizaciones comunitarias, religiosas, líderes locales, grupos feministas o étnico-culturales) que han actuado facilitando o limitando la implementación efectiva del enfoque integrado en los programas.</p> <p>Nivel de aceptación social percibido por beneficiarias/os y comunidades sobre los programas basados en reducción de daños, perspectiva de género y pertinencia cultural.</p> <p>Número y porcentaje del personal institucional que reconoce explícitamente barreras culturales o sociales en la</p>	<p>daños, género y cultura).</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>implementación de programas con reducción de daños, género y pertinencia cultural.</p> <p>Existencia de estrategias institucionales específicas (formación continua, supervisión técnica) para gestionar eficazmente factores institucionales, sociales y culturales identificados como obstáculos.</p>		

Evaluación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Cuál es el nivel de efectividad de los programas implementados en términos de mejora en la calidad de vida, reducción del consumo problemático de drogas, y reducción de daños, con diferencias específicas según género y contexto cultural?	<p>Porcentaje de personas (desagregado por género y cultura) que reportan reducción significativa en su consumo problemático después de participar en los programas.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que logran cumplir objetivos personales específicos relacionados con el manejo del consumo de drogas según</p>		<p>Informes oficiales de monitoreo y evaluación de programas implementados (IAFA, Ministerio de Salud, Poder Judicial, INAMU).</p> <p>Estadísticas institucionales sobre resultados en reducción del consumo problemático de drogas y mejora en calidad de vida, desagregadas por género y contexto cultural.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>género y contexto cultural.</p> <p>Número y porcentaje de personas participantes (desagregado por género y etnia/cultura) que reportan mejoras significativas en áreas clave como salud física, salud mental, relaciones familiares, inclusión social y estabilidad económica después del tratamiento.</p> <p>Número de participantes que acceden efectivamente a servicios complementarios (salud, empleo, educación, apoyo social), diferenciados según género y contexto cultural.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que adoptan prácticas seguras (uso de insumos seguros, acceso a servicios sanitarios</p>		<p>Evaluaciones independientes realizadas por organismos académicos o internacionales sobre el impacto de programas de reducción de daños desde perspectivas de género y culturales.</p> <p>Publicaciones especializadas sobre resultados en calidad de vida y reducción del consumo problemático relacionadas con programas implementados.</p> <p>Entrevistas en profundidad o grupos focales con personas beneficiarias (hombres y mujeres, población indígena, afrodescendiente, migrante, etc.) para evaluar percepciones sobre los cambios experimentados.</p> <p>Encuestas o cuestionarios específicos aplicados a participantes sobre calidad de vida,</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>especializados, adherencia a tratamientos médicos), diferenciados según género y contexto cultural.</p> <p>Reducción comprobable en riesgos asociados al consumo problemático (enfermedades, violencia, accidentes, situaciones legales) desagregado por género y contexto cultural.</p> <p>Porcentaje de satisfacción general y específico, según género y grupos culturales diversos, con respecto a la utilidad y pertinencia del enfoque de reducción de daños aplicado.</p> <p>Diferencias significativas identificadas en las percepciones y valoraciones de los programas por parte de</p>		<p>reducción del consumo problemático y satisfacción con programas recibidos.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	participantes según género y contexto cultural.		
¿En qué medida los programas evaluados han contribuido efectivamente a disminuir las brechas de acceso relacionadas con género, cultura y condición socioeconómica, y han incorporado de manera sostenible el enfoque de reducción de daños en el tratamiento del consumo problemático de drogas?	<p>Variación porcentual en la participación efectiva de grupos históricamente excluidos (mujeres, población indígena, afrodescendientes, población rural, población en pobreza) después de implementar acciones específicas de reducción de brechas.</p> <p>Número de participantes provenientes de grupos en situación de vulnerabilidad que reportan reducción significativa de barreras económicas, culturales o sociales para acceder a los programas.</p> <p>Número de programas que incluyen explícitamente estrategias de reducción de daños en sus planes operativos y protocolos institucionales, y mantienen estos</p>	<p>Protocolos institucionales, manuales operativos y normativas oficiales vigentes del IAFA, Ministerio de Salud, INAMU y Ministerio de Justicia.</p> <p>Informes presupuestarios anuales que documentan continuidad en la asignación de recursos.</p> <p>Informes técnicos institucionales sobre evolución anual del acceso a los programas diferenciados por género, cultura y condición socioeconómica.</p>	<p>Informes específicos sobre sostenibilidad y permanencia del enfoque de reducción de daños en los programas.</p> <p>Evaluaciones independientes realizadas por universidades, centros de investigación o agencias internacionales que analicen la reducción efectiva de brechas de acceso.</p> <p>Publicaciones especializadas sobre el impacto a largo plazo del enfoque integral en reducción de daños y tratamiento del consumo problemático.</p> <p>Entrevistas y grupos focales con participantes provenientes de grupos históricamente excluidos o en situación de vulnerabilidad (mujeres, comunidades</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>enfoques a lo largo del tiempo (mínimo dos años consecutivos).</p> <p>Porcentaje del personal técnico y administrativo que reconoce explícitamente la reducción de daños como parte central y sostenible de los programas de tratamiento.</p> <p>Existencia de normativas, protocolos institucionales o leyes que formalizan de manera permanente el enfoque integral (reducción de daños, género, pertinencia cultural) en el tratamiento de consumo problemático.</p> <p>Asignación presupuestaria específica y continua (mínimo tres años consecutivos) para programas integrales basados en reducción de daños, género y pertinencia cultural.</p>		<p>indígenas, afrodescendientes, población rural, personas en pobreza).</p> <p>Encuestas de satisfacción y percepción aplicadas a participantes sobre efectividad y sostenibilidad del enfoque integral implementado.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Número y porcentaje de participantes (diferenciados según género, cultura y nivel socioeconómico) que reportan una mejora significativa en el acceso a los servicios tras la incorporación efectiva del enfoque integral.</p> <p>Grado de satisfacción diferencial expresado por personas beneficiarias sobre la sostenibilidad y efectividad del enfoque de reducción de daños en su proceso de tratamiento.</p>		

Examinar las políticas de prevención del consumo de drogas, identificando la adecuación de las estrategias implementadas en educación formal e informal y su capacidad para atender las necesidades específicas de distintos grupos poblacionales, particularmente mujeres y poblaciones en situación de vulnerabilidad⁵

Agenda política

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Qué actores y mecanismos han facilitado o	Número y tipo de actores gubernamentales	Actas y minutas de reuniones de trabajo, mesas	Grupos focales con representantes de grupos vulnerables y

⁵ En este objetivo es en el que se le dará énfasis al estudio específico, según lo acordado con el ICD.



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>dificultado la incorporación en la agenda pública de estrategias preventivas del consumo de drogas diferenciadas según las necesidades específicas de mujeres y grupos vulnerables?</p>	<p>(Ministerio de Salud, IAFA, INAMU, Ministerio de Educación, gobiernos locales) que han promovido explícitamente la incorporación de estrategias preventivas diferenciadas por género y grupos vulnerables.</p> <p>Número y tipo de actores no gubernamentales (ONG, organismos internacionales, organizaciones comunitarias, colectivos feministas, redes de personas usuarias) que han incidido activamente en la inclusión del tema.</p> <p>Cantidad de espacios formales (mesas técnicas, foros públicos, audiencias legislativas) generados específicamente para discutir y promover estrategias preventivas diferenciadas por</p>	<p>técnicas y foros convocados por instituciones como IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Asamblea Legislativa.</p> <p>Documentos oficiales y políticas públicas relacionadas con prevención del consumo de drogas emitidos por instituciones públicas.</p> <p>Informes técnicos o reportes de incidencia elaborados por ONG, organismos internacionales (OPS/OMS, ONUDD, PNUD), colectivos feministas y organizaciones comunitarias.</p> <p>Reportes sobre cooperación internacional destinada específicamente a temas preventivos diferenciados.</p>	<p>mujeres sobre la percepción de facilitadores y barreras en la incorporación del enfoque preventivo diferenciado.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>género y situación de vulnerabilidad.</p> <p>Número de campañas públicas o acciones comunicativas realizadas para sensibilizar y generar apoyo social hacia estrategias preventivas diferenciadas según género y vulnerabilidad social.</p> <p>Número y tipo de instrumentos legales y normativos (leyes, decretos, políticas institucionales) existentes que facilitan explícitamente la incorporación de estrategias preventivas diferenciadas según necesidades específicas.</p> <p>Existencia de cooperación internacional (apoyo técnico, financiero o logístico) explícitamente dirigida a promover estrategias</p>	<p>Proyectos de ley, decretos ejecutivos, normativas municipales, o políticas institucionales que promuevan o limiten explícitamente las estrategias preventivas diferenciadas.</p> <p>Transcripciones o videos oficiales de debates legislativos y audiencias públicas relacionadas con políticas preventivas de consumo de drogas.</p> <p>Entrevistas individuales con actores clave institucionales (Ministerios, IAFA, INAMU), representantes de ONG, expertos técnicos, legisladores y activistas sociales.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>preventivas diferenciadas para mujeres y grupos vulnerables.</p> <p>Número y tipo de obstáculos institucionales, políticos, culturales o económicos identificados que han dificultado la incorporación del enfoque diferenciado según género y vulnerabilidad en estrategias preventivas del consumo de drogas.</p> <p>Número y tipo de actores con influencia política o social que han expresado resistencia pública explícita a la incorporación de enfoques preventivos diferenciados.</p>		
<p>¿En qué medida los diagnósticos iniciales sobre prevención del consumo de drogas, usados para la inclusión en la agenda política, han considerado</p>	<p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que incluyen explícitamente un análisis diferenciado por</p>	<p>Diagnósticos iniciales elaborados por instituciones como IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Ministerio de Educación, Poder Judicial o gobiernos locales.</p>	<p>Bases de datos o informes estadísticos institucionales que fundamentan diagnósticos iniciales con datos desagregados por género, edad, etnia y</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>explícitamente las necesidades diferenciadas por género y vulnerabilidades sociales?</p>	<p>género respecto al consumo de drogas.</p> <p>Número de referencias específicas sobre las necesidades particulares de mujeres, adolescentes, jóvenes y otros grupos poblacionales vulnerables en los diagnósticos iniciales.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que identifican explícitamente las necesidades específicas de poblaciones vulnerables (población en pobreza, indígenas, afrodescendientes, migrantes, población LGBTIQ+, personas privadas de libertad, entre otros).</p> <p>Número de vulnerabilidades sociales específicas mencionadas y analizadas en</p>	<p>Estudios técnicos o diagnósticos previos elaborados por organismos internacionales o académicos utilizados por las instituciones públicas.</p>	<p>condición socioeconómica.</p> <p>Entrevistas individuales con personal institucional responsable de elaborar los diagnósticos iniciales.</p> <p>Grupos focales con especialistas en género, vulnerabilidad social, derechos humanos y prevención de drogas para validar si las necesidades específicas se abordaron explícitamente.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>diagnósticos iniciales utilizados para justificar políticas preventivas.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que utilizan datos estadísticos desagregados por género, edad, etnia y condición socioeconómica.</p> <p>Número de estudios, investigaciones o encuestas específicas sobre género y vulnerabilidad social citadas explícitamente en los diagnósticos iniciales.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que presentan recomendaciones específicas para abordar el consumo de drogas desde un enfoque de género y vulnerabilidad social.</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	Existencia de recomendaciones explícitas para formular políticas preventivas diferenciadas según género y contexto de vulnerabilidad social.		

Agenciamiento

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Cómo se han formulado objetivos, estrategias y acciones específicas en las políticas preventivas del consumo de drogas para atender las necesidades diferenciadas de mujeres y otros grupos vulnerables en contextos educativos formales e informales?	<p>Número y porcentaje de objetivos específicos dentro de las políticas preventivas que hacen referencia explícita a mujeres y grupos vulnerables.</p> <p>Existencia de objetivos específicos orientados a reducir factores de riesgo particulares identificados para mujeres y poblaciones vulnerables en contextos educativos formales e informales.</p> <p>Cantidad y tipo de estrategias preventivas diseñadas específicamente para contextos educativos formales e informales</p>	<p>Documentos oficiales de políticas preventivas elaborados por instituciones como el IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e INAMU.</p> <p>Manuales operativos, guías técnicas, protocolos y planes estratégicos institucionales sobre prevención educativa del consumo de drogas.</p> <p>Informes técnicos oficiales sobre implementación de programas preventivos específicos en contextos educativos.</p>	<p>Entrevistas individuales y grupos focales con actores clave institucionales, especialistas en género y vulnerabilidad social, y población beneficiaria directa.</p> <p>Registro de distribución efectiva de estos materiales y recursos específicos en centros educativos formales e informales.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>diferenciadas según género y vulnerabilidades sociales (por ejemplo: materiales educativos diferenciados, metodologías inclusivas, enfoques comunitarios).</p> <p>Número y porcentaje de programas que incluyen explícitamente la perspectiva de género y la pertinencia cultural en sus estrategias de prevención del consumo de drogas.</p> <p>Número y descripción de acciones preventivas específicas implementadas en contextos educativos (talleres, campañas, cursos, actividades comunitarias) orientadas explícitamente a mujeres y poblaciones vulnerables.</p> <p>Existencia y número de actividades de sensibilización específicas realizadas en contextos educativos formales e</p>	<p>Informes institucionales sobre acciones realizadas, que evidencien la adaptación diferenciada por género y grupos vulnerables.</p> <p>Actas o minutas de consultas participativas o espacios de diálogo realizados con grupos destinatarios (mujeres, adolescentes, poblaciones indígenas, migrantes, población en pobreza, población LGBTQ+).</p> <p>Material educativo específico (guías, folletos, videos) con adaptación cultural y perspectiva de género utilizados en contextos educativos.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>informales con enfoque de género y atención a grupos vulnerables.</p> <p>Número y tipo de consultas o espacios participativos realizados previamente al diseño de las políticas preventivas, involucrando específicamente a mujeres y otros grupos vulnerables.</p> <p>Número y porcentaje de recomendaciones aportadas por mujeres y grupos vulnerables que fueron explícitamente incorporadas en los objetivos, estrategias y acciones de prevención.</p>		
<p>¿En qué medida se han asignado recursos específicos (humanos, técnicos y financieros) para garantizar que las estrategias preventivas sean adecuadas y efectivas en poblaciones diferenciadas,</p>	<p>Número y porcentaje del personal técnico y educativo específicamente capacitado en prevención del consumo de drogas con perspectiva de género y atención a grupos vulnerables.</p> <p>Existencia de equipos interdisciplinarios (psicología, trabajo</p>	<p>Presupuestos anuales e informes financieros oficiales del IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e INAMU.</p> <p>Informes técnicos institucionales específicos sobre asignación y ejecución presupuestaria en programas</p>	<p>Inventario institucional de materiales educativos específicos (folletos, guías, videos, plataformas digitales) destinados a mujeres y grupos vulnerables.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>especialmente mujeres y grupos vulnerables?</p>	<p>social, educación, salud pública, expertos en género y diversidad cultural) destinados específicamente a implementar estrategias preventivas diferenciadas.</p> <p>Número y tipo de materiales educativos, guías técnicas y protocolos específicamente diseñados para poblaciones diferenciadas (mujeres, adolescentes, indígenas, población migrante, LGBTIQ+, etc.).</p> <p>Cantidad y tipo de herramientas tecnológicas, plataformas digitales, materiales audiovisuales específicos destinados a facilitar la prevención con perspectiva diferenciada por género y vulnerabilidad social.</p> <p>Porcentaje específico del presupuesto total destinado a</p>	<p>preventivos diferenciados.</p> <p>Documentos oficiales sobre capacitaciones, cursos y certificaciones otorgadas al personal involucrado en la prevención educativa del consumo de drogas.</p> <p>Registro de perfiles profesionales del personal institucional asignado específicamente a estrategias preventivas diferenciadas.</p> <p>Protocolos institucionales específicos para asegurar la utilización efectiva de recursos técnicos diferenciados.</p> <p>Entrevistas con responsables institucionales de gestión presupuestaria, personal técnico especializado y responsables de programas preventivos diferenciados.</p>	<p>Grupos focales o entrevistas en profundidad con población beneficiaria directa, sobre la percepción respecto a la asignación y efectividad de los recursos utilizados.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>estrategias preventivas del consumo de drogas orientadas explícitamente a mujeres y grupos vulnerables.</p> <p>Evolución del presupuesto asignado durante los últimos años para programas preventivos con enfoque diferenciado, desagregado según género y población vulnerable.</p> <p>Número y frecuencia de informes institucionales que monitorean específicamente la asignación efectiva y utilización de recursos humanos, técnicos y financieros para prevención diferenciada.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento efectivo en la ejecución presupuestaria y asignación de recursos específicos previstos inicialmente para programas preventivos diferenciados.</p>		

Implementación



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
<p>¿En qué medida las estrategias preventivas implementadas en contextos educativos formales e informales han alcanzado efectivamente a mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad, considerando barreras específicas de acceso y participación?</p>	<p>Porcentaje de mujeres y personas pertenecientes a grupos vulnerables (población indígena, afrodescendiente, migrante, LGBTIQ+, en situación de pobreza) que participaron efectivamente en programas preventivos en contextos educativos formales e informales.</p> <p>Número de centros educativos formales e informales que implementaron estrategias preventivas adaptadas específicamente a las necesidades de estas poblaciones.</p> <p>Número y tipo de acciones específicas realizadas por los programas para eliminar o reducir barreras económicas, geográficas, culturales o sociales que dificultan la participación de mujeres y grupos vulnerables.</p> <p>Porcentaje de participantes mujeres y de grupos</p>	<p>Bases de datos institucionales (IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, INAMU) sobre participación diferenciada por género</p> <p>Informes oficiales que detallan estrategias específicas implementadas para superar barreras de acceso.</p> <p>Reportes específicos sobre barreras identificadas y acciones implementadas para superarlas.</p>	<p>Bases de datos institucionales (IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, INAMU) sobre participación diferenciada por etnia y contexto socioeconómico en programas preventivos.</p> <p>Informes técnicos sobre cobertura y efectividad de programas preventivos en contextos educativos formales e informales.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con mujeres y personas vulnerables participantes sobre percepción de accesibilidad, pertinencia y utilidad de las estrategias implementadas.</p> <p>Encuestas específicas aplicadas a participantes sobre barreras enfrentadas, estrategias implementadas para superarlas y grado de satisfacción con las mismas</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>vulnerables que indican que se han superado efectivamente barreras específicas para participar en estrategias preventivas.</p> <p>Porcentaje de mujeres y personas de grupos vulnerables que participan regularmente en actividades preventivas durante el periodo previsto por los programas.</p> <p>Número de actividades específicas diseñadas para mantener activamente la participación de mujeres y personas vulnerables (por ejemplo, horarios adaptados, apoyo en transporte, servicios de cuidado infantil, adecuaciones lingüísticas y culturales).</p> <p>Porcentaje de mujeres y personas vulnerables que valoran positivamente la pertinencia cultural y de género de las</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>estrategias preventivas implementadas.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que indican explícitamente haber mejorado conocimientos y habilidades preventivas después de participar en actividades implementadas.</p>		
<p>¿Cuáles factores institucionales, culturales y sociales han facilitado o limitado la aplicación de estrategias preventivas diferenciadas según género y vulnerabilidad social en contextos educativos?</p>	<p>Número y tipo de políticas o normativas institucionales que han facilitado o limitado explícitamente la aplicación de estrategias preventivas diferenciadas por género y vulnerabilidad social.</p> <p>Existencia de equipos técnicos interdisciplinarios o instancias institucionales específicas (unidades de género, oficinas de inclusión social) que apoyan activamente la implementación de estrategias diferenciadas.</p> <p>Número y tipo de barreras culturales</p>	<p>Normativas internas, políticas educativas institucionales y protocolos de actuación del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, IAFA e INAMU.</p> <p>Actas de reuniones técnicas interinstitucionales sobre prevención educativa diferenciada.</p> <p>Estudios institucionales o académicos que identifiquen barreras culturales, sociales e institucionales en la implementación</p>	<p>Informes específicos sobre actividades y resultados de campañas de sensibilización realizadas por las instituciones educativas o de salud pública.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con personal técnico institucional, personal educativo, líderes comunitarios, madres y padres de familia y participantes en programas preventivos.</p> <p>Encuestas sobre percepción social realizadas en comunidades educativas y organizaciones comunitarias sobre</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>identificadas (prejuicios, estereotipos de género, resistencias comunitarias o familiares) que han limitado la implementación efectiva de las estrategias preventivas diferenciadas.</p> <p>Número de acciones específicas implementadas (campañas educativas, talleres comunitarios, actividades de sensibilización) orientadas a reducir estigmas o barreras culturales relacionadas con el consumo de drogas según género y vulnerabilidad social.</p> <p>Cantidad y tipo de organizaciones comunitarias, asociaciones de madres y padres de familia, colectivos juveniles o grupos de personas vulnerables que han apoyado activamente la implementación de estrategias preventivas diferenciadas.</p>	<p>de estrategias preventivas diferenciadas.</p>	<p>estrategias preventivas diferenciadas.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>Percepción social general (positiva o negativa) sobre las estrategias preventivas diferenciadas según género y vulnerabilidad social, medida mediante encuestas o estudios específicos.</p> <p>Número y porcentaje del personal educativo (docentes, orientadores, psicólogos escolares, líderes comunitarios) capacitado específicamente en prevención del consumo de drogas con enfoque de género y vulnerabilidad social.</p> <p>Existencia y frecuencia de procesos formativos permanentes dirigidos al personal institucional y educativo sobre enfoques diferenciados y sensibles a género y diversidad social.</p>		

Evaluación



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
<p>¿Qué tan efectivas han sido las estrategias preventivas implementadas en educación formal e informal para reducir o prevenir el consumo de drogas entre mujeres y poblaciones vulnerables?</p>	<p>Porcentaje de reducción del consumo de drogas reportado entre mujeres y personas de grupos vulnerables después de implementar las estrategias preventivas.</p> <p>Cambios en la edad promedio de inicio del consumo de drogas en mujeres y grupos vulnerables después de participar en los programas preventivos .</p> <p>Porcentaje de mujeres y personas vulnerables participantes en contextos educativos que reportan haber incrementado significativamente su conocimiento sobre los riesgos del consumo de drogas.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que declaran haber adoptado prácticas preventivas efectivas (rechazo activo, búsqueda de apoyo, manejo de situaciones de riesgo) tras participar en</p>		<p>Informes oficiales del IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e INAMU sobre prevalencia y patrones de consumo de drogas antes y después de la implementación de estrategias preventivas diferenciadas.</p> <p>Informes técnicos institucionales o académicos que evalúan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas preventivas en mujeres y grupos vulnerables.</p> <p>Evaluaciones externas realizadas por universidades, centros de investigación o agencias internacionales sobre efectividad de programas preventivos diferenciados.</p> <p>Bases de datos institucionales con datos desagregados por género, etnia, edad, y condición socioeconómica sobre consumo de drogas y participación en programas preventivos.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>actividades preventivas.</p> <p>Nivel de satisfacción expresado por mujeres y personas vulnerables sobre la pertinencia cultural y de género de las estrategias preventivas implementadas.</p> <p>Número y porcentaje de mujeres y grupos vulnerables participantes que consideran útiles y efectivas las acciones preventivas recibidas.</p> <p>Número y porcentaje de mujeres y personas vulnerables que reportan mejoras en factores protectores (autoestima, redes de apoyo social, habilidades para la vida) como resultado de su participación en los programas.</p> <p>Reducción específica en factores de riesgo asociados al consumo de drogas (violencia, exclusión social, discriminación) reportada por mujeres y grupos vulnerables participantes.</p>		<p>Entrevistas individuales y grupos focales con mujeres y personas vulnerables participantes sobre cambios en sus percepciones, actitudes, comportamientos y prácticas preventivas.</p> <p>Encuestas específicas aplicadas directamente a participantes para evaluar satisfacción, percepción de pertinencia, cambios en prácticas preventivas y factores protectores.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
<p>¿En qué medida las políticas preventivas evaluadas han generado cambios significativos y sostenibles en conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de drogas, diferenciando los resultados por género y nivel de vulnerabilidad social?</p>	<p>Porcentaje de mujeres y personas vulnerables que demuestran incremento significativo y sostenible en conocimientos sobre riesgos asociados al consumo de drogas, evaluados al menos seis meses después de la intervención.</p> <p>Diferencias específicas en niveles de conocimiento antes y después de la implementación de programas preventivos, desagregadas por género y grado de vulnerabilidad social.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que reportan cambios positivos y sostenibles en sus actitudes hacia el consumo de drogas, diferenciados según género y vulnerabilidad social.</p> <p>Porcentaje de reducción de percepción positiva o aceptación social del consumo de drogas entre mujeres y personas vulnerables tras participar en</p>	<p>Informes oficiales y evaluaciones institucionales realizadas por IAFA, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, INAMU y organismos especializados.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con participantes mujeres y personas vulnerables para conocer cambios en percepciones y comportamientos.</p>	<p>Estudios longitudinales o seguimientos realizados después de la finalización de intervenciones preventivas.</p> <p>Bases de datos institucionales que muestren datos comparativos antes y después de la implementación de programas preventivos, desagregados por género, etnia, edad y condición socioeconómica.</p> <p>Encuestas específicas aplicadas directamente a participantes para medir conocimientos, actitudes y prácticas sostenibles en relación al consumo.</p> <p>Documentos técnicos e informes que validen metodologías utilizadas para medir cambios en conocimientos, percepciones y comportamientos preventivos a largo plazo.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	<p>estrategias preventivas.</p> <p>Número y porcentaje de mujeres y personas vulnerables que declaran haber modificado significativamente su comportamiento respecto al consumo de drogas tras participar en programas preventivos.</p> <p>Número y porcentaje de participantes que mantienen comportamientos preventivos sostenibles (rechazo activo, búsqueda de apoyo, manejo adecuado de situaciones de riesgo) en el tiempo (al menos un año después de la intervención).</p> <p>Existencia de diferencias significativas en los resultados obtenidos en conocimientos, percepciones y comportamientos según género y nivel de vulnerabilidad social.</p> <p>Número y porcentaje de mujeres y grupos</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponible
	vulnerables que reportan una mejora en habilidades protectoras asociadas a menor consumo (autoestima, toma de decisiones, comunicación asertiva, resiliencia social) como resultado de los programas.		

Determinar el grado en que las políticas de reducción de riesgos y daños han contribuido a mitigar los impactos negativos asociados al consumo de drogas y a reducir la estigmatización y criminalización, especialmente hacia mujeres y personas LGBTIQ+, en concordancia con los enfoques de salud pública y derechos humanos.

Agenda política

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Qué actores, procesos y contextos han facilitado o dificultado la incorporación explícita en la agenda pública de políticas de reducción de riesgos y daños con enfoque específico en mujeres y personas LGBTIQ+?	Número y tipo de actores gubernamentales (Ministerio de Salud, IAFA, INAMU, instituciones de derechos humanos) que han promovido explícitamente políticas de reducción de riesgos y daños enfocadas en mujeres y personas LGBTIQ+. Cantidad y características de actores gubernamentales (ONG especializadas,	Actas y documentos oficiales de reuniones interinstitucionales, mesas técnicas, o foros sobre reducción de riesgos y daños (Ministerio de Salud, IAFA, INAMU, instituciones de derechos humanos). Políticas públicas, planes nacionales o locales, y normativas institucionales vigentes relacionadas con reducción de riesgos y daños. Informes técnicos, reportes de incidencia y	Grupos focales con población objetivo (mujeres usuarias de drogas y personas LGBTIQ+) sobre percepción de facilitadores y barreras en la incorporación de estas políticas.



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>colectivos feministas, organizaciones LGBTIQ+, organismos internacionales) que han incidido en la incorporación del tema en la agenda pública.</p> <p>Número de mesas técnicas, espacios participativos o foros específicos realizados para promover la inclusión de políticas de reducción de riesgos y daños desde el enfoque de género y diversidad sexual.</p> <p>Número y tipo de campañas públicas o acciones de incidencia desarrolladas explícitamente por actores sociales y organizaciones comunitarias para promover este enfoque en la agenda pública.</p> <p>Existencia de normativas o políticas públicas que han facilitado o</p>	<p>documentos elaborados por ONG especializadas, colectivos feministas, organizaciones LGBTIQ+ y organismos internacionales (PNUD, ONUDD, ONUSIDA, OPS).</p> <p>Entrevistas con actores clave gubernamentales, representantes de ONG, expertos en género y diversidad sexual, y activistas de colectivos LGBTIQ+.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>dificultado explícitamente la inclusión del enfoque de reducción de riesgos y daños específico hacia mujeres y personas LGBTIQ+.</p> <p>Número y tipo de obstáculos institucionales, políticos o legales documentados que han impedido la incorporación plena de estas políticas en la agenda pública.</p> <p>Número y tipo de barreras culturales y sociales identificadas (prejuicios, discriminación, estigma) que dificultan la incorporación del enfoque de reducción de riesgos y daños dirigido hacia mujeres y población LGBTIQ+.</p> <p>Número de actividades de sensibilización y educación comunitaria realizadas específicamente</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	para superar barreras culturales y sociales relacionadas con estos enfoques.		
¿En qué medida los diagnósticos iniciales que sustentaron la incorporación de estas políticas en la agenda política reconocieron explícitamente la problemática específica de criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+?	<p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que identifican explícitamente problemas específicos de criminalización y estigmatización hacia mujeres consumidoras de drogas y personas LGBTIQ+.</p> <p>Cantidad de referencias directas y explícitas a la problemática particular que enfrentan estos grupos en diagnósticos iniciales.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que incluyen datos estadísticos o evidencia sobre tasas diferenciales de criminalización en mujeres y personas LGBTIQ+ relacionadas al consumo de drogas.</p>	<p>Diagnósticos iniciales oficiales realizados por IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Defensoría de los Habitantes e instituciones involucradas en derechos humanos.</p> <p>Estudios técnicos específicos elaborados o utilizados por organismos internacionales (PNUD, ONUDD, ONUSIDA) o universidades que sirvieron para justificar la incorporación en la agenda pública.</p>	<p>Bases de datos e informes estadísticos oficiales desagregados por género, orientación sexual, identidad de género y condición socioeconómica sobre criminalización relacionada al consumo de drogas.</p> <p>Entrevistas individuales con personal institucional, especialistas técnicos y activistas de derechos humanos que participaron en la elaboración de diagnósticos iniciales.</p> <p>Grupos focales o entrevistas en profundidad con mujeres y personas LGBTIQ+ sobre la</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Existencia de análisis específicos sobre el impacto de las leyes o políticas punitivas en mujeres y población LGBTIQ+ en los diagnósticos utilizados para la agenda pública.</p> <p>Cantidad de diagnósticos iniciales que presentan información específica sobre niveles diferenciales de estigmatización social hacia mujeres consumidoras y personas LGBTIQ+.</p> <p>Número y tipo de estudios, investigaciones o referencias académicas que sustentan explícitamente el análisis de estigma hacia estos grupos en diagnósticos iniciales.</p> <p>Número y porcentaje de diagnósticos iniciales que presentan recomendaciones</p>		<p>representación y reconocimiento explícito de sus problemáticas en los diagnósticos iniciales utilizados.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>explícitas para reducir la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas.</p> <p>Existencia de recomendaciones específicas sobre estrategias de sensibilización social, cambios normativos o enfoques alternativos en los diagnósticos iniciales analizados.</p>		

Agenciamiento

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Cómo se han definido objetivos, estrategias y acciones concretas en las políticas de reducción de riesgos y daños para atender	Número y porcentaje de políticas que incluyen objetivos específicos para reducir la criminalización y estigmatización hacia mujeres consumidoras y personas LGBTIQ+.	Documentos oficiales de políticas públicas, planes estratégicos institucionales, protocolos operativos del IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Poder Judicial e	Informes de implementación y evaluación de estrategias antiestigma y anticriminalización realizadas por instituciones públicas o ONG especializadas.



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>específicamente la reducción de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas?</p>	<p>Existencia explícita de objetivos orientados a modificar percepciones sociales y prácticas institucionales discriminatorias hacia estos grupos poblacionales.</p> <p>Número y tipo de estrategias específicas diseñadas e implementadas para disminuir el estigma social hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas (campañas de sensibilización, formación institucional, acciones comunitarias).</p> <p>Existencia explícita en las políticas de mecanismos para monitorear y evaluar la efectividad de las estrategias antiestigma implementadas.</p> <p>Número de estrategias explícitas definidas para reducir la criminalización de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas (alternativas al encarcelamiento, justicia restaurativa,</p>	<p>instituciones de derechos humanos.</p> <p>Políticas específicas sobre reducción de riesgos y daños que incluyen explícitamente objetivos, estrategias y acciones orientadas a estos grupos.</p> <p>Entrevistas individuales con personal institucional involucrado en el diseño e implementación de estas políticas.</p>	<p>Reportes específicos sobre acciones institucionales orientadas a modificar prácticas judiciales o policiales discriminatorias hacia mujeres y personas LGBTIQ+.</p> <p>Grupos focales o entrevistas con mujeres y personas LGBTIQ+ beneficiarias directas de acciones implementadas para evaluar pertinencia y efectividad de las estrategias</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>descriminalización de ciertas conductas).</p> <p>Existencia en las políticas de acciones concretas para modificar o influir en marcos normativos o judiciales que afectan negativamente a estos grupos específicos.</p> <p>Número y tipo de acciones concretas desarrolladas (talleres, campañas públicas, capacitaciones institucionales, materiales educativos específicos) para abordar específicamente la problemática de criminalización y estigma hacia mujeres y personas LGBTIQ+.</p> <p>Porcentaje de recursos humanos, técnicos y financieros asignados específicamente a acciones dirigidas hacia la reducción de criminalización y estigma de estos grupos.</p>		
¿En qué medida los programas han asignado recursos específicos	Porcentaje del presupuesto total destinado explícitamente a acciones relacionadas	Presupuestos anuales e informes financieros del IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Poder	Documentos técnicos institucionales sobre distribución y ejecución efectiva



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>(económicos, técnicos y humanos) para asegurar la incorporación efectiva del enfoque de derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual en las acciones propuestas?</p>	<p>con derechos humanos, salud pública, enfoque de género y diversidad sexual en programas de reducción de riesgos y daños.</p> <p>Evolución del presupuesto asignado en los últimos años a programas específicos dirigidos a mujeres y población LGBTIQ+ desde estos enfoques.</p> <p>Número de materiales educativos, protocolos, guías técnicas, y manuales operativos específicamente elaborados para aplicar enfoques de derechos humanos, género, diversidad sexual y salud pública en los programas.</p> <p>Cantidad de herramientas tecnológicas y plataformas digitales específicas desarrolladas para asegurar la implementación efectiva de estos enfoques.</p> <p>Número y porcentaje de personal institucional y</p>	<p>Judicial y Defensoría de los Habitantes sobre asignación específica de recursos económicos.</p> <p>Registros oficiales e informes sobre capacitación específica al personal institucional en derechos humanos, género, diversidad sexual y salud pública.</p> <p>Inventarios de perfiles profesionales y experiencia específica del personal asignado.</p> <p>Entrevistas individuales con personal institucional encargado de planificación presupuestaria, técnicos y profesionales especializados en estos enfoques.</p>	<p>de recursos específicos para programas con enfoque de género, diversidad sexual y derechos humanos .</p> <p>Grupos focales o entrevistas con beneficiarias/os (mujeres, personas LGBTIQ+) para conocer su percepción respecto a la efectividad y adecuada asignación de recursos.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>técnico capacitado específicamente en derechos humanos, salud pública, género y diversidad sexual para aplicar estos enfoques en los programas.</p> <p>Existencia de equipos técnicos interdisciplinarios (psicología, trabajo social, personal de salud, expertos en derechos humanos, género y diversidad sexual) dedicados específicamente a programas con estos enfoques.</p> <p>Existencia de mecanismos institucionales específicos para monitorear y evaluar la efectividad y correcta asignación de los recursos económicos, técnicos y humanos destinados a estos enfoques.</p> <p>Número y tipo de informes institucionales sobre monitoreo del uso y efectividad de estos recursos, específicamente orientados a derechos</p>		



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	humanos, género y diversidad sexual.		

Implementación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿En qué grado se han implementado efectivamente las políticas y estrategias de reducción de riesgos y daños en poblaciones específicas como mujeres y personas LGBTIQ+, considerando las barreras sociales, culturales e institucionales asociadas a la estigmatización y criminalización?	<p>Número y porcentaje de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas que acceden efectivamente a programas de reducción de riesgos y daños.</p> <p>Número de programas o servicios específicos implementados que atienden directamente a estas poblaciones.</p> <p>Número y tipo de acciones específicas realizadas para superar barreras sociales y culturales (prejuicios, estigmas, discriminación) dirigidas a facilitar la participación efectiva de mujeres y personas LGBTIQ+.</p> <p>Porcentaje de participantes que reportan una reducción efectiva de estas barreras gracias a la implementación de estas acciones.</p> <p>Número y tipo de modificaciones</p>	<p>Bases de datos y registros oficiales del IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Defensoría de los Habitantes sobre participación efectiva de mujeres y personas LGBTIQ+ en programas de reducción de daños.</p> <p>Informes institucionales específicos sobre implementación y cobertura de programas dirigidos a estos grupos.</p> <p>Informes técnicos institucionales o externos que documentan acciones concretas para superar barreras sociales, culturales e institucionales hacia mujeres y personas LGBTIQ+.</p>	<p>Evaluaciones específicas sobre cambios en prácticas institucionales y reducción efectiva de estigmatización y criminalización.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con mujeres y personas LGBTIQ+ beneficiarias sobre accesibilidad, satisfacción y percepción sobre efectividad de los programas implementados.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>institucionales implementadas (protocolos de atención, adecuaciones normativas, capacitaciones al personal) para eliminar prácticas discriminatorias hacia mujeres y personas LGBTIQ+ en servicios de reducción de daños.</p> <p>Número y porcentaje del personal institucional que reporta haber modificado sus prácticas hacia estos grupos después de recibir capacitación específica.</p> <p>Nivel de satisfacción expresado por mujeres y personas LGBTIQ+ respecto a la pertinencia, accesibilidad y utilidad de las estrategias implementadas.</p> <p>Porcentaje de participantes de estos grupos que consideran que las políticas han reducido efectivamente la estigmatización y criminalización que enfrentan en relación al consumo de drogas.</p>	<p>Entrevistas con personal técnico y administrativo institucional para evaluar cambios reales en prácticas institucionales relacionadas con reducción de daños y atención inclusiva.</p>	
<p>¿Cuáles factores (institucionales, culturales y sociales) han incidido positivamente o</p>	<p>Número y tipo de políticas, normativas, protocolos o acuerdos institucionales explícitamente orientados a reducir el estigma y la criminalización hacia</p>	<p>Políticas públicas, protocolos, planes estratégicos, documentos técnicos y normativas</p>	<p>Informes específicos sobre resultados de campañas públicas y</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>negativamente en la reducción efectiva del estigma y la criminalización en la aplicación de políticas de reducción de riesgos y daños para mujeres y población LGBTIQ+?</p>	<p>mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas.</p> <p>Número y porcentaje de personal institucional capacitado específicamente para atender sin discriminación a estos grupos poblacionales.</p> <p>Número y tipo de campañas públicas, iniciativas comunitarias o educativas desarrolladas para cambiar percepciones culturales negativas sobre mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas.</p> <p>Número de percepciones culturales negativas (prejuicios, mitos, estereotipos) documentadas que han dificultado la reducción del estigma hacia estos grupos.</p> <p>Número y tipo de organizaciones sociales (ONG, colectivos feministas, grupos LGBTIQ+, redes de usuarios/as) involucradas activamente en la promoción de enfoques de reducción de riesgos y daños y en la reducción del</p>	<p>institucionales relacionadas directamente con reducción de riesgos y daños (IAFA, Ministerio de Salud, INAMU, Defensoría de los Habitantes, Ministerio de Justicia).</p> <p>Actas o minutas de reuniones de coordinación interinstitucional sobre reducción de estigma y criminalización.</p> <p>Informes institucionales o evaluaciones externas sobre factores culturales, sociales e institucionales que facilitan o limitan la reducción efectiva del estigma y criminalización.</p>	<p>actividades comunitarias dirigidas a reducir percepciones culturales negativas.</p> <p>Entrevistas individuales con actores institucionales, personal técnico, representantes de ONG, y líderes comunitarios sobre los factores que facilitan o dificultan la reducción efectiva del estigma y criminalización.</p> <p>Grupos focales con mujeres y personas LGBTIQ+ para identificar factores institucionales, culturales y sociales que influyen en la reducción del estigma y criminalización desde su experiencia directa</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>estigma y la criminalización.</p> <p>Percepción social general sobre la aceptación o rechazo hacia las políticas de reducción de daños dirigidas específicamente a mujeres y población LGBTIQ+.</p> <p>Número de alianzas o mecanismos específicos de coordinación interinstitucional establecidos para apoyar la reducción efectiva del estigma y la criminalización hacia estos grupos.</p> <p>Existencia documentada de barreras institucionales que hayan limitado o dificultado la colaboración efectiva entre instituciones públicas, sociedad civil y organismos internacionales en estos temas.</p>		

Evaluación

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
¿Qué nivel de efectividad han tenido las políticas implementadas	Disminución porcentual en el número de mujeres y personas LGBTIQ+ detenidas o	Protocolos institucionales actualizados con enfoque de	Informes y bases de datos oficiales del Poder Judicial, Ministerio de Justicia, IAFA, Ministerio de



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
<p>en la reducción tangible de la criminalización y estigmatización hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas desde la perspectiva de salud pública y derechos humanos?</p>	<p>judicializadas por delitos menores relacionados con consumo personal o posesión de drogas tras la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños.</p> <p>Número de personas de estos grupos beneficiarias de alternativas a la privación de libertad o programas de justicia restaurativa específicos para delitos relacionados con drogas.</p> <p>Cambios porcentuales en la percepción social negativa (medidos en encuestas o estudios específicos) hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas tras implementación de políticas.</p> <p>Número de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas que reportan haber experimentado una reducción en situaciones cotidianas de discriminación o</p>	<p>derechos humanos, género y diversidad sexual en instituciones clave (IAFA, Poder Judicial, Ministerio de Salud, Seguridad Pública).</p> <p>Informes específicos sobre cambios documentados en prácticas institucionales.</p> <p>Entrevistas con personal institucional (jueces, fiscales, personal de salud, policías) sobre cambios en prácticas y percepciones institucionales hacia estos grupos.</p>	<p>Salud, y Defensoría de los Habitantes, con datos desagregados por género y población LGBTIQ+ sobre criminalización relacionada al consumo de drogas.</p> <p>Informes técnicos institucionales y evaluaciones independientes que miden efectivamente cambios en niveles de criminalización y estigma social antes y después de la implementación de las políticas.</p> <p>Estudios específicos o encuestas poblacionales sobre percepciones sociales relacionadas con mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con mujeres y personas LGBTIQ+ beneficiarias de las políticas sobre percepciones directas y experiencias personales sobre cambios en</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>rechazo social tras la aplicación de las políticas.</p> <p>Número y porcentaje de instituciones (salud, justicia, seguridad pública) que han documentado cambios concretos en prácticas internas orientadas a reducir criminalización y estigmatización hacia mujeres y población LGBTIQ+.</p> <p>Cantidad de protocolos institucionales que incluyen explícitamente un enfoque de salud pública y derechos humanos orientado a estos grupos.</p> <p>Porcentaje de mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas que reportan una percepción positiva sobre cambios reales en la reducción del estigma y criminalización a partir de las políticas implementadas.</p> <p>Nivel de satisfacción de personas</p>		<p>estigmatización y criminalización.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	beneficiarias respecto a la pertinencia y efectividad real de las políticas en términos de reducción del estigma y criminalización.		
¿En qué medida las políticas evaluadas han generado cambios sostenibles en las prácticas institucionales y percepciones sociales que mitigan los impactos negativos asociados al consumo problemático de drogas en mujeres y personas LGBTIQ+?	<p>Número y tipo de protocolos, normativas o guías institucionales adoptados de forma permanente (más de dos años) con enfoque explícito en reducción de daños, género y diversidad sexual.</p> <p>Porcentaje del personal institucional que mantiene de forma sostenida prácticas sensibles e inclusivas hacia mujeres y personas LGBTIQ+ usuarias de drogas después de procesos de capacitación específicos.</p> <p>Variación sostenida (evaluada a través del tiempo) en la percepción social sobre mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas, medida mediante encuestas o estudios periódicos específicos.</p>	<p>Políticas públicas, protocolos y normativas institucionales del IAFE, Ministerio de Salud, INAMU, Defensoría de los Habitantes, Poder Judicial y Seguridad Pública.</p> <p>Informes presupuestarios institucionales sobre la asignación continua y sostenida de recursos específicos.</p> <p>Entrevistas individuales y grupos focales con mujeres y personas LGBTIQ+ beneficiarias, sobre cambios sostenibles en sus experiencias personales en relación con estigma, discriminación y</p>	<p>Informes oficiales de seguimiento y monitoreo institucional que miden cambios sostenibles en prácticas internas y en percepciones sociales.</p> <p>Evaluaciones externas independientes realizadas periódicamente sobre el impacto sostenible de políticas implementadas.</p> <p>Estudios longitudinales o encuestas periódicas sobre percepciones sociales, estigma y discriminación hacia mujeres y personas LGBTIQ+ consumidoras de drogas.</p>



Financiado por
la Unión Europea

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>Número de campañas públicas o educativas mantenidas en el tiempo (más de un año) orientadas específicamente a la reducción del estigma social hacia estos grupos.</p> <p>Porcentaje de mujeres y personas LGBTIQ+ que reportan mejoras sostenibles en su calidad de vida (salud física, salud mental, relaciones familiares, inclusión social) después de participar en programas institucionales.</p> <p>Disminución sostenida en situaciones de violencia, exclusión social y problemas legales relacionados al consumo problemático de drogas reportada por estos grupos poblacionales.</p> <p>Existencia de políticas o normativas institucionales permanentes que garantizan la continuidad del enfoque integral de</p>	<p>prácticas institucionales.</p> <p>Entrevistas con personal institucional clave para validar la sostenibilidad de cambios reales en las prácticas y percepciones institucionales.</p>	



Financiado por
la Unión Europea

COP  LAD

Interrogantes	Indicadores.	Fuentes de verificación	Fuentes de verificación no disponibles
	<p>salud pública, derechos humanos, género y diversidad sexual en programas sobre consumo problemático de drogas.</p> <p>Porcentaje sostenido del presupuesto institucional asignado específicamente a programas con este enfoque integral.</p>		