

# **PODER LEGISLATIVO**

## **PROYECTOS**

### **PROYECTO**

#### **LEY PARA CERRAR EL IAFA Y REFORMAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

**Expediente N.º 20.272**

#### **ASAMBLEA LEGISLATIVA:**

##### **Reseña histórica y normativa del IAFA**

En el año 1973 se crea el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), dependencia del Ministerio de Salud. El INSA ocupó un lugar importante en la evolución y desarrollo del abordaje de la problemática de drogas en el país. Se le encargó la investigación, prevención y lucha contra el alcoholismo, así como la coordinación de los programas públicos y privados orientados a ese mismo fin.

Con la Ley N.º 7035, Creación del IAFA por Reforma de Ley Orgánica del Ministerio de Salud, de 24 de abril de 1986, se convierte al INSA en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y se le asignan a este todas las funciones que anteriormente eran competencia del INSA, y se amplía la gama de adicciones.

En el primer quinquenio de la década de 1990, el IAFA intentó consolidar en algunas clínicas y hospitales de la CCSS equipos de atención integral al adicto, llegando a constituir poco más de 10, que finalmente no lograron tener continuidad.

La Ley N.º 7374, denominada Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela, de 3 de diciembre de 1993, establece la atención de servicios integrales de salud y estipula, además, que a la Caja Costarricense de Seguro Social le corresponde la ejecución de las políticas públicas de salud, al igual que la atención de las personas afectadas por la adicción de drogas, como parte de los programas asistenciales que brinda dicha institución.

Es importante resaltar que los recursos para paliar esta problemática aumentan con la promulgación de la Ley N.º 7972, Impuestos sobre Cigarrillos y Licores para Plan de Protección Social, de 22 de diciembre de 1999, relativa a la creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niños y niñas en riesgo social, personas discapacitadas, abandonadas, rehabilitación de las adicciones, con el compromiso de financiar permanentemente instituciones como

el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para desarrollar diferentes acciones de prevención y tratamiento.

Posterior a la entrada en vigencia de la Ley N.º 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, de 10 de julio de 2002, se le otorga personalidad jurídica al IAFA, con lo cual pasa a ser un órgano adscrito al Ministerio de Salud y adquiere, además, a partir de ese momento, independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica instrumental. A su vez, asume la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas frente a la adicción al tabaco, al alcohol, fármacos y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a estos mismos fines.

Para entonces la motivación del legislador era crear un órgano que tuviera la capacidad de estudiar, prevenir, tratar y rehabilitar; sin embargo, con el transcurso de los años no existen siquiera estadísticas verídicas y demostrables de cuántas personas, gracias a la intervención del IAFA, se han logrado rehabilitar y vuelto a incorporar a sus trabajos y reinsertados en su núcleo familiar.

Mediante la Ley N.º 8204, Reforma Integral Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, de 26 de diciembre de 2001, se asigna la adicción a las drogas lícitas o ilícitas, al tabaco, alcohol y fármacos la característica de una materia de interés público y problema social de primera importancia. Esta ley crea el Instituto Costarricense sobre Droga (ICD), adscrito al Ministerio de la Presidencia, cuyas tareas son coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias de prevención y atención del consumo de drogas, así como contra el tráfico ilegal de drogas, la legitimación de capitales y otras actividades relacionadas.

En cuanto a la normativa nacional para combatir las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, al tabaco, alcohol y fármacos esta fue la última ley impulsada en corriente legislativa hace exactamente 15 años. No existe en nuestra sociedad un indicio siquiera que la labor del IAFA haya incidido de manera directa, a lo largo de sus 60 años de existencia, en el cambio de las condiciones de las personas adictas.

### **Sobre la naturaleza jurídica del IAFA**

En la Ley N.º 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412, para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica Instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, del 10 de julio de 2002, se le otorga personalidad jurídica al IAFA, con lo cual pasa a ser un órgano adscrito al Ministerio de Salud y adquiere, además, a partir de ese momento, independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica instrumental. Su desconcentración es mínima.

*"El órgano desconcentrado está sometido a jerarquía, lo que quiere decir a órdenes del superior jerárquico. El mayor grado de libertad que ostenta, en relación con un subordinado común, radica en que sus actos agotan la vía administrativa, sin posibilidad de recurso al superior, pero éste puede, en todo caso, cursar órdenes, instrucciones y circulares que limiten la discrecionalidad del inferior en el uso de su competencia exclusiva, aunque no pueda sustituirlo en su gestión".<sup>1</sup>*

La Ley N.º 6227, Ley General de la Administración Pública, de 2 de mayo de 1978, regula el instituto de la desconcentración en el numeral 83. En lo que interesa dice esta norma: "...2) La desconcentración mínima se dará cuando el superior no pueda: a) Avocar competencias del inferior; y b) Revisar o sustituir la conducta del inferior, de oficio o a instancia de parte. 3) La desconcentración será máxima cuando el inferior esté sustraído además, a órdenes, instrucciones o circulares del superior".

El IAFA es un órgano de desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental; colegiada y compleja. La estructura colegiada resulta de la Junta Directiva integrada por siete miembros nombrados por el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud. La complejidad de la institución es producto de su división interna en órganos con competencias distintas, a saber: Junta Directiva, Dirección General, directores ejecutivos, auditoría, asesoría legal y jefaturas por departamento.

El objetivo de la descentralización concedida al IAFA en el año 2002 por el legislador era transferir competencias y poder político desde el Gobierno central al IAFA, dotarlo de recursos financieros e independencia administrativa, así como de legitimidad propia, a fin de que se mejoraran sus servicios en la materia de su rectoría, mejoría que no se reflejó ni en esa fecha ni en la actualidad en la operación del instituto, por lo tanto consideramos que mantenerlo como un órgano descentralizado no genera más que un gasto irracional aunado a la crisis fiscal que embarga nuestro país.

### **Estructura organizacional**

En nuestro país los servicios de tratamiento contra las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el tabaco, alcohol y fármacos están a cargo del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, la Caja Costarricense de Seguro Social y varias organizaciones no gubernamentales (ONG).

El IAFA trabaja con los denominados Centros de Atención Integral en Drogas (CAID). Estos centros están conformados por equipos multidisciplinarios, de tal manera que se pretende brindar una atención integral a la persona con dependencia a sustancias psicoactivas y a su familia en el nivel local, en coordinación con los sistemas locales de salud y ONG existentes.

Los CAID deberían realizar un diagnóstico y tratamiento integral en régimen ambulatorio, de las personas que presentan algún tipo de adicción al tabaco,

---

<sup>1</sup> ORTIZ ORTIZ (Eduardo), Derecho administrativo, San José, T. III, s.f.c. p. 8.

alcohol, fármacos y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como también brindar orientación, educación e intervención terapéutica a los familiares o red de apoyo de las personas directamente afectadas, según sus necesidades.

Estos equipos se encuentran ubicados en la provincia de Puntarenas - cantón Central, Aguirre y Coto Brus; en Guanacaste, Santa Cruz; en Alajuela- San Ramón y San Carlos; y en los cantones centrales de las provincias de Limón y de Cartago. Las oficinas centrales están ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, San José. Como se puede apreciar el acceso de la población del país a los servicios del IAFA se ven limitados por razones de distancia.

En el caso de las organizaciones no gubernamentales, el país cuenta a la fecha con 73 programas de tratamiento y rehabilitación aprobados por el IAFA, de los cuales tres de ellos trabajan con población menor de edad. Estas organizaciones han llenado el vacío provocado por el Estado en materia de tratamiento y rehabilitación. Pero a su vez han dejado un vacío en cuanto a la rendición de cuentas de los fondos que designa anualmente el IAFA y el buen manejo de los recursos. Las ONG que trabajan con adicciones tienen un control mínimo con estándares casi invisibles de calidad en el manejo de estas poblaciones que no afecta solo a hombres, sino también a mujeres y menores de edad.

### **Sobre la deficiente atención a las personas menores de edad**

La Ley N.º 7739, Código de la Niñez y la Adolescencia, de 6 de enero de 1998, destaca en el artículo 4 la obligación del Estado de adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad, no pudiendo alegar el Estado limitaciones presupuestarias para desatender sus obligaciones.

En relación con el derecho a la salud, el código en mención indica en el artículo 44, inciso h), *la competencia del Ministerio de Salud en la promoción "(...) por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas (...)"*.

El artículo 66 de este mismo cuerpo normativo señala en cuanto a las "Denuncias ante el Ministerio de Educación Pública" en el inciso b), la obligatoriedad de las autoridades de los centros educativos públicos y privados de comunicar al Ministerio de Educación Pública (MEP) "los casos de drogadicción", para que el sistema educativo establezca los mecanismos propios para responder oportuna y eficazmente a esta problemática. Aquí se supone que el abordaje debe de ser interinstitucional en conjunto con el IAFA para salvaguardar la salud y los derechos de la persona menor de edad; sin embargo, ni siquiera se cuenta a la fecha con un centro de desintoxicación para menores que funcione como manda la ley.

Mediante el voto N.º 2005-05871<sup>2</sup> se dispuso “(...) a la Caja Costarricense de Seguro Social, al Patronato Nacional de la Infancia, al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y al Instituto Costarricense sobre Drogas, tomar todas las medidas necesarias para que en el plazo de dieciocho meses a partir de la comunicación de esta sentencia, el país cuente con un centro especializado en la atención de menores adictos a las drogas, capaz de brindar atención integral a los menores afectados a este mal, de acuerdo con la demanda real de estos servicios en todo el territorio nacional”.

Además, en el voto en mención, la Sala Constitucional señaló que las cuatro instituciones de cita son obligadas por el ordenamiento a participar en la atención del problema, por lo que deberán, entonces, coordinar la forma más adecuada de financiación del centro, los detalles referentes a la procedencia de su personal, la propiedad sobre sus activos, la capacitación técnica de sus funcionarios, la determinación de sus planes de atención, manuales de operación, etc.

En atención a dicha resolución, el IAFA procedió a la construcción del Centro Nacional de Atención Integral en Adicciones para Personas Menores de Edad, en el marco de un proyecto formulado en noviembre del 2006,<sup>3</sup> cuyo objetivo principal era dotar al país de un centro especializado de tratamiento de tipo residencial para la desintoxicación, motivación e inducción al proceso de rehabilitación e inserción social de niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad social.

El proyecto de cita indicaba que el servicio se dividiría en dos fases, a saber: fase de captación y valoración inicial, y fase de internamiento en la unidad de atención integral. A su vez, la última fase se clasificó en varias etapas según se cita a continuación: a) desintoxicación, b) intervención para la motivación e inducción, c) referencia para la rehabilitación y reinserción, y d) seguimiento ambulatorio.

Se estableció, además, que la población menor de edad sería atendida en espacios separados por sexo y edad; en la unidad de desintoxicación se habilitaría un espacio para 15 hombres y 5 mujeres y en la unidad de intervención un espacio para 25 hombres y 15 mujeres; es decir 60 cupos en total.

A partir de la entrada en funcionamiento, en el mes de mayo de 2009, contrario al modelo de atención originalmente diseñado, el Centro de Menores del IAFA se dio a la tarea de ofrecer tres servicios, a saber: el servicio de valoración y seguimiento, el servicio de consulta intensiva (diurno) y el servicio residencial (internamiento), que excluye el tema de la desintoxicación. El centro de

---

<sup>2</sup> Sala Constitucional del 17 de mayo de 2005.

<sup>3</sup> Proyecto adjunto al oficio DG-1475-11-06, de 23 de noviembre de 2006, suscrito por Dra. Giselle Amador Muñoz, Directora General del IAFA, mediante el cual se presentó solicitud de autorización para realizar el concurso para la construcción del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad.

internamiento cuenta con una capacidad instalada para la atención de 24 menores de edad únicamente.

El documento denominado *Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia Costa Rica 2009-2021*,<sup>4</sup> establece que “El Estado desarrollará acciones interinstitucionales que aseguren la provisión y el acceso a las diferentes modalidades de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población afectada por el consumo de drogas, para que se recuperen y estimulen la definición de su proyecto de vida”.

Con respecto al funcionamiento del IAFA, la Contraloría General de República emitió el informe N.º DFOE-SOC-IF-67-2010<sup>5</sup> sobre el servicio de tratamiento a menores de edad, del cual se extrae textualmente el siguiente criterio:

***“El IAFA no ha cumplido a cabalidad con la rectoría técnica que le corresponde ejercer en relación con el tratamiento de la drogadicción que afecta a las personas menores de edad, lo cual se refleja en la ausencia de un Sistema Nacional de Tratamiento (SNT); y en la carencia de normas y protocolos oficiales que permitan uniformar criterios, procedimientos y técnicas para la prestación de los servicios de tratamiento y para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad impactadas por esta problemática. La institución tampoco dispone de herramientas eficientes para la supervisión y un sistema de evaluación que permita el fortalecimiento, readecuación, coordinación y promoción de los programas de tratamiento en función de las necesidades, situación que ha limitado la capacidad institucional de ejercer la dirección técnica que le ha sido conferida por la normativa vigente.”***

***“Finalmente, el IAFA carece de mecanismos efectivos y eficientes en el proceso de valoración, atención y seguimiento de pacientes, todo lo cual afecta la calidad de la atención integral que debe brindarse a esos pacientes para preservar su salud y garantizar sus derechos.”***

De las organizaciones no gubernamentales que dan su apoyo al Estado en la prestación de servicios públicos, en la atención de menores de edad con adicción al tabaco, alcohol, fármacos y a otras drogas lícitas o ilícitas, solo existen tres con programas autorizados por el IAFA para trabajar en el tratamiento y la rehabilitación de menores entre los 12 y los 18 años de edad.

La Contraloría General de la República en el informe de cita señala:

---

<sup>4</sup> El cual se conoció y aprobó en el Consejo de Gobierno del 9 de setiembre de 2009.

<sup>5</sup> De la Contraloría General de la República del 30 de setiembre de 2010.

**“A la fecha del estudio, el IAFA no ha establecido normas y protocolos de atención para el servicio de tratamiento y rehabilitación de menores de edad con adicción a las drogas, debidamente aprobados y oficializados por las autoridades competentes, que permitan a esta institución regular y supervisar los servicios de tratamiento que brindan las organizaciones públicas y privadas en beneficio de las personas menores de edad que presentan conductas adictivas al consumo de alcohol y otras drogas.”**

**“En cuanto a los protocolos de atención, no se encontró un documento que reúna una descripción completa por tipo de servicio y paciente que sirva de guía técnica para la intervención que se le brinda al menor de edad en los diferentes centros de atención públicos o privados. De acuerdo con lo que establece el Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas el “Protocolo de tratamiento<sup>6</sup>” debe contener una descripción completa de los pacientes que se han de tratar, los elementos operacionales y organizativos del tratamiento que se administrará, el personal que estará a cargo del tratamiento y los métodos y procedimientos clínicos que se aplicarán, lo cual resulta fundamental a efecto de promover la homogeneidad de principios, criterios, técnicas, métodos, procedimientos y terminología asociada al servicio y así minimizar el riesgo de que se presente un trato desigual en el proceso de tratamiento que recibe la población beneficiaria.”**

La Contraloría en el informe mencionado indica que el IAFA no dispone de una guía de supervisión que establezca los aspectos que deberán ser verificados por el personal responsable de esa labor y las diferentes técnicas posibles a utilizar. Además, no existe una supervisión sistemática y uniforme de los programas autorizados para la atención de personas menores de edad con problemas de adicción.

También señala que debería de existir una unificación de criterios de supervisión, ya que al IAFA le corresponde velar por la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad y el cumplimiento de la normativa técnica aplicable.

Se desprende del citado informe que cada organización o unidad ejecutora mantiene registros independientes y con diferente información, de forma manual o electrónica, correspondiente a la evaluación realizada a los pacientes, como fecha de ingreso y salida, datos sobre su evolución y motivo del egreso, etcétera, situación que debilita la capacidad de respuesta del IAFA para cumplir a cabalidad con la tarea que le ha sido encomendada por el legislador respecto a la supervisión y evaluación de programas.

---

<sup>6</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito Viena Nueva York, 2003.

Según el Plan Estratégico Institucional 2011-2015 del IAFA, al revisar los motivos por los cuales los pacientes menores de edad fueron dados de alta de procesos de tratamiento y rehabilitación, se ha encontrado que predominan los casos de **pacientes que abandonaron el tratamiento antes de concluirlo**, tanto en hombres como en mujeres. La escasa existencia de egresos que muestran como motivo el alta, sugiere que debe revisarse sustancialmente el quehacer y objetivos de las ONG responsables de dirigir los programas de tratamiento y rehabilitación.

### **Sobre la interinstitucionalidad de los entes rectores**

Otra de las deficiencias del IAFA, señaladas por la Contraloría General de la República, se desprende del informe N.º DFOE-SOC-IF-112-2009,<sup>7</sup> denominado Informe sobre los resultados del estudio realizado a la Junta de Protección Social, en relación con las transferencias de recursos a organizaciones privadas sin fines de lucro, el cual indica:

*“El estudio se realizó en atención del plan anual de trabajo del año 2009 de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, con el objetivo de evaluar la asignación y control sobre el uso de los recursos públicos que la Junta de Protección Social (JPS) transfiere al sector privado, a fin de garantizar el cumplimiento de los fines públicos...”*

*...Producto de este estudio se determinó que la gestión de la Junta de Protección Social en el proceso de planificación para la asignación de recursos a organizaciones privadas, está limitada por la ausencia de diagnósticos de las necesidades de la población, por la inobservancia de algunas de las normas vigentes en esta materia y por la descoordinación interinstitucional existente en dicho proceso.*

*Además, es importante recalcar la necesidad de que la JPS y los rectores técnicos coordinen en los procesos de asignación y supervisión de la ejecución de los recursos a efecto de no duplicar esfuerzos y costos.”*

La Ley N.º 8718, Autorización para el Cambio de Nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales, vigente desde el 17 de febrero de 2009, establece en el artículo 2 que para el cumplimiento de los fines asignados esta institución tendrá a su cargo en forma exclusiva la creación, administración, venta y comercialización de todas las loterías, apuestas deportivas, los juegos, los video-loterías y otros productos de azar, en el territorio nacional. En el artículo 8 de esa misma ley se facultó a la JPS a transferir los recursos generados por la administración, venta y comercialización de loterías a entidades públicas y privadas.

---

<sup>7</sup> De la Contraloría General de la República del 17 de diciembre de 2009.



En el oficio N.º PRES-348-2009<sup>8</sup> las autoridades indicaron:

*“La elaboración del diagnóstico de cada sector es una responsabilidad de los entes rectores. Al respecto, se debe aclarar que si bien es cierto los entes rectores deben generar conocimiento experto sobre la situación de cada una de las áreas de atención de su competencia, la JPS como ente concedente de recursos públicos al sector privado, no puede sustraerse de la obligación que le impone la normativa vigente, de distribuir los recursos con fundamento en un proceso debidamente planificado y sustentado, de ahí la necesidad de que dicho proceso responda a un esfuerzo conjunto.*

*La obtención de ese diagnóstico integral de necesidades, debe ser un proceso en donde participen activamente los rectores técnicos de las diferentes áreas de atención social; es decir, debe contar con la participación del PANI como rector en materia de niñez y adolescencia, de CONAPAM en materia de atención de la persona adulta mayor, o del IAFA en materia de alcoholismo y farmacodependencia, para citar solo algunos ejemplos. Lo anterior, por ser esas instituciones las que deben generar y mantener el conocimiento experto en las áreas de su competencia y por la necesidad de evitar duplicidad de esfuerzos y costos institucionales en la determinación de las prioridades de atención, ello en el marco de una gestión de atención social que es responsabilidad del Estado como un todo, y no sólo de la JPS.”*

*“Cada entidad pública catalogada como rector técnico, debe buscar la uniformidad de principios, normas, técnicas, métodos, terminología, procedimientos y promover espacios de coordinación, para asegurar una atención adecuada de su población meta. El que las entidades públicas antes citadas no aportaran la información para que la JPS definiera los criterios de distribución de los recursos definidos en los artículos 8 y 13 de la Ley 8718 y la falta de validación de esos criterios, es parte de esa tarea de coordinación que debe existir a nivel de las instituciones del Estado, en general.”*

### **Sobre los programas de prevención**

En lo que se refiere a las actividades promocionales y preventivas en materia de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el tabaco, alcohol y fármacos, el IAFA también presenta deficiencias.

El programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo (AVPMM), el cual se ha desarrollado desde el año 2007, está enfocado a estudiantes de educación preescolar, primaria -I y II ciclos-, abarca gran parte de la población estudiantil del país.

---

<sup>8</sup> Del presidente de la Junta Directiva y el gerente general de la JPS, de 14 de diciembre de 2009.

Se trata de un programa basado en el enfoque de habilidades para la vida, que debe ofrecer a los niños y a las niñas herramientas adicionales y complementarias a su educación formal, con el fin de que a una edad temprana desarrollen actitudes que le permitan asumir estilos de vida saludables por medio de aprendizajes significativos, fortaleciendo los factores de protección.

Según el reciente informe de la Contraloría General de la República, denominado “Informe de los resultados de la auditoría operativa sobre la eficacia de la utilización de los recursos del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en la prevención del consumo del alcohol, tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas”<sup>9</sup>, elaborado con el objetivo de analizar la eficacia del programa AVPMM.

El programa AVPMM se implementó en el año 2006 cuando el MEP en conjunto con el IAFA firmaron un Convenio de Cooperación con una vigencia de cinco años, es decir, hasta el 2011, con la posibilidad de prorrogarse por cinco años por mutuo acuerdo de las partes; sin embargo, esto no ocurrió y a la fecha el programa se ejecuta con base en la buena voluntad de las partes, con serios problemas de coordinación y sin supervisión alguna. **El programa con más de 10 años de existencia no ha sido evaluado por el IAFA para determinar si están cumpliendo con los objetivos propuestos.** Adicionado a estas deficiencias informa la **Contraloría sobre debilidades en el proceso de capacitación de docentes**, lo que podría estar afectando su eficacia.

En la entrega de materiales a los centros educativos se encontraron anomalías como falta de uniformidad y de procedimientos sin control y supervisión, lo cual no le permite al IAFA llevar un control de los materiales entregados en los centros educativos.

La no correcta función del Centro Nacional de Atención Integral en Adicciones para Personas Menores de Edad, aunado a la no supervisión del programa preventivo Aprendo a Valerme por Mí Mismo para menores de edad, con un costo aproximado de 1.800 millones de colones anuales, genera efectos indirectos al país a nivel social y económico, y el problema de las adicciones ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública.

El IAFA ha informado que a lo largo de los últimos años en nuestro país se ha presentado una marcada tendencia hacia el incremento del uso y abuso de sustancias psicoactivas, sobre todo en personas menores de edad.<sup>10</sup> Lo anterior demuestra la poca o nula efectividad del IAFA como ente rector en la materia de prevención.

---

<sup>9</sup> Informe N.º DFOE-PG-IF-09-2014, del Área de Fiscalización de Servicios Públicos Generales, con fecha 15 de enero de 2015.

<sup>10</sup> Encuesta Nacional sobre el consumo de drogas en población de educación secundaria en Costa Rica, 2012.

Al respecto señala la Contraloría en el citado informe:

*“El AVPMM tiene un costo operativo estimado por niño capacitado, para el año 2013, de aproximadamente ¢5.239,62, mientras que el costo por paciente en el Servicio Residencial del Centro del Nacional de Atención Integral para Personas Menores de Edad del IAFA, es aproximadamente de ¢1.155.988.653,555<sup>11</sup>; lo cual significa, desde un punto de vista social y de eficacia y eficiencia en el uso y aprovechamiento de recursos, que es más conveniente para el país invertir en capacitar desde la infancia con el fin de prevenir las adicciones que tratarlas en el futuro. Es por ese impacto, donde radica la importancia que este Programa logre los objetivos que se le han planteado.”*

*“Esta serie de inconsistencias provocan que la información no sea exacta y confiable para la toma de decisiones; además, denota falta de supervisión por parte de los encargados del proceso que asegure su calidad, y de procedimientos eficaces; ya que como se indicó anteriormente, a pesar de que existe un Manual de procedimientos, este es muy general, no contempla en forma secuencial cada una de las actividades que se realizan con una explicación detallada en qué consisten, cuándo y cómo, entre otros aspectos, lo que evidentemente podría afectar que el Programa cumpla sus objetivos ya que se impide la medición de los resultados y por ende no podrá indicarse si el Programa está siendo eficaz en desarrollar el enfoque de las habilidades para la vida, a fin de que contribuya en la prevención en el consumo de drogas.”*

Según el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2011–2014, para el año 2014 el IAFA se propuso capacitar el 100% (66.943 niños y niñas) de la población matriculada en primer grado de la enseñanza primaria pública del país. Sin embargo, no se logró realizar las capacitaciones requeridas para los docentes que fungen como agentes multiplicadores, es decir, quienes aplican el programa en los centros educativos, solo un 10% logró capacitarse para la ejecución del programa de prevención en el primer grado de escuela primaria pública.

### **Sobre las organizaciones no gubernamentales**

Las organizaciones no gubernamentales que brindan asistencia a las personas con adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el tabaco, alcohol y fármacos deben ajustarse a la normativa vigente, entre ellas: el Manual de normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol u otras drogas, mayores de 18 años; Decreto Ejecutivo 32.997, Programa de

---

<sup>11</sup> Información suministrada por el IAFA mediante Oficio N.º DI-155-08-2014, de 4 de agosto 2014, el costo por paciente en el Servicio Residencial del Centro del Nacional de Atención Integral para Personas Menores de Edad es de ¢11.876.595,76, el periodo por el cual se encuentran los pacientes en el Servicio Residencial es de tres meses, con una capacidad para 24 personas, por lo tanto, el costo anual estimado es de ¢1.155.988.653,55.

desintoxicación, publicado el 6 de abril de 2006; la Ley General de Salud; La Ley de Creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y su reglamento; entre otras normas dispersas en nuestro ordenamiento jurídico, relacionadas con todas aquellas condiciones y requisitos que garanticen la calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad necesaria para las personas usuarias de estos servicios.

Para poder dar seguimiento a esta actividad se supone que el IAFA trabaja dos indicadores: uno vinculado con la ejecución de visitas de fiscalización a los aproximadamente 80 programas de ONG en funcionamiento (mecanismo que permitiría asegurar una efectiva regulación de los programas de tratamiento a nivel nacional); y otro relacionado con el cumplimiento de las recomendaciones producto de las visitas de supervisión realizadas a las ONG, el cual se mide al final del periodo, considerando las dos visitas que se realizarán, al menos, a cada uno de los programas.

Durante el primer semestre del 2014, el IAFA solo visitó 55 programas en funcionamiento, para una cobertura del 68,75% de todos los programas distribuidos en diferentes localidades del país. Es importante tomar en consideración que el 75% de los programas de las ONG visitados, que se desarrollan a nivel nacional y están siendo regulados por el IAFA, se orientan a atender exclusivamente población masculina, mientras que solo el 5% está dirigido a la población femenina, por lo que queda al descubierto una población ya de por sí vulnerada en sus derechos.

A continuación se presenta un detalle de recursos girados en los últimos cinco años que se dirigen a diferentes ONG.<sup>12</sup>

<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
97.028.522.80	150.716.647.94	231.053.441.00	238.481.580.00	288.231.760.00

(En miles de millones)

El IAFA no ha cumplido con la responsabilidad de garantizar la calidad de sus servicios y de velar por la eficiente inversión de los recursos que adjudica a terceros. Ni siquiera aprueba los programas que desarrollan estas organizaciones, ya sean públicas o privadas; función que le fue asignada mediante la Ley N.º 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412, para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica Instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, del 10 de julio de 2002. Existe una duplicidad de funciones con el Ministerio de Salud.

La Ley General de Salud y sus reglamentos establecen las condiciones mínimas de operación para los prestadores médicos y afines públicos y privados en términos de infraestructura y equipo, que incluyen requisitos de calidad y seguridad para los principales insumos (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El Ministerio de Salud es quien verifica el cumplimiento de las

<sup>12</sup> Oficio DG140-02-2017, de 08 de febrero del 2017, suscrito por el Dr. Luis Eduardo Sandí Esquivel, director general del IAFA.

condiciones, habilita el permiso de operación, según clasificación de riesgo a la salud. En caso de incumplimiento, la única sanción autorizada en la ley es el cierre de los establecimientos.

La Ley General de Salud establece en el artículo 32 que *“Queda prohibido mantener a personas con trastornos emocionales severos y a toxicómanos en establecimientos públicos o privados que no estén autorizados para tal efecto por el Ministerio”*. (Así reformado por el artículo 74 de la Ley N.º 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de 2 de mayo de 1996).

Asimismo, el artículo 343 de ese mismo cuerpo normativo indica: *“Toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de salud sean éstas de promoción, conservación o recuperación de la salud en las personas o de rehabilitación del paciente queda sujeto a las normas técnicas que el Ministerio dicte dentro de sus atribuciones y al control y supervigilancia técnica de las autoridades de salud.”*

En el Informe de la Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas, para el año 2013 del ICD, de importancia se desprende: *“Una de las políticas que debe de implementarse para autorizar a un centro a brindar tratamiento es la obligatoriedad de reportar información en tiempo y forma según lo establecido por el estado, requisito que debe incluirse como causal de cancelación del permiso de funcionamiento y que en la actualidad no existe.”*

La dificultad para establecer un sistema integrado de evaluación permanente que permita monitorear el impacto que están teniendo las intervenciones terapéuticas de las organizaciones no gubernamentales en la salud de la población dificulta constatar los alcances reales en materia de equidad. La garantía de equidad de acceso a los servicios de salud se explica más por su capacidad para llegar oportunamente a los grupos desprotegidos, que por su habilidad para ampliar los porcentajes de cobertura general.

La inequidad que a la fecha ha caracterizado el acceso en los servicios de tratamiento para las personas con problemas de adicción implica un irremediable aumento de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos; lo cual, a su vez, acarrea un aumento en los costos y complejidad de los servicios de intervención curativa, debido al carácter crónico y progresivo de las adicciones, lacerando las posibilidades reales de bienestar social.

### **Sobre las anomalías en contrataciones administrativas**

En mayo del 2014 la Contraloría General de la República señaló serías anomalías en el proceso de contratación del IAFA, mediante el oficio N.º 03051 de la Unidad de Contratación Administrativa imprueba el contrato suscrito entre el IAFA y la empresa Bermúdez Méndez y Asociados Sociedad Anónima, correspondiente a la contratación para evaluar la competencia y conformidad de la prestación de los servicios de salud que brindan las ONG, originado en la Licitación Pública N.º

2013LN-000005-99999 y adjudicada por un monto de ¢123.800.000,00 (ciento veintitrés millones ochocientos mil colones exactos).

Entre las anomalías señaladas se enumeran las siguientes:

**1. Sobre la certificación de la información completa del expediente de la contratación administrativa:** *“Para el caso de mérito, el IAFA, si hizo uso de una fuente digital para acreditar la información contenida en el expediente de la contratación administrativa, debió precisar este hecho, mediante certificación digital incorporada en el CD del mismo modo que incorpora la información correspondiente al expediente de la contratación, pues dicho acto debe ser consistente con lo que se certifica de la fuente de información utilizada. Con lo anterior expuesto, como puede observarse, no se cumple con el requerimiento inicial formulado por este Despacho, pues no se aportó la información certificada conforme fue solicitado.”*

**2. Sobre los estudios técnicos que sustentan la selección del objeto contractual y demás términos del cartel:** *“Sobre este tema, de igual modo que en el punto anterior, esta Contraloría General solicitó a la Administración aportar el estudio técnico, legal y financiero realizado a las ofertas participantes, a fin de determinar de manera clara y precisa, la decisión que llevó al IAFA a adjudicar la oferta de la adjudicataria, de frente a los requerimientos exigidos en el cartel de la licitación promovida. Sin embargo, la Administración únicamente aporta para acreditar tales actos un cuadro comparativo con información desplegada en donde simplemente se hace alusión al cumplimiento, pero no contiene un análisis del por qué se determina que la oferta cumple.”*

**3. Sobre la cláusula tercera “forma de pago” del contrato en relación con su cláusula cuarta “plazo de ejecución”:** *“Esto por cuanto de un estudio realizado al cartel de la licitación origen del contrato de interés, se desprende que la modalidad de pago y productos establece un primer pago del 30% con la presentación y aprobación del diseño de modelo de evaluación, y reportes de avance de las actividades programadas; un segundo pago del 70% con la entrega del informe final revisado y la presentación con las conclusiones del informe. Ahora bien, en el contrato de interés, la cláusula tercera establece que se hará un primer pago del 30% con la entrega del diseño del modelo de evaluación (sin establecerse un plazo) y un segundo pago del 15% cuando se presente el reporte de avance de las actividades programadas en un plazo de tres meses. De seguido, se regula un tercer pago del 15% con la entrega de un reporte de avance de las actividades programadas en el plazo de seis meses, y finalmente, se establece un cuarto pago del 40% con el informe final revisado más la presentación con las conclusiones del informe, mismo que no establece el plazo. Al respecto, considerando que la cláusula cuarta del contrato establece un plazo de ejecución del contrato por no más de ocho meses, contados a partir de la orden de inicio dada por el IAFA una vez que el*

*contrato haya sido refrendado, no alcanza a ser coincidente con el plazo que se regula en la forma de pago correspondiente a 8 meses.”*

**4. Sobre la certificación del acuerdo de la Junta Administrativa que dispuso la adjudicación de la oferta adjudicada:** *“Conforme a la publicación del acto de adjudicación realizada en el periódico oficial La Gaceta N° 242 del día lunes 16 de diciembre de 2013, la Junta Directiva del IAFA, no llega a aportar el Acuerdo tomado mediante la sesión ordinaria N° 41 celebrada el 3 diciembre de 2013, donde se dispuso adjudicar la contratación de servicios en ciencias económicas y sociales para evaluar la competencia y conformidad de la prestación de los servicios de salud que brindan las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), a las personas con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”, a la empresa Bermúdez Méndez y Asociados, S. A. En su lugar, se limita a indicar que “El acto de adjudicación fue debidamente autorizado por la Junta Directiva de la Institución, y quien suscribe el contrato es la Presidenta de la Junta, todo ello de conformidad con el artículo 23 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.”*

**5. Sobre la garantía de cumplimiento para la ejecución del contrato:** *“Valorada la Garantía de Cumplimiento como respaldo económico al contrato de interés, se tiene que el contratista ofreció un certificado de depósito a plazo emitido por el Banco Nacional de Costa Rica, a partir del 15 de enero de 2014, con una fecha de vencimiento del 30 de diciembre de 2014. Al respecto establece el numeral 42 párrafo tercero del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, que los certificados otorgados como garantía de cumplimiento por su valor de mercado deberán acompañarse de una estimación efectuada por un operador de alguna de las bolsas legalmente reconocidas.*

*Exceptuándose de este trámite, los certificados de depósito de plazo emitidos por Bancos estatales, cuyo vencimiento ocurra dentro del mes siguiente a la fecha en que se presenta.*

*Tomando en cuenta que el certificado emitido rige desde el 15 de enero de 2014, y vence hasta el 30 de diciembre de 2014, la garantía de cumplimiento aportada para respaldar la ejecución contractual del objeto licitado, no se encuentra dentro de la excepción referida. De manera que, deberá la Administración cumplir por lo dispuesto en la norma de referencia, aportando con dicho certificado la estimación del corredor de bolsa.”*

## **Sobre el Plan Estratégico Institucional del IAFA**

Llama la atención la contradicción entre las fortalezas y las debilidades señaladas en el FODA, lo cual se puede apreciar claramente en el siguiente cuadro. Este error devalúa la utilidad del diagnóstico.

<b>MATRIZ FODA AJUSTADA - DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL 2016</b>	FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
	Anotar las fortalezas	Anotar las debilidades
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experiencia acumulada.</li> <li>2. Personal comprometido.</li> <li>3. Personal calificado.</li> <li>4. Amplia oferta de servicios.</li> <li>5. Producción y transferencia de conocimiento.</li> <li>6. Cuerpo normativo que favorece el accionar de la Institución.</li> <li>7. Reconocimiento de organismos internacionales en materia de salud y drogas.</li> <li>8. Ambiente organizacional favorable.</li> <li>9. Mayor recordación ciudadana de los servicios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuada distribución y ejecución presupuestaria.</li> <li>2. Provisión desigual de servicios por regiones.</li> <li>3. Barreras para una comunicación operativa efectiva.</li> <li>4. Poca innovación afectando la capacidad propositiva.</li> <li>5. Inadecuado manejo de procedimientos de trabajo.</li> <li>6. Exceso de desagregación funcional.</li> <li>7. Débil gestión Institucional.</li> <li>8. Débil sistema de evaluación.</li> <li>9. Débil implementación y uso de las TIC.</li> </ol>
OPORTUNIDADES (O)	ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS (DO)
Anotar las oportunidades	Usar las fuerzas para aprovechar las oportunidades	Superar las debilidades aprovechando las oportunidades
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intercambio de experiencias y trabajo colaborativo.</li> <li>2. Posicionamiento del tema drogas en la agenda pública.</li> <li>3. Coalición con organismos internacionales y redes comunales.</li> <li>4. Contribución en la formulación y ejecución de políticas públicas.</li> <li>5. Reforma y actualización del Marco Jurídico.</li> <li>6. Incremento en la demanda de servicios por parte de la población.</li> <li>7. Nuevas fuentes de financiamiento para fines específicos.</li> <li>8. Suscripción de convenios de colaboración interinstitucionales e intersectoriales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecimiento de convenios de cooperación nacional e internacional.</li> <li>2. Fortalecimiento del marco jurídico y normativo.</li> <li>3. Aumento de la cobertura de servicios.</li> <li>4. Incorporación de la mercadotecnia social de la salud.</li> <li>5. Creación o ampliación de los programas institucionales con fuentes nuevas de financiamiento.</li> <li>6. Mayor incorporación de entes gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales en los servicios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuación del modelo de gestión institucional para la prestación de servicios.</li> <li>2. Implementación de la Política Nacional sobre Alcohol.</li> <li>3. Actualización del marco normativo (regulatorio)</li> <li>4. Instauración del Sistema Nacional de Prevención.</li> <li>5. Contar con el apoyo y asesoría técnica de la OMS/OPS.</li> <li>6. Actualización y formación continua del personal</li> </ol>
AMENAZAS (A)	ESTRATEGIAS (FA)	ESTRATEGIAS (DA)
Anotar la amenazas	Usar las fuerzas para evitar las amenazas	Reducir las debilidades y evitar las amenazas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variabilidad en la asignación presupuestaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Hacer visible e incorporar el componente de prevención y</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Fortalecimiento de la iniciativa comunitaria para la conformación</b></li> </ol>



<p>2. Énfasis en estrategias represivas vs preventivas.</p> <p>3. Disminuido respaldo de las autoridades gubernamentales.</p> <p>4. Estigmatización del consumo de drogas.</p> <p>5. Discontinuidad en la orientación general de las políticas en materia de drogas.</p> <p>6. Debilitado Sistema Nacional de Tratamiento sobre drogas.</p> <p>7. Inadecuado manejo del fenómeno por parte de los medios de comunicación.</p> <p>8. Injerencia de intereses económicos en el manejo y formulación de políticas públicas en materia drogas.</p> <p>9. Percepción del tráfico y consumo de drogas como un factor socio-cultural asociado a la pobreza.</p>	<p><b>tratamiento en las estrategias y políticas nacionales de salud y drogas.</b></p> <p><b>2. Incorporación de la mejora continua para fortalecer el control interno.</b></p> <p><b>3. Incorporación de buenas prácticas al quehacer institucional.</b></p> <p><b>4. Fortalecimiento del sistema de información y evaluación.</b></p> <p><b>5. Mayor incorporación de tecnologías de comunicación e información.</b></p>	<p><b>de redes preventivas y asistenciales.</b></p> <p><b>2. Fortalecimiento de los programas de prevención y de formación/capacitación ejecutados por la institución.</b></p> <p><b>3. Articulación de la red nacional de tratamiento en materia de drogas.</b></p> <p><b>4. Formación de opinión pública a partir de la difusión de información, clara, certera y comprobada científicamente.</b></p>
--	--	---

## **Sobre el presupuesto del IAFA**

En el Plan Operativo Institucional y Presupuesto por Programas aprobado para el ejercicio fiscal 2017 se detalla la cantidad presupuestaria asignada al IAFA para desarrollar sus funciones.

Para el periodo 2017, la estructura presupuestaria por programas y subprogramas del IAFA se define de la siguiente manera:

**Cuadro 1. IAFA: Estructura programática y presupuestaria  
Presupuesto Ordinario 2017  
(Millones de colones)**

Programa y subprograma		Presupuesto
<b>1</b>	<b>Promoción, prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas</b>	<b>11.349,6</b>
1.1	Formación y capacitación de agentes multiplicadores para la promoción, prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	1.741,9
1.2	Estrategias de divulgación, movilización y comunicación social para la promoción, prevención y el tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	2.512,3
1.3	Tratamiento a personas y familias afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	6.994,8
1.4	Producción de conocimiento, sistematización e incorporación de buenas prácticas para la promoción	100,7
<b>2</b>	<b>Regulación de programas para la prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas</b>	<b>609,1</b>
2.1	Aprobación y fiscalización del funcionamiento de los programas brindados por las ONG y OG en materia de prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	609,1
<b>3</b>	<b>Servicios de Apoyo para coadyuvar al cumplimiento de la gestión institucional</b>	<b>3.052,0</b>
3.1	Conducción de las funciones rectoras y potestades institucionales	230,1
3.2	Gestión administrativa	2.821,9
<b>Total</b>		<b>15.010,7</b>

Fuente: STAP (2016) con información de "Plan Operativo Institucional por Programas y Presupuesto, Ejercicio Fiscal 2017" (IAFA, 2016, p.12).

#### Fuentes de Financiamiento

Fuente	Monto (miles de colones)
IAFA – (Gobierno Central y otros Servicios)	7.271.400,0
Ley N° 7972 – Cargas Tributarias al Alcohol y el Tabaco	588.800,0
Ley N° 8204 – Ley de Psicotrópicos / Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)	421.690,0
Ley N° 8289 - IAFA / Fábrica Nacional de Licores (FANAL)	6.000,0
Ley N° 9036 – Instituto de Desarrollo Rural (artículo N°37, Transformación del IDA al INDER)	190.000,0
Ley N° 8289 – IAFA / Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF)	12.000,0
Convenio de cooperación programa de tratamiento, Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF)	77.715,5
Ley N° 9028 – Ley de General de Control del Tabaco	3.421.600,0
Superávit Específico 2016	3.021.488,1
<b>TOTAL</b>	<b>15.010.693,6</b>

Fuente: Plan Operativo Institucional por Programas y Presupuesto Ejercicio Fiscal 2017, IAFA.

Por objeto del gasto, el mayor porcentaje del presupuesto institucional corresponde a remuneraciones con las cuales se cubren 429 puestos aproximadamente, abarcando el mayor porcentaje del presupuesto institucional. Por ejemplo, según Sicere del período diciembre 2015 a enero 2016 esta planilla devengó en salarios: 4,822.544.300.00, para un promedio mensual salarial de 370,964.946.00 millones de colones.

Según información del IAFA,<sup>13</sup> el costo económico de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos en Costa Rica para el año 2011 representó \$551.095.458,51 (quinientos cincuenta y un millones noventa y cinco mil cuatrocientos cincuenta y ocho con 51/100 dólares americanos), un costo per-cápita de \$120,01 (ciento veinte con 01/100 dólares americanos), y equivalente a un 1,36% del Producto Interno Bruto (PIB).

Además, señala el IAFA<sup>14</sup> que unas 625 personas acuden a dicha institución cada mes para tratar problemas de adicción. Además, el crecimiento en consultas es considerable, pasando de 4.177 atenciones en el año 2002 a 13.000 en el 2014. De este total, un 86,9% son hombres y un 13,1% mujeres.

### **Fundamentación de la reforma propuesta**

El artículo 21 de la Constitución Política de la República de Costa Rica establece el derecho a la vida y el artículo 50 el derecho a un ambiente sano; y si bien no establece directamente el derecho a la salud, no se puede negar su existencia pues el derecho a la salud es un derivado directo del derecho a la vida, tal y como lo ha interpretado la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en la resolución N.º 1915, 1992 y otras:

*“El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la República. De igual forma en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantiza a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental (...).”*

Es un deber del Estado, a través del Ministerio de Salud, velar por la salud de la población de conformidad con el mandato constitucional y lo establecido en la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, del 30 de octubre de 1973. En este sentido, la Procuraduría General de la República ha señalado que en materia de rectoría técnica: *“Los organismos que la ostentan deben promover la investigación, el desarrollo, el perfeccionamiento y la aplicación de metodologías; así como,*

---

<sup>13</sup> Impacto económico del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica 2011. San José, CR. IAFA, 2014.

<sup>14</sup> Crhoy, del 8 de diciembre de 2014, entrevista al Dr. Luis Eduardo Sandí, director general del IAFA. Disponible en [www.crhoy.com](http://www.crhoy.com)

*uniformar principios, normas, técnicas, métodos y terminología; y además, coordinar con los órganos y entes del Estado que ejecutan los programas con el fin de brindarles asistencia técnica.”<sup>15</sup>*

Específicamente, en cuanto al IAFA, en el dictamen N.º C-175-92, respecto al tema de prevención, tratamiento, rehabilitación y la reinserción de personas afectadas por el consumo de drogas, dicho órgano señaló que “(...) *corresponde al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia la rectoría técnica en esta materia, bajo la tutela del Ministerio de Salud*”. Lo anterior significa que el IAFA es rector en la materia de prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, pero que estará sujeto al respaldo que le otorgue su rector político, en este caso el Ministerio de Salud.<sup>16</sup>

El sector salud está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el nivel de salud de la población y es el Ministerio de Salud el encargado de ejercer la rectoría sobre este.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) no genera resultados positivos en los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y la reinserción social de las personas con algún tipo de adicción. El Ministerio de Salud es el ente rector en esa materia, por lo que debemos considerar la decisión de devolverle esas funciones. Si un ciudadano tiene un problema de salud con una adicción podrá encontrar ayuda en el ebais más cercano, para ser referido al centro de desintoxicación más cercano a su lugar habitual de residencia.

La Ley N.º 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5.412, para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica Instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, de 10 de julio de 2002, data de hace más de un decenio y regula las funciones del IAFA en Costa Rica. La demás normativa que regula al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia se encuentra dispersa en múltiples leyes, decretos y reglamentos; algunos de ellos con una antigüedad similar a la de la ley en mención, por lo que se requiere de una modernización que ajuste la normativa a la realidad actual en materia de adicciones, y la promulgación de una reforma completa a las políticas públicas en el tratamiento de las adicciones para así cumplir de forma más expedita con sus objetivos y las funciones que tiene el Ministerio de Salud.

Como bien señalamos en esta exposición de motivos, desde su constitución a la fecha el IAFA no ha cumplido la función para la cual fue creado, en toda su operación se evidencia la falta de una correcta administración, al día de hoy no les

---

<sup>15</sup> Dictámenes N.º C-175-92, C-103-2002, C-161-2006 y C-130-2006, así como las opiniones jurídicas números OJ-095-98 y OJ-078-2005, todos de la Procuraduría General de la República.

<sup>16</sup> Ley General de la Administración Pública N.º 6227, artículo 27.1.

permite con datos reales siquiera demostrar a ciencia cierta cuantas personas se han rehabilitado del consumo gracias al IAFA desde su constitución a la fecha, ni quienes son reincidentes. Lo que no se puede medir no existe. En este sentido, resulta necesario dotar al Estado de una nueva política pública en atención a las adicciones y brindarles una estructura de funcionamiento que permita una organización más concreta, sencilla, flexible y fácil de coordinar; acorde con las necesidades de las personas usuarias y con los actuales paradigmas del tratamiento y atención de las adicciones, respetando las competencias de cada institución y en salvaguarda de los fondos para estos fines.

De este modo, se propone cerrar el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) toda vez que se requiere un abordaje más integral y completo, sin hacer distinciones entre uno u otro tipo de adicción, armonizando el enfoque a los planteamientos más novedosos de expertos en la materia, como la Organización Mundial de la Salud (OMS); devolver las competencias al Ministerio de Salud como ente rector en esta materia y propiciar nuevas políticas públicas en atención de adicciones que se desarrollen a la vanguardia de las últimas tendencias en este tipo de atención, así como fomentar la investigación y la innovación. También es importante la actualización del conocimiento, para un adecuado abordaje de las adicciones.

Por otra parte, se hace obligatorio lograr una mayor celeridad en todos los procesos y programas, brindando más eficacia y efectividad al accionar que actualmente tiene el Instituto, ya que el país enfrenta en este momento un crecimiento desproporcionado en adicciones y en falta de seguridad ciudadana.

Ahora bien, la sociedad presenta nuevas necesidades y retos continuos en materia de adicciones y el Estado debe responder por medio de la coordinación de todos los recursos gubernamentales, al amparo del desarrollo de una auténtica red pública de servicios sociales y sanitarios en materia de prevención y tratamiento, para garantizar una respuesta más adecuada a dichos retos y a los problemas relacionados con las sustancias psicoactivas.

En nuestro país se carece de un diagnóstico integral en salud mental que permita conocer la dimensión real del problema a nivel nacional, esto porque el IAFA no ha realizado a la fecha una labor real de investigación de la problemática.

Costa Rica se encuentra ante un problema de gran magnitud, el cual se intensifica con la mala distribución de los recursos asignados a la promoción y prevención, así como la exclusión social, la pobreza, la inequidad en el acceso a los servicios, la carencia de oportunidades de educación y empleo, la mala supervisión y nula capacitación por parte del IAFA a las estructuras de las ONG, quienes en sus programas no se enfocan al desarrollo de destrezas para enfrentarse a medios adversos, entre otras afectaciones de la salud, como la depresión que acompaña a los problemas de adicción al tabaco, alcohol, fármacos y a otras drogas lícitas o ilícitas, con lo cual se continúa afectando y agravando la situación, con especial impacto en los grupos más vulnerables.

Existe una urgente necesidad de cerrar el IAFA. La propuesta de este proyecto apunta principalmente al rediseño de la respuesta nacional en materia de tratamiento de los problemas asociados a las adicciones, restableciendo un nivel óptimo de coordinación y articulación institucional.

La formación y capacitación es una dimensión básica para conseguir mejoras en las competencias del recurso humano con el que cuenta el país, es decir, para los profesionales y técnicos vinculados a las acciones de los programas de tratamiento y rehabilitación de las adicciones. El Ministerio de Salud deberá velar por la idoneidad y adecuación de los contenidos, al igual que aumentar y diversificar la oferta formativa.

Esta estrategia orientada a la calidad, innovación y transferencia de conocimiento incluye la definición de los criterios de calidad de los programas, servicios e intervenciones; la homologación de contenidos y el desarrollo de una oferta de instrumentos de trabajo para impulsar y promover la actuación basada en la evidencia o en “buenas prácticas”.

El Estado tiene el deber de fomentar una sociedad sana y fijar este concepto como una prioridad al momento de formular las políticas sociales, en especial de aquellas que se centran en la promoción de formas de vida saludable a nivel afectivo, emocional, conductual y sistemas familiares, como modos más eficaces y rentables de mejorar la salud y de conseguir una sociedad no excluyente. La promoción de la salud debe ser una práctica encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas, logrando el desarrollo psicológico y fisiológico óptimo para mejorar su calidad de vida.

Estas situaciones sugieren la necesidad de trabajar en una reforma a la ley que solvete estas debilidades y permita reforzar los componentes de investigación, prevención, rehabilitación y reinserción social, considerando la perspectiva de género y derechos humanos, aspectos fundamentales en este proyecto de ley.

Se elimina la junta directiva, lo que conlleva un ahorro significativo. En este sentido, vale recordar que las juntas directivas institucionales representan una instancia más para la toma de decisiones, lo que entorpece y genera atrasos burocráticos. La existencia de juntas directivas a nivel institucional ha llegado a frenar la ejecución de las tareas que le han sido encomendadas, lo cual indudablemente repercute en la lentitud y burocracia de las instituciones. La mayoría de estas juntas directivas tienen una serie de beneficios que se cargan al presupuesto nacional.

Para el año 2014 se aprobó en el presupuesto nacional más de 4 mil millones de colones en gastos de dietas y alimentación para dichos directivos. En algunas instituciones se ha creado una duplicidad entre las presidencias, las direcciones ejecutivas y las juntas directivas, que son innecesarias. Este proyecto de ley busca lograr una mejor administración de los fondos públicos, en una época donde estamos llamados a la austeridad.

Según el Plan Operativo Institucional, la misión del IAFA es: *“Contribuir en el marco de sus responsabilidades rectoras y ejecutoras en materia de drogas, a mejorar las condiciones de vida de todas las personas en sociedad, por medio de un conjunto de intervenciones en promoción de la salud mental y preventivo-asistenciales tendientes a modificar hábitos, costumbres y actitudes para disuadir el consumo de drogas y minimizar sus consecuencias”*. Esta misión no se cumple a cabalidad.

Por lo expuesto anteriormente, sometemos a consideración de las señoras diputadas y los señores diputados el siguiente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA  
DECRETA:

**LEY PARA CERRAR EL IAFA Y REFORMAR LAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

**ARTÍCULO 1.-** Créase dentro de la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud una División Técnica para la Atención de Adicciones, con dependencia orgánica de la Dirección General de Salud, la cual tendrá una oficina abierta para la atención de adicciones en cada uno de los ebais del país.

**ARTÍCULO 2.- Objetivos de la División Técnica para la Atención de Adicciones**

Son objetivos de la División Técnica para la Atención de Adicciones los siguientes: la investigación, el tratamiento de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos, así como la rehabilitación e inserción social de las personas adictas y sus familias.

**a) La investigación:** entendida como el conjunto de búsquedas científicas que fomentará y desarrollará para detectar los factores, naturaleza y consecuencia de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos, con el fin de obtener nuevos conocimientos y técnicas que fundamenten de manera permanente la planificación y ejecución de actividades institucionales y posibiliten, a la vez, el desarrollo de grados superiores de especialización en los campos de tratamiento y rehabilitación.

**b) El tratamiento:** entendido como el conjunto de medidas contributivas al diagnóstico, atención y seguimiento de la adicción y sus manifestaciones biopsicosociales.

**c) La rehabilitación:** es el proceso de recuperación integral del paciente, que acude a los servicios sociales y comunitarios como alojamiento, educación, capacitación laboral, tendientes a restablecer en las personas sus capacidades y mantener una vida sin adicciones. Es la etapa superior del tratamiento con la participación de las personas afectadas y sus familias.

**d) La reinserción social:** es el proceso de atención continua que incluye todos los elementos de la rehabilitación, prevención de recaída y seguimiento del estado de salud del paciente.

Deberá establecer convenios con las instituciones públicas y organizaciones privadas que considere pertinentes, con el fin de potenciar la reinserción social de la persona adicta.

### **ARTÍCULO 3.- Funciones de la División Técnica para la Atención de Adicciones**

**a)** Proponer al Ministerio de Salud la elaboración de políticas, estrategias y programas en materia de prevención de adicciones para reducir el impacto social y factores de riesgo de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos. Además, establecer lineamientos que fortalezcan la participación social para la prevención de adicciones en la comunidad en general y encauzar esfuerzos en todo lo referente a políticas de prevención.

**b)** Elaborar las normas bajo las cuales deberán funcionar los servicios de tratamiento de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos, a fin de regular su funcionamiento y asegurar la calidad de estos, respetando los derechos humanos.

**c)** Elaborar modelos de prevención de riesgos psicosociales, principalmente, en adolescentes y otros grupos vulnerables, y realizar campañas permanentes para conformar redes sociales que favorezcan estilos de vida saludables. Lo anterior lo puede realizar en convenio con el Ministerio de Educación Pública y con instituciones educativas del sector privado.

**d)** Promover y ejecutar acciones, programas y políticas encaminadas a prevenir y evitar las adicciones en el país, a través de estrategias integrales de atención en coordinación con el sector público y privado que fomenten la participación ciudadana, de manera que se mejore la salud mental y el desarrollo humano de las y los habitantes del país.

**e)** Orientar a la opinión pública en la comprensión acerca de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos, a fin



de que se generen actitudes solidarias y de apoyo hacia los programas a ejecutar o que están en desarrollo.

**f)** Establecer un sistema nacional de prevención integral de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, coordinando acciones conjuntas con el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), el Instituto Nacional de la Mujer (Inamu), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Concejo de la Persona Adulta Mayor (Conapam), el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Ministerio de Cultura y los gobiernos locales, así como otras estructuras municipales, así como con participación de la ciudadanía.

**g)** Incorporar la perspectiva de derechos humanos en todo el quehacer institucional, desarrollando acciones específicas relativas a la prevención.

**h)** Impulsar, planear, organizar, coordinar, asesorar y desarrollar programas de capacitación y profesionalización para el personal técnico y profesional que realice actividades en materia de prevención.

**i)** Crear el plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

El Ministerio de Salud será el responsable de regular, supervisar, coordinar y aprobar todos los programas, tanto públicos como privados, relacionados con sus fines. Asimismo, deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas en caso de que se incumplan los lineamientos estipulados, y será el responsable de la correcta asignación presupuestaria para su funcionamiento.

**ARTÍCULO 4.-** La División Técnica de Atención de Adicciones tendrá la siguiente estructura organizacional:

**a) Área Técnica de Atención de Adicciones:** es el órgano ejecutor y en consecuencia le corresponde planificar, organizar, coordinar, ejecutar, controlar y evaluar todas las acciones relacionadas con la atención de las adicciones. Su encargado será nombrado por el Ministro de Salud como cargo de confianza. La persona que ejerza este cargo deberá ser ciudadano costarricense, profesional, con grado mínimo de licenciatura en cualquier disciplina de las ciencias sociales y/o de la salud, con experiencia demostrable no menor de cinco años, así como con amplio conocimiento sobre la problemática relacionada con la adicción a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos. Deberá tener conocimientos y experiencia en el área de la administración y preferiblemente deberá tener dominio del idioma inglés.

**b) Área Legal de Atención de Adicciones:** deberá asesorar permanentemente en lo que corresponda a la División Técnica y las demás dependencias relacionadas con la atención de adicciones. Será nombrada

por el ministro de Salud en cargo de confianza. La persona responsable de la oficina legal deberá ser licenciada en derecho, debidamente incorporada al Colegio de Abogados, y con experiencia demostrable no menor de cinco años en trámites judiciales, derecho laboral y administrativo.

**c) Área de Investigación de Adicciones:** deberá realizar investigación científica, social y estadística, a fin de generar mayor y mejor conocimiento sobre los factores, naturaleza y consecuencia de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos, que sirvan como insumo para la construcción de política pública en la materia. Además, deberá garantizar y vigilar la conservación de toda la información y documentación institucional, para ponerla a disposición de los usuarios internos y externos. La persona responsable del Departamento de Investigación deberá poseer una licenciatura en ciencias sociales, preferiblemente con un posgrado en administración pública, planificación o desarrollo, debidamente incorporada al colegio profesional correspondiente y con experiencia demostrable no menor de cinco años y amplio conocimiento sobre la problemática relacionada con la adicción a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos. Está oficina deberá tener no menos de cinco plazas y fijas para investigadores, con experiencia demostrable no menor de tres años en esa labor y serán nombrados por el ministro de Salud en cargos de confianza.

**d) Área de Gestión y Operación:** sin perjuicio de otras funciones que pueda realizar se avocara a lo siguiente:

- 1) Diseñar, promover y ejecutar los programas institucionales de tratamiento y rehabilitación en materia de adicción al alcohol, tabaco, fármacos y a otras drogas lícitas o ilícitas, con participación de las personas adictas y sus familias. Serán los encargados, en coordinación con la División Técnica de Tratamiento de las Adicciones, de la operación y administración de los centros de desintoxicación que se requieran en el país acorde con las necesidades específicas de la población y velando por una atención según edad, género y sexo.
- 2) Definir, coordinar, organizar, planear, diseñar, evaluar y dar seguimiento al proceso de capacitación permanente de las y los funcionarios, organizaciones no gubernamentales y cualquier otra persona interesada en la materia.
- 3) Desarrollar y dar mantenimiento a los programas y sistemas de información automatizados que faciliten el mejor desempeño de las actividades de la institución.
- 4) Colaborar con las diferentes áreas institucionales brindando capacitación técnica en el área informática.

La persona encargada del Área de Gestión será nombrada por el ministro de Salud como cargo de confianza y deberá poseer una licenciatura en ciencias sociales o de la salud, preferiblemente con un posgrado en esos campos y debidamente incorporada al colegio profesional correspondiente, con experiencia demostrable no menor de cinco años y amplio conocimiento sobre la problemática relacionada con el la adicción a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos.

**e) Área de Reinserción Social:** la principal función de esta área es lograr la reinserción social de las personas que han superado las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos. También establecer y dar seguimiento a las acciones interinstitucionales, proponer los presupuestos de los programas para las instituciones encargadas de ello, realizar convenios con empresas privadas que fomente. Deberá contar con cinco profesionales especialistas en trabajo social y serán nombrados por el ministro de Salud en cargos de confianza.

**ARTÍCULO 5.-** La prevención de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos será competencia del Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 6.-** La Dirección de vida Estudiantil del Ministerio de Educación Pública será la encargada de planificar, diseñar, promover y ejecutar políticas, programas y proyectos extracurriculares, que fomenten el desarrollo integral de la población estudiantil, incluyendo el desarrollo de programas orientados a prevenir el consumo de sustancias adictivas.

Deberá implementar programas educativos obligatorios con instituciones públicas y privadas, así como con empresas privadas y otras organizaciones que promuevan la prevención de las adicciones.

La finalidad de la prevención estará orientada hacia la promoción de la salud con la participación efectiva de la población estudiantil, integrando al mismo tiempo a su núcleo familiar.

**ARTÍCULO 7.-** Refórmese el artículo 3 de la Ley N.º 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412, para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica Instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, se corra la numeración y se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 3.-** Con el objetivo de desarrollar en las escuelas y los colegios de todo el país una campaña preventiva permanente contra el alcoholismo y la drogadicción, se autoriza a las empresas productoras o comercializadoras de cigarrillos o de licores para que deduzcan del impuesto sobre la renta los donativos que realicen para dicha campaña. Con este mismo fin, se autoriza a la Fábrica Nacional de Licores para que traslade hasta quinientos mil colones (¢500.000,00) mensuales al Ministerio de Salud, monto que rebajará del total de sus ganancias. Igualmente, el

Programa de Asignaciones Familiares asignará un millón de colones (¢1.000.000,00) mensuales para fortalecer esos programas preventivos, los cuales deberán desarrollarse en estrecha coordinación entre Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública y con los grupos de voluntariado organizados en cada centro educativo, constituidos por docentes, alumnado, familias, instituciones públicas y empresas privadas, así como otros actores interesados en el problema de las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el alcohol, tabaco y fármacos. El Ministerio de Salud no podrá utilizar bajo ningún concepto los fondos de estos programas en rubros administrativos ni en otros que no conciernan a sus fines.”

**ARTÍCULO 8.-** Refórmese el artículo 15, incisos c) y d), de la Ley N.º 7972, y sus reformas, Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos para Financiar un Plan Integral de Protección y Amparo de la Población Adulta Mayor, Niñas y Niños en Riesgo Social, Personas Discapacitadas Abandonadas, Rehabilitación de Alcohólicos y Farmacodependientes, Apoyo a las Labores de la Cruz Roja y Derogación de Impuestos Menores sobre las Actividades Agrícolas y su Consecuente Sustitución, cuyo texto dirá:

**“Artículo 15.-** Los recursos referidos en el inciso a) del artículo 14 de la presente ley serán asignados, vía transferencia del Ministerio de Hacienda, en la siguiente forma:

(...)

**c)** Un quince por ciento (15%) de los recursos será asignado al Ministerio de Salud, los cuales se distribuirán de la siguiente forma: un cinco por ciento (5%) para financiar programas prevención, y un diez por ciento (10%) debe destinarse como recursos para atención, albergue, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de drogadicción, alcoholismo y farmacodependencia. Estas sumas solo podrán ser utilizadas en programas de baño, alimentación y dormitorio para la población adicta menesterosa e indigente.

Estos programas podrán ser realizados por instituciones o entidades públicas o privadas, previa aprobación del Ministerio de Salud y deberán rendir un informe anual de labores a la Contraloría General de la República.

El porcentaje destinado a cada centro u organización se girará anualmente y de manera escalonada. Para efectos de determinar los porcentajes de dinero que le corresponde a cada centro, estos deberán brindar un informe donde conste la cantidad de pacientes rehabilitados anualmente. Los centros que rehabiliten más pacientes contarán con un porcentaje mayor de aporte económico. La asignación de recursos se realizará conforme los resultados de la evaluación de los programas y estará a cargo del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud garantizará que con estos recursos se financie el establecimiento y mantenimiento de albergues en todas las provincias del país para el tratamiento de las mujeres y personas menores de edad en situación de drogadicción, alcoholismo y farmacodependencia.

**d)** Un siete por ciento (7%) de los recursos será asignado en partes iguales al Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Deporte y Recreación (Midepor) para ser utilizado en programas de educación y prevención tendientes a evitar el fumado, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el uso de sustancias adictivas de uso no medicinal o el consumo abusivo de fármacos o medicamentos (psicofármacos).”

**ARTÍCULO 9.-** Refórmense los artículos 3, 5, 6, 85 inciso 1), el artículo 100 y artículo 115 de la Ley N.º 8204, Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, y se leerá de la siguiente forma:

**“Artículo 3.-** Es deber del Estado prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica. Asimismo, asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el pos-tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas con adicción a las drogas lícitas o ilícitas, al alcohol, tabaco y fármacos, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física y mental y readaptarlas a la sociedad.

Los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado. Si se trata de personas menores de edad, para lograr dicho tratamiento el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) deberá dictar las medidas de protección necesarias dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Corresponde al Ministerio de Salud ejercer la investigación, el tratamiento y la reinserción social, así como proponer, diseñar y evaluar programas de prevención.”

**“Artículo 5.-** Las acciones preventivas dirigidas a evitar el cultivo, la producción, la tenencia, el tráfico y el consumo de drogas y otros productos referidos en esta ley deberán ser coordinadas por el Instituto Costarricense sobre Drogas. En materia preventiva y asistencial se requerirá consultar técnicamente al Ministerio de Salud.”

**“Artículo 6.-** Todos los medios de comunicación colectiva cederán, gratuitamente, al Ministerio de Salud espacios semanales hasta del cero coma veinticinco por ciento (0,25%) del espacio total que emitan o editen, para destinarlos a las campañas de educación y orientación dirigidas a combatir la producción, el tráfico, el uso indebido y el consumo ilícito de las drogas susceptibles de causar dependencia. Dichos espacios no serán acumulativos, cedibles ni transferibles a terceros, con la única excepción del Ministerio de Salud, y podrán ser sustituidos por campañas que desarrollen los propios medios, previa autorización de la División Técnica para la Atención de Adicciones, para lo cual deberá consultarse técnicamente al Ministerio de Salud. Para efectos del cálculo anual del impuesto sobre la renta, el costo de los espacios cedidos para los fines de este artículo se considerará una donación al Estado.”

**“Artículo 85.-** La autoridad judicial depositará el dinero decomisado en las cuentas corrientes del Ministerio de Salud, que para tal efecto dispondrá en cualquier banco del Sistema Bancario Nacional y, de inmediato, le remitirá copia del depósito efectuado. El Ministerio de Salud podrá invertir esos dineros decomisados bajo cualquier modalidad financiera ofrecida por los bancos estatales, que permita maximizar los rendimientos y minimizar los riesgos. El dinero decomisado también podrá ser invertido por el Instituto en la compra de equipo para la lucha antidrogas, previo aseguramiento de que en caso de que no proceda el comiso este será devuelto.

De los intereses que produzca el dinero invertido, el Instituto deberá destinar:

- 1) El sesenta por ciento (60%) al cumplimiento de los programas para tratar las adicciones; de este porcentaje, cincuenta por ciento (50%) será para los programas de prevención del consumo del Ministerio de Salud, y el otro cincuenta por ciento (50%) para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social que desarrolla este mismo Ministerio.
- 2) El treinta por ciento (30%) a los programas represivos.
- 3) Un diez por ciento (10%) al aseguramiento y el mantenimiento de los bienes decomisados, cuyo destino sea el señalado en el artículo 84 de esta ley.”

**“Artículo 100.-** La División Técnica para la Atención de Adicciones del Ministerio de Salud diseñará el plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, y coordinará las políticas de prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes, así como las políticas de prevención del delito: uso, tenencia, comercialización y tráfico ilícito de drogas, estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables, drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia física o psíquica,

precursores y sustancias químicas controladas, según las convenciones internacionales suscritas y ratificadas por Costa Rica y de acuerdo con cualquier otro instrumento jurídico que se apruebe sobre esta materia y las que se incluyan en los listados oficiales, publicados periódicamente en La Gaceta.

Para el cumplimiento de la competencia supracitada, la División ejercerá, entre otras, las siguientes funciones:

- a)** Proponer, dirigir, impulsar, coordinar y supervisar la actualización y ejecución del plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.
- b)** Mantener relaciones con las diferentes administraciones, públicas o privadas, así como con expertos nacionales e internacionales que desarrollen actividades en el ámbito del plan nacional sobre drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, y prestarles el apoyo técnico necesario.
- c)** Diseñar, programar, coordinar y apoyar planes y políticas contra lo siguiente:
  - 1)** El consumo y tráfico ilícito de drogas, con el propósito de realizar una intervención conjunta y efectiva.
  - 2)** La legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.
  - 3)** El desvío de precursores y químicos esenciales hacia la actividad delictiva del narcotráfico.
- d)** Dirigir el sistema de información sobre drogas, que recopile, procese, analice y emita informes oficiales sobre todos los datos y las estadísticas nacionales.
- e)** Participar en las reuniones de los organismos internacionales correspondientes e intervenir en la aplicación de los acuerdos derivados de ellas; en especial, los relacionados con la prevención de farmacodependencias, la lucha contra el tráfico de drogas y las actividades conexas, ejerciendo la coordinación general entre las instituciones que actúan en tales campos, sin perjuicio de las atribuciones que estas instituciones tengan reconocidas, y de la unidad de representación y actuación del Estado en el exterior, competencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.
- f)** Financiar programas y proyectos, así como otorgar cualquier otro tipo de asistencia a organismos, públicos y privados, que desarrollen actividades de prevención, en general, y de control y fiscalización de las drogas de uso lícito e ilícito, previa coordinación con las instituciones rectoras involucradas al efecto.

**g)** Impulsar la profesionalización y capacitación del personal del Instituto, así como de los funcionarios públicos y privados de los organismos relacionados con el plan nacional sobre drogas.

**h)** Apoyar la actividad policial en materia de drogas.

i) Coordinar y apoyar, de manera constante, los estudios o las investigaciones sobre el consumo y tráfico de drogas, las actividades conexas y la legislación correspondiente, para formular estrategias y recomendaciones, sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud.

**j)** En materia de prevención del consumo, la aprobación de todos los programas, públicos y privados, el tratamiento, la investigación, la rehabilitación y la reinserción social le corresponde al Ministerio de Salud. Al Ministerio de Educación Pública (MEP) le corresponderá definir y en conjunto con el Ministerio de Salud aprobar las técnicas metodológicas y didácticas relacionadas con la implementación de los programas y proyectos citados, orientados a estos fines, dentro del sistema educativo formal.

**k)** Coordinar y apoyar campañas, públicas y privadas, debidamente aprobadas por las instituciones competentes, involucradas y consultadas al efecto, para prevenir el consumo y tráfico ilícito de drogas.

**l)** Suscribir acuerdos y propiciar convenios de cooperación e intercambio de información en el ámbito de su competencia, con instituciones y organismos nacionales e internacionales afines.

**m)** Preparar, anualmente, un informe nacional sobre la situación de la prevención y el control de drogas de uso lícito e ilícito, precursores y actividades conexas, en el país.

**n)** Todas las funciones que en el futuro se consideren necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la institución.

**ñ)** En materia de prevención del consumo, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, a la División Técnica para la Atención de Adiciones del Ministerio de Salud le corresponde la aprobación de todos los programas, públicos y privados, orientados a estos fines. Al Ministerio de Educación Pública (MEP) le corresponderá definir y aprobar las técnicas metodológicas y didácticas relacionadas con la implementación de los programas y proyectos citados, orientados a estos fines, dentro del sistema educativo formal.”

**“Artículo 115.-** La Unidad de Proyectos de Prevención será la encargada de coordinar, con el Ministerio de Salud, la implementación de



los programas de las entidades públicas y privadas, con la finalidad de fomentar la educación y prevención del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos contemplados en esta ley. Asimismo, esta Unidad propondrá medidas para la aplicación efectiva de los planes de carácter preventivo contenidos en el plan nacional sobre drogas; su estructura técnica y administrativa se dispondrá reglamentariamente.”

**ARTÍCULO 10.-** Refórmese el artículo 8, inciso k), de la Ley N.º 8718, denominada Autorización para el Cambio de Nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales, vigente desde el 18 de febrero de 2009, y sus reformas, cuyo texto dirá:

**“Artículo 8.- Distribución de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar**

(...)

**k)** De uno coma setenta y cinco por ciento (1,75%) a un dos coma setenta y cinco por ciento (2,75%) para programas de prevención y tratamiento de adicción a las drogas lícitas e ilícitas, al alcohol, tabaco y fármacos será asignado al Ministerio de Salud y conforme al Manual de criterios para la distribución de recursos de la Junta de Protección Social.”

**ARTÍCULO 11.-** Refórmese el artículo 7 de la Ley N.º 9028, de 22 de marzo de 2012, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, y se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 7.- Programas de cesación**

Todo patrono procurará otorgar el permiso correspondiente para que las personas trabajadoras con diagnóstico de adicción al tabaco o sus derivados asistan a programas oficiales del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o cualquier programa debidamente acreditado ante el Ministerio de Salud, dedicados a la atención terapéutica que les permita hacer abandono de su adicción, presentando los comprobantes respectivos de asistencia.”

**ARTÍCULO 12.-** Refórmese el artículo 29, inciso c), de la Ley N.º 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, y se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 29.- Destino del tributo**

**c)** Un diez por ciento (10%) se destinará al Ministerio de Salud, para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.”

**ARTÍCULO 13.-** El Ministerio de Salud deberá reglamentar, regular y controlar el otorgamiento de permisos sanitarios; el correcto funcionamiento y la distribución de los recursos en toda actividad, institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realicen acciones de salud, sean estas de promoción, conservación o recuperación de la salud en las personas o de rehabilitación del paciente adicto; y de aquellas actividades que por disposición de la ley requieren estos permisos sanitarios para operar en el territorio nacional, así como establecer los requisitos para el trámite de estos.

**ARTÍCULO 14.-** Todo aporte estatal que sea destinado para la atención contra las adicciones a las drogas lícitas o ilícitas, el tabaco, alcohol y fármacos será asignado al Ministerio de Salud para el logro de los objetivos establecidos en la presente ley.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**TRANSITORIO I.-** Deróguese el inciso d) del artículo 5 y los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412, de 8 de noviembre de 1973. Deróguese el Decreto Ejecutivo N.º 33.070; el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo 34.728-S, que entró en vigencia el 9-10-2008); el Decreto N.º 35.383-S publicado en el diario oficial La Gaceta, N.º 175 el 8 de septiembre de 2009; oficialización de la norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en el tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas.

**TRANSITORIO II.-** Todos los activos, tangibles o intangibles, muebles e inmuebles, pertenecientes al IAFA pasarán a ser propiedad del Ministerio de Salud. Todas las obligaciones establecidas y no vencidas con terceros provenientes del IAFA serán asumidas en su totalidad por el Ministerio de Salud. A todos los empleados del IAFA se les pagarán las obligaciones obrero patronales en su totalidad y será finiquitado el contrato laboral.

**TRANSITORIO III.-** La aplicación de esta ley deroga otras normas, leyes o reglamentos que rigen en este campo, para el Gobierno central, instituciones autónomas y semiautónomas y los otros Poderes del Estado.

Rige a partir de su publicación.

Otto Guevara Guth

Natalia Díaz Quintana

José Alberto Alfaro Jiménez

**DIPUTADA Y DIPUTADOS**

**NOTA:** Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Hacendarios.

1 vez.—O. C. N° 27022.—( IN2017143605 ).