Informe Técnico Analítico: Evolución y Actualización del Modelo de Reducción de Daños en Costa Rica (2017) a Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (2022)

Elaborado por:

Comisión de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños del IAFA

Erick Valdelomar Marín

Luisa Oviedo Marín

Instituto Costarricense sobre Drogas

Carolina Garro Ureña

Noviembre, 2026

Versión 1.2

IAFA

GOBIERNO DE COSTA RICA

Informe técnico analítico: evolución y actualización del Modelo de Reducción de Daños en Costa Rica (2017) al Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (2022)

Introducción

El abordaje del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Costa Rica constituye actualmente un asunto prioritario de salud pública que trasciende la perspectiva punitiva y se orienta hacia modelos biopsicosociales y centrados en la persona (IAFA, 2020).

El modelo original, oficializado en febrero de 2017 bajo la denominación *Modelo de Reducción de Daños*, sentó las bases institucionales para la atención de poblaciones en condición de vulnerabilidad (IAFA, 2017). No obstante, los cambios en la dinámica epidemiológica y la identificación de nuevas necesidades sociales hicieron necesaria una actualización estratégica, proceso que culminó en 2022 con la formulación del *Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños*.

Este proceso se fundamentó en la metodología de diálogo democrático. De acuerdo con las definiciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Viceministerio de Asuntos Políticos y Diálogo Ciudadano, este enfoque promueve una interacción genuina entre los diferentes actores y contribuye al fortalecimiento de la institucionalidad mediante la construcción participativa de políticas públicas (IAFA, 2022). En el contexto costarricense, este diálogo favoreció la validación de iniciativas comunitarias y la articulación estratégica entre instituciones del Estado, entre ellas el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y organizaciones no gubernamentales (ONG).

La metodología no solo facilitó la escucha y el intercambio entre los distintos actores, sino que también permitió incorporar las necesidades y preocupaciones identificadas en los ámbitos locales dentro de la perspectiva técnica institucional (IAFA, 2024). Como parte de este proceso se contemplaron los siguientes elementos:

- Revisión y actualización de las estrategias y los enfoques relacionados con la salud pública y los derechos humanos;
- Fortalecimiento de la atención centrada en la persona, la accesibilidad y el apoyo comunitario;
- Reconocimiento de la importancia de la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; y
- Incorporación de personas expertas provenientes de instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil y el ámbito académico en el proceso de revisión técnica del documento.

La actualización del *Modelo de Reducción de Daños* (2017) al *Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños* (2022) representa una evolución conceptual y operativa orientada a fortalecer la territorialidad y la participación ciudadana. Esta transición amplía el enfoque predominantemente asistencial del modelo inicial hacia una perspectiva que incorpora la gestión territorial, la intervención proactiva y el trabajo articulado en redes interinstitucionales e intrainstitucionales, vinculadas con el Sistema Nacional de Tratamiento (SINATRA).

A continuación, se presenta un análisis detallado de los principales cambios y actualizaciones introducidos en el modelo de 2022, así como de los componentes del modelo de 2017 que se mantienen vigentes.

A. Actualización conceptual y metodológica:

La transición del *Modelo de Reducción de Daños* (MRD) al *Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños* (MPRRD) responde a un cambio de paradigma conceptual. Mientras que el MRD se enfocaba primordialmente en la faceta asistencial una vez instaurado el daño, el MPRRD incorpora la "Prevención de Riesgos" como el abordaje técnico de la probabilidad de que ocurra un daño antes de que se produzca.

- **Ampliación del nombre y enfoque**: El cambio más significativo es la incorporación explícita de la *prevención de riesgos*. Mientras que la reducción de daños se orienta a la atención, el acompañamiento y la disminución de las consecuencias asociadas cuando el daño ya está presente, la prevención de riesgos actúa sobre los factores y condiciones que pueden aumentar la probabilidad de que este ocurra. Esta ampliación permite un abordaje más proactivo en los diferentes contextos de vida.

- **Metodología de construcción**: Mientras que el modelo de 2017 fue sistematizado principalmente por la Red Nacional de Reducción de Daños, la versión 2022 incorporó la metodología de diálogo democrático, mediante la participación directa de organizaciones no gubernamentales (ONG) de bajo umbral y otros actores sociales. Este proceso favoreció una interacción genuina entre el Estado y la sociedad civil, permitiendo integrar sus experiencias, necesidades y preocupaciones en la construcción y actualización del modelo.

- **Enfoque Territorial:** El modelo 2022 incorpora formalmente la territorialidad, como un eje fundamental, al reconocer que las intervenciones deben adaptarse a las características geográficas, culturales y sociales de cada comunidad. Este enfoque favorece respuestas contextualizadas y ajustadas a las particularidades de los distintos territorios, en contraste con una perspectiva más general presente en el modelo de 2017.

- **Nuevos términos técnicos**: Se incorporan definiciones y conceptos que no estaban presentes o no se encontraban desarrollados con el mismo nivel de detalle en el glosario de 2017, entre ellos los dispositivos de inclusión, como las casas de transición, los centros de orientación sociolaboral, los dispositivos en contextos de fiesta y el programa Vivienda Primero (*Housing First*).

Tabla 1

Transición del Modelo de Reducción de Daños (MRD, 2017) al Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (MPRRD, 2022)

Característica	Modelo de Reducción de Daños (MRD 2017)	Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (MPRRD 2022)
Enfoque principal	Reducción y mitigación de consecuencias adversas del consumo ya presentes.	Abordaje integral que incorpora la prevención del riesgo y la reducción de los daños asociados al consumo.
Nomenclatura	Reducción de Daños (RD).	Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (PRRD).
Metodología	Construcción y sistematización mediante la Red Nacional de Reduccion de Daños (RENAREDA)	Metodología de diálogo democrático con participación de instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales.
Perspectiva del daño	Intervención orientada principalmente a servicios asistenciales hacia la reducción y atención de los daños presentes.	Intervención que incorpora la actuación anticipada sobre los factores y condiciones de riesgo, además de la reducción y control de los daños presentes.
Marco lógico	Enfoque pragmático y humanitario.	Enfoque pragmático, humanitario y de salud pública con énfasis en la territorialidad y evidencia.
Relación con el Sistema nacional de tratamiento (SINATRA)	Puerta de entrada a servicios sociosanitarios.	Articulación de servicios de bajo y alto umbral con enfoque preventivo, reducción de daños, asistencial y articulación con modalidades especializadas.

B. Revisión comparativa del componente estadístico

A continuación, se detallan los cambios específicos, los elementos que se mantienen y una revisión comparativa del componente estadísticas. Este último evidencia una actualización relevante de la realidad nacional entre ambos periodos:

• **Aumento de la población en situación de calle:** El modelo de 2017 reportaba, con base en datos del Sistema de Información de la Población Objetivo 2015, un total de 1 825 personas en situación de calle. La actualización incorporada en el modelo 2022 registra 4 530 personas para febrero 2023, lo que evidencia un aumento significativo y refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención dirigidas a esta población.

• **Incremento en la oferta de servicios:** Se documenta un cambio en la estructura del Sistema Nacional de Tratamiento. En 2013, predominaban los servicios residenciales de larga estancia, mientras que para 2023 los recursos comunitarios orientados a la prevención de riesgos y la reducción de daños representan el 37,5% de la oferta total, con 22 programas autorizados.

• **Atenciones en salud:** La actualización incorpora nuevos registros administrativos del IAFA correspondientes al periodo 2016-2022. Durante este periodo, el número de atenciones aumentó de 73 483 en 2016 a 108 282 en 2022.

• **Mortalidad asociada a sustancias psicoactivas**: Se actualizan las estadísticas de fallecimientos con presencia de sustancias psicoactivas, a partir de los registros de la Medicatura Forense. Entre 2014 y 2018 se reportaron 3 127 fallecimientos relacionados con la presencia de estas sustancias, incluidos accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. El etanol fue la sustancia predominante, presente en cerca del 90% de los casos.

• **Encuestas nacionales**: El documento de 2022 señala que los indicadores generales de consumo continúan basándose en los datos de la VI Encuesta Nacional de 2015, mientras se encontraban pendientes los resultados de la encuesta de 2021.

• **Necesidad de atención**: Se estima que un 11,5% de la población de 12 a 70 años requiere atención por consumo de alcohol, mientras que aproximadamente el 1% por sustancias ilícitas. Estas estimaciones evidencian la magnitud de la demanda potencial de atención para el Sistema Nacional de Tratamiento.

C. Elementos teóricos y pragmáticos que se mantienen en los modelos:

El modelo de 2022 conserva varios de los pilares fundamentales que sustentaron la estrategia desarrollada en 2017:

- **Principios fundamentales:** Se mantienen el pragmatismo, el enfoque de salud pública, la no obligatoriedad de la abstinencia como requisito para acceder a servicios y el respeto de los derechos humanos.
- **No abstinencia como requisito de ingreso:** Se mantiene la premisa de que la abstinencia no constituye un requisito de acceso a los servicios de bajo umbral ni a los servicios de salud, lo que favorece el respeto de la autonomía de la persona.
- **Dispositivos base:** Se mantienen los servicios de bajo umbral contemplados en el modelo de 2017, entre ellos los centros de escucha, las carpas, los centros dormitorio, los albergues y los dispositivos móviles, los cuales continúan constituyendo componentes fundamentales del modelo de 2022

- **Participación de pares:** Se mantiene la estrategia de involucrar a personas usuarias de los servicios o con antecedentes de consumo como agentes clave en las acciones de reducción de daños, mediante el intercambio de información, experiencias y apoyo entre pares.
- **Marco Normativo:** Ambos modelos se sustentan en un marco normativo nacional e internacional común, que incluye la Constitución Política, la Ley General de Salud y convenios internacionales de las Naciones Unidas. El modelo de 2022 amplía este marco mediante la incorporación de normativa más reciente, como la reforma integral de la legislación en materia de VIH y sida de 2019.
- **Red intersectorial:** Se mantiene la articulación entre el IAFA, el ICD, la CCSS, el IMAS y el Ministerio de Salud como un componente central para la coordinación interinstitucional del modelo. Esta articulación se expresa, entre otros espacios, en la Mesa Técnica PnD 2026-2030.

D. Marco conceptual y principios fundamentales del Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños

El MPRRD se sustenta en un enfoque pragmático y humanitario, basado en el respeto de los derechos humanos y en el reconocimiento de la persona usuaria como sujeto activo de su propio proceso. Con base en los estándares de la National Harm Reduction Coalition, se establecen los siguientes ocho principios rectores:

D.1. Principios rectores MPRRD:

• **Aceptación de la realidad del consumo:** Reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas forma parte de la realidad social y prioriza la reducción de sus efectos nocivos frente a enfoques basados en la condena moral. El MPRRD no promueve el consumo de sustancias, sino el acceso de las personas usuarias a servicios de salud, bienestar y apoyo.

• **Calidad de vida y bienestar**: El éxito de las políticas se valora a partir de la mejora del bienestar individual y comunitario, y no exclusivamente por el logro de la abstinencia. También se considera la vinculación de las personas con dimensiones fundamentales de la vida, como la vivienda, la educación, el trabajo y la participación en la comunidad.

• **Servicios sin prejuicios:** Se promueve la provisión de recursos y servicios sin coerción ni discriminación, en condiciones que favorezcan un entorno seguro, respetuoso y accesible para las personas usuarias.

• **Voz real de las personas usuarias:** Se promueve la participación de personas usuarias y exusuarias en el diseño, implementación y evaluación de programas y políticas relacionadas con la prevención de riesgos y la reducción de daños.

• **Reconocimiento de los riesgos asociados al consumo:** Se reconocen, sin minimizarse, los riesgos asociados al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, promoviendo estrategias de prevención y gestión orientadas a reducir los posibles daños derivados de su uso.

• **Empoderamiento de la persona usuaria:** Las personas usuarias se reconocen como agentes activos en la prevención de riesgos y la reducción de daños, así como en la adopción de estilos de vida más saludables. El modelo busca fortalecer su capacidad para tomar decisiones informadas y fomentar el apoyo mutuo.

• **Factores sociales y vulnerabilidad**: Se reconoce que los determinantes sociales de la salud, incluidos factores estructurales como la pobreza y el desempleo, así como experiencias de racismo, trauma y discriminación por razón de género, pueden incrementar la vulnerabilidad frente al consumo de sustancias y generar barreras para el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

• **Complejidad del consumo:** Se reconoce que el consumo de sustancias es un fenómeno complejo, dinámico y multifactorial, influido por la historia de vida de cada persona, los significados atribuidos al consumo y la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Asimismo, el consumo se comprende como un continuo o espectro que abarca desde la abstinencia o el no consumo, pasando por distintos patrones de consumo de menor o mayor riesgo, hasta formas de consumo problemático o severo y situaciones de dependencia.

Se reconoce, además, que todo consumo de sustancias implica algún nivel de riesgo para la salud; sin embargo, este puede variar según factores como el tipo de sustancia, la frecuencia, la cantidad, la vía de administración, el contexto de consumo y las condiciones individuales y sociales de la persona. En consecuencia, no todas las formas de consumo presentan el mismo nivel de riesgo. Cuando la abstinencia no es posible, no es deseada o no constituye el objetivo inmediato de la persona, pueden promoverse prácticas orientadas a disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo, con el propósito de proteger la salud, la dignidad y los derechos humanos.

D.2. El Enfoque de territorialidad: dimensiones del abordaje integral

La territorialidad reconoce los contextos geográficos y sociales específicos para adaptar la política pública. Se definen 8 dimensiones basadas en el modelo de SEDRONAR:

1. **Asistencial:** Se orienta al establecimiento del vínculo inicial y a la atención de necesidades inmediatas, como alimentación, escucha y orientación.
2. **Promocional**: Favorece la aceptación comunitaria de los dispositivos de bajo umbral y promueve acciones orientadas a reducir el estigma social.
3. **Educativa:** Promueve la educación formal y no formal, así como procesos socioeducativos orientados al desarrollo de habilidades para la vida, el autocuidado y hábitos saludables. Asimismo, fortalece la capacidad de autoasistencia y el empoderamiento, con el fin de favorecer la participación de las personas en sus procesos de salud, recuperación e inclusión social.
4. **Laboral:** Promueve la autonomía mediante redes de inclusión laboral, talleres protegidos y emprendimientos sociales.
5. **Territorial:** Impulsa estrategias ajustadas a las características e identidad de cada territorio e incorpora la participación de las municipalidades y otros actores locales.
6. **Salud:** Busca reducir los impactos en la salud asociados al consumo, especialmente en personas para quienes la abstinencia no constituye un objetivo inmediato, mediante acciones de educación, prevención de riesgos y reducción de daños.
7. **Política:** Promueve un marco de intervención basado en los derechos de las personas usuarias y en enfoques alternativos a las respuestas exclusivamente punitivas frente al consumo de sustancias.
8. **Instrumental:** Favorece la accesibilidad mediante la diversificación de dispositivos y el trabajo articulado en red.

E. Ampliación de estrategias y dispositivos con enfoque de prevención de riesgos y reducción de daños:

La actualización añade servicios específicos que fortalecen la cadena de inclusión social con nuevos dispositivos de atención:

- **Casa de transición**: Dispositivo residencial orientado a favorecer el desarrollo progresivo de habilidades para la vida independiente, con acompañamiento y apoyo técnico.
- **Centros de orientación sociolaboral**: Programas orientados a fortalecer la inclusión sociolaboral y disminuir las barreras de acceso al empleo. **Dispositivos en contextos de fiesta:** Servicios orientados a brindar información y desarrollar acciones de prevención de riesgos y reducción de daños en espacios de ocio y recreación nocturna.
- **Vivienda Primero (Housing First):** Enfoque orientado a facilitar el acceso a una vivienda estable como punto de partida para favorecer procesos de inclusión, recuperación y vinculación con servicios de apoyo.

Población Meta: Los grupos prioritarios contemplados en el modelo de 2017 se mantienen; ha estos, el modelo de 2022 amplía y especifica los perfiles incluidos dentro de su población meta. Entre las incorporaciones explícitas se encuentran:

- mujeres embarazadas;
- personas jóvenes en contextos de fiesta;
- personas funcionarias que brindan atención en escenarios de consumo;
- personas que laboran en contextos asociados al consumo de sustancias.

En los distintos dispositivos se promueve un abordaje basado en la interseccionalidad, el respeto de los derechos humanos y el reconocimiento de la autonomía de las personas en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de atención.

De acuerdo con los ***"Lineamientos Esenciales para el Funcionamiento de Dispositivos y Servicios desde el enfoque del Modelo de Reducción de Daños de Costa Rica, dirigidos a Personas Mayores de Edad con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas" (IAFA,2022)",*** los programas fundamentados desde el *Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños* tienen como características en común:

- Dignificar a las personas en situación de vulnerabilidad mediante la escucha y el reconocimiento de sus necesidades.
- Trabajar de manera articulada en red para abordar integralmente las necesidades de las personas y facilitar su vinculación con servicios de bajo o alto umbral, según corresponda.
- Desarrollar procesos educativos orientados a disminuir las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.
- Coordinar la atención y la referencia a otros servicios cuando las necesidades de la persona no puedan ser atendidas directamente por el dispositivo.

F. Alcances de la implementación del Modelo MRD al Modelo PRRD (2017-2025)

Durante la implementación del MRD 2017 a la fecha al 2025 se han obtenido los siguientes resultados:

Eje estratégico	Meta principal	Responsables lave
Oferta de Servicios	Contar con servicios comunitarios con aval técnico MPRRD.	**Proceso de Aprobación de Programas-IAFA, Ministerio de Salud:** • Se cuentan con 24 ONGs.
Capacidades de Gestión	Capacitación en estandarización de buenas prácticas.	**PROCERTRAD del 2012-2022**: • 13 cursos sobre implementación del Modelo de Reduccion de Daños- 2017. • 273 personas capacitadas. **Proceso de Capacitación, Asesoría y Seguimiento-IAFA:** **a. Modulo "Todos Merecemos una Vida Digna" (2024-2025):**

		• **2024:** 21 personas capacitadas. ONG participantes: 14 • **2025:** 22 personas capacitadas. ONG participantes: 15. • **2026:** 23 personas capacitadas. ONG participantes: 15
Monitoreo y Documentación	Sistematización de un documento nacional de buenas prácticas en MPRRD.	Se cuenta con "**Lineamientos Esenciales para el Funcionamiento de Dispositivos y Servicios desde el enfoque del Modelo de Reducción de Daños de Costa Rica, dirigidos a Personas Mayores de Edad con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas"** (IAFA,2022). • El 100% de la ONG son aprobadas por el IAFA son fiscalizadas y monitoreadas en el cumplimiento de los lineamientos que son las buenas prácticas. **Proceso de Capacitación, Asesoría y Seguimiento-IAFA:** a. **Módulo: Conozcamos sobre el diseño de dispositivos de Reduccion de Daños (2024-2025):** • 82 personas capacitadas. **b. Asesoría a ONG para presentación de las Propuestas Escritas.** • **2024:** 9 organizaciones. • **2025:** 11 organizaciones
MINSA	Normativa de habilitación de físico sanitario de Dispositivos	Se cuenta con el **Decreto N°44920-S del MINSA**, que regula los programas del modelo de reducción del daño que compete fiscalizar al IAFA y se incluyó dentro de sus disposiciones que estos programas deben contar con un plan de trabajo avalado por IAFA como requisito para su habilitación físico-sanitaria lo que viene a ordenar las acciones y permite mayor comunicación entre las instituciones para realizar controles interinstitucionales.

G. Desafíos críticos Estrategia Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (ENDDA) 2020 – 2030, de la Política y Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo y a la proliferación de armas de destrucción masiva, 2026-2030.

1. Simplificación de procesos y reducción de barreras administrativas

Optimizar los procedimientos institucionales y disminuir la carga burocrática asociada al acceso y continuidad de los servicios, con el fin de evitar la deserción de las personas usuarias y favorecer trayectorias de atención oportunas y sostenidas.

2. Garantía del respeto integral de los derechos humanos

Fortalecer un enfoque de atención centrado en la dignidad humana, promoviendo prácticas institucionales libres de estigmatización, discriminación y criminalización de las personas usuarias en todos los niveles de la respuesta estatal.

3. Consolidación de un enfoque inclusivo de género y diversidad

Adecuar las intervenciones, servicios y estrategias de atención a las necesidades específicas de mujeres, personas de la diversidad sexual y de género (LGBTIQ+) y otras poblaciones en condición de vulnerabilidad, promoviendo una atención equitativa e inclusiva.

4. Reducción del estigma y la discriminación asociada al consumo de sustancias

Impulsar acciones de sensibilización, educación y promoción social orientadas a posicionar la dependencia y los trastornos por uso de sustancias como fenómenos de salud pública, favoreciendo una respuesta basada en evidencia científica y derechos humanos.

5. Desarrollo de entornos comunitarios seguros e inclusivos

Promover la creación y fortalecimiento de espacios urbanos accesibles, seguros y libres de discriminación que favorezcan la participación social, la convivencia comunitaria y los procesos de inclusión de las poblaciones meta.

6. Ampliación de la cobertura territorial y acceso equitativo a los servicios

Fortalecer la presencia y disponibilidad de servicios especializados fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM), garantizando una respuesta accesible, oportuna y pertinente en todo el territorio nacional.

7. Fortalecimiento del marco normativo, la articulación interinstitucional y la participación de los gobiernos locales

Consolidar mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud, el IAFA, el IMAS, los gobiernos locales (municipalidades), las universidades y demás instituciones competentes, promoviendo la participación de los gobiernos locales desde las etapas de planificación, diseño, implementación y evaluación de las estrategias e intervenciones. Asimismo, fortalecer la articulación interinstitucional en materia de ordenamiento territorial, uso del suelo y demás competencias municipales, con el propósito de facilitar la implementación efectiva del modelo y garantizar respuestas acordes con las necesidades y características de cada territorio. Esto implica robustecer el respaldo normativo y operativo de las estrategias de reducción de daños, así como fortalecer y ampliar los mecanismos de financiamiento dirigidos a organizaciones que brindan respuestas a las necesidades territoriales.

8. Incremento de la participación y corresponsabilidad de actores sociales y territoriales

Fortalecer la vinculación de organizaciones comunitarias, sociedad civil, personas con experiencia vivida, academia y otros actores estratégicos en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones dirigidas a las poblaciones meta, promoviendo la corresponsabilidad, la sostenibilidad y la apropiación territorial de las intervenciones.

H. Principales Conclusiones

En conclusión, la actualización realizada en 2022 no sustituye los principios establecidos en 2017, sino que amplía y fortalece la conceptualización del modelo, territorializa las intervenciones y proporciona una estructura operativa más robusta para responder al aumento de la vulnerabilidad social y al fenómeno del consumo de sustancias en contextos de calle en Costa Rica.

En este sentido, el Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (MPRRD) consolida los fundamentos del modelo original y amplía su capacidad de respuesta ante la complejidad actual del fenómeno. Su sostenibilidad durante el periodo 2026-2030 dependerá, en gran medida, de la articulación intersectorial, la reducción de barreras de acceso a los servicios y la continuidad de las acciones implementadas.

Los resultados evidencian avances significativos en la ampliación de la oferta comunitaria, el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los actores involucrados y la consolidación de un marco normativo más claro para la intervención. No obstante, persisten desafíos relevantes relacionados con la tramitología institucional, el estigma y la discriminación hacia las poblaciones atendidas, la incorporación del enfoque de género, el desarrollo de entornos urbanos más inclusivos, la capacitación del personal y de las personas voluntarias en buenas prácticas, el compromiso de la institucionalidad y el financiamiento de estos dispositivos.

La transición hacia el MPRRD ha favorecido una incorporación más temprana de poblaciones en condición de vulnerabilidad a los servicios de atención, contribuyendo a reducir brechas históricas de acceso. No obstante, la sostenibilidad y el impacto a largo plazo del modelo requerirán abordar de manera efectiva las barreras estructurales identificadas por los actores sociales e institucionales vinculados con su implementación.

Referencias

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2020). Modelo de abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública del IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia - Instituto Costarricense sobre Drogas. (2017). Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2022). Procedimiento de dialogo democrático consulta actores sociales y estatales para la actualización del Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2024). Actualización del modelo de prevención de riesgos y reducción de daños: Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2020-2024). IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2022). Lineamientos Esenciales para el Funcionamiento de Dispositivos y Servicios desde el enfoque del Modelo de Reducción de Daños de Costa Rica, dirigidos a Personas Mayores de Edad con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas. IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2026). Informe Técnico Analítico: Evolución y Actualización del Modelo de Reducción de Daños en Costa Rica (2017) a Modelo de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños (2022). IAFA.

Tabla Control de Cambio:

Versión	Fecha	Apartado(s) revisado(s)	Instancia/persona revisora	Modificación u observación incorporada
1.0	13/02/2026	Documento completo	Erick Valdelomar Marín	Presentación de la primera versión ante la Comisión de Prevención de Riesgos y Reducción de Daños del IAFA.
—	21/04/2026	Alcances y desafíos	ICD	Se recomienda fortalecer los alcances mediante mayor capacidad operativa, expansión de servicios comunitarios, capacitación técnica y consolidación normativa. En los desafíos, se plantea reducir barreras de acceso, fortalecer la articulación intersectorial, disminuir el estigma, profundizar el enfoque de género y promover entornos más inclusivos y sostenibles.
—	22/04/2026	Principales conclusiones	IAFA	Se recomienda incorporar en las conclusiones el enfoque de territorialidad de las intervenciones y el fortalecimiento de la estructura operativa.
—	15/05/2026	Desafíos críticos	CCSS	Se recomienda ampliar la territorialidad, consolidar el marco normativo y fortalecer la participación de actores locales.
—	10/06/2026	Documento completo	Mesa Técnica de Reducción de Daños	Incorporación de observaciones de representantes del PND, ICD, CCSS e IAFA y adecuación del documento al formato institucional de informe del IAFA.
—	10/07/2026	G. Desafíos críticos; D.2. Enfoque de territorialidad	Jefatura de UAP	Se amplía la participación de los gobiernos locales desde la planificación del modelo y se fortalece la dimensión educativa mediante procesos de autocuidado, habilidades para la vida y empoderamiento.

—	14/07/2026	F. Alcances de la implementación; G. Desafíos críticos; H. Principales conclusiones	Jefatura de CAS	Se recomienda incorporar datos específicos del CAS, fortalecer la capacitación de personas voluntarias y priorizar el financiamiento de los dispositivos.
1.1	28/07/2026	Documento completo	Equipo responsable de IAFA	Integración de las observaciones recibidas y consolidación de los cambios realizados.
1.1	4/11/2026	Documento completo	Consejo Editorial-IAFA	Revisión completa del documento, se brindan sugerencias identificadas durante el proceso de revisión. Asimismo, se otorga el visto bueno para su divulgación, una vez incorporadas las observaciones sugeridas.
1.2	5/11/2026	Documento completo	Equipo responsable de IAFA	Revisión completa del documento, se revisan e incorporar sugerencias identificadas por el Consejo Editorial-IAFA