

Jueves 10 de julio de 2014

Nº 8724

Acta de la sesión ordinaria número 8724, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 10 de julio de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Rodríguez Alvarado, Subgerente Jurídico a.i. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Loría Chaves informó, con antelación, que no le será posible estar presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

La Directora Alfaro Murillo retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1º

Reflexión a cargo del Director Barrantes Muñoz.

En relación con *“El Pacto Mundial*, señala el Director Barrantes Muñoz que es un tema interesante para la gestión de entidades, sea empresas, corporaciones o entidades públicas como la Caja. Es un Convenio mediante el cual se adquieren compromisos con un grupo de principios que se han venido impulsando, a partir de una iniciativa que se gestionó en el marco de las Naciones Unidas denominado *“Pacto Mundial”*; es una iniciativa voluntaria por la cual las empresas o corporaciones se comprometen alinear sus estrategias y su gestión, en torno a diez principios universalmente aceptados, que se determinan en cuatro grandes áreas temáticas como son: derechos humanos, estándares laborales, medio ambiente y anticorrupción. En este momento cuenta con alrededor de doce mil participantes, distribuidos en más de 145 países del mundo y es una iniciativa de la ciudadanía corporativa, quizás la más grande del mundo. Es un marco de acción que se encamina a la construcción de la legitimación social de las corporaciones, las empresas que se alían al Pacto Social, comparten la convicción de que las prácticas empresariales o de gestión basadas en estos principios universales, contribuyen a la construcción de un mercado y una sociedad estable, equitativa e influyente en las ciudades más prósperas. Es un compromiso visible a los diez principios universales de modo que se integran los cambios necesarios en las operaciones, de tal manera que el Pacto Social y sus principios formen parte de la gestión, la estrategia, la cultura y el día a día de su actividad. Por otro lado, se publica un informe anual como un reporte corporativo, de sostenibilidad, por ejemplo, con una descripción de las acciones que se realizan para implementar y apoyar al Pacto Mundial y sus principios. En el año 2010 en Costa Rica, por primera vez un grupo de entidades públicas y privadas formaron el capítulo costarricense el Pacto Mundial y se han venido sumando algunas entidades. Los principios que implica esta adhesión son los siguientes:

1. Derechos humanos: es el apoyo y el respeto a la protección de los derechos humanos fundamentales, reconocidos universalmente en su ámbito de influencia.
2. Compromiso: asegurarse de que su actividad no sea cómplice de la vulneración de derechos humanos. En cuanto a los estándares laborales.
3. Libertad: el apoyo a la libertad de asociación y al reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva. En el caso de la Caja, con las limitaciones que implicaría

reconocer el Pacto Mundial, por ser una entidad pública regida por normas especiales en esa materia.

4. Eliminación de trabajo forzoso. Las empresas deben apoyar la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción.
5. Erradicación del trabajo infantil.
6. Abolición de prácticas discriminatorias: apoyar la abolición de todo tipo de práctica de discriminación en el empleo y a la ocupación.
7. Medio Ambiente: el compromiso de mantener un enfoque preventivo que favorezca el medio ambiente.
8. Fomentar las iniciativas que promuevan una mayor responsabilidad ambiental.
9. Favorecimiento para el desarrollo y difusión de tecnologías respetuosas con el medio ambiente.
10. Compromiso de trabajar contra la corrupción en todas sus formas, incluidas, las formas de extorsión y soborno a lo interno o en su relación con terceros.

En general, son diez principios que implican el Pacto Mundial y se incorpora como modelo de gestión, de tal manera que se convierte en la parte de su filosofía y la cultura del trabajo diario. Como ilustración, cuando se gestiona una entidad como la Caja, que atiende sus compromisos y objetivos dados por la Ley, con gran cantidad de recursos (humanos, financieros y otros), se conoce que el impacto que produce el alineamiento con este tipo de principios, se puede dar por conocida a información, porque se tiene un marco legal que regula la gestión institucional. Considera que en el momento en que se produce el proceso de fortalecimiento de esta Institución, menciona el Pacto Mundial de manera que se logre reflexionar sobre el grupo de principios en que se basa. Le parece que se valore el tema en el marco de las próximas reuniones que se tendrán sobre los temas institucionales.

Al Director Devandas Brenes le parece oportuna la referencia de don Rolando. Sugiere se reproduzca la idea y se nombre un grupo de trabajo, para que se analice el tema en término de cómo la Caja puede adherirse a esos principios y tratar de realizar un desarrollo a lo interno que garantice que la Junta Directiva se está comprometiendo con esos principios.

La doctora Sáenz Madrigal agradece la reflexión realizada por el licenciado Barrantes Muñoz, porque coloca algunos de los temas y preocupaciones que de distinta forma se han manifestado en las sesiones, pero de una forma estructurada y dirigida, puesto que es un proceso mundial que se está trabajando. Anota que dentro de las revisiones que se están efectuando, se plantea retomar los valores y principios de la Seguridad Social que deben prevalecer en la gestión de estos cuatro años. Esto en el marco de revisión del código ético institucional. Menciona que la siguiente semana, se va a tener una conferencia con el Dr. Carlos Montes, es español, académico de la Universidad de Madrid, visitará Costa Rica para enfocarse al estudio de otro tema, pero se quiere aprovechar para analizar el de los servicios de los ecosistemas y la responsabilidad de las empresas. La conferencia se está organizando en CEDESOC (Centro de Desarrollo Social), se les va a cursar la invitación y se transmitirá a los centros de gestión ambiental de la Institución, por cuanto se deben ir analizando temas de fondo que se relacionan, por ejemplo, con el medio ambiente y la naturaleza. Además, se reunirá otro grupo para analizar el tema ambiental en términos de las reflexiones que el Dr. Montes externará. Como ilustración, cómo aborda el tema la Institución o como debería abordarse. Reitera oportuna la reflexión de don Rolando sobre el tema de análisis del Pacto Mundial, porque recoge principios y valores importantes y podrían conformar un grupo que revise los puntos que se analizarán. Se podría plantear como una

estrategia de cómo abordar esos diez puntos, no es solo adherirse sino adquirir un compromiso en el sentido de que se desea realizar actividades distintas, no es solo la potencial adhesión sino las implicaciones y acciones que se deben realizar para estar en esa línea.

Se toma nota.

ARTICULO 2º

Capítulo de proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

1. El Director Gutiérrez Jiménez se refiere al sistema de cobros que se está implementando. Por ejemplo, se enteró que un cliente de una abogada por pagar de manera que se comunicó con la respectiva oficina y manifestó su deseo de cancelar la deuda y le indicaron que tenía que enviar una nota bajo protesta, para que le extiendan una planilla y le volverán a notificar y le darán una audiencia de cinco días, para que la Abogada en ese plazo indique que no le interesa apelar o apele; luego, se envíe para luego remitir una nota en la que indique que acepta la planilla y desea pagar, para que le facturen y luego poder pagar. Mientras tanto los intereses siguen corriendo. Manifiesta su preocupación, porque se están estableciendo obstáculos para realizar los cobros y las personas no logran pagar. Sugiere a la señora Presidenta Ejecutiva comunicarse con la administración y se solicite se solucione el problema.
2. La Directora Soto Hernández recuerda que se había referido al tema de una ambulancia para San Carlos, le consultó al Sr. Jorge García, Asistente de la Gerencia Administrativa y se solucionó el problema de la ambulancia en San Carlos. Por otro lado, señala que visitó la Gerencia Administrativa y el Gerente aprovechó para presentarle el Programa de Calidez y Calidad, a cargo de la Licda. Marylene Quesada Quesada de la Dirección Comunicación Organizacional; recuerda que en algún momento ese programa lo tuvo a su cargo. Felicita a la licenciada Quesada, porque se le presentó el Plan de Acción y la Política del Buen Trato, le pareció excelente. Sugirió que el Programa se presentara a consideración de la Junta Directiva y se conozca lo excelente que están trabajando. Además, se tienen los datos estadísticos y sus resultados y considera que es positivo que cuando se está desarrollando un proyecto de esa naturaleza, las autoridades de la Institución conozcan el trabajo que se realiza. Por otro lado, comenta que ha tenido información en términos de que una persona se apersonó a las Oficinas Centrales para cancelar un seguro y le consultó a la cajera por qué a partir de setiembre, no se puede pagar el seguro en estas oficinas y le indicó: “hay yo no sé”, es preocupante; además, le comunicó que la razón era porque parece ingresa grandes cantidades de dinero y es por seguridad”. Posterior, se reunió con el señor Gerente Administrativo y le consultó el motivo de esa situación e indicó desconocer la razón. Reitera su preocupación, porque es una política que debe ser de conocimiento de las autoridades y funcionarios de la Institución. Le parece que la Junta Directiva debe establecer líneas claras en ese sentido, porque la información debe ser transparente, de tal manera que los usuarios la conozcan. Por otra parte, recuerda que hace muchos años, cuando viajaba en el autobús y escuchaba a alguna persona expresándose en forma inapropiada de la Institución, le indicaba:

“disculpe yo trabajo en la Caja que problema tiene, yo le ayudo a resolver el problema”, pero se ha dado cuenta que, actualmente, esa debilidad existe en el sistema.

3. El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación con el tema relacionado con los nombramientos de los directores de hospitales y las direcciones regionales, porque la idea que se tiene es que en la Caja, generalmente, los nombramientos no se han realizado respetando la idoneidad de las personas, sino algunas otras consideraciones de carácter político. Reitera su preocupación, porque produce impacto negativo en la imagen de la Institución. Le parece que esos nombramientos deben ser transparentes, además por las expectativas que se han formado en el sentido de que la situación se va a modificar. Por ejemplo, recibió un correo en el que informan sobre un contencioso administrativo, que se instauró contra la Caja por el concurso del Director Regional Pacífico Central, en el que se indica que la persona que impugna alega que se nombró a una persona, que no cumple con el requisito establecido en el cartel del concurso. Por otro lado, aparentemente, existe otro recurso similar en la Dirección Regional Chorotega. Considera que es un tema que se debe analizar a nivel de la Junta Directiva y, en oportunidades anteriores ha indicado que la Caja no está en una situación normal. Le preocupa que cuando un pueblo vota por una expectativa de un cambio, si este no se materializa, las consecuencias pueden ser negativas para la sociedad y en el caso de la Institución, se tiene que lograr que la Caja resuelva sus problemas; no solo se deben comprometer con el cambio, sino se debe enviar una señal clara en términos de que se quieren realizar. Solicita que por medio de la Gerencia Médica se presente un informe detallado de esos nombramientos, tanto del Director de la Dirección Regional Pacífico Central como el de la Dirección Regional Chorotega; incluso, se indique que la persona que se encuentra como Director Regional en Puntarenas, esta interino y se le cesa el nombramiento, para nombrar otra persona en esa condición. Solicita que en forma urgente, se agende el tema de los nombramientos de los altos funcionarios de la Institución. Le preocupa porque tiene una inquietud en el organigrama de la Institución, en términos de si las Direcciones Regionales son necesarias. Además, le parece que el nombramiento de los directores de los principales hospitales, debería ser una competencia de esta Junta Directiva y no se debe realizar el nombramiento por tiempo indefinido. Estima prudente que la Junta Directiva establezca algún mecanismo de rotación, para que la experiencia de un funcionario, pueda trasladarse a otro. Le preocupa que una persona sea nombrada permanentemente en un puesto de tanta responsabilidad, pues el puesto va a tener un valor agregado positivo, pero también sus debilidades, de tal manera que para la buena gestión de una Institución como esta, no es conveniente.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez que en estos días se ha publicado en la prensa que se han nombrado, algunos puestos en forma vitalicia. Destaca que su posición es que no deben ser realizados de esa manera y se les debe nombrar por el período que se considere más recomendable. Considera que la rotación de personas distintas en el puesto es importante en la organización. Le preocupa que una persona se mantenga en el puesto en forma indefinidamente, porque el sistema no va a presentar cambios sustanciales. Estima que se debería adoptar un acuerdo en el que se establezca que la Junta Directiva realizará los nombramientos de esos puestos, entiéndase, directores médicos y directores regionales. Ha insistido en que uno de los problemas que tiene esta Institución son las redes, por lo que se deben cuestionar, no la forma sino el fondo del tema. Le parece que se debe realizar una reestructuración de las redes.

El Director Fallas Camacho concuerda con lo señalado por los señores Directores. Recuerda que se ha estado esperando una reestructuración en la Institución para que se definan una serie de elementos. Existen propuestas en términos de eliminar las Direcciones Regionales actuales, inclusive, definir cuál es el papel que desempeñan esas direcciones y cuál es su ámbito de competencias y responsabilidad, definiendo cuáles son los requisitos de los puestos y la forma en que se nombrarían. Existe una propuesta que está en proceso, se conoce que con el cambio de las autoridades se debe dar un tiempo para que se materialice, metabolice y se presente a consideración de la Junta Directiva. Considera que se deben establecer lineamientos para los procesos, sin involucrarse en la parte de la administración, es un tema muy específico que se tiene que definir porque es responsabilidad de la Junta Directiva. De tal manera que debe definir algunos procedimientos propuestos; inclusive, por la administración, para procesos de esta naturaleza y actué con esa libertad, porque no se puede estar en el día a día manejando aspectos propios de otros niveles de atención y sería un prejuicio institucional. Por ejemplo, en la Junta Directiva anterior, los directores estaban con nombramientos interinos, porque se estaba en el proceso de eliminar la desconcentración y se estaba planteando un nuevo enfoque de gestión en los hospitales y áreas de salud, por lo que no era conveniente nombrar funcionarios en propiedad. Por otro lado, existen las leyes, las normas, los reglamentos y los acuerdos con los grupos que trabajan en la Institución, son aspectos por considerar. Sugiere que la administración presente una propuesta formal para abordar esos temas y sea un instrumento de apoyo a la gestión de la Junta Directiva.

Por otro lado, la señora Presidenta Ejecutiva informa que se envió vía electrónica y se ha distribuido en forma impresa, el cuadro que contempla el detalle de temas para las sesiones de análisis estratégico, que se les solicita completar. Recuerda que a cada Director se le entregó una lista de los temas que son preocupación de los Directores, con el fin de determinar los temas que se van a analizar en la Junta Directiva y en qué orden. En el tema número dos de la lista y que corresponde a la sesión número dos, está planteada la presentación del marco de acción por Gerencia y su propuesta de reestructuración. Comenta que se ha estado reuniendo con los Gerentes para analizar las propuestas y el planteamiento es en el sentido que se presente a consideración de la Junta Directiva, en la sesión de trabajo estratégica que se programa realizar próximamente y se llevará como insumo al próximo taller para discusión. En la sesión número tres, está planteado el programa que se había denominado por la Junta Directiva anterior, el Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, el cual contiene los planteamientos, en el sentido de hacia dónde se desea guiar la Institución. Se están recuperando las preocupaciones de los Directores y cada una se convierte en un tema. Respecto del tema de los supuestos nombramientos vitalicios y el de los directores regionales, la Caja tenía dos modalidades de contratación de los directores médicos, específicamente, la modalidad que estaba regida por la Ley de Incentivos Médicos, en la que se establece el proceso del nombramiento de los directores y lo establecido en la Ley de Desconcentración. El proceso de nombramiento regido por la Ley de Incentivos Médicos y que está contenido en los acuerdos de la Normativa de Relaciones Laborales, establece un mecanismo de contratación de las personas que se relacionan con los atestados, por concursos, entre otros; una vez que la persona es nombrada en propiedad, el nombramiento se rige por la Ley de nombramientos que existe para todo el sector público, no es exclusivo para la Caja. En el caso de que el nombramiento se realizaba bajo la Ley de Desconcentración, los directores médicos se contrataban por cinco años, al cabo de este período debía

evaluarse y renovarse o cambiar el director. Al retrotraerse el proceso de Desconcentración por la Junta Directiva anterior, los establecimientos que estaban bajo la Ley de la Desconcentración, pasaron a ser regidos por la ley mencionada previamente, pero hay directores que tenían nombramientos por cinco años y están en su segundo año, se debe esperar para que concluyan con ese nombramiento y al cabo de ese período, se debe promover el concurso de la plaza. Se les está preparando a los señores Directores un cuadro de la situación actual. Por ejemplo, el Dr. Urroz Torres, Director del Hospital Nacional de Niños, está nombrado en forma interina y la plaza se debe sacar a concurso. Por otro lado, se tiene el caso del Director del Hospital Calderón Guardia, está nombrado en forma interina temporalmente, por la intervención de ese Hospital, o sea, se debe realizar un concurso de la plaza. Además, el nombramiento de la Dra. Balmaceda Arias vence en el mes de diciembre, por lo que se debe promover el concurso de la plaza. Mientras tanto se deben realizar los nombramientos en forma interina en esas plazas, porque la gestión no puede detenerse. En el caso de los directores regionales, son plazas de confianza, normalmente, se promueve un concurso con base en cinco o seis criterios; como ilustración, que cuenten con experiencia, una especialidad, cursos de administración de servicios de salud, maestría o especialidad. Son concursos internos, no son abiertos y los nombramientos son por seis meses, no son vitalicios y se promovió el concurso de dos plazas a las cuales se les venció el nombramiento y se está a la espera que se venza el plazo del nombramiento de los directores en otras regiones, porque los nombramientos tienen establecidas distintas fechas. La Gerencia Médica gestionó un concurso, se publicó en la página Web institucional, conoce los dos casos que se acaban de nombrar a saber, el de la Dirección Regional del Pacífico Central y el de la Dirección Regional Chorotega. Menciona e informa que en el caso del concurso para la plaza de Puntarenas, concursaron 14 personas, siete no cumplían con los requisitos, por ejemplo, no estaban incorporados al Colegio de Médicos, la Gerencia Médica realizó un análisis de quienes cumplían y entrevistó a los candidatos que llenaban los requisitos. Se definieron criterios para la entrevista y la Dra. Villalta entrevistó a tres candidatos que tenían posibilidades de ser nombrados. No existe un compromiso con ningún participante, en el caso del nombramiento para la Dirección Regional Chorotega, concursaron siete personas, oriundos de la región, el procedimiento que se realizó fue similar al que se empleó en la Dirección Regional Pacífico Central, la Dra. Villalta y ella realizaron las entrevistas. Se asignó un porcentaje, se obtuvo un promedio y el candidato que obtuvo el mayor puntaje fue la persona que se seleccionó. Destaca que se promovió el concurso para tres Direcciones Regionales, la tercera fue la Región Huetar Norte, en ese caso solo concursó el doctor Gustavo Zeledón Donzo que está nombrado actualmente y un médico de Santa Cruz que concursó para las tres regiones, cumple con los requisitos y tenía la experiencia. En el caso de la Dirección Regional Huetar Norte no se realizó el nombramiento porque solo concursaron dos personas, de tal manera que se amplió el período del concurso para que los interesados presenten los documentos. El nombramiento está por seis meses y se deberá extender hasta tanto no se resuelva el concurso. Conoce que la Junta Directiva anterior, tenía gran preocupación en el sentido de si las Direcciones Regionales tenían que existir o no. Por otro lado, existe consenso de la Institución sobre la necesidad de conocer y cuál debe ser el rol de la Direcciones Regionales. Además, señala que el concurso se revisará con el fin de que se tenga claridad en el proceso.

4. El Director Alvarado Rivera se refiere a la comisión que cobra el SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación) a las operadoras de pensiones. Por otro lado, manifiesta su preocupación por la situación del Gerente de Pensiones.

Sobre el particular, la señora Presidenta Ejecutiva se comunicará con el licenciado Pacheco Ramírez, para determinar la forma en que se suministra la información a la SUPEN (Superintendencia de Pensiones).

5. El Director Devandas Brenes sugiere que, para efectos del capítulo de proposiciones y asuntos de los señores Directores, solicita que los temas sean enviados con antelación a la Presidencia Ejecutiva y se agende.
6. Moción del Director Alvarado Rivera en relación con nombramiento directores de hospitales y directores regionales. Señala que se debe establecer un procedimiento efectivo y eficaz en ese proceso, de tal manera que se revise la reglamentación y los acuerdos tomados, para que se norme el nombramiento indefinido de los directores de los hospitales; aunque la legislación vigente lo permita. Reitera que se debe realizar una revisión del procedimiento y hasta donde lo permite la ley, para que se logre modificar, porque ese es el objetivo de esta Junta Directiva y por ende, jurídicamente tiene las potestades para modificar los reglamentos. Entiende que existen convenciones colectivas rígidas por lo que, eventualmente, se podría producir un conflicto. Le parece que se podría tener un apoyo significativo de los grupos de la Institución para que se generen procesos distintos.
7. El licenciado Alvarado Rivera externa su preocupación en relación con la gestión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). Considera que existe un alto riesgo con la Comisión de Riesgos establecida y adscrita para el RIVM, porque existe una propuesta en términos de que se adscriba a la Dirección Actuarial. Le parece que la Comisión de Riesgos debe continuar donde está ubicada, porque existe un problema de riesgos muy elevado; por ejemplo, el Gerente de Pensiones estableció una directriz en términos de que a la SUPEN, se le entregue la información que es estrictamente necesaria. Hace hincapié en que una de las políticas de este Gobierno es gestionar con transparencia, por lo que la Institución no tiene nada que ocultar. Estima importante que a la SUPEN se le otorgue la información que solicite, porque es una información pública, excepto, la contemplada en la Ley y existe la restricción de ser divulgada. Dado lo anterior, propone tomar el acuerdo para que a la SUPEN se le suministre la información que requiera.
8. Don Renato recuerda que hace varios años había solicitado que se presentara a la Junta Directiva, un estudio sobre el cual se había determinado la Comisión que cobra el SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación) a las diferentes operadoras de pensiones. De tal manera que se tenga claridad de cómo se establece, porque las operadoras de pensiones han manifestado esa preocupación.

En cuanto al tema de Pensiones, la señora Presidenta Ejecutiva solicita a la Junta Directiva autorización para analizarlo con el Gerente de Pensiones para que se determine la situación, antes de que se tome un acuerdo.

Interviene el Subdirector Jurídico y en relación con el tema de la firma de las actas del Comité de Inversiones, señala que se recibió el acuerdo de la Junta Directiva, se analizó la situación y en ese momento se está solicitando la información, porque desde el punto de vista jurídico, se considera primordial sean analizados el audio y las actas. Por otro lado, en atención a la solicitud de la Junta Directiva, se realizó una nota indicando el avance de la investigación y se está a la espera de que se envíe la información, para realizar el análisis comprensivo de todos los elementos y rendir el informe.

A propósito de una consulta de la señora Presidenta Ejecutiva, la Secretaria de la Junta Directiva señala que en el caso de la Gerencia de Pensiones, se recibió un oficio de la Dirección Jurídica en el que se indica que se está estudiando el asunto e, incluso, solicitaron el audio al Comité de Inversiones para revisar el detalle y externar el criterio; además, enviaron un oficio a la Junta Directiva, en el que solicitaron un plazo mayor para remitir el criterio.

El licenciado Alvarado Rivera hace hincapié en que se tome el acuerdo en términos de que se le suministre a la SUPEN la información que solicita, de tal manera que obliga a la Gerencia de Pensiones a cumplir el mandato, de lo contrario, eventualmente, se puede promover una acción disciplinaria contra los funcionarios que incumplen el acuerdo. Reitera que es importante que la información sea transparente y se transfiera a los órganos fiscalizadores de los procedimientos.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y en cuanto a los nombramientos de los Directores de las Direcciones Regionales Pacífico Central y Chorotega, le parece que se debe analizar la situación y se presente un informe a la Junta Directiva. En relación con lo planteado por don Adolfo, considera que no se puede tomar un acuerdo definitivo pero se podría tomar en forma temporal, hasta tanto concluyan los procesos de reestructuración, de tal manera que no se realicen nombramientos y procesos aislados que, eventualmente, sea un obstáculo al proceso. Por otra parte, la información suministrada de las propuestas de reestructuración de las Gerencias, le parece que por un criterio metodológico se presente de esa forma, pero el proceso de reestructuración debe ser uno solo, consistente e integrado para que la Junta Directiva tenga tiempo de actuar conforme con lo establecido por la Ley. Aclara que no es competencia de la Junta Directiva involucrarse en la administración activa, pero la Junta Directiva debe tener la oportunidad de dirigir, o sea, formarse un criterio sobre un proceso general de la Institución. En el caso de la reestructuración, sea un proceso conjunto y se determine cómo está avanzando, por ejemplo, se puede determinar que falten elementos o se deba darle una integralidad al proceso que implique modificaciones en una u otra área, en ese sentido, está de acuerdo con el Planteamiento del licenciado Gutiérrez Jiménez, en términos de que no se realicen nombramientos aislados hasta que el proceso culmine. Sugiere, si don Adolfo lo tiene a bien, que se precise un acuerdo en el sentido de que los nombramientos de los directores de hospitales, los directores regionales, subáreas y otros, se realicen con el conocimiento de la Junta Directiva y, luego, se defina el alcance futuro de las competencias. Estima que se debería complementar el acuerdo de la sesión de la Junta Directiva pasada sobre las plazas vacantes. Determina que el marco legal es complejo, la Ley Constitutiva de la Caja es clara en términos de que establece que el personal de esta Institución debe nombrarse conforme criterios de idoneidad, no se excluye a las Gerencias. En ese sentido, la normativa se complementa con leyes especiales, pero se debería tener un marco integrado de normativa para determinar dónde estaban ubicados y cuál es el campo de acción de la Junta Directiva. Sugiere se acoja el planteamiento de don Mario en relación con el nombramiento de los Directores de las Direcciones Regionales Pacífico Central y Chorotega. Reitera que se tome un acuerdo temporal sobre el nombramiento de los directores,

subdirectores, regionales y gerenciales de alto nivel, de tal manera que la Junta Directiva los conozca. En relación con el planteamiento realizado por el licenciado Alvarado Rivera sobre la problemática en la Gerencia de Pensiones, sugiere se coloque en la agenda y se dé seguimiento al tema.

La Dra. Sáenz Madrigal señala que la tarea más difícil es la gobernanza de la Institución y el nombramiento de puestos de esa naturaleza, son para darle continuidad a la prestación de los servicios de salud, sino se realizan se convierten en un problema para la Institución. Aclara que no está a favor de mantener el estatus ni la situación como está. Sugiere que la decisión que se relaciona con el nombramiento de los directores de hospitales y regionales, no se tome en forma precipitada. Por ejemplo, los directores regionales velan por la prestación de los servicios en las áreas de salud, ellos resuelven la problemática de cada día, y como lo indicó son nombramientos por seis meses, hasta que se concluya el proceso de reestructuración. Además, considera que se debe valorar el impacto que se produce sino se nombran esos puestos, porque produce un impacto directo en la prestación de los servicios de salud.

La Directora Alfaro Murillo, en relación con el tema que planteó don Renato sobre el RIVM (Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte), señala que se relaciona con procedimientos. Entiende que la Dirección Jurídica haya enviado una nota solicitando una prórroga para presentar un informe sobre el tema; sin embargo, el Subdirector Jurídico está presente y debe sentir que la Junta Directiva tiene la necesidad de que el informe se presente en forma expedita. Por lo que de la Auditoría Interna y el asesor jurídico se espera la respuesta lo más pronto posible, porque están presente y determinan el planteamiento que realiza la Junta Directiva. Le parece que los procesos se deben realizar con ejecutividad y aunque existe mucho papeleo se puede modificar. Manifiesta su preocupación por el tema del RIVM y la reincorporación del actual Gerente de Pensiones en el cargo. Sobre el particular, sugiere que cualquier problema se resuelva en los plazos más cortos, porque es un tema complejo y, eventualmente, existe un cuestionamiento.

Interviene la Directora Soto Hernández y señala con respeto para la Dirección Jurídica, no entiende la tramitología que se da. Le parece que los procesos deben ser más dinámicos y existe un valor importante que se denomina confianza, cuando un Cuerpo Colegiado tiene un conductor, en este caso la Dra. Sáenz Madrigal, considera que tiene la confianza y la Junta Directiva no puede desconfiar. Le parece que se le debe permitir a la señora Presidenta Ejecutiva trabajar y presentar a consideración de la Junta Directiva los temas y se defina en cuáles se enfocará el esfuerzo. Le parece que se le debe dar un giro interno a la sesión de Junta Directiva porque se están atendiendo asuntos que menguan la gestión y no se están atendiendo los temas importantes que se deben resolver.

Señala el Dr. Devandas Brenes que por mucho tiempo ha participado en Juntas Directivas. Considera que el Director que quiera presentar un tema plantee la moción y se decida si se vota o no. Le preocupa que en el acta se indique que, por ejemplo, un Director solicito un informe y no quede como acuerdo. Por otro lado, le parece que se debe revisar la estructura de la agenda y nombrar una comisión para que revise el Reglamento del funcionamiento de la Junta Directiva y establecer cómo se debe sesionar y cuáles son las normas parlamentarias. Ve la conveniencia de que cuando se analice un tema, se tome el acuerdo y, luego se plantee el siguiente. Cree que el capítulo de Directores sin asunto no se debe mantener, porque el Reglamento de la Junta Directiva establece que cuando un Director le interese se conozca un asunto, debe solicitárselo a la Presidencia Ejecutiva y se incluya en la agenda del día. Manifiesta su preocupación por los

nombramiento de los directores de hospitales, directores regionales y otros, porque mantiene la tesis de que la Institución no está en situación ordinaria, sino extraordinaria; por lo tanto, se deben tomar medidas extraordinarias. Le parece que se debería enviar un mensaje positivo a los trabajadores de la Caja y al país, en el sentido de que la Institución es autónoma y no tiene injerencia externa en las decisiones que se tomen. Estima que la Junta Directiva podría nombrar una comisión para que realice los nombramientos, de manera que la Presidenta Ejecutiva y esa comisión revise, plantee, realice el informe y lo presente a la Junta Directiva y ésta resuelva. Recalca que es una situación extraordinaria de la Institución, hasta tanto no se resuelva el tema de la reestructuración. Además, existe preocupación en cuanto a los nombramientos, las becas y los ascensos porque, eventualmente, no se está apegando a la Ley sobre la idoneidad demostrada.

En relación con la propuesta de la doctora Sáenz Madrigal para que se vote la primera moción de los señores Directores, el licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque le parece que no se está teniendo orden en el desarrollo de la sesión. Considera que se debió haber tomado un acuerdo en el momento en que don Rolando concluyó la propuesta, o sea, se termina el tema, se procede a votar y se continúa con la agenda.

Con respecto del planteamiento realizado por el Director Devandas Brenes, en el sentido de que el acuerdo se redacte en términos de que en un plazo de quince días, se informe acerca del concurso promovido para el nombramiento de los Directores de la Dirección Regional Pacífico Central y Chorotega. En cuanto a los nombramientos de los directores y subdirectores de hospitales, direcciones regionales y otros, sea competencia de la Junta Directiva su nombramiento y la Gerencia Administrativa, elaborará el procedimiento por seguir. Este acuerdo se mantendrá en tanto se apruebe la reestructuración.

El Director Barrantes Muñoz señala que apoya la propuesta de acuerdo y sugiere que se incorpore al acuerdo que el interés de la Junta Directiva no es obstaculizar, ni detener la prestación de los servicios de salud, sino que las actividades se desarrollen en orden.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz Madrigal que retomando la preocupación de don Rolando, considera que el acuerdo tendría que redactarse en términos de que la administración presente un precedente o procedimiento para el nombramiento de puestos de esa naturaleza.

En cuanto a la redacción del acuerdo, el Director Fallas Camacho sugiere que se encargue a la Presidencia Ejecutiva, establecer un procedimiento sea competencia de la Junta Directiva los nombramientos de los directores y subdirectores hasta que se defina la reestructuración.

Indica don Adolfo que en los últimos ocho años, los nombramientos de directores y subdirectores de los centros desconcentrados, han sido competencia de la Junta Directiva y no se determinó ninguna razón por la cual se obstaculizara la prestación de los servicios de salud y el proceso normal de organización no se afectó y esos puestos se nombraron por cinco años. Coincide con don Rolando en que los nombramientos se presenten a consideración de la Junta Directiva para tener ese control y luego, se establezcan los procedimientos para tal efecto.

El Dr. Fallas Camacho manifiesta su preocupación por que con la propuesta, entiende que se estaría condicionando los procesos de gestión a la administración. Sugiere que se presente una propuesta en términos de que los nombramientos de los directores y subdirectores de hospitales,

directores regionales y otros, sea competencia de la Junta Directiva mientras se definan y se establezcan los procedimientos para que se realicen esos nombramientos.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que el espíritu de la propuesta de acuerdo con lo planteado, es en el sentido de que se instruya a la Presidencia Ejecutiva, que con base en las inquietudes planteadas por los señores Directores, se elabore un procedimiento de cómo se realizarán los nombramientos de los directores y subdirectores de los hospitales, los directores regionales y otros, y en un plazo de quince días se presente a consideración de la Junta Directiva la propuesta. Recuerda que en este momento no se han realizado nombramientos en propiedad de esos puestos, por cuanto no se han promovido los concursos. Respecto de la petición realizada por el Dr. Devandas Brenes, en términos de que las proposiciones y asuntos de los señores Directores, de previo se tienen que presentar a consideración de la Presidencia Ejecutiva para que sean agendados, excepto en casos excepcionales. En ese sentido, el licenciado Bermúdez redactará la propuesta de acuerdo y se someterá a consideración de la Junta Directiva. En lo concerniente a la moción del Director Barrantes Muñoz para crear una comisión y atender el tema, sugiere se analice la conveniencia de que en la Caja como institución, se establezcan los diez principios del Pacto Mundial, es una iniciativa que se presenta en el marco de buscar contribuir con la ciudadanía corporativa y tener como resultado una mejor sociedad, desde el punto de vista de la sostenibilidad. Plantea un conjunto de principios que se relacionan con los derechos humanos, con el tema laboral, con el tema ambiental y la lucha contra la corrupción, asociado a ellos el tema de la transparencia de los temas de buen gobierno, desde el punto de racionalidad de los recursos. En Costa Rica existe un capítulo del Pacto Mundial que está operando, la ventaja que existe es porque se han sumado empresas y algunas entidades públicas, lo que implica que no es solo una declaración sino un esfuerzo institucional de incorporar, en su modelo de gestión y cultura organizacional estos principios a la Institución. Le parece que es un marco filosófico, de valores y la propuesta es para que la Institución se sume a esos principios y esfuerzos. Estima que un grupo de trabajo en un plazo corto se logre incorporar al Pacto Mundial. Por otro lado, cree que se requieren valoraciones desde el punto de vista de verificación y, eventualmente, no afecte el tema de legalidad.

Sobre el particular, el Dr. Fallas Camacho ve la conveniencia de que antes de que se someta a votación, se informe en detalle o se forme la Comisión para que presente el tema a fondo.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que la propuesta es nombrar la Comisión, para que se valore la aplicación y la potencial adhesión de la Institución al Pacto Mundial, pero es la que va a revisar y realizar la propuesta.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que las comisiones están conformadas, por lo que se debería asignar éste y cualquier otro tema, dentro de las competencias de cada una de las comisiones, salvo que no concuerde el tema con alguna se formaría otra comisión. Sugiere que en futuros temas se envíe el documento para que se analice y, luego se vote. Le parece que sería una forma y disciplina de grupo. Solicita se envíe el documento y luego se plantee el tema en la Junta Directiva.

Por consiguiente, acogida la moción del Director Devandas Brenes, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Presidencia Ejecutiva para que un plazo de quince días presente un procedimiento de nombramiento de Directores y subdirectores médicos hospitalarios, y directores regionales de servicios médicos, que recoja las recomendaciones de los miembros de

la Junta Directiva sobre: plazos, competencias de la Junta Directiva y mecanismos que garanticen idoneidad, transparencia y objetividad de la selección.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Andrey Quesada Azucena, Asesor de la Junta Directiva.

ARTICULO 3º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 4º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 5º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 6º

El Gerente Financiero presenta el oficio N° GF-23.349-14 de fecha 7 de mayo del año 2014, por medio del que se atiende lo solicitado en los artículos 7° de sesión N° 8686, 47° de la sesión N° 8690, 29° de la sesión N° 8692 y 2° de la sesión N° 8712, referentes al *“Informe sobre el cumplimiento e impacto de las medidas de optimización y contención del gasto del período 2010-2014”*.

Seguidamente y con el apoyo de las láminas que se especifican, el licenciado Picado Chacón se refiere al informe en consideración:

- D) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Situación actual y perspectivas de las finanzas del *Seguro de Salud*
Julio 2014.

II) Desde el anuncio de la “crisis financiera” y pronósticos de OPS, hasta la situación actual



III) Crisis financiera de la CCSS se convirtió en un tema frecuente en los medios de comunicación.



IV) Atrasos en los pagos y niveles mínimos de liquidez característicos presentes a mediados del 2011



V) Medidas de contención y optimización y mejora en la calidad del gasto.



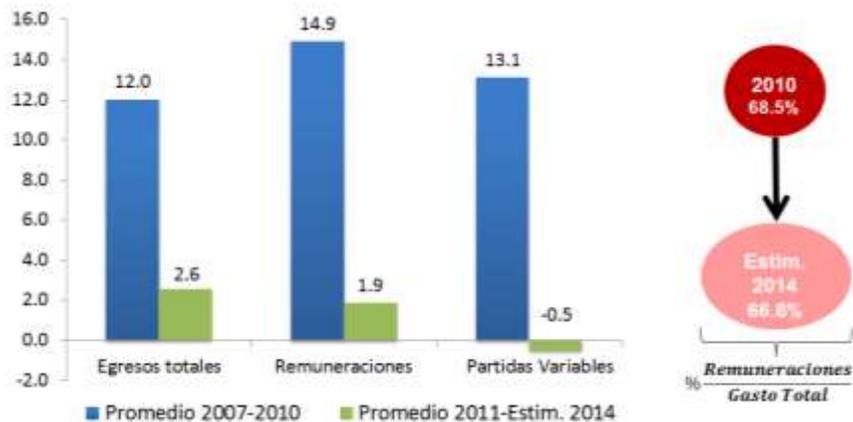
VI) 12 Temas relevantes asociados con la gestión financiera del Seguro de Salud.

VII)

1) Óptimo control sobre los factores asociados con las remuneraciones, como principal disparador del gasto

- Solamente se crean las plazas estrictamente necesarias y enfocadas a la atención de servicios de salud.
- Durante los años 2010-2013, la creación de plazas representó tan solo un 23% de las creadas en el período anterior.
- A junio 2014 se han creado 210 plazas, donde el 85% se destinó a médicos especialistas.
- Los ajustes salariales responden al aumento por costo de vida

VIII) Tasas de variación reales de las remuneraciones, partidas variables y egresos totales, 2007-2010/2011-Estim. 2014*



*La estimación 2014 se realiza con base en datos reales a junio 2014, considerando un aumento salarial de 3% para el semestre 2014.

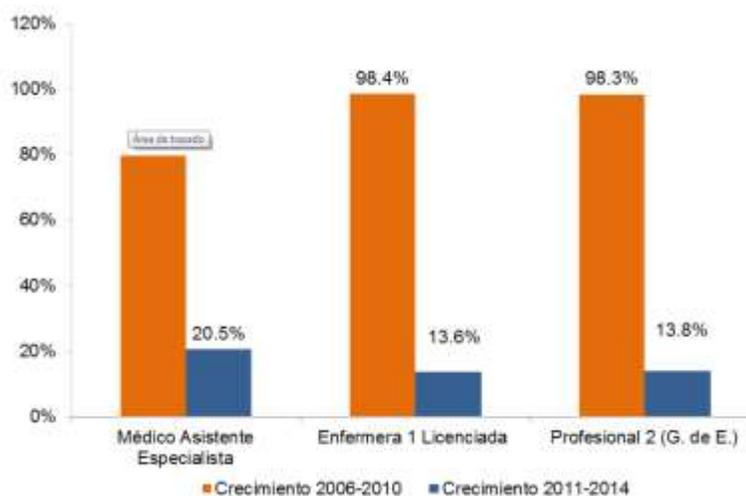
IX) Número de plazas nuevas creadas con financiamiento central o local, 2006 – junio 2014



X) Variación Porcentual del Salario Base de un conjunto seleccionado de puestos: 2006-2014

Puesto	Tasa de Variación	
	2006-2010	2011-2014
Médico Asistente Especialista	79,7%	20,5%
Enfermera 1 Licenciada	98,4%	13,6%
Profesional 2 (G. de E.)	98,3%	13,8%
Trabajador de Servicios Generales	80,2%	15,6%
Secretaria 3	75,4%	14,5%
Auxiliar de Enfermería	74,0%	14,0%
Técnico de Salud en Farmacia III	101,6%	14,1%

XI) Tasas de variación en el Salario Base de tres Puesto Profesionales: 2006 – 2014

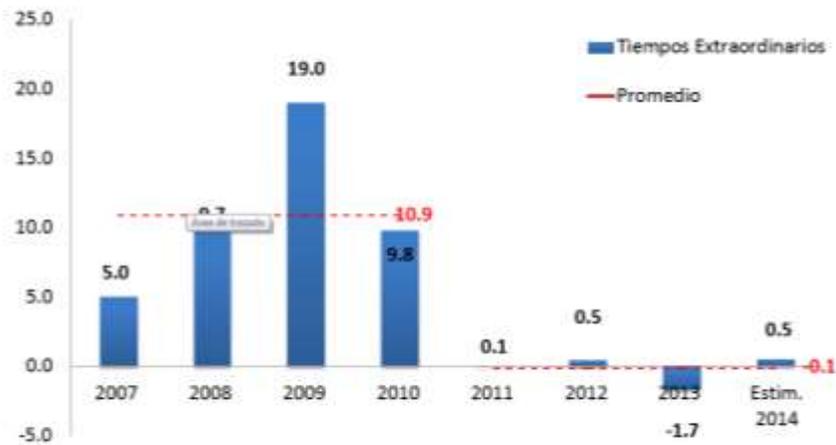


XII)

2) El pago de tiempo extraordinario se ha controlado en sus diversas modalidades (médicas y no médicas)

El porcentaje de crecimiento del tiempo extraordinario pasó de 10.9% en 2007-2010 a un promedio de -0.1% en 2011-estimación 2014.

XIII) Tasas de variación real del pago de tiempo extraordinario. 2007 - Estim. 2014

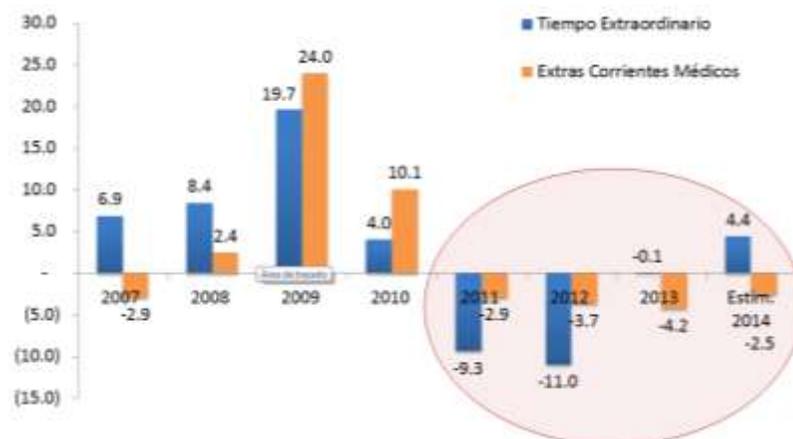


Incluye: Tiempo Extraordinario, Disponibilidades, Guardias Médicas y de Residentes y Extras Corrientes Médicas.
La estimación 2014 se realiza con base en datos reales al mes de junio 2014, considerando un aumento salarial de 3% para el II semestre 2014.

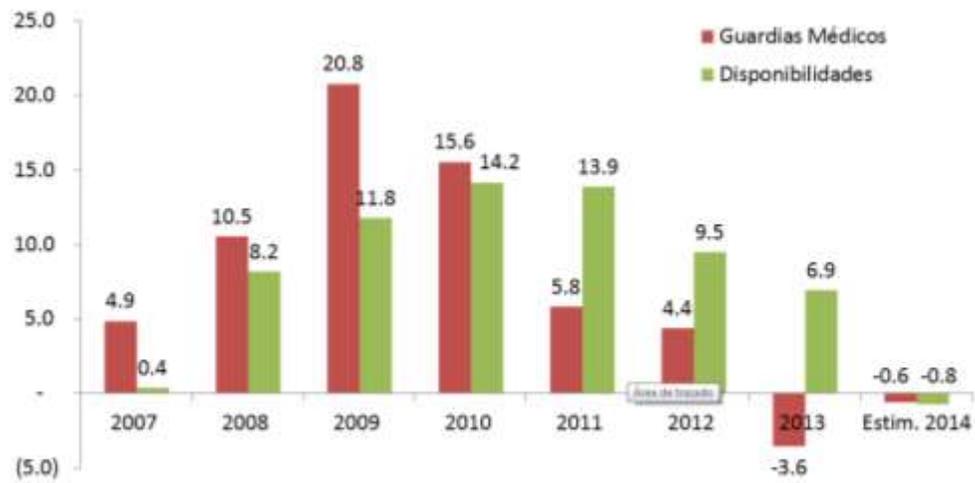
Incluye: Tiempo Extraordinario, Disponibilidades, Guardias Médicas y de Residentes y Extras Corrientes Médicas.

La estimación 2014 se realiza con base en datos reales al mes de junio 2014, considerando un aumento salarial de 3% para el II semestre 2014.

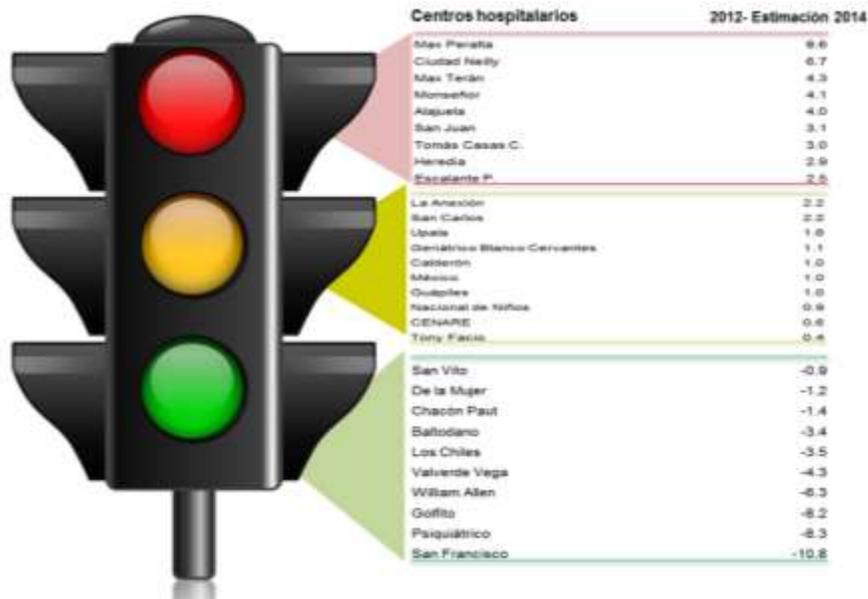
XIV) Tasas de variación reales en Tiempo Extraordinario y Extras Corrientes Médicas. Período 2007-Estimación 2014



XV) Tasas de variación reales en Guardias y Disponibilidades Médicas. 2007- 2014



XVI) Desempeño Hospitales: tasas de variación promedio reales en tiempos Extraordinarios (en porcentajes)



XVII)

3) **Optimización de recursos en otras partidas de gasto.**

Aplicación de iniciativas para mejorar la eficiencia en el traslado de pacientes, viáticos y subsidios asegurados.

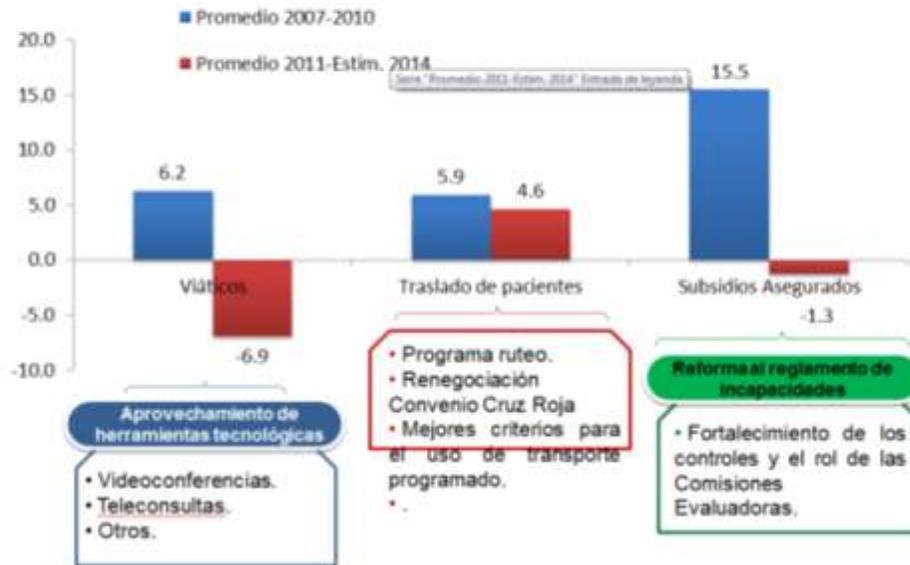
Necesidad de análisis en rubros con decrecimiento pero con efectos adversos para la Institución.

Necesidad de monitoreo de rubros con tendencia creciente.

XVIII) Conjunto seleccionado de partidas: Tasas de variación reales, 2007-2010 vrs 2011- 2014 (en porcentajes)

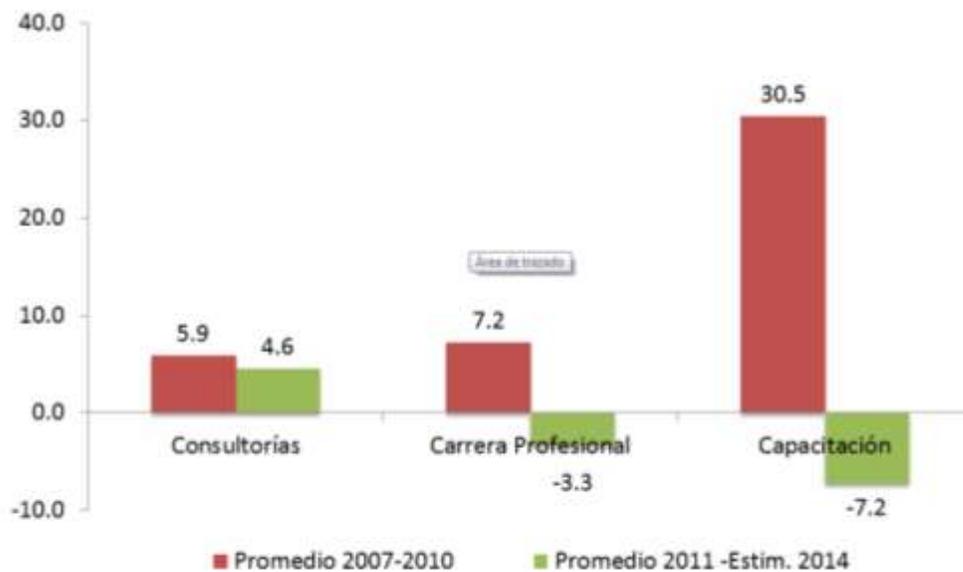
Conjunto seleccionado de partidas: Tasas de variación reales, 2007-2010 vrs 2011- 2014 (en porcentajes)

Diversas iniciativas han mejorado la eficiencia en el uso de los recursos

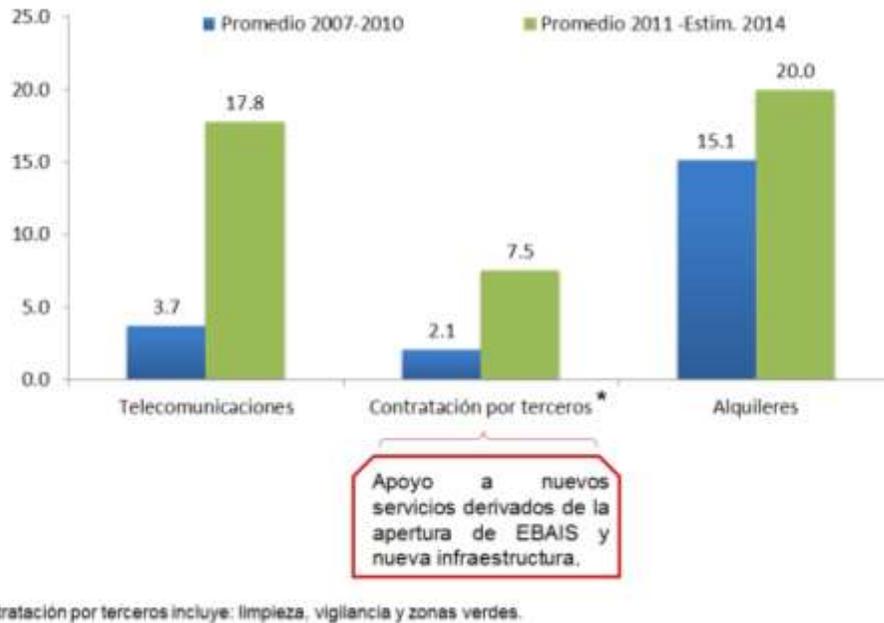


XIX) Conjunto seleccionado de partidas: Tasas de variación reales, 2007-2010 vrs 2011- 2014 (en porcentajes)

Resultados que aparentan ser positivos pero generan algunos efectos adversos



XX) Tasas de variación reales con tendencia creciente 2007-2010 vrs 2011- 2014 (en porcentajes)



XXI) Desglose del gasto total por Alquileres, Oficinas Centrales, Almacén y Data Center. 2006-2013 (en millones de ¢)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto Alquileres (menos)	1,813	2,867	3,543	4,443	4,172	5,631	7,306	9,736
Oficinas Centrales	40	44	44	40	40	40	1,055	4,038*
Almacén	687	1,645	2,002	2,276	1,178	1,648	1,927	2,001
Data Center	-	-	-	235	473	491	532	487
Otros Alquileres	1,086	1,178	1,497	1,892	2,481	3,453	3,792	3,210
% Variación	4.6	8.4	27.1	26.4	31.1	39.1	9.8	-15.3

Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto, Programa 5101
 * Incluye el pago del principal de deuda, sin intereses.

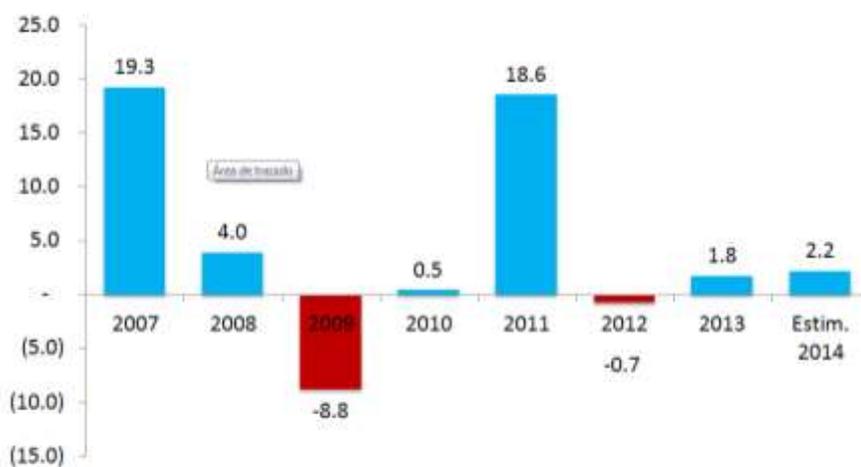
XXII)

4) **Gasto en Materiales y Suministros mantiene crecimientos moderados**

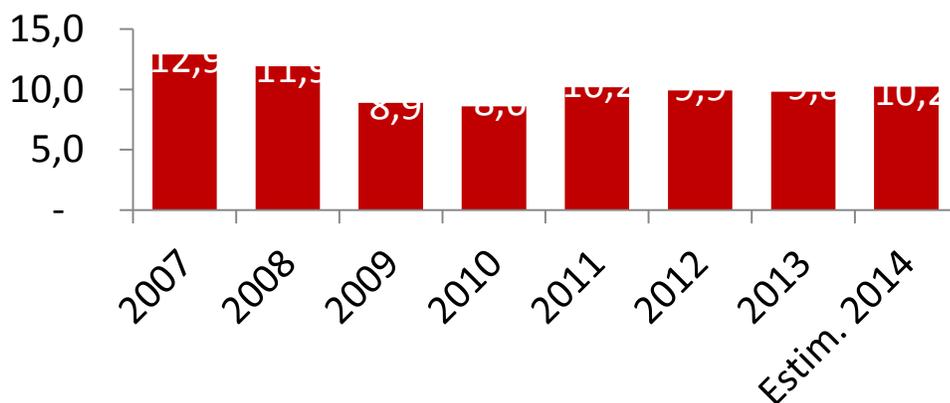
Medicamentos e instrumentos médicos mantienen una participación constante de 10% respecto al gasto total del Seguro de Salud.

Implementación de procesos innovadores en la adquisición de medicamentos y otros insumos.

XXIII) Tasas de variación reales de los Materiales y Suministros
Período 2007- Estimación 2014 (en porcentajes)



XXIV) Participación de medicamentos en los gastos totales del Seguro de Salud. Período 2007- Estimación 2014 (en porcentajes)



XXV) Innovaciones en el proceso de adquisición insumos a nivel institucional

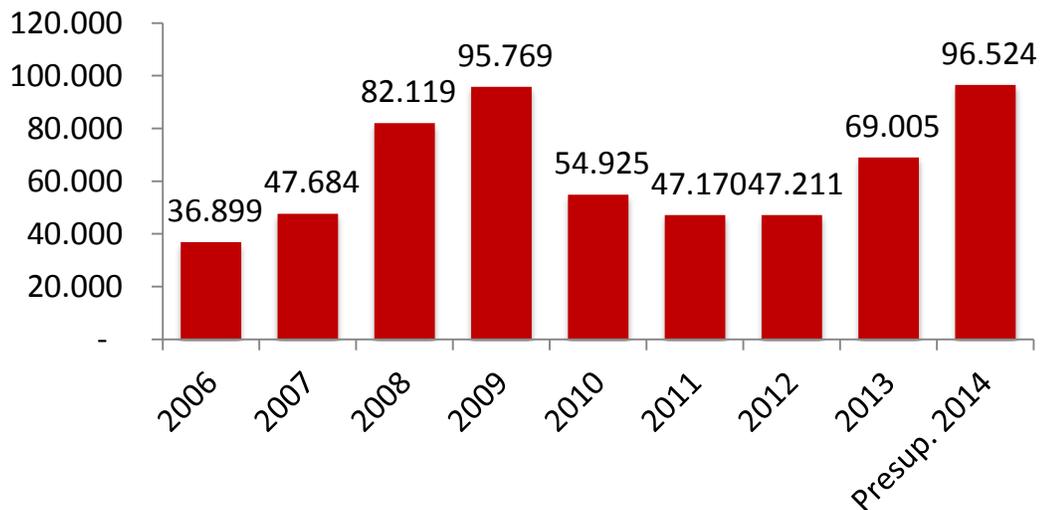


XXVI)

5. Aumento de los recursos financieros destinados a inversiones y mantenimiento.

- La recuperación financiera del Seguro de Salud facilita el re-direccionamiento de recursos hacia inversiones prioritarias.

XXVII) Monto destinado a la inversión y mantenimiento.
Cifras reales en millones de colones (2014=100)



XXVIII) Desde el 2012 se mantiene el fortalecimiento de las inversiones y mantenimiento

**Fortalecimiento de la Inversión y mantenimiento.
Periodo 2011-Presupuesto 2014**

Concepto	Monto				Tasa de variación anual (%)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
A. Inversiones	26,969	27,656	45,544	71,561	-21.3%	2.5%	64.7%	57.1%
Equipamiento	18,962	13,288	19,073	28,952	-5.4%	-29.9%	43.5%	51.8%
Infraestructura	8,007	14,368	26,471	42,609	-43.8%	79.5%	84.2%	61.0%
B. Mantenimiento 1/	13,069	14,299	18,705	24,963	24.0%	9.4%	30.8%	33.5%
TOTAL	40,038	41,955	64,248	96,524	-10.7%	4.6%	53.1%	50.2%

Nota: 1/ El mantenimiento incluye las subpartidas de materiales que se utilizan para el mantenimiento.

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias 2011- Presupuesto 2014

Nota: 1/ El mantenimiento incluye las subpartidas de materiales que se utilizan para el mantenimiento.

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias 2011- Presupuesto 2014.

XXIX) Suscripción del Convenio de Préstamo CCSS- BCIE para el financiamiento del Programa de Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario

Suscrito en Enero 2014 por un monto total de US\$270 millones

Hospital de la Anexión

Construcción de Torre de hospitalización

15,994 m² / US\$ 39.2 millones

Población adscrita: 136,114 hab.

Hospital de Puntarenas

Sustitución de infraestructura y equipo dañados por terremoto, de setiembre 2012

45,000 m² /US\$129.6 millones

Población adscrita: 269,275 hab.

Hospital Calderón Guardia

Construcción y equipo de Torre Este y otras áreas dañadas por incendio de julio 2005

18,000 m² /US\$101.2 millones

Población adscrita: 1,451,087 hab.

BCIE-CCSS.

XXX)

1. Ingreso por contribuciones se incrementa a tasas moderadas producto del poco dinamismo productivo y de empleo.
 - Tasas de variación de los últimos años equivalen a la mitad de las registradas en el período 2006 -2010.
 - **Aspecto demanda monitoreo permanente.**

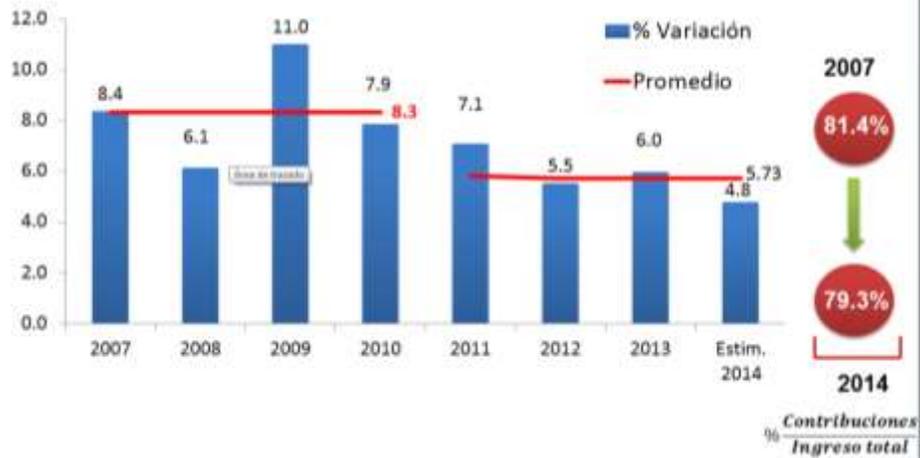
XXXI) Mercado laboral con poca generación de nuevo empleo y aumento del empleo informal.

Incremento neto de los trabajadores afiliados al Seguro de Salud, al mes de mayo de cada año

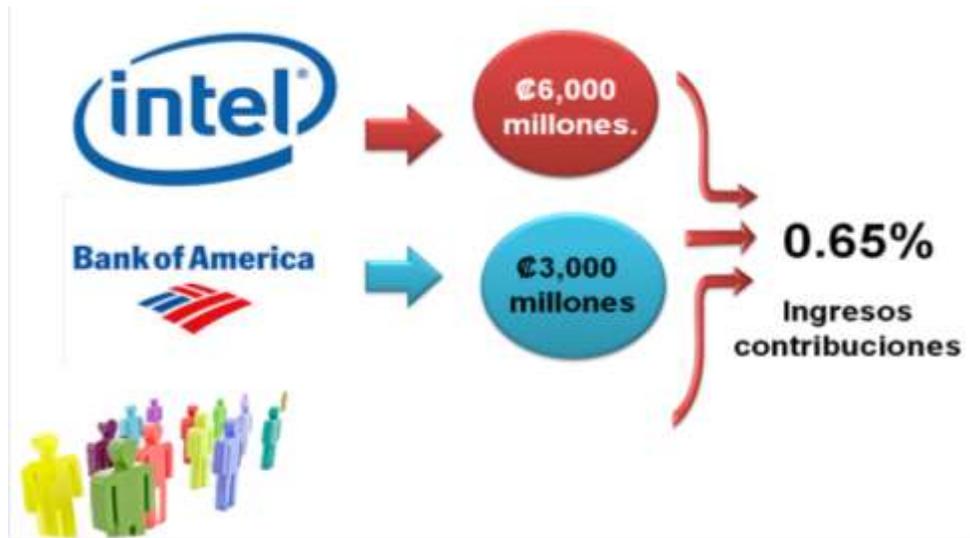


Fuente: Estadísticas actuariales

XXXII) Porcentajes de variación reales de las contribuciones SEM Período 2007- Estimación 2014



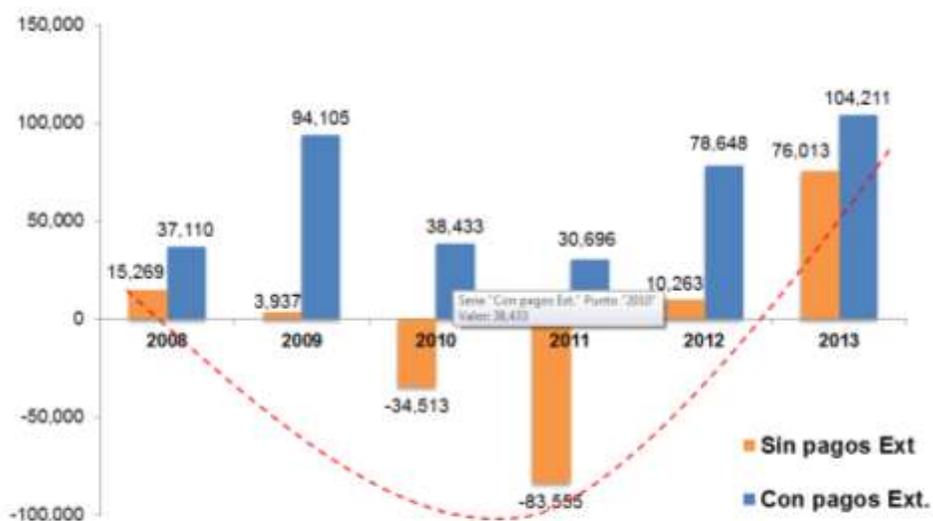
XXXIII) Impacto en los ingresos por contribuciones de la CCSS del despido de 3000 trabajadores.



XXXIV)

7. El equilibrio financiero del período 2012 – 2013 no dependió de pagos extraordinarios del Estado
 Contrario a lo registrado en el 2011, en los años siguientes la CCSS no ha recibido Títulos Valores del Estado que incidan sobre sus resultados financieros.

XXXV) Diferencia entre ingresos y egresos totales del Seguro de Salud (cifras en millones de colones)



Fuente: Liquidaciones presupuestarias 2008- 2013

XXXVI)

8) Ingresos ordinarios del Estado aumentaron a partir del año 2012, pero la Deuda total con tendencia creciente

- Hacienda mejoró el cumplimiento de sus obligaciones ordinarias, que resultan claves para el financiamiento de inversiones y gastos del Seguro de Salud.
- Incremento de la BMC y cobro de vacunas y Código de Niñez y Adolescencia aumenta la deuda total del Estado.

XXXVII) Ingresos Ordinarios del Estado aumentan por el pago oportuno de las transferencias y Ley del Tabaco.

Concepto	Monto			
	2011	2012	2013	Presup. 2014
Estado como Patrono	151,179	160,840	178,407	195,775
Cuota Estatal	19,280	23,619	27,514	26,552
Transferencias	30,363	107,850	131,876	138,289
Atención Indigentes	-	52,756	42,868	50,657
Trabajadores Independ.	27,934	52,326	55,221	60,453
Otras Leyes (Penitenciario y Paternidad)	2,429	2,769	3,403	4,055
Ley del Tabaco:	-	-	30,384	23,124
Ingresos Ordinarios del Estado	200,823	292,309	337,796	360,616
Más:				
Ingresos por títulos valores	114,251	68,385	28,198	-
Ingresos totales del Estado	315,074	360,694	365,994	360,616

XXXVIII) Deuda del Estado con el Seguro de Salud a mayo 2014 (en millones de colones)



XXXIX) Fondos disponibles para inversiones: 2015 -2020



XL)

9. Ajuste de la BMC medida para fortalecer los ingresos de los Seguros de Salud y Pensiones

- A partir de enero 2014 la BMC alcanzó un 57.7% del salario mínimo legal.
- El ajuste continuará gradualmente hasta alcanzar el 100% del salario mínimo en el 2019.

XLI)

Ajuste a la BMC al salario mínimo legal
Período 2010-2019 (montos en miles de colones)



Fuente: Gerencia Financiera
Nota: A partir del 2013 se esperan ajustes graduales a ser aprobados en octubre de cada año, que entrarán a regir en enero del año siguiente.

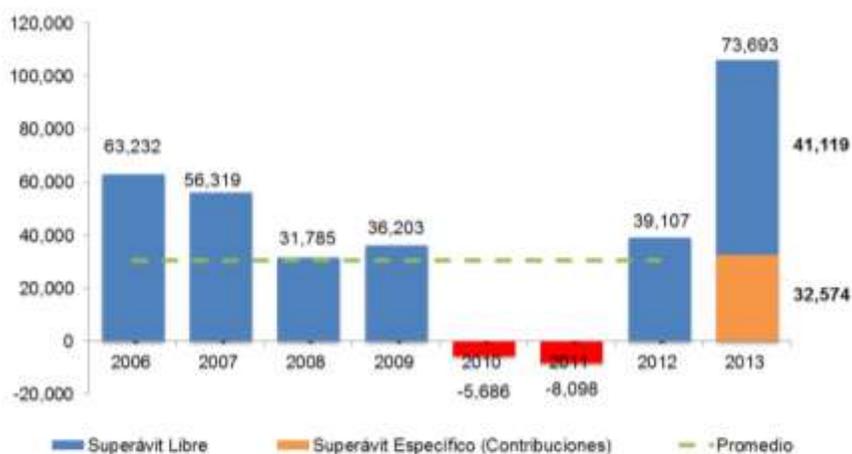
XLII)

10. Los resultados globales presupuestarios reflejan el equilibrio financiero logrado.

- Al cierre del 2013 se obtuvo un monto en Superávit Libre de $\text{¢}73.693$ millones, superior al obtenido en 2006.
- Al mes de junio 2014 se registran $\text{¢}32.248$ millones por concepto de Asignaciones Globales.

XLIII)

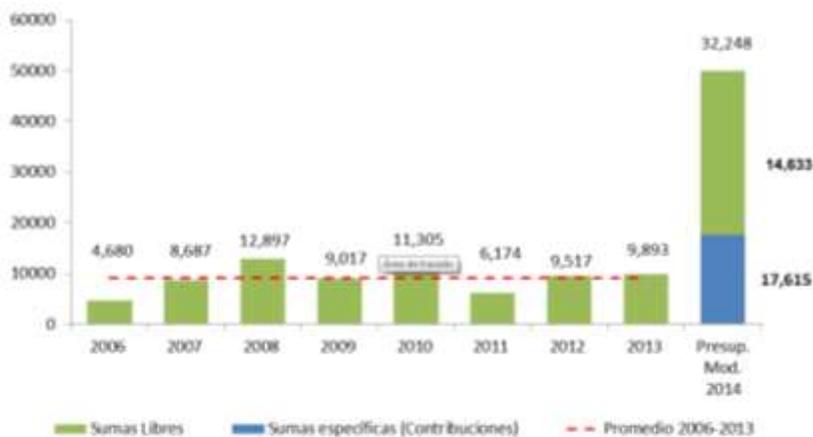
Superávit presupuestario libre
Período 2006-2013 (cifras en millones colones)



Fuente: Dirección de Presupuesto, Liquidaciones Presupuestarias 2006-2013

XLIV)

Asignaciones Globales presupuestarias
Período 2006-Presup. Modif. 2014 (cifras en millones de ¢)



Fuente: Presupuestos Originales 2006-2013 y Modificado 2014

XLV) Conformación oportuna de principales reservas salariales del Seguro de Salud al mes de junio 2014



XLVI)

11. Resultados e indicadores, apuntan hacia un balance positivo para el 2014

- Peso del rubro de remuneraciones en el gasto total se mantiene.
- Mejora significativa en la relación ingresos y egresos corrientes.
- Continúa el fortalecimiento de las inversiones.
- Frente a un crecimiento moderado de los ingresos por Contribuciones.

XLVII) Indicadores financieros del Seguro de Salud

	2011	2012	2013	Estim. 2014
Remuneraciones/ Gasto total	68%	65.9%	66.1%	66.6%
% de val. Real Contribuciones	7.1%	5.5%	6.6%	4.8%
Egresos/ Ingresos Corrientes	98.8%	94.8%	93.2%	91.3%
Inversiones/ Contribuciones	2.6%	2.4%	3.6%	5.7%*
Dias de atraso a proveedores	90	0	0	0
Saldo Final Caja	€32.260	€49.216	€53.736	€101.640

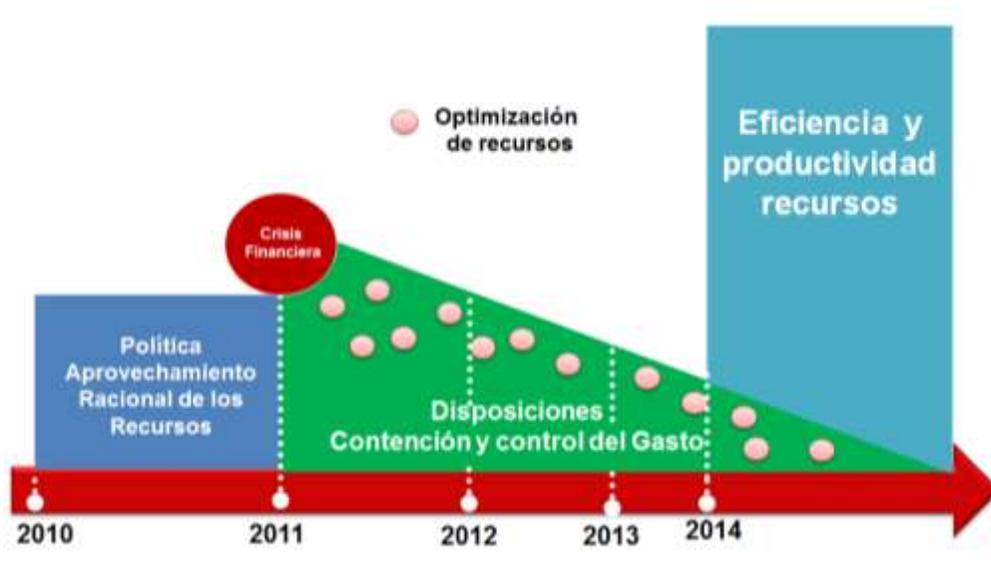
*Inversiones Presupuestadas

XLVIII)

12. El equilibrio financiero demanda la continuidad de las políticas y medidas adoptadas en los últimos años.

La sostenibilidad financiera apunta hacia transformaciones sustanciales del modelo de gestión y productividad de los recursos.

XLIX) De la contención del gasto hacia la eficiencia y productividad de los recursos



L) Cuando hablamos de un Seguro de Salud sostenible, ¿en qué estamos pensando?



- LI) 1. Redefinición del modelo de atención con énfasis en atención Primaria y fortalecimiento del esquema de red



- LII) 1. Ejemplos de inversión en prevención y promoción de la salud.

- Promover activamente aquellos comportamientos, hábitos y prácticas saludables.
- Impulsar el uso adecuado de medicamentos para minimizar la materialización de los riesgos.
- Fomentar el tratamiento intensivo sobre el estilo de vida que se asocian a las patologías más costosas.

- LIII) 2. Aumento de capacidades de gestión basada en información toma de decisiones., medición y



- LIV) 3. Uso de la asignación de los recursos como herramienta para mejorar la gestión de los centros de salud.

3. Uso de la asignación de los recursos como herramienta para mejorar la gestión de los centros de salud.



LIV)

4. Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias.

- Desarrollo e implementación de métodos de evaluación de tecnologías de salud y su costo de efectividad.
- Identificar los criterios clínicos (eficacia, seguridad) y criterios económicos (coste-efectividad).
- Evaluación de tecnologías sanitarias debe trascender más allá de los medicamentos.
- Integración de una unidad institucional de evaluación de tecnologías de salud.

LVI)

5. Mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales.

- Redefinir estándares de productividad en jornadas ordinarias y extraordinarias.
- Ajustar mecanismos flexibles al marco normativo de las condiciones laborales.
- Gestionar más activamente los niveles de ausentismo a nivel institucional.
- Instaurar sistemas más efectivos de control del cumplimiento de la jornada laboral.

LVII)

6. Desarrollar el modelo de atención a pacientes crónicos.

- Identificar los segmentos de la población, según el grado de su patología.
- Aplicar diferentes modelos de atención, según las enfermedades crónicas y de alta complejidad.
- Introducir un trabajo multidisciplinario y nuevos roles profesionales como nuevas formas de prestar servicios a los pacientes.

LVIII)

7. Incentivar servicios de alta especialización ubicados en único centro de atención.

- Establecer un solo proveedor de servicios especializados para una red de centros – clientes.
- Evidencia señala ventajas competitivas en laboratorios de análisis clínicos y diagnóstico por imagen.
- Gestionar la compra de bienes y servicios que requiere en común las unidades.
- Evaluar la gestión público privado de servicios de apoyo no sustantivo.

LIX)

8. Reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria..

- Reordenar la oferta de servicios, según nivel de atención.
- Procurar mayor actividad ambulatoria y desarrollo de ciertos servicios en niveles de menor complejidad y menor costo.
- Definición de indicadores de alto desempeño de la gestión hospitalaria.
- Introducción de mecanismos alternos de asignación de recursos que procuren mayor eficiencia.

LX)

9. Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud.

- Implementación del EDUS primer nivel (corto plazo) e inicio del EDUS segundo y tercer nivel.
- Integración de sistemas administrativos, logísticos y financieros por medio de un ERP.
- Desarrollo más profundo de telemedicina, consultas vía web, centros de contacto de atenciones médicas.
- Desarrollo de Apps para el cuidado de la salud y control en el uso de medicamentos.

El Lic. Picado Chacón se refiere al “*Informe sobre el cumplimiento e impacto de las medidas de optimización y contención del gasto del período 2010-2014*”, mediante el cual se está cumpliendo con un requerimiento de la Junta Directiva, con el fin de determinar el impacto que se produjo con la implementación de las medidas de contención del gasto, de cuál es la situación y cuáles perspectivas se tienen sobre las finanzas del Seguro de Salud. Refiere que en parte se analizará la crisis de la situación financiera y se abordarán temas importantes relacionados con la deuda del Estado o alquileres, por ejemplo. Recuerda que en el mes de julio del año 2011, la Organización Panamericana de la Salud presenta un informe, en el que se determina la crisis financiera de la Institución, aunque anteriormente, existían diagnósticos internos y lo que la OPS, específicamente, planteó que si no se tomaban medidas correctivas, se proyectaba un déficit presupuestario comprendido desde el año 2011 hasta el 2015; a manera de ilustración, en el año 2014 el déficit financiero sería de alrededor de ¢235.000.000 (doscientos treinta y cinco millones de colones). Por otro lado, ha habido un cuestionamiento en términos de cuántas pudieron haber sido el número de plazas nuevas, se estimada que aproximadamente diez mil en un tiempo más o menos de cinco años. Además, se han producido ajustes salariales extraordinarios, relacionados con políticas de percentiles y otros ajustes que se realizaron, como beneficios para los trabajadores de la Institución, y en la parte de los ingresos, la crisis

económica internacional que afectó el tema del empleo, salarios y los recortes presupuestarios a la Institución. Recuerda que la situación financiera de la Caja se convirtió en una noticia frecuente en los medios de comunicación. Poco a poco se fueron planteando algunos elementos de mejora, se publican otras noticias, por ejemplo, “finanzas abandona el estado de coma tras fuerte apretón de faja”, “un respiro por las arcas”, de tal manera que surgieron otras noticias con un reporte más positivo. La crisis del año 2011, no permitió realizar el pago de proveedores, producto del problema financiero existente. Por otro lado, no se acumulaban reservas para realizar los pagos de las obligaciones salariales de aguinaldo y salario escolar. Además, se produjeron atrasos en el pago de tiempos extraordinario a médicos y sobre todo pago de guardias y disponibilidades médicas en montos significativos no pagados y producto de ello, se produjo un impacto directo en los proyectos de inversión de aquel momento. Por otro lado, entre los años 2011 y 2014, la Junta Directiva adoptó una serie de medidas dirigidas a cinco componentes principales, una política selectiva de empleo, creación de nuevas plazas para lo que eran servicios; ajuste salarial por ajuste de vida, para un control importante sobre el tema del tiempo extraordinario, en todas sus modalidades tanto para médicos como para personal no médico y después unas líneas de acción para optimizar en materias de viáticos y permisos básicos, traslado de pacientes, consultorías, alquileres, seguridad privada y regulaciones generales sobre el tema de inversión, infraestructura, equipo y mantenimiento. Destaca que se giraron lineamientos claros en el tema de mantenimiento en términos de aumentar no solo el nivel sino la ejecución. En cuanto a la gestión financiera se adoptaron medidas tendientes a controlar los factores asociados con las remuneraciones, como principal disparador del gasto de la Institución que gasta el 65% más en el pago de nómina y se caracteriza por la creación de plazas estrictamente enfocadas en servicios de salud. En remuneraciones entre el 2007 al 2010 crecían casi al 15% y en el período 2011–2014 se crecería al 2%, los egresos totales siguen más o menos ese comportamiento y partidas variables que tienen tiempo extraordinario, antes crecían 13.1%, hubo años que crecían 25%, ha ido disminuyendo al 66.6%, y en el tema de plazas entre el 2006 al 7 de mayo del 2010 se crearon 9.330 plazas para un promedio de 1.886 anuales con un incremento en el 2.008 de 2.710 plazas en total.

A propósito de una consulta de la Directora Soto Hernández, anota el Licenciado Picado que los datos del año 2014 corresponden a una estimación, no obstante, lo indicado para los años 2011, 2012, 2013 son datos reales.

En atención a una consulta del Director Gutiérrez Jiménez respecto del 65% en el tema de cesantía, manifiesta el Gerente Financiero que se pueden determinar en las transferencias, que al día de hoy se pagan alrededor de veinticinco millones de colones hubo un incremento en el año del 2012 que se pagaron alrededor de cuarenta y un mil millones de colones, pero en la presentación no se incluyen porque son transferencias por pago de prestaciones legales.

El licenciado Picado Chacón continúa y señala que en los años 2010- 2013 llegó a 1.772 plazas con un promedio de 443 que es una cuarta parte de las que se tuvieron en el período anterior. Además, que en materia de salarios base para reflejar lo que eran los aumentos extraordinarios sucedió que entre el año 2006 y entre el año 2010 un Médico Asistente Especialista su salario base creció en 80%, el de la Enfermera creció casi en el 100%, y el de los demás puestos el crecimiento fue por encima del 75%. Menciona que en los años 2011- 2014 los aumentos son menores, porque están asociados a los incrementos que el Gobierno ha ido decretando. En materia de tiempo extraordinario, se ha controlado en sus diversas modalidades tanto las médicas como las no médicas y se tiene que en el año 2009 crecían al 19% en términos reales, si se le

suma la inflación crecían en casi un 25% y el promedio en este período, era un crecimiento real casi del 11% y en los años 2011, 2012, 2013 y estimación del 2014 el crecimiento real ha sido en un 0%. Los gastos han aumentado en función de la inflación, pero no han tenido mayores crecimientos adicionales a esos y se determina que el tiempo extraordinario que se le paga a los funcionarios no médicos, aseo, limpieza, cocina, y otros, extras corrientes, médicas algunas extras no han tenido crecimiento. En ambos casos los resultados de tiempo extraordinario con caídas del 9.3% un año, 11% el otro año, 4.2%, 4.4% y en extras corrientes médicas también cuatro años sucesivos de disminuciones en términos reales, como se puede ver son ajustes que se han venido haciendo donde cada Jefe de Servicio tomaron esas decisiones de cómo distribuir de manera más óptima los recursos. En materia de lo que es propiamente formatos o modalidades para la parte médica en guardias y disponibilidades médicas, por ejemplo, en disponibilidades no se tiene una tasa de reducción neta, pero se tiene una disminución significativa de las disponibilidades y después en guardias médicas un comportamiento similar. El comportamiento en los diferentes hospitales en esta materia, Hospital Max Peralta ha crecido un 9.6%, Hospital de Ciudad Neilly un 6.7%, Hospital Dr. Escalante Pradilla un 2.5%. Los Hospitales de La Anexión, de San Carlos, de Upala, y Dr. Tony Facio no muestran un crecimiento en términos reales, sino se mantienen. Por otro lado, el Hospital Psiquiátrico, San Francisco de Asís y el de San Vito, por ejemplo, han tenido una reducción del monto total en términos reales de lo que gastaban.

La señora Presidenta Ejecutiva hace referencia al desempeño de los hospitales, los que están en color rojo que de alguna forma no han hecho la tarea, y señala que en varios casos no podrían haberla hecho mejor por el tema de las disponibilidades sobre todo por la falta de Especialistas en esas zonas. Llama la atención porque al no contar con los recursos humanos, los que están en esas zonas son los que se recargan con el tiempo extraordinario y si alguno revisa los salarios más altos precisamente son los que están en estas zonas, que tienen que ver con el tiempo extraordinario. En el caso de la zona sur han tenido mucha dificultad para poder enviar especialistas.

El Gerente Financiero refiere que los Hospitales Nacionales como Hospital Calderón Guardia, Hospital México y Hospital San Juan de Dios, están dentro de las líneas amarillas o verdes, no están en la parte alta, excepto el Hospital San Juan de Dios, con una tasa modesta y, efectivamente, como lo plantea la señora Presidenta Ejecutiva las zonas alejadas con más crecimiento. Menciona que se optimizan otras partidas del gasto. Hay un grupo que no son remuneraciones y tiempo extraordinario donde lo que se ha dado es una disminución pero porque se ha hecho un uso más eficiente de los recursos, ejemplo de ello son los viáticos, entre 2007 y 2010 crecían al 6.2% y en el período 2011- 2014 han disminuido al 7%, de tal manera que para disminuir el gasto se implementaron actividades como videoconferencias, tele consultas, menos comisiones, menos reuniones y menos traslados. Por otro lado, en el tema de traslado de pacientes se estableció un programa de ruteo, se renegoció el convenio con la Cruz Roja y se mejoraron los criterios para el uso del transporte programado. En materia de capacitación los gastos crecían al 30.5% y en estos últimos años han sido menores del 7%. Respecto del gasto en consultorías, se realizó un buen trabajo, aunque ese apartado no ha tenido una asignación presupuestaria significativa en la Institución; además, no hay gran cantidad de ellas. En relación con el reconocimiento de carrera profesional, una de las medidas de contención adoptadas fue en el sentido de no aumentar el punto su valor.

El Director Devandas Brenes pregunta al Lic. Gustavo Picado, en número absolutos, qué es el 4.6% de consultorías cuánto se ha aprobado.

Al respecto, el licenciado Picado Chacón responde que, en general, el monto no ha pasado de los mil quinientos millones de colones al año y, además, las consultorías son muy escasas. Lo que se hizo fue restringirlas a los temas como la Red Oncológica, a asuntos muy específicos y hay un acuerdo para que sean presentadas a la Junta Directiva y sean conocidas para su aprobación. Revisando los datos más en concreto, para los últimos años, son montos más pequeños. Agrega también que en telecomunicaciones hay un crecimiento importante y ahí se contempla el tema de expediente electrónico, internet, etc. y por eso crece. La contratación por terceros, también, crece en este último período. Menciona que en alquileres puede dar la impresión de que hay muchos alquileres, ciertamente sí, pero hay que mencionar que son alquileres donde la infraestructura tiene una calidad bastante modesta. Cuando se ha planteado por qué no se cambian los flujos de alquileres para hacer EBAIS y Áreas de Salud en las condiciones que requieren; se determina que los flujos son muy bajos y no permiten esa recomposición.

El Director Gutiérrez Jiménez menciona que tiene conocimiento de que en Oficinas Centrales hay quienes creen que a corto plazo se debería tener dos grandes centros. Ello se ha discutido y algunos por la necesidad de seguir aquí pagando esos montos. En ese sentido, se planteó que estar aquí es porque éste es el ícono de la Caja. Menciona que particularmente no cree que sea el ícono de la Caja y se debería pensar en un proyecto para el este y el oeste para facilitar el acceso a los servicios. La justificación no sólo es por los beneficios que tendrían, sino por la dificultad de tener acceso a San José centro, de manera que ahí está la justificación. Hay que considerar que es que un monto muy importante el que se está gastando. Asimismo, habría que considerar que se trata de una situación ente el Seguro de Salud y el de Invalidez, Vejez y Muerte, y la decisión que se tome en un caso afectaría al otro. Por consiguiente, habría una discusión pendiente, por cuanto corresponde tomar alguna decisión.

El Director Fallas Camacho menciona que este edificio ha sido una discusión entre los dos programas principales de la Caja, porque no podemos desamparar al Régimen de IVM, lo que se si se planteó en algún momento es que hay que reforzarlo, porque técnicamente ya está planteado en términos de que tienen toda credibilidad “pero hay que salvaguardarlo porque es del régimen de IVM, lo que se planteó en algún momento es que si esto se podría alquilar a otra gente, pero hay una discusión que dar alrededor del tema.

En respuesta a una consulta de la licenciada Soto Hernández, el Gerente Financiero menciona que el edificio Da Vinci es un edificio satélite de la misma manera algunos otros como el edificio Solera Benett, y otro que se ubica por la terminal de los buses de Cartago.

La señora Presidenta Ejecutiva anota que probablemente va a llegar un momento en el que haya que hacer esa discusión sin embargo le parece muy importante que como Junta Directiva cuando llegue el momento definan cuál va a ser la política de la inversión de los recursos de la Caja, porque más allá de las características que pueda tener y las posibilidades de mejora del edificio en el que estamos, se debe considerar que las condiciones en que está la infraestructura de atención en salud es tan precaria que hay que hacer un balance muy claro de cuál va a ser precisamente esa política y esa visión de mediano y largo plazo. Expresa que vería un poco contradictorio invertir en unas edificaciones nuevas de la Caja con algunos establecimientos en las condiciones en las que está, pero si planteárselo con un programa de largo plazo, que daría la recuperación de la infraestructura de los hospitales, de los EBAIS, las Clínicas, etc. e incluir el tema de Oficinas Centrales. Además agrega que más allá del Edificio, el perfil funcional para no ver solo la parte estructural sino también la parte funcional realmente es bien complicado, Ejemplo;. Al pasar por algunas oficinas se tiene que pasar de lado por el hacinamiento que hay,

otro aspecto a tomar en cuenta es analizar el personal idóneo para este nivel y además comenta sobre los cajones en los que se han hecho algunas ratoneras. Cada quien quiere tener su cajón independiente de los demás y que no los vuelvan a ver entonces hay una cultura sobre ese tema que preocupa. Mucha gente que trabaja en este Edificio no sabe lo que es tener un espacio mucho más agradable y cada vez se ven más cajones y eso influye en el clima organizacional, y la no satisfacción de la gente. Tema que sin duda se debe de revisar.

Respecto al tema Afiliados a los Seguros de la Caja, la Dra. Sáenz Madrigal pregunta si del incremento neto de los trabajadores afiliados al Seguro de Salud, siendo estos aproximadamente 28.000 trabajadores e ingresaría más o menos en julio, es de esperar que mantenga esa tendencia que esté alrededor de los cincuenta mil, a lo que don Gustavo señala que no; el período es de mayo de este año con mayo del año anterior.

Por su parte, el licenciado Gutiérrez Jiménez menciona el decrecimiento de la planta de INTEL que se había estimado que más o menos el ingreso iban a hacer alrededor de diez mil millones de colones.

El licenciado Picado Chacón responde que, efectivamente, el decrecimiento es en ingresos directos sin pensar en las actividades colaterales que ellos puedan tener. Hay que recordar que son como 3.000 puestos, han venido de un proceso, pero parcialmente debería estar reflejada. Continúa don Gustavo y explica que la preocupación que han planteado acerca del modelo de financiamiento de la Caja debería de repensarse un poco porque las contribuciones tiene ciertos indicadores de desgaste y además conforme se envejece la población va a retirarse más gente pero hoy tienen una situación de bajo aumento en los afiliados. Además se refiere a las consultas del Director Mario Devandas, en el sentido de que tanto el 80% de contribuciones que incluye cuenta propia, no incluye a los asegurados por el Estado, así como que la cuota parcial complementaria son transferencias.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación por que de acuerdo con el principio de universalidad de los Seguros de Salud, los trabajadores cotizan el 26% de la población. Le parece que es un tema al que se le debe poner especial atención y agendarlo a futuro.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que es un tema que se ha estado analizando en esta semana, en términos de que se debe buscar una diversificación del financiamiento de los Seguros de Salud.

El Dr. Devandas Brenes menciona que en el artículo 12° del Reglamento del Seguro de Salud, existen dos conjuntos de población: los que cotizan por la universalidad de los seguros y, otra por la universalización que se debe establecer por la cotización media; sin embargo, no le queda claro cómo se calcula. Se le ha explicado que es tomar una prima, por ejemplo, de un 15% o un 14% y otra le parece que es calcular la cotización media. Le parece que la Dirección Actuarial tiene que proyectar esa cotización por ley y establecer cuál es. El tema que lo deja planteado para una futura discusión.

El Dr. Fallas Camacho manifiesta su preocupación por que la Caja ofrece una prestación de servicios casi al infinito. Le parece que es un tema que se debe analizar en el momento en que se discute el financiamiento, en términos de hasta donde la sociedad desea contribuir para la salud. Estima que para mantener el equilibrio de la Institución se debe analizar con los problemas del

financiamiento. Por ejemplo, se analice el tema del costo de los medicamentos con el Dr. Chaves Matamoros, Jefe de la Dirección de Farmacoterapia, en especial el costo de ciertos medicamentos. Considera que el tema debe quedar planteado para un análisis posterior.

En relación con una consulta planteada por el licenciado Gutiérrez Jiménez sobre la deuda del Estado con la Caja, la señora Presidenta Ejecutiva responde que el día de ayer se realizó una reunión con el Ministro de Hacienda sobre el tema y siguiendo las instrucciones del señor Presidente de la República, de tratar de buscar un acuerdo y conformar una comisión para que elabore un plan de pago a diez o quince años y se empiecen a efectuar. No se está partiendo de que la comisión defina cuánto es el monto, esos temas se deben analizar y se concilien los datos que tienen el Ministerio de Hacienda y la Caja. Menciona que la reunión se mantuvo entre el Ministro y el Viceministro del Ministerio de Hacienda, en términos de llegar a un acuerdo porque existe voluntad clara y expresa de ir avanzando el saldo esa deuda.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación en relación con la deuda del Estado con la Institución. Hace hincapié en que es la tercera vez que un Presidente lo tiene como uno de los puntos prioritarios por resolver. Le parece que el tema se debe atender igual que otros. Le preocupa que la Junta Directiva tenga que solicitar los montos adeudados por el Estado a la Institución. Recuerda que en varias ocasiones se ha referido al artículo 177° de La Constitución Política de Costa Rica y comprende lo que se ha indicado, en el sentido de que se tiene que realizar la tarea de conciliar la deuda con el Ministerio de Hacienda. Considera que se ha realizado un gran esfuerzo para equilibrar las finanzas y la información lo comprueba, porque se han racionalizado los gastos y el uso de las plazas vacantes, entre otros, por ejemplo. Le preocupa que no se esté invirtiendo en mantenimiento por escasez en los recursos financieros. Le parece que si se contara con la mitad de éstos, a corto plazo se tendría una forma distinta de visualizar el futuro de la Institución. Por otro lado, entiende la situación fiscal de país, sin embargo, considera que llegó el momento de solicitar que se realicen negociaciones y se logre recuperar la deuda del Estado. A manera de ilustración, tiene conocimiento de que el monto adeudado por la compra de una porción de vacunas es por treinta cinco millones de colones. Le parece que es el momento oportuno para indicar que se proceda a ejecutar el artículo 177° de la Constitución Política de Costa Rica, según lo ha indicado hace varios de años.

El Director Barrantes Muñoz anota que tiene entendido que los datos registrados en el Ministerio de Hacienda, no concuerdan con los de la Institución. Sugiere que como primer tema, se realice una labor de verificación o conciliación de los montos. Además, se corrobore si el sistema de cálculo de ciertos rubros de la deuda del Estado son precisos, en términos de la tasa promedio que debería pagar por ciertos aportes. Pregunta si los convenios que se han hecho con el Estado se han apegado a derecho, en el sentido de que no se haya dejado algún rubro sin incluir. Le preocupa porque es un tema de Estado que se relaciona con la sostenibilidad financiera de la Institución. Además, se debe cumplir la responsabilidad como Directores y Administradores de esta Institución.

En relación con la consulta realizada por el licenciado Barrantes Muñoz, el Lic. Bermúdez señala que la propuesta del grupo se denominará Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre la Deuda del Estado, se han conceptualizado objetivos específicos:

1. Actualizar el monto.

2. Consensuar la metodología de cálculo para efectos de certificación de la deuda por parte de los jefes de las dos instituciones. De tal manera que una vez que se determine el rubro, habiendo consensuado y aclarado la metodología, porque existen algunas desinformaciones por parte de las dos instituciones, en el sentido de por qué se calcula de una forma u otra; se puede consensuar y certificar el monto de esa deuda y, adicionalmente, el grupo de trabajo es distinto a los anteriores y deberá proponer cuáles son las medidas de financiamiento. Además, se defina si se debe promover un Proyecto de Ley que deba financiar la deuda, definiendo los rubros, durante un periodo de tiempo y con una carga fiscal específica, ese proyecto debe ser propuesto por esa Comisión. La idea es que no solo sea un ejercicio de cálculo y negociación, sino un ejercicio propositivo de parte de las dos entidades para saldar a lo largo plazo un marco de sostenibilidad fiscal y sostenibilidad del Seguro de Salud.

La Dra. Sáenz Madrigal agrega que el tema tiene que ser transparente porque este proceso es un tema país, con la participación de esta Junta Directiva, no solo en forma activa sino retroalimentando la toma de decisiones. Además, si existen grupos de trabajo tienen que trabajar en esos temas, por ejemplo, asegurados por el Estado, gestionar el pago si se realiza por consulta o no consulta. Porque al Estado se le está trasladando las personas que consulta, no el número de asegurado que debería de pagar, independientemente, de que no consulten. El tema es porque al final se le pasa la factura por los que consultan, no está siendo solidario, hay un tema de la metodología y es importante tenerlo claro.

La Directora Alfaro Murillo menciona que estos procesos normalmente toman tiempo y los períodos presidenciales son finitos, solo cuatro años y pasaron dos meses, o sea, ya quedan cuarenta y cinco meses y medio. Le parece que las comisiones son importantes pero le provocan estrés, porque es un proceso técnico, transparente y de largo plazo. Le parece que si existe una lógica básica, si la el monto de seiscientos mil millones de colones tienen un error de aproximadamente el 30%, significa que esa cifra va de cuatrocientos mil millones de colones a ochocientos mil millones de colones, porque existe un rango. Le parece que esos datos deben ser correctos, para que se gestione un plan de corto plazo y el monto lo asuma el Estado. Considera que se deben realizar dos acciones paralelas:

1. Clarificar la deuda.
2. Gestionar una acción concreta, reconociendo que por más error que tenga en la proyección del monto, el Gobierno debería asumir el reintegro del 50% al menos.

La doctora Sáenz menciona que está de acuerdo con lo mencionado por doña Marielos. Comenta también que mediante una nota que preparó el Gerente Financiero, se planteó el cobro a las instituciones autónomas y a los bancos para que paguen. Todos han reaccionado y han mencionado que no tienen superávit pero la Ley está ahí y la Caja tiene que hacerla cumplir; de modo que se debe continuar con el seguimiento del tema. Finalmente, señala que habría un tema de fondo importante que es aumentar los ingresos.

El Director Devandas Brenes manifiesta que para reforzar un poco algunos argumentos que se han dado, le interesaría que don Gustavo les enviara el desglose de esos asegurados por el Estado, ¿cuál es la factura mensual? ¿Cuántos son los asegurados por el Estado? ¿Cuál es la factura mensual que se le envía al Gobierno? ¿Cómo se calcula lo que debe pagar el Estado por cada asegurado por el Estado? Le interesa saber si mensualmente se le envía al Ministerio de Hacienda

la factura de lo que tiene que pagar y cómo es esa factura, ¿cuál es el desglose de la factura? Lo anterior para comenzar a entender esto. La discusión del art. 177° de la Constitución Política de Costa Rica tienen que verlo con detenimiento porque tiene dos partes: 1. La obligatoriedad del Estado de financiar total y parcialmente la universalización, pero define su transitorio que los familiares de los trabajadores forman parte de la universalización, y eso tiene toda una connotación, porque en la CCSS en el artículo 12° del Reglamento de Salud se meten todos los familiares debajo de la cuota obrero patronal pero de acuerdo con el transitorio 177° de la Constitución Política de Costa Rica no es así, esos familiares forman parte de la universalización. El Reglamento de Salud es muy liberal, entra la esposa, los hijos hasta 25 años si están estudiando, un hermano hasta 25 años si están estudiando, otras personas que dependen del hogar, se une la mamá, el papá, un no consanguíneo, un hermano que atiende al papá por edad o por discapacidad. Lo que se ha hecho es coger del sector de universalización y pasarlo a la cuota obrero patronal, desinflando el sector de universalización. 2. La universalización debe pagar la cotización media y ese cálculo lo tiene que hacer la Dirección Actuarial (solicita se le pida a don Gustavo o a la Dirección Actuarial) de cómo se calcula esa cotización media. Comenta que si no se tiene van a ir a negociar con Hacienda y si esos extremos no se negocian el problema va a seguir. El Estado no está pagando lo que se le factura, pero aun así lo que se le factura está mal. Esa es su mayor preocupación.

A propósito de una inquietud, el Gerente Financiero señala que el 44% del beneficio familiar plantado por don Mario y al final de la Administración anterior, se hizo una interpretación del artículo 177° de la Constitución Política de Costa Rica, le parece que en algún momento se podría analizar en la Junta Directiva. Por otro lado, recuerda que en algún momento el Asegurado por Cuenta del Estado, era un solo concepto y hace algún tiempo se diferenció entre lo que es Asegurado por Cuenta del Estado, de los que son Leyes Especiales a cargo del Ministerio de Hacienda. En cuanto al costo de las vacunas que en alrededor de cuarenta y tres mil millones de dólares, se han realizado cobros pero no están registrados contablemente. Destaca que si el Ministerio de Hacienda cancela, esos recursos se podrían planificar para inversiones, el monto sería de alrededor de mil millones de dólares. En la Caja se destina para inversión e infraestructura, equipo y mantenimiento alrededor de doscientos millones de dólares, de los doscientos setenta millones de dólares, significan dos mil quinientos millones de dólares en un quinquenio, para realizar inversión fundamental, una parte para reservas técnicas, entre otros. En cuanto al ingreso mínimo por debajo del salario mínimo que indica el Dr. Devandas Brenes, señala que obedece a razones de carácter político, porque si se le fija a los indigentes como base contributiva de ciento cincuenta y cuatro mil colones, el salario mínimo estaría en doscientos sesenta y siete mil colones, casi se le duplicaría la factura al Estado si se estableciera el salario mínimo. Le satisface la decisión de ir aumentando la Base Mínima Contributiva, pero al mismo tiempo existe un tema por analizar; además, de que el aumento de la factura del Estado elimina el incentivo a que algunas empresas “informalicen” el trabajo. Por otro lado, se tiene el problema con los trabajadores informales porque, eventualmente, se puede convertir en un incentivo en términos de que no logren hacerle frente al pago de la Seguridad Social. Por ejemplo, existe un caso especial de los trabajadores contratados por horas o por días, el de las empleadas domésticas, principalmente, que trabajan dos días en una casa, dos en otra y un patrono al tratar de asegurarlas, la Caja no les acepta, es una situación y se busca la forma de resolver para que un patrón asegure a la empleada doméstica por dos días. Le preocupa que se abra la posibilidad de que se asegure por horas porque, eventualmente, se incentiva a la práctica por ser fácil el aseguramiento por dos horas y no por el tiempo que labora una persona. Destaca que un trabajador que no tiene un salario mínimo de Ley por ciento cincuenta y cuatro mil colones, no

tiene la obligación de cotizar para la Caja y se convierte en una problemática porque sería un Asegurado por el Estado y no tendrá jubilación.

El licenciado Hernández Castañeda, considera que las medidas de contención del gasto han dado resultados satisfactorios. La información que brinda don Gustavo en relación con las principales erogaciones que van a tener a fin de año y a principios de año 2015, le parece que es un reflejo del resultado de esas medidas; además, se debe mantener en inversiones el monto disponible para el aguinaldo y para el salario escolar. Concuera con el licenciado Picado Chacón en el sentido de que la situación financiera de la Caja en el mediano y largo plazo no es sostenible. La Institución requiere de cambios profundos para poder hacerle frente en el mediano plazo a los problemas financieros que pueden presentarse, de tal manera que se debe buscar mayor eficiencia y mayor productividad en la administración de los recursos. Sugiere el tema de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud de la Caja, en el mediano y largo plazo podría ser un tema para la próxima encerrona. Repite que los resultados de las medidas de contención del gasto implementadas por la anterior Junta Directiva, hasta ahora han dado resultado y no las denomina optimización porque es otro asunto. Le parece que para el futuro la Junta Directiva debería analizar y definir cuáles deberían ser las nuevas políticas que la Institución requiere, para lograr esa sostenibilidad en el mediano plazo. Considera que se debería producir un cambio estructural dentro de la Institución, no se puede continuar con la forma en que se ha venido contratando la mano de obra de la Institución, hay que determinar la cantidad de pluses salariales y las cargas salariales que esta Institución tiene. Aclara que no se trata de adoptar medidas para aplicar a los trabajadores que están contratados hoy en día, sino que se aplique a partir de enero del año 2015 o a partir de enero del año 2016, por ejemplo, al igual que se hizo con el horario en Oficinas Centrales, que anteriormente el horario de salida era a las 3:00 p.m. y, ahora, gran cantidad de trabajadores tienen un horario hasta las 5 p.m. Por otro lado, ve la conveniencia de que se revisen los conceptos de carrera profesional para no profundizar en este tema. El zonaje de vivienda, en muchas zonas no se requiere se otorgue ese beneficio. Destaca que se debe determinar la eficiencia del recurso humano, en relación con el tema de reestructuración de la Institución. Menciona que el tema se comentó con la señora Presidenta Ejecutiva el día de ayer, en el sentido de que en la Caja existen más de 300 unidades de contratación administrativa, por eso hay que revisar el proceso de desconcentración, hasta donde se justifica que exista personal en contratación administrativa en todo el país, por qué no centralizar y los trabajadores sean reasignados a otras áreas donde se requieren. Hace hincapié en que el tema de reestructuración debe ser revisado, además la forma en que se están realizando los métodos de trabajo, no se puede considerar el tiempo extraordinario para fijar un límite presupuestario. Estima que se deben revisar las áreas en vigilancia, en aseo y establecer un límite en tiempo extraordinario y revisar cuáles son los métodos de trabajo empleados. Además, se realice cuáles son los criterios que se están aplicando en la selección de los guardas, de la vigilancia. Estima que ese tema debe ser analizado y determinar algunos indicadores de selección. Asimismo, debe ser revisado el tema de la disponibilidad médica y establecerle un techo presupuestario, o sea, se debe analizar los distintos conceptos de gasto, incluido, el tema de medicamentos. Concuera con el Dr. Fallas Camacho, en cuanto a establecer los límites en la prestación de los servicios de salud. Por otra parte, señala que entregará la lista de los pacientes que utilizan el medicamento para las personas con Hemofilia, solicitada por el Dr. Devandas Brenes. Destaca que el 69% del medicamento entregado, lo consume 4 pacientes correspondiendo a mil ciento treinta y siete millones de colones. Además, se revisaron los 14 expedientes a los que se les brinda el medicamento y se determinó que presentan el padecimiento de Hemofilia. En ese sentido, está retomando el punto que mencionó el Dr. Fallas sobre los límites, hasta donde deben de llegar. Le parece que se

deberían revisar esos límites y las nuevas políticas en la prestación de servicios de salud. Por otro lado, menciona que el tema de inventarios debe ser revisado, modificar el modelo y la forma que se están administrando y la forma en que se están realizando las compras, porque corresponde a costo y a los alquileres de las Bodegas, para el almacenamiento. Se refiere a temas tales como: la automatización en la prestación de los servicios, el Expediente Único en Salud, que en los próximos años pueden representar un ahorro significativo en los exámenes de laboratorio o parte de la mejora en la prestación del servicio de salud. Considera que debe ser una política que la Junta Directiva establezca para los próximos años y que va a repercutir en un ahorro en la prestación de los servicios. El Sistema de Costos, como parte del proyecto de modernización gerencial, estima que no se puede atrasar y es un ajuste estructural que se debe realizar, porque no se pueden controlar ni se pueden evaluar, están con base en costos estimados y ese aspecto, no es control. El proceso de automatización en los servicios en Oficinas, por ejemplo, en la Auditoría se ha impulsado la automatización. En este momento no están emitiendo los informes en papel, se presentan en digital, aunque no significa que no se va a enviar un vehículo o una persona, por ejemplo, a Upala o los Chiles por un documento. Además, en este momento se están realizando reuniones virtuales para analizar los informes de la Auditoría, significa disminución en los costos de vehículo y viáticos. La Caja tiene grandes necesidades, como ilustración, el problema de mantenimiento que tiene la Institución es elevado y el costo que representa para la Caja es muy alto. Por otro lado, refiere que en EBAIS y Áreas de Salud, la Caja tiene registradas 1.365 propiedades y corresponden a: 68 Áreas de Salud, 211 Sedes de EBAIS 211 y 108 puestos de visita periódica. Se tienen alquilados 22 sedes, 100 Sedes de EBAIS son alquilados, en préstamo de Municipalidades, Asociaciones Comunales, el Estado, Otras instituciones públicas: en Áreas de Salud 10 locales, Sedes de Ebais 200, en puestos de visita periódica 645. Entonces, de 1.365 en préstamo se tienen 855. Por lo anterior, existe gran necesidad de infraestructura para los EBAIS que son el primer nivel de atención; además, de requerir equipamiento, en tecnologías médicas. Le preocupa que el modelo en el mediano plazo tenga problemas de sostenibilidad y se deberían de avocar a definir esas políticas que representen cambios estructurales en la Caja y permitan estar en una mejor situación, no solo desde el punto de vista financiero, si no desde el punto de vista de la prestación de los servicios de salud.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que suscribe lo apuntado por el señor Auditor. Recuerda que esos temas se han analizado anteriormente y sobre los inventarios se indicó que se iban a tener reinventarios de siete meses y no se justifica tener inventarios de esa naturaleza porque el costo es muy elevado. Además que el 99% de lo anotado por el señor Auditor, son las que anteriormente se han analizado. Le parece que el Auditor resumió la agenda del próximo taller. Esos temas son los que nos deben de ocupar la atención de la Junta Directiva. Indica que el modelo se agotó y no es sostenible, por lo que requiere su renovación. Estima que el taller ayudará a que se adopten acciones concretas que permita darle sostenibilidad a la Institución.

La Ingeniera Alfaro Murillo manifiesta que a la Institución se le deben incorporar al modelo nuevos elementos de gestión. Por ejemplo, Coopesiba, en San Pablo de Heredia, solicitó al Banco Nacional de Costa Rica, un millón y medio de dólares para la construcción del Área de Salud y lograr prestar un mejor servicio, o sea, es una cooperativa proactiva. San Pablo de Heredia no puede esperar, porque las personas no pueden esperar; pagan intereses por el préstamo, pero es lo mismo que paguen los alquileres y la comunidad está satisfecha. Tiene un modelo que no se relaciona con privatización es solo terciar con una empresa que tiene la iniciativa. Le preocupa el caso de otros cantones como en Santa Bárbara con un Área de Salud en una pésima condición de infraestructura, con serios problema para ubicar los servicios, por

ejemplo, Odontología. Le parece que se incorpore otra cooperativa de esa naturaleza y construya la infraestructura, mejore los servicios y trabaje en ese modelo. Estima que existen soluciones pero se deben tomar las decisiones. Lo anterior para esos casos concretos, habrá otra situación para casos más complejos, por ejemplo, en zonas rurales, como Talamanca, Guanacaste, pero todas deben tener alguna vía alternativa porque se está en el año 2014 y en este momento, muchas empresas están dispuestas a invertir recursos financieros, bajo otro esquema pero no para la Institución, se deben buscar soluciones.

La Dra. Sáenz Madrigal indica que se han realizado algunos planteamientos desde la Presidencia Ejecutiva y recuerda que el tema de fondo es el informe del cumplimiento y el impacto que se produjo con la implementación de las medidas de optimización y contención del gasto. Se podría concluir con el informe de que las medidas tuvieron un mayor énfasis en la contención que en la optimización y el tema de optimización queda pendiente. Le parece que como medidas de contención tienen que ser temporales, no pueden ser medidas permanentes y es un tema que considera tiene que quedar claro. Por otro lado, el déficit en infraestructura y recursos humanos más allá del modelo actual o con un nuevo modelo, se tiene un déficit en infraestructura y recursos humanos. Considera que el tema es importante, de fondo para todos los miembros de la Junta Directiva, es que si el mensaje queda como que la Institución está muy bien, y se logró salir de la crisis, se tendrá una gran presión por las 400 plazas que no se aprobaron el año pasado, porque en promedio la Caja aprobaba entre 800 y máxima 1.200 plazas anuales, más o menos, se han estado aprobando 400; lo que está produciendo un impacto en los servicios de salud porque se relacionan con la prestación directa. Además, son temas que deben ser analizados y revisados en la encerrona, aunque no se van a analizar todos los temas, se hará una priorización de ellos. Menciona que es para el tema acordado. Por otra parte, lee la propuesta de acuerdo sugerida por don Mario Devandas:

“Solicitar a la administración que se presente nuevamente la interpretación del artículo 177° de la Constitución Política de Costa Rica que conoció la Junta Directiva anterior y se incluya, en la parte de la Dirección Actuarial una estimación de la cotización media del Seguro de Salud y su comportamiento a lo largo de los últimos 10 años y su comparación con el monto estimado de prima que se utiliza para el cobro del seguro por el Estado para ese mismo período”.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y menciona que existe una propuesta de la exdirectora Solera Picado del 13 de diciembre del año pasado, que es la base del informe. Además, al analizar las observaciones realizadas por la Auditoría y fueron compartidas, en el sentido de que se está más frente a un tema de un esfuerzo significativo de contención y no de optimización del gasto, pero que aún en la parte de contención, le preocupa indicar que en consecuencia se ha atendido lo dispuesto por la Junta Directiva, es decir, si cierran el capítulo de contención. Se plantea si se continúa realizando esos esfuerzos o se recibe el informe, pero cuáles son las acciones subsiguientes por realizar y hasta donde se continúa con el esfuerzo. En consecuencia, es mejor precisar el informe para efecto de darle continuidad a este esfuerzo por parte de este Órgano Colegiado y que quede como un aspecto que se cumplió, a partir del acuerdo tomado en el mes de diciembre del año 2013, si no se retome los términos de ese acuerdo, para fijar y pautar a este año o a dos años el plazo.

Recuerda el Director Fallas Camacho que cuando se tuvo la información y se determinó que comprometía la sostenibilidad del Seguro de Salud, la Junta Directiva decidió adoptar medidas

de no solo contención del gasto sino de racionalización de los recursos financieros, porque se priorizaron ciertos elementos de demanda de servicios, inclusive, se definió que para estudios y becas se consideraría ciertas áreas. En relación con las guardias médicas se determinó no continuar pagándolas sino abrir segundos turnos, es decir, se implementaron mecanismos de racionalización del gasto. Sugiere que se revisen las políticas financieras institucionales para el año 2014, porque contiene una serie de medidas que incluyen elementos de contención o de racionalización del gasto, como se quiera denominar.

La Dra. Sáenz Madrigal señala que los temas se deben separar y dar por concluido el del día de hoy. El acuerdo que está planteando por don Rolando es para que se dé por conocido el informe y continuar con las medidas adoptadas y se agende el tema de la revisión de políticas para la próxima sesión. Recuerda que existe un acuerdo de la Junta Directiva para que en forma periódica se presente un informe en relación con las medidas de contención del gasto. Recuerda que el tema se agendó el día de hoy a solicitud de los señores Directores, siendo uno de los temas que plantearon hace una o dos semanas y se agendó como una preocupación manifestada por los señores Directores.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que hasta tanto la Junta Directiva no establezca las nuevas medidas de contención del gasto, entiende que las existentes siguen vigentes y se mantienen, aun cuando tengan efectos de la naturaleza indicada, porque no se puede dejar a la libre la gestión; se tienen que controlar los disparadores del gasto, por ejemplo, el tiempo extraordinario. Le parece que en unos cuatro meses o en el tiempo que se considere oportuno, se instruya al Gerente Financiero se mantengan las medidas y proponer las acciones colaterales para ir visualizando, si esos efectos negativos que han producido las citadas medidas de contención del gasto, se deben modificar.

Abona la Dra. Sáenz Madrigal que se entienda que esas medidas de contención del gasto, son por naturaleza temporales.

Aclara el Gerente Financiero que las medidas de contención del gasto que están vigentes fueron aprobadas por la anterior Junta Directiva, en el mes de octubre del año pasado para el periodo 2013-2014. Existen medidas semejantes a las que están en curso, de tal manera que se podría plantear que se instruya a la administración para que continúe con el cumplimiento fiel estas medidas aprobadas para este año. Además; está de acuerdo con lo que plantea el Auditor en términos de que se dé una instrucción especial, para que una persona en la administración lo asuma con liderazgo. Destaca que la Gerencia Financiera tiene una consideración especial, como ejemplo, si en el futuro no hay recursos financieros en la Institución, esa Gerencia debe responder. Considera que lo analizado se convierta en una propuesta concreta, no de estas medidas de contención sino de otras más trascendentales.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva en cuanto al tema de las medidas de contención del gasto, al haber una nueva Junta Directiva se analicen las políticas vigentes y a la luz de ellas, ratificarlas, darles seguimiento y tomar las decisiones pertinentes. Destaca que las políticas vigentes están incluidas en la propuesta de la parte financiera.

El licenciado Picado Chacón manifiesta que existen un conjunto de ideas parecidas en el tema de recurso humano, carrera profesional, que se han aplicado desde mediados del año 2011. Le parece que se podrían tomar decisiones para trascender a las medidas de sostenibilidad y

establecer aspectos claros y un liderazgo en un plazo específico. Las medidas están en la línea de lo planteado, lo que se va a traer la otra semana son las medidas que se aprobaron en el mes de octubre del año 2011.

El Director Fallas Camacho considera que las políticas no son de un grupo, las políticas son de la Institución y de cada Gerente, porque son los que operan el día a día y las decisiones desde la cúspide de la pirámide hacia abajo.

El Director Devandas Brenes está de acuerdo con que cualquier privilegio debe ser eliminado porque están obligados a administrar los recursos de acuerdo con la Ley. Manifiesta su preocupación de cuál es el impacto que se produce en la calidad y cantidad de los servicios que la Institución ofrece; por ejemplo, la Dra. Sáenz Madrigal mencionó el caso de la Isla de Chira y en particular, conocer lo sucedido en el Hospital de Grecia, porque las medidas de contención del gasto no permitieron que los Especialistas en Ginecología realizaran Guardias Médicas sino Disponibilidades Médicas y recuerda que sucedieron tres casos difíciles, al no tener el Ginecólogo en el momento en que se produjo un parto, distinto a solicitarle su presencia media hora después. Reitera que si existe algún beneficio extralimitado no apoyará la situación. Por otro lado, le preocupa que se busque el equilibrio financiero sin tener en cuenta las consecuencias que puedan tener en cuanto a la calidad y cantidad de los servicios que brinda la Caja. Desconoce si en la Institución se tiene claro cuál es el impacto que se ha producido con la implementación de las medidas de contención del gasto. Por ejemplo, se ha comunicado con personas del Hospital de Grecia y del Hospital de Pérez Zeledón y ven la situación dramática, en cuanto a las limitaciones de profesionales para cumplir con la misión de los Hospitales. Le parece que el acuerdo se tome en sentido. Por otro lado, ve la conveniencia de que se analice cuáles han sido las consecuencias de esas políticas y hasta cuando se podrán seguir manteniendo.

Tratando de conciliar y avanzar, señala la señora Presidenta Ejecutiva que es importante que la Junta Directiva, además conozca a fondo las medidas que se tomaron, porque es donde está incluido el tema de tiempo extraordinario, viáticos, combustible, alquileres, y otros. De tal manera que se podría ligar con una presentación que realizará la Gerencia Médica y la Gerencia Administrativa, en términos de cuáles han sido los efectos de la contención del gasto. Sugiere dar por conocido el informe financiero. Aclara que las medidas de contención del gasto no se están modificando.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Devandas Brenes que vota en forma negativa.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GF-23.349-14 de fecha 7 de mayo del año 2014, suscrito por el Gerente Financiero y habiéndose hecho la presentación por parte del licenciado Picado Chacón, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** dar por recibido el informe en referencia, en el entendido de que las medidas citadas tienen vigencia durante el año 2014.

Por otra parte, se **ACUERDA** solicitar a la administración que se presente nuevamente la interpretación del artículo 177 de la Constitución Política de Costa Rica, que conoció la Junta Directiva anterior y, además, se incluya, por parte de la Dirección Actuarial, una estimación de la cotización media del Seguro de Salud, su comportamiento a lo largo de los últimos diez años, y su comparación con el monto estimado de la prima que se utiliza para el cobro del Seguro por el Estado para ese mismo período.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Devandas Brenes que vota negativamente. Por consiguiente, lo acordado se adopta en firme.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 7º

Se tiene a la vista la nota número PE.37.361-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 18 de junio del presente año, número CAS-218-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión de Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta *Proyecto adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del contrato de seguros, número 8956, del 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley reguladora del mercado de seguros, número 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social*, expediente 18.250.

Se ha recibido el criterio de la Gerencia Financiera, contenido en el oficio número GF-24.502-14 de fecha 8 de julio en curso que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el proyecto de ley denominado *“Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N°. 8956, del 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N°. 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social”* y tramitado bajo el expediente N° 18.250.

I. ANTECEDENTES

a) En La Gaceta N° 197 del 13 de octubre de 2011, en el Alcance No. 79, la Asamblea Legislativa publicó la presente iniciativa.

b) Mediante oficio CEC-50-2011 del 28 de octubre de 2011, la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la Caja Costarricense de Seguro Social y proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos institucionales asignados”*, consulta por primera vez el proyecto a la institución.

c) El 19 de junio de 2012, por oficio JD-PL-0030-12, emitido por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, se solicita criterio a la Gerencia Financiera, la cual mediante el oficio GF-28.824-2012 del 25 de junio de 2012, remite el mismo a la Junta Directiva.

d) Por oficio N° 8588-25-12 del 03 de julio de 2012, la Secretaría de la Junta Directiva, comunica a la comisión consultante, el acuerdo consignado en el artículo 25 de la Sesión N° 8588

del 28 de junio de 2012, mediante el cual se indica que la institución no se opone a la iniciativa, sin embargo, recomendó modificar el texto propuesto.

e) El 19 de junio de 2014, por nota CAS-218-2014 emitida por la Licda. Ana Julia Araya A., Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, se consulta de nuevo el proyecto a la institución.

f) Por oficio JD-PL-0025-14 del 20 de junio de 2014, emitido por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, se solicita criterio a la Gerencia Financiera.

II. RESUMEN DEL PROYECTO

En la exposición de motivos del citado proyecto, se indica que el mismo pretende resguardar y garantizar la plena vigencia del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA), en el nuevo contexto de apertura que rige el mercado de seguros comerciales de salud en el país.

En ese sentido, señala que para lograr este objetivo se propone establecer como requisito para la adquisición de seguros de gastos médicos y otros seguros similares en el territorio nacional, que las personas aseguradas o beneficiarias de dichos seguros se encuentren a su vez aseguradas con el Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CAJA, en algunas de sus modalidades de aseguramiento, con la finalidad de impedir la evasión de la contribución solidaria con la seguridad social, por el incentivo de adquirir seguros comerciales.

Asimismo, se indica que de conformidad con los artículos 73, 74 y 177 de la Constitución Política, los seguros sociales administrados por la CAJA, se rigen por los principios de solidaridad y universalidad. El principio de solidaridad garantiza que toda persona (trabajadora asalariada, trabajadora independiente, pensionada etc.) debe aportar según sus posibilidades económicas al financiamiento de la seguridad social. En el caso de las personas asalariadas rige una contribución tripartita, donde las cargas son distribuidas entre patronos, trabajadores y el Estado. Las personas trabajadoras por cuenta propia comparten las cargas con el Estado, que también tiene la obligación de hacerse cargo del aseguramiento de las personas que no cuenten con ingresos suficientes para ello.

Aunado a esto, establece que la aplicación de este principio ha permitido desarrollar, en el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), un sistema de salud de cobertura universal, en donde toda persona tiene el derecho a recibir la atención médica y las prestaciones sanitarias que requiera para garantizar su salud integral, independientemente de si puede pagar por ella o no, y que en consecuencia, conforme a la legislación vigente, no debe existir ninguna persona que no se encuentre cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CAJA y ninguna persona con ingresos propios -asalariada o independiente- debe estar eximida de la obligación de contribuir solidariamente con los seguros sociales, y con mucha más razón, nadie que cuente con ingresos suficientes para adquirir un seguro comercial de gastos médicos debe quedar exonerado de cumplir con esta obligación.

Este proyecto de ley se encuentra motivado por la urgente necesidad de asegurar la plena aplicación del principio de solidaridad frente a los retos que presenta la apertura del mercado de

seguros comerciales, establecida en Costa Rica a partir de la aprobación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653.

Se agrega, que la proliferación de seguros médicos comercializados con fines de lucro, puede tener una serie de efectos negativos sobre el sistema público de salud costarricense que, lamentablemente no han sido analizados ni debatidos a profundidad. Además de alentar la medicalización de la salud y generar incentivos para que los participantes en el mercado induzcan la demanda de servicios médicos, la liberalización de esta actividad genera grandes riesgos de introducir fragmentaciones indeseables en el financiamiento de la salud, al “competir” con el financiamiento de los seguros sociales que administra la CAJA, lo que implica a corto o mediano plazo un elevado riesgo para el efectivo cumplimiento del principio solidaridad en el financiamiento de la seguridad social, pues los sectores de la población con mayores ingresos tendrían un fuerte incentivo para dejar de cotizar o evadir aún más sus contribuciones al Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CAJA, lo cual pondría en peligro los objetivos de universalización de la seguridad social.

Se indica además, que la situación descrita ha motivado a que en otros países se debata ampliamente sobre la necesidad de establecer limitaciones sobre la comercialización de seguros de salud, en aras de resguardar el sistema público de seguridad social. Por ejemplo, en Canadá, país reconocido como poseedor de uno de los mejores sistemas de seguridad social del mundo, se permite el funcionamiento de seguros médicos privados exclusivamente en especialidades no cubiertas por la seguridad social y existe legislación regional que prohíbe que los seguros privados ofrezcan una cobertura que duplique la de los programas públicos, aunque se les permita coexistir en el mercado de prestaciones complementarias.

En el caso de Costa Rica resulta indispensable establecer controles básicos para garantizar el financiamiento solidario del seguro de salud de la CAJA, con el aporte de todos los sectores de la población, de manera que la eventual adquisición de un seguro comercial tenga un carácter complementario, pero en ningún caso desplace la contribución obligatoria con los seguros sociales.

Para cumplir este objetivo se propone adicionar un nuevo artículo a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (N.º 8956) en el capítulo relacionado con seguros de salud, gastos médicos y similares, a fin de regular la obligación de aportar constancia de estar asegurado y al día con el seguro de salud de la CAJA como requisito para adquirir un seguro comercial de salud.

Aunado a esto, se indica que las empresas comercializadoras de seguros tendrían el deber de verificar el cumplimiento del citado requisito, pudiendo ser sancionadas por la Superintendencia General de Seguros en caso de omitirlo o irrespetarlo. Para tal efecto, también se plantea establecer la respectiva obligación de las entidades aseguradoras en la Ley N° 8653, que regula las sanciones aplicables en caso de incumplimiento de dicha obligación.

En este sentido, el proyecto de ley se compone de dos artículos, desglosados de la siguiente manera:

- a) **Artículo 1:** Adiciónese un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N.º 8956, de 17 de junio de 2011.

- b) **Artículo 2:** Modificase el inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N.º 8653, de 22 de julio de 2008.

III. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante el oficio DI-0730-06-2014 del 20 de junio de 2012 (sic), la Licda. Odilíe Arias Jiménez, Directora de la Dirección de Inspección, remite el siguiente criterio:

“...Se considera que en el caso de los asegurados obligatorios (asalariados y trabajadores independientes), la propuesta constituye un instrumento de control adicional que coadyuva en la verificación del cumplimiento de las obligaciones con la seguridad social, según lo dispuesto por los artículos 73 y 74 de la Constitución Política, 3, 37 y 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, y la Ley de Protección al Trabajador, 66 del Reglamento del Seguro de Salud y el Reglamento para la Afiliación de los Trabajadores Independientes.

En este orden de ideas, se tiene que el proyecto de ley proporciona una vía efectiva para detectar aquellos casos de trabajadores independientes que se encuentren sin afiliarse o estén morosos ante la Caja, y que para evadir la contribución solidaria a los seguros sociales, optan por un seguro privado, burlando el régimen de Seguridad Social.

No obstante, cabe indicar que la reforma propuesta del artículo 104 bis de la Ley N° 8956, es sumamente amplia, toda vez que comprendería a las personas que no ejercen una actividad generadora de ingresos (asalariada o independiente), para las cuales actualmente la incorporación al seguro social resulta facultativo. Es decir, que al tenor del proyecto de ley, la posibilidad de contar con un seguro de salud privado se encontraría sujeta a su afiliación y cotización ante la Caja.

Respecto de la propuesta de modificación del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, con el objetivo de que las aseguradoras puedan verificar los ingresos reportados ante la Caja, la certificación que se menciona debería incluir tal dato, siempre en el entendido que ésta será solicitada a la Institución y aportada por el interesado en suscribir el seguro privado...”

Asimismo, por oficio DCO-0525-2014 del 26 de junio de 2014, el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, dispone:

“...En lo que respecta, al proyecto de ley denominado “Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N° 8956, de 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social”, el cual se tramita bajo el Expediente Legislativo N° 18.250, y que pretende adicionar un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N° 8956, de

17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653, de 22 de julio de 2008, es importante indicar, que respecto a la primera parte de la reforma (adición de un artículo 104 bis la Ley N° 8956; Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956), la misma tendría un importante beneficio para la Institución debido a que se estaría obligando a los solicitantes de los seguros médicos u otros similares derivados de la dicha prestación, como requisito previo para contratar los mismos con las distintas empresas aseguradoras autorizadas por ley, de encontrarse inscritos y al día con la seguridad social, específicamente en lo que respecta al Seguro de Enfermedad y Maternidad. En consecuencia, dicha iniciativa, procuraría el fortalecimiento del principio de solidaridad (...), según el cual todos los pobladores de nuestro país deben contribuir económicamente a la sostenibilidad financiera de los distintos regímenes que administra la Caja, entre ellos, lo correspondiente al Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y resultaría en un recurso adicional para evitar la evasión en el pago del citado régimen, debido a que el interesado en suscribir un contrato con las empresas aseguradoras para la adquisición de este tipo de seguro(gastos médicos), estaría obligado también de acuerdo al principio de solidaridad, a cumplir con el pago de las obligaciones con la seguridad social.

Cabe indicar que el primer párrafo del citado proyecto de ley señala que el citado requisito (estar asegurado y al día en el pago de las obligaciones con la seguridad social), sería únicamente con respecto al Régimen de Enfermedad y Maternidad (SEM), no obstante, es importante indicar que de conformidad con el bloque de legalidad y por mandato constitucional, a la Caja le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, desde esta perspectiva, debe velar por el cumplimiento de las obligaciones con la seguridad social, siendo precisamente que dichas obligaciones abarcan tanto al Régimen del Seguro de Enfermedad y Maternidad(S.E.M.) (...), como al de Invalidez Vejez y Muerte (I.V.M.), por consiguiente; no sería conveniente llevar a cabo la distinción que efectúa el citada reforma con respecto a las obligaciones con la seguridad social, tal y como se propone en los dos primeros párrafos del artículo 104 bis y en el inciso g) del artículo 25 del texto del proyecto. En este sentido se propone sustituir la redacción, señalando la obligación del solicitante del seguro de estar asegurado en la Caja y en el caso de los trabajadores independientes, también al día en el pago de sus obligaciones.

En cuanto a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 104 bis, la reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, cabe indicar que el mismo presenta inconsistencias con respecto a su redacción debido a que por un lado el presente proyecto de ley pretende regular como requisito previo para formalizar un contrato de seguro por gastos médicos con una empresa aseguradora, el contar con la constancia que acredite que el solicitante se encuentre asegurado o inscrito como trabajador independiente, no obstante, la redacción de dicho artículo asume que el solicitante ya se encuentra asegurado o es beneficiario del seguro, cuando más bien la condición de asegurado o beneficiario de los seguro de gastos médicos que suscriba el

interesado va a depender del cumplimiento previo de las obligaciones con la seguridad social.

*En razón de lo anterior, se sugiere, sustituir la expresión “las personas aseguradas y beneficiarias del seguro de gastos médicos”, por la siguiente; “**los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos**”. Adicionalmente, de acuerdo con lo señalado supra, se recomienda suprimir o eliminar del citado texto, la expresión; “o, mediante cualquier otra modalidad, están cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad”, lo anterior por cuanto, los seguros sociales que administra la Caja comprende tanto el Régimen del Seguro de Enfermedad y Maternidad(S.E.M.), como el de Invalidez Vejez y Muerte (I.V.M.), por consiguiente, se considera que la cita expresión al circunscribirse únicamente al régimen de Enfermedad y Maternidad, limitaría el alcance de los regímenes que por mandato constitucional administra la Caja. Por último y con el fin de simplificarle al solicitante, el trámite para la suscripción del contrato de servicios médicos o de otro seguro con prestaciones similares se sugiere modificar el siguiente texto: “, cualquier persona que desee contratar este tipo de seguros deberá aportar constancia expedida por dicha institución de que las personas aseguradas y beneficiarias del seguro de gastos médicos se encuentran inscritas como asalariadas o trabajadoras independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social o, mediante cualquier otra modalidad, están cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad.*

*En el caso de trabajadores independientes deberán, además, estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales”, por el siguiente: “ ..., **las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como** trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de **estos últimos**, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.*

En relación con el tercer párrafo del artículo 104 bis, no encontramos inconveniente en la redacción del mismo, toda vez que debido al control que ejercerían las aseguradoras al detectar alguna anomalía o inconsistencia respecto a la información que el solicitante les brinde a las aseguradoras al momento de suscribir el correspondiente contrato de seguros por gastos médicos, la misma se le comunicaría a la Caja, con el fin de evitar cualquier acto evasivo concerniente a las obligaciones con la seguridad social.

Por último, cabe señalar que en lo que respecta a la reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Valores, dado que el texto del proyecto de ley, no incorpora algún tipo control y sanción en cuanto al eventual incumplimiento de lo dispuesto en la citada reforma, por parte de las empresas aseguradoras, se considera conveniente adicionar al texto del citado artículo, la

siguiente expresión: “El incumplimiento de la presente obligación por parte de las empresas o entidades aseguradoras se considerará como falta grave, en este sentido, corresponderá al Superintendente de Seguros, verificar su cumplimiento y aplicar el correspondiente régimen sancionatorio de conformidad con la presente ley”.

(...)

Según el criterio de la Dirección de Cobros, la propuesta de redacción al texto sustitutivo del proyecto de modificación, sería la siguiente:

“Artículo 104 bis.- Obligación de estar asegurado con la Caja Costarricense de Seguro Social

Para la adquisición en el territorio nacional de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares será requisito indispensable estar asegurado en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el caso de los trabajadores independientes, también al día en el pago de sus obligaciones.

En este sentido, las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.

Las entidades aseguradoras deberán verificar el cumplimiento de esta obligación. No podrán suscribir ningún contrato con personas que incumplan este requisito o que reporten ingresos superiores a los declarados ante la Caja Costarricense de Seguro Social, en el caso de trabajadores independientes. De presentarse la situación indicada deberán denunciarla, inmediatamente, ante la CCSS, así como de cualquier otra irregularidad de la que tengan conocimiento.”

ARTÍCULO 2.- *Modifícase el inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N.º 8653, de 22 de julio de 2008, cuyo texto dirá:*

“Artículo 25.- Obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras
Sin perjuicio de las demás obligaciones estipuladas en esta ley, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán:

[...]

g) Suscribir contratos de seguros en cumplimiento de la ley, los reglamentos y las disposiciones emitidas por la Superintendencia o el Consejo Nacional. En el caso de contratos de seguros de salud, gastos y médicos y otros con prestaciones similares, las entidades aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación

emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales. El incumplimiento de la presente obligación por parte de las empresas o entidades aseguradoras se considerará como falta grave, en este sentido, corresponderá al Superintendente de Seguros, verificar su cumplimiento y aplicar el correspondiente régimen sancionatorio de conformidad con la presente ley.”...”.

De igual manera, por nota ACEP-0171-2014 del 30 de junio de 2014, la Licda. Alexandra Saborío Martínez, Jefe a.i. del Área de Control y Evaluación Presupuestaria de la Dirección de Presupuesto, señaló:

“... Desde el punto de vista presupuestario se realizan las siguientes observaciones al proyecto de ley “Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N° 8956, de 17 de junio de 2011 y reforma del inciso G) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social”, Expediente N° 18.250:

El proyecto de ley adiciona un art. 104 bis a la Ley N° 8956, en el cual se establece como requisito indispensable para la adquisición de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares estar asegurado con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) de la CCSS.

La oferta de seguros de salud privados se ha incrementado a raíz de la apertura de este mercado, lo cual implicó que las personas podrían adquirir esta modalidad de aseguramiento y que la adquisición del mismo generara un incentivo posterior de dejar de cotizar para el SEM. En este sentido, al establecer el proyecto de ley la obligación de estar asegurado al Seguro de Salud de la CCSS como requisito para adquisición de un seguro privado de salud, se considera que el proyecto es beneficioso para la CCSS, ya que impide la evasión a la seguridad social ante el incentivo que podría existir a dicha evasión si se cuenta con un seguro de índole privada.

A su vez, el establecimiento de mecanismos que controlen la evasión de las contribuciones sociales tiene un impacto positivo en los ingresos de la institución, lo cual contribuye a resguardar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud de la CCSS.

Además, el proyecto de ley promueve el principio de solidaridad que caracteriza al sistema de seguridad social costarricense, según el cual este se financia mediante la contribución obligatoria por parte de los trabajadores, patronos y el Estado.

El proyecto de ley hace la salvedad de que no solo se debe estar asegurado al Seguro de Salud de la CCSS sino que también se debe estar al día en el pago de las contribuciones, para el caso de los trabajadores independientes, al indicar: “En el caso de trabajadores independientes deberán, además, estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales”.

Se considera que esta condición de encontrarse al día en el pago de las contribuciones debe aplicarse a todas las modalidades de aseguramiento en el Seguro de Salud de la CCSS, y no solo a los trabajadores independientes.

*Por otra parte, se sugiere contemplar dentro del art. 104 bis de la Ley N° 8956 a los seguros de salud, tal y como se contemplan en el art. 2 del proyecto de ley (reforma al art. 25 de la Ley N° 8653), de modo que se indique: “Para la adquisición en el territorio nacional de un **seguro de salud**, gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares...”.*

El art. 2 del proyecto de ley plantea reformar el inciso G) del art. 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, mediante la siguiente adición:

“En el caso de contratos de seguros de salud, gastos y médicos (sic) y otros con prestaciones similares, las entidades aseguradoras deberán exigir como requisito para la suscripción del contrato constancia expedida por la Caja Costarricense de Seguro Social de que las personas aseguradas y beneficiarias de dichos seguros se encuentran a su vez aseguradas, bajo cualquier modalidad, por el Seguro de Enfermedad y Maternidad que administra dicha institución y están al día en el pago de sus obligaciones en el caso de trabajadores independientes”

La modificación al inciso G) del art. 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros establece que las aseguradoras deberán corroborar que los asegurados y beneficiarios de la póliza de seguro médica privada se encuentren a su vez asegurados en el Seguro de Salud de la CCSS para la formalización de un seguro de salud privado, al exigir una constancia emitida por la CCSS donde se verifique este requisito.

Según el artículo, los trabajadores independientes deben presentar evidencia de que se encuentran al día en el pago de sus obligaciones con la CCSS, sin embargo, se considera necesario que esta disposición aplique también para las demás modalidades de aseguramiento de salud que ofrece la CCSS (asalariado y voluntario).

Analizada la reforma planteada en el proyecto de ley se determina que hay incidencia positiva sobre los ingresos de la CCSS al proteger el principio de solidaridad que caracteriza al SEM ya que elimina la posibilidad de la evasión a las contribuciones sociales ante el incentivo que podría surgir al adquirir un seguro privado. En razón de lo expuesto, esta Dirección emite criterio positivo sobre el proyecto de ley que consta en el expediente legislativo N° 18.250, toda vez que se consideren las observaciones planteadas en este oficio...”.

Igualmente, por oficio DFC-1240-14 del 30 de junio de 2012 (sic), el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director de la Dirección Financiera Contable, dispuso:

“...Desde el punto de vista financiero contable, me permito comunicarle que no se tienen objeciones u observaciones al proyecto de ley, toda vez que el objetivo del mismo viene a reforzar la solidaridad en el financiamiento de los seguros sociales, donde aquellas personas aseguradas o beneficiarias de un seguro comercial de salud o de gastos médicos para acceder a dichos seguros, previamente debe estar afiliada al Seguro de Salud de la CCSS...”

IV DICTAMEN LEGAL:

Asimismo, mediante oficio CAIP-0370-14 del 08 de julio de 2014, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de este despacho gerencial, rinde el siguiente criterio legal:

“...De previo a conocer el fondo del asunto, es importante hacer mención a la naturaleza de la CAJA, la cual se encuentra contemplada en el artículo 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ley Constitutiva), que en lo que interesa señala:

*“...La Caja es **una institución autónoma** a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. (...) Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja **no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.**” (Lo resaltado es propio)*

Al respecto y según lo indicado por la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia, en la resolución 2008-0966 del 19 de noviembre de 2008, la CAJA “...es una institución autónoma, de derecho público y por lo tanto sometida al principio de legalidad, con personalidad jurídica, patrimonio propio e independencia administrativa...” y en consecuencia con autonomía, misma que se encuentra amparada en el artículo 73 de la Constitución Política, el cual indica:

*“...La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de **una institución autónoma**, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. **No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales...**” (Lo destacado no corresponde al original)*

Asimismo, la Procuraduría General de la República, mediante el Dictamen 212 del 19 de octubre de 2010, señaló:

*“...De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, esa autonomía de gobierno significa un límite para el propio legislador y, obviamente para toda autoridad administrativa (...). En razón de esa autonomía de gobierno especial de la Caja, esta no solo no puede ser regulada sino que le corresponde regular con carácter **exclusivo y excluyente las prestaciones propias de los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso del régimen, los beneficios***

otorgables y demás aspectos que fueren necesarios ...” (Lo destacado no es del original)

En concordancia con lo citado, la Constitución Política en el numeral 50, dispone que “...El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza...”, lo cual comulga con el principio de universalidad de la institución, que dispone: “...Garantiza la protección integral en los servicios de salud, a todos los habitantes del país sin distinción de ninguna naturaleza...”.

De lo transcrito se colige, que esa universalización de servicios tiene que garantizarse a través de los aportes de los contribuyentes, lo cual guarda una estrecha relación con el principio solidaridad, que señala: “...Cada individuo contribuye económicamente en forma proporcional a sus ingresos para el financiamiento de los servicios de salud que otorga la CCSS...”

En ese sentido, se tiene que el “...principio de solidaridad es una garantía que se deriva de la naturaleza social del derecho. Redistribución de recursos entre quienes los tienen en un período determinado y quienes no los tienen en ese mismo período: del empleado al desempleado, del sano al enfermo, del activo al jubilado; así como redistribuyendo los recursos entre las generaciones presentes para atender las necesidades de las pasadas (reparto), o bien disfrutando una protección razonable para no lesionar a las generaciones futuras...”.

Igualmente, el artículo 73 de la Constitución Política, dispone:

*“...Se establecen los seguros sociales **en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales**, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, **a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.***

(...)

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales...”
(Lo destacado no corresponde al original)

En consecuencia, de lo señalado se desprende que el fortalecimiento de la seguridad social depende de la contribución forzosa que realizan los patronos, el Estado y los trabajadores tanto asalariados como independientes, a fin de proteger a estos últimos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine, debiendo procurar la CAJA que los fondos y reservas de los seguros sociales, no sean utilizados en finalidades distintas a las que motivaron su creación.

Ahora bien, referente al proyecto de ley supracitado, esta Asesoría considera que siendo que la institución se ha pronunciado respecto a los alcances de la iniciativa e incluso propuesto sugerencias de modificación al texto consultado,

conviene mantener el siguiente criterio consignado en el oficio CAIP-0437-2012 del 22 de junio de 2012, que en lo que interesa señala:

“...Analizados los requisitos establecidos en la normativa propuesta, que se dirigen a las personas que deseen adquirir seguros de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares, se desprende claramente que los mismos guardan apego al numeral 73 de la Constitución Política, que establece la obligatoriedad básica de los trabajadores de estar cubiertos por el Seguro de Salud.

Concordantemente con lo expuesto, el ordinal 3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, establece que: “...Las coberturas del Seguro Social –y el ingreso al mismo– son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario...”.

Los numerales citados plasman con mediana claridad, que el Seguro de Salud, debe cumplir su función protectora al tenor del principio de solidaridad, teniendo su fuente de financiamiento en un fondo común que depende entre otros, de la totalidad de los aportes de los trabajadores manuales e independientes.

(...)

En consecuencia, vale resaltar que la imposibilidad de suscribir seguros de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares, por los trabajadores independientes en condición de morosidad con la Institución, es un mecanismo de control palmario que refuerza la obligatoriedad de los cotizantes, no sólo de estar asegurados sino de honrar sus obligaciones para con la Institución.

Este control garantiza una prevención general de que el trabajador independiente moroso, suscriba un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares, a fin de no honrar su deuda con la institución o evitar la facturación del servicio médico prestado por la institución.

En cuanto a la obligación de denunciar la percepción de ingresos mayores a los reportados por el trabajador independiente a la institución; coadyuva con la labor del Servicio de Inspección, aportando prueba relevante a fin de incoar los procedimientos respectivos y determinar el aumento o no del ingreso de referencia, con el que proporcionalmente se cotiza para el Seguro de Salud...”.

No obstante lo anterior, se sugiere modificar el texto ahora propuesto, de la siguiente manera:

“Artículo 104 bis.- Obligación de estar asegurado con la Caja Costarricense de Seguro Social

*Para la adquisición en el territorio nacional de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares será requisito indispensable estar asegurado en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el caso de los **trabajadores independientes, deben también estar al día en el pago de sus obligaciones. Dichas condiciones, deberán mantenerse durante la vigencia del contrato a suscribir con la entidad aseguradora.***

*En este sentido, **las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por ésta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.***

*Las entidades aseguradoras deberán verificar el cumplimiento de esta obligación, **para lo cual el interesado deberá brindar el consentimiento por escrito para que las entidades indicadas consulten mensualmente a la Caja Costarricense de Seguro Social, su condición de aseguramiento en el Seguro de Salud. No podrán suscribir ningún contrato con personas que incumplan este requisito o que reporten ingresos superiores a los declarados ante la Caja Costarricense de Seguro Social, en el caso de trabajadores independientes. De presentarse la situación indicada deberán denunciarla, inmediatamente, ante la CCSS, así como de cualquier otra irregularidad de la que tengan conocimiento.***

ARTÍCULO 2.- *Modifícase el inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N.º 8653, de 22 de julio de 2008, cuyo texto dirá:*

“Artículo 25.- Obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

Sin perjuicio de las demás obligaciones estipuladas en esta ley, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán:

[...]

*g) Suscribir contratos de seguros en cumplimiento de la ley, los reglamentos y las disposiciones emitidas por la Superintendencia o el Consejo Nacional. En el caso de contratos de seguros de salud, gastos y médicos y otros con prestaciones similares, las entidades aseguradoras **que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales. El incumplimiento de la presente obligación por parte de las empresas o entidades aseguradoras se considerará como falta grave, en este sentido, corresponderá al Superintendente de***

Seguros, verificar su cumplimiento y aplicar el correspondiente régimen sancionatorio de conformidad con la presente ley.

Asimismo, por el lapso en que se encuentre vigente el seguro, deberán consultar mensualmente el estado de aseguramiento con la Caja Costarricense de Seguro Social, dejando constancia de la gestión y en caso de determinarse que el Seguro de Salud, fue suspendido o bien la existencia de morosidad en el caso de trabajadores independientes, debe apercibirse al interesado a fin de que normalice de inmediato la situación, bajo la pena de rescindir sin responsabilidad alguna por parte del asegurador, el contrato de seguros correspondientes...”.

V. CONCLUSIONES

De lo ampliamente esbozado, se recomienda contestar la audiencia conferida en forma positiva, siempre y cuando se consideren los siguientes aspectos:

- a) La Caja Costarricense de Seguridad Social, por mandato constitucional es la institución autónoma encargada de la administración y el gobierno de los seguros sociales.
- b) El fortalecimiento de la seguridad social depende de la contribución forzosa que realizan los patronos, el Estado y los trabajadores tanto asalariados como independientes, a fin de proteger a estos últimos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.
- c) El Seguro de Salud, debe cumplir su función protectora al tenor del principio de solidaridad, teniendo su fuente de financiamiento en un fondo común que depende entre otros, de la totalidad de los aportes de los trabajadores manuales e independientes.
- d) Se sugiere la siguiente redacción del texto sustitutivo:

“Artículo 104 bis.- Obligación de estar asegurado con la Caja Costarricense de Seguro Social

Para la adquisición en el territorio nacional de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares será requisito indispensable estar asegurado en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el caso de los trabajadores independientes, deben también estar al día en el pago de sus obligaciones. Dichas condiciones, deberán mantenerse durante la vigencia del contrato a suscribir con la entidad aseguradora.

En este sentido, las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por ésta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además;

estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.

Las entidades aseguradoras deberán verificar el cumplimiento de esta obligación, para lo cual el interesado deberá brindar el consentimiento por escrito para que las entidades indicadas consulten mensualmente a la Caja Costarricense de Seguro Social, su condición de aseguramiento en el Seguro de Salud. No podrán suscribir ningún contrato con personas que incumplan este requisito o que reporten ingresos superiores a los declarados ante la Caja Costarricense de Seguro Social, en el caso de trabajadores independientes. De presentarse la situación indicada deberán denunciarla, inmediatamente, ante la CCSS, así como de cualquier otra irregularidad de la que tengan conocimiento.”

ARTÍCULO 2.- *Modifícase el inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N.º 8653, de 22 de julio de 2008, cuyo texto dirá:*

“Artículo 25.- Obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

Sin perjuicio de las demás obligaciones estipuladas en esta ley, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán:

[...]

*g) Suscribir contratos de seguros en cumplimiento de la ley, los reglamentos y las disposiciones emitidas por la Superintendencia o el Consejo Nacional. En el caso de contratos de seguros de salud, gastos y médicos y otros con prestaciones similares, las entidades aseguradoras **que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además; estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales. El incumplimiento de la presente obligación por parte de las empresas o entidades aseguradoras se considerará como falta grave, en este sentido, corresponderá al Superintendente de Seguros, verificar su cumplimiento y aplicar el correspondiente régimen sancionatorio de conformidad con la presente ley.***

Asimismo, por el lapso en que se encuentre vigente el seguro, deberán consultar mensualmente el estado de aseguramiento con la Caja Costarricense de Seguro Social, dejando constancia de la gestión y en caso de determinarse que el Seguro de Salud, fue suspendido o bien la existencia de morosidad en el caso de trabajadores independientes, debe apercibirse al interesado a fin de que normalice de inmediato la situación, bajo la pena de rescindir sin responsabilidad alguna por parte del asegurador, el contrato de seguros correspondientes...”

VI. RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

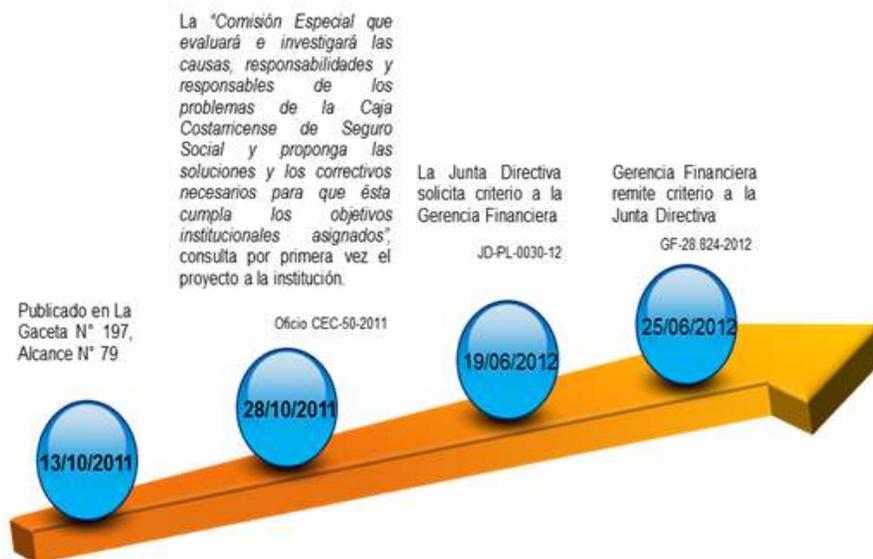
Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de la ley denominado “Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N°. 8956, del 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N°. 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social” y tramitado bajo el expediente N° 18.250, en los siguientes términos ...”.

El licenciado Picado Chacón, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al criterio en consideración.

I) Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Financiera.

*Adición de un Artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N° 8956, de 17 de junio de 2011 y Reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N°8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del Principio de Solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social” .
Julio 2014.*

II) Antecedentes



III) Antecedentes



IV) Finalidad del Proyecto:

- 1) Resguardar y garantizar la plena vigencia del Principio de Solidaridad en el financiamiento del Seguro Social, en el nuevo contexto de apertura que rige el mercado de seguros comerciales en salud en nuestro país.
- 2) Establecer como requisito para la adquisición de seguros de gastos médicos y otros similares en el territorio nacional, **que el asegurado o beneficiario esté asegurado bajo cualquier modalidad de seguro ante la CCSS y que se encuentre al día en el pago de sus obligaciones**, con la finalidad de impedir la evasión de la contribución solidaria con la seguridad social, por el incentivo de adquirir seguros comerciales.
- 3) Las empresas comercializadoras de seguros tendrían el deber de verificar el cumplimiento del citado requisito, pudiendo ser sancionadas por la Superintendencia General de Seguros en caso de omitirlo o irrespetarlo

V) Leyes que se pretenden reformar



VI) Aspectos relevantes del artículo 104 bis.-Obligación de estar asegurado con la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Para la adquisición en el territorio nacional de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro con prestaciones similares será requisito indispensable estar asegurado con el Seguro de Salud.
2. Aportar constancia expedida por la CCSS de que las personas aseguradas y beneficiarias del seguro de gastos médicos se encuentran inscritas como asalariadas o trabajadoras independientes ante esa institución.
3. En el caso de trabajadores independientes deberán, además, estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.
4. Las entidades aseguradoras deberán verificar el cumplimiento de esta obligación. No podrán suscribir ningún contrato con personas que incumplan este requisito o que reporten ingresos superiores a los declarados ante la CCSS, en el caso de trabajadores independientes. De presentarse la situación indicada deberán denunciarla, inmediatamente, ante la CCSS.

VII) Aspectos relevantes del Artículo 25 inciso g). –Obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

1. En el caso de seguros de salud, gastos médicos o de cualquier otro con prestaciones similares, exigir como requisito que el asegurado o beneficiario esté asegurado con el Seguro de Salud.
2. En el caso de trabajadores independientes deberán, además, estar al día en el pago de sus obligaciones.

VIII)

- 1 Se propone cambiar la frase "Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)" por "Seguro de Salud" siendo éste un concepto más representativo de la población que debe contar con cobertura puntual sobre las personas cubiertas por el régimen y por así disponerlo la Junta Directiva en el artículo 12° de la Sesión 7097 celebrada el 28 de enero de 1997 al cambiar el nombre del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad por Reglamento del Seguro de Salud. Aplica además para el título del proyecto.
- 2 Se sugiere indicar que dichas condiciones, deberán mantenerse durante la vigencia del contrato a suscribir con la entidad aseguradora.
- 3 En virtud de que la condición de aseguramiento es información confidencial -de carácter privado- debe existir anuencia por parte del interesado en que ese tipo de información sea brindada por la Institución a las Aseguradoras, en aras de evitar futuras denuncias.
- 4 Se recomienda indicar que las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por ésta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes.

IX)



X) **Propuesta acuerdo Junta Directiva.**

XI) **Propuesta de acuerdo:**

Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de la ley denominado “*Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N°. 8956, del 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N°. 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social*” y tramitado bajo el expediente N° 18.250, en los siguientes términos:

XII) **Propuesta de acuerdo:**

“*Conocido el oficio CAS-218-2014 del 18 de junio de 2014, signado por la Licda. Ana Julia Araya A., Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, mediante el cual se efectúa consulta respecto al proyecto de ley denominado “Adición de un artículo 104 bis a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, N°. 8956, del 17 de junio de 2011 y reforma del inciso g) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N°. 8653, de 22 de julio de 2008, para garantizar el cumplimiento del principio de solidaridad en el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social” y tramitado bajo el expediente N° 18.250, y con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el oficio GF-24.502-2014 del 08 de julio de 2014, la Junta Directiva ACUERDA comunicar a la Comisión consultante, que la institución **no se opone** al citado proyecto, habida cuenta que constituye un aporte significativo en el resguardo de la sostenibilidad financiera, al reforzar la obligatoriedad de los cotizantes, no solo de estar asegurados sino de honrar sus obligaciones para con la institución. Sin embargo, se les sugiere a los legisladores considerar las modificaciones realizadas al texto sustitutivo de la iniciativa, a fin de que se lea de la siguiente manera:*

XIII) Propuesta de acuerdo:

“Artículo 104 bis.- Obligación de estar asegurado con la Caja Costarricense de Seguro Social

Para la adquisición en el territorio nacional de un seguro de gastos médicos o de cualquier otro seguro con prestaciones similares será requisito indispensable estar asegurado en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el caso de los trabajadores independientes, deben también estar al día en el pago de sus obligaciones. Dichas condiciones, deberán mantenerse durante la vigencia del contrato a suscribir con la entidad aseguradora.

En este sentido, las empresas aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por ésta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social. En el caso de estos últimos, deberán además, estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.

Las entidades aseguradoras deberán verificar el cumplimiento de esta obligación, para lo cual el interesado deberá brindar el consentimiento por escrito para que las entidades indicadas consulten mensualmente a la Caja Costarricense de Seguro Social, su condición de aseguramiento en el Seguro de Salud. No podrán suscribir ningún contrato con personas que incumplan este requisito o que reporten ingresos superiores a los declarados ante la Caja Costarricense de Seguro Social, en el caso de trabajadores independientes. De presentarse la situación indicada deberán denunciarla, inmediatamente, ante la CCSS, así como de cualquier otra irregularidad de la que tengan conocimiento.”

XIV) Propuesta de acuerdo:

“Artículo 25.- Obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

Sin perjuicio de las demás obligaciones estipuladas en esta ley, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán: [...]

g) Suscribir contratos de seguros en cumplimiento de la ley, los reglamentos y las disposiciones emitidas por la Superintendencia o el Consejo Nacional. En el caso de contratos de seguros de salud, gastos y médicos y otros con prestaciones similares, las entidades aseguradoras que comercialicen contratos de servicios médicos deberán verificar mediante certificación emitida por la Caja o por los medios telemáticos facilitados por esta, que los solicitantes y futuros beneficiarios del seguro de gastos médicos, se encuentran asegurados o inscritos como asalariados o como trabajadores independientes ante la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el caso de estos últimos, deberán además, estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales. El incumplimiento de la presente obligación por parte de las empresas o entidades aseguradoras se considerará como falta grave, en

este sentido, corresponderá al Superintendente de Seguros, verificar su cumplimiento y aplicar el correspondiente régimen sancionatorio de conformidad con la presente ley.

Asimismo, por el lapso en que se encuentre vigente el seguro, deberán consultar mensualmente el estado de aseguramiento con la Caja Costarricense de Seguro Social, dejando constancia de la gestión y en caso de determinarse que el Seguro de Salud, fue suspendido o bien la existencia de morosidad en el caso de trabajadores independientes, debe aperebirse al interesado a fin de que normalice de inmediato la situación, bajo la pena de rescindir sin responsabilidad alguna por parte del asegurador, el contrato de seguros correspondientes...”.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación en términos de que el Proyecto de Ley, eventualmente, puede estar riñendo con lo establecido en la apertura comercial de seguros dentro del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos.

Sobre el particular, el Gerente Financiero recuerda que cuando se presentó el primer criterio se realizó una exposición de los elementos que se tomaron en consideración. Además, de un análisis desde el punto de vista legal y normativo que implica la Caja. Aclara que no se puede realizar el análisis desde el punto de vista que plantea el licenciado Alvarado Rivera, le parece razonable, pero el estudio se realiza desde los principios que la Constitución Política establece, así como la normativa de la Caja, para emitir un criterio a nivel institucional.

La Directora Alfaro Murillo anota que le preocupa lo indicado por el Gerente Financiero, en el sentido que se emite un criterio sobre el Proyecto de Ley para cumplir con la normativa, podría quedarse a medio impase. Para ejemplificar, un extranjero manifiesta su deseo de asegurarse y va a pagar un seguro en la Caja, pero va a recibir una atención ineficiente, si tiene que realizarse exámenes, se los van a programar a seis meses o a un año, que si se tiene que operar va a ser a dos años, de tal manera que tendrá que contratar otro seguro y al mismo tiempo, pagarle a la Caja. Entiende que la justificación es para resguardar y garantizar la vigencia del principio de solidaridad. Reitera su preocupación, porque se está en una situación en la que priva el tema de la solidaridad, a pesar del mal servicio que se brinda, por lo que se está castigando a las personas que tiene posibilidades de tomar un seguro distinto a que pague doble y sucede en este país. El concepto de solidaridad que se pague doble por la educación y por la salud. En estos esquemas solidarios han permitido, por ejemplo, la educación pública ha deteriorado su calidad y hay personas que prefieren pagar la educación privada, algunas personas tienen recursos, pero todas las personas pagan impuestos para subsidiar o para financiar la educación pública; además, subsidian el sistema porque pagan en lo privado y descongestionan lo público, ese sería el mismo principio que priva en salud. Conoce que existe el concepto del principio de solidaridad, pero como costarricense, le preocupa que se tenga que basar en ese argumento para reforzar, que a pesar de las ineficiencias, el mal servicio y demás, se aferra a las personas a los servicios públicos de este país.

Señala el licenciado Picado Chacón que además del principio de solidaridad, existe un tema de contribución forzosa, definidos por la Constitución Política y los diseños de la Seguridad Social de este país, se han basado en un sistema público, como es el caso de las pensiones. El pilar básico es público, el segundo es la Operadora de Pensión Complementaria, que es privado y el tercero es voluntario, lo que se busca es mantener ese pilar público vigente. Se trata de personas

que forzosamente se ven obligados a contribuir para la Caja, más allá de que quieran obtener una póliza de esa naturaleza.

A propósito de la consulta de la ingeniera Alfaro Murillo, responde el Gerente Financiero que un ama de casa, suscribiría una póliza de gastos médicos privados, aunque no tiene la obligación porque tiene un seguro voluntario al que podría acceder en la Caja y se le daría la cobertura.

Doña Marielos insiste en que, por ejemplo, esa persona que no trabaja tendría que, obligatoriamente, a adquirir un seguro voluntario, aunque no sea un trabajador del sector formal y esté en la casa pero por un asunto de previsión de salud, decide tomar una póliza con el Instituto Nacional de Seguros (INS), por ejemplo, de mil colones al año y a pesar de que no trabaja, tiene que venir a la Caja y asegurarse voluntariamente porque así está establecido, aunque no es parte del sector laboral de este país.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que se debería analizar la posibilidad de establecer alguna categoría de aseguramiento, aunque está regulada por el Reglamento de Salud y en el caso de Costa Rica, la Ley establece que toda la población tiene que estar asegurada. Le parece importante que los seguros que se están vendiendo por el INS, los Bancos, por ejemplo, son seguros muy dirigidos a ciertas patologías y riesgos, en los cuales la persona tiene la independencia de comprar si considera y tiene el recurso para hacerlo. Además, esos son seguros anquilosados porque el mercado de seguros está agotado, precisamente, por el sistema de salud. Esos seguros son promovidos al mercado de personas transnacional que no, necesariamente, estaban asegurados en el Seguro de Salud.

Señala el licenciado Picado que el Proyecto contiene algunos aspectos que no son claros, por lo que se introdujeron elementos que le den claridad. Se considera que el Proyecto de ley va a requerir de una reglamentación especial, porque, incluso, en el tema de los beneficiarios, la interpretación que se da es en el sentido de que las personas tienen que estar aseguradas. Por ejemplo, si la persona es padre y asegura los hijos, éstos están asegurados como beneficio familiar, de tal manera que se incluírlas en el seguro pero no se tiene seguridad. En el caso de la ama de casa se presenta esa situación, pero el caso de los dentistas, por ejemplo, reciben ingresos económicos, no están obligados por la Ley a afiliarse a la Caja, porque quedan con la posibilidad de afiliarse a un seguro voluntario. Sin embargo, si una persona tiene capacidad económica para suscribir una póliza, antes debe tener algún aseguramiento con la Institución.

El doctor Devandas Brenes considera que no corresponde con la legislación indicar que en Costa Rica, todas las personas tienen que optar por un seguro de la Caja, tienen que tenerlos los trabajadores asalariados y quienes desarrollan actividades lucrativas, establecido en el artículo 73° de la Constitución Política y por la Ley de Protección al Trabajador. Le parece que el problema que se tiene es el aseguramiento oportunista ¿cuál es el aseguramiento oportunista?, es la persona que teniendo ingresos y un nivel de vida satisfactorio no se aseguró y lo hace porque tiene algún padecimiento serio, por ejemplo, entre los 55 ó 60 años de edad y se asegura en la Caja, mediante un seguro voluntario, cancela tres cuotas y recibe un tratamiento de un alto costo. Además, la Sala Constitucional ha establecido que a esas personas hay que darles indemnización por incapacidad, con lo cual resulta que a veces se le devuelve a la persona más de lo que ha pagado, más de lo que ha cotizado en dinero y el tratamiento. Sugiere que la Gerencia Financiera y la Dirección Jurídica promoverán una campaña para que las personas se aseguren, por ejemplo, dar un año de gracia para que se aseguren y después de ese año, de acuerdo con la edad establecer

las coberturas. No está de acuerdo que una persona entre los 55 y 60 años de edad se asegure voluntariamente y tenga derecho, como ilustración, de un trasplante de hígado. Entiende que es el sistema actual y no se puede modificar en el corto plazo, por tal razón sugiere se establezca coberturas para eliminar el aseguramiento que él lo denomina como oportunista. Le preocupa el Proyecto de Ley porque podría contribuir a incrementar el aseguramiento oportunista y las empresas aseguradoras declinen la atención de muchos padecimientos en la Caja, aunque cobren la prima de seguros privados. Al final las aseguradoras se van a ser las beneficiadas.

Sobre el particular, la señora Presidenta Ejecutiva manifiesta su preocupación por que, eventualmente, es lo que sucede con el Instituto Nacional de Seguros, el monto de la póliza se agota y el paciente se devuelve para que continúe con el tratamiento en la Institución. Cree el Dr. Devandas Brenes que el Proyecto de Ley en revisión no contempla los seguros obligatorios, como es el caso de los riesgos del trabajo o pólizas de vehículos; en ese sentido, es cuando se presenta ese problema y proyecta sea delicado, con la apertura de los seguros. A modo de ilustración, actualmente si una persona se accidenta y no aparece el responsable patrono o dueño de un vehículo, el INS cubre lo que la cobertura de la póliza establece, pero en el futuro no queda establecido. De modo que en el futuro cuando una persona sufra un accidente de trabajo o de automóvil y no se determine el responsable, se desconoce quién pagará la primera parte del tratamiento.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que está de acuerdo con el dictamen. Le parece que tiene más sentido, esa exigencia de aseguramiento para todas aquellas personas que estén en la obligación de asegurarse. El tema de obligar a una persona para que realice un trámite que no desee, eventualmente, podría ser un tema de inconstitucionalidad. Concuere con lo señalado por la Ing. Alfaro Murillo, le parece que debe quedar establecido, en función de aquella población obligada a asegurarse tiene que estarlo, para tener derecho a los seguros. Por otro lado, le parece que a nivel de país, campañas de aseguramiento y ventas de seguros se relacionan con temas de negocios, no es un tema de preocupación por la salud de las personas. El problema es trasladar el paciente a la Caja para que continúe con el tratamiento en el momento en que la póliza de tenga cobertura. A nivel de país, a futuro se tendrá que proyectar esquemas complementarios de los servicios de salud de la Caja, aún con la universalidad de los Seguros de Salud, como lo han hecho otros países. Por ejemplo, Brasil tiene una excelente complementación de la Seguridad Social estatal, con un fuerte sistema cooperativo solidario de salud, el cual permite que las personas se afilien, paga y tienen su propio esquema de hospitales. A futuro, no se puede aspirar que la Seguridad Social cubra todas las necesidades de los servicios de salud. A modo de ilustración, con todas las redes de asociaciones solidaritas que tiene el país, de Cooperativismo, de crédito, se podrían establecer esquemas financieros que le den cobertura y se logre generar una capacidad instalada para la atención de salud para la población.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, porque el tema de la apertura de seguros de salud fue una decisión que tomó el país. Por un lado se tiene la obligatoriedad del asegurado, del aseguramiento y por otra, la solidaridad como parte constitucional. Además, se permite el ingreso al país de las aseguradoras y una vez que está funcionando, se quiere establecer una prohibición para que el aseguramiento no sea en la realidad libre, porque se establece una serie de condiciones que restringen la posibilidad de que esa apertura que se estableció en el país, sea efectiva. Aclara que hace la reflexión porque no solo en este tema se dan estas situaciones, donde no se realizó un análisis profundo de cómo iba a incidir la apertura comercial con el tema de la seguridad social. Recuerda que en su momento lo apuntó y lo expresó en esta Sala de

Sesiones de la Junta Directiva, que no se podía apoyar esa apertura de seguros bajo las condiciones que se tenían, porque la seguridad social se iban a afectar y lo que está sucediendo, es un ejemplo. Anota que desde la perspectiva de la Caja no existe otra forma de plantearlo y desde esa lógica votará en forma positiva, a pesar que no le satisface el Proyecto de Ley. Reitera su preocupación, porque sería el comienzo de los problemas que se van a presentar en la Seguridad Social y con la apertura comercial y el tema del INS, es una discusión que realizó hace tiempo y continúa sin estar resuelta. Estima que se deberían buscar los mecanismos apropiados y presentarlos a consideración de la Junta Directiva para lograr articular una prestación de servicios de la mejor calidad.

El Director Fallas Camacho coincide con las preocupaciones de los señores Directores. Cree que no se tiene la fórmula apropiada. Le parece que se debe definir que la persona que debe estar asegurada de acuerdo con el seguro obligatorio, debe ser aquella que está cubierta por la legislación y por los principios establecidos en términos de que deben estar asegurados, trabajadores, independientes, y otros. No comparte que una persona se tenga que asegurar a sin su consentimiento. Le preocupa y no determina que las personas se aseguren cuando lo necesitan, como un portillo para escoger seguros privados e indicar que no paga el Seguro Social porque tiene un seguro privado. Además, que se produzca evasión de las personas que tienen la obligación de estar asegurados de acuerdo con las leyes actuales. Le parece que es lo que se debe indicar en la propuesta. Repite no está de acuerdo en obligar a las persona a tomar un seguro. Le preocupa establecer calidad de asegurados, por ejemplo, en Colombia y en Chile tienen es un paquete de servicios y con un agravante más, cuando sobrepasa el monto las personas tienen que acudir al Sistema de Salud Nacional y éste tiene que asumir el problema del que dejó de cubrir los seguros sociales. Le parece que se debe buscar el mecanismo para que se indique la Junta Directiva está de acuerdo con el Proyecto de ley, siempre y cuando cubra a la Institución para que se evite la evasión en el Seguro Social.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que retomando el tema, el proyecto de Ley viene a regular el Contrato de Seguros y, la otra norma es la Ley Reguladora del Mercado de Seguros. Se propone modificar con un espíritu que está buscando proteger los ingresos de la Seguridad Social, más allá de lo que está planteado. Considera que se deberían indicar que las propuestas no favorezca la evasión de la responsabilidad del Seguro Social. En esa línea se está tratando de retomar el espíritu y preocupación de los Señores Directores.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que cada caso presenta una situación. Por ejemplo, en algunos casos no proponen un texto, excepto, que se deje como observaciones y no propuestas. El tema de que las condiciones deberán mantenerse durante la vigencia del contrato, se había indicado anteriormente y fueron retomadas. Sobre los alcances del proyecto se tiene claro que el principio, es en el sentido de si las personas tienen capacidad para comprar una póliza, deberían tener capacidad para contribuir.

La Dra. Sáenz Madrigal señala que algunas personas en otros países se han planteado que sucedería si estos seguros pasan a ser administrados complementariamente por el Seguro Social de Costa Rica, es otra visión. Sugiere que se debería promover esa idea. Por ejemplo, el ama de casa que no ha trabajado, obtiene su seguro y en vez de realizar el contrato con una clínica privada, lo suscribe con la Caja.

El licenciado Picado Chacón señala que se está en la disposición de realizar una redacción que abarque principios fundamentales. Algunos aportes específicos, permitirían que si la Ley se aprueba, tengan elementos que le permitan hacer uso de ella y que no se convierta en un problema operacional.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta su preocupación en términos de si el Proyecto de Ley puede ser inconstitucional, porque se estaría obligando a las personas a asegurarse.

Sobre el particular, el Dr. Devandas Brenes señala que otras instancias son las que deben resolver si las propuestas son constitucionales o inconstitucionales y no la Junta Directiva de la Caja,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del señor Gerente Financiero, con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el citado oficio número GF-24.502-2014, la Junta Directiva, con base en la recomendación del licenciado Picado Chacón –en forma unánime- ACUERDA comunicar a la Comisión consultante que la Institución **no se opone** al citado Proyecto, habida cuenta de que constituye un aporte significativo en el resguardo de la sostenibilidad financiera, al reforzar la obligatoriedad de los cotizantes no sólo de estar asegurados sino de honrar sus obligaciones para con la Caja Costarricense de Seguro Social. Sin embargo, ha de tenerse en consideración que existen otros sectores de la población, cuyo aseguramiento es facultativo y que no se encuentran contempladas dentro del Proyecto de Ley. Asimismo, se sugiere a los legisladores considerar las siguientes observaciones:

- a) Sustituir la frase Seguro de Enfermedad y Maternidad, por Seguro de Salud.
- b) Establecerse que la persona debe estar asegurada con la Caja Costarricense de Seguro Social y, en el caso de los trabajadores independientes, éstos deben estar al día en el pago de sus obligaciones y cotizar con base en sus ingresos reales.
- c) Que las condiciones de aseguramiento deben mantenerse durante la vigencia del contrato con la entidad aseguradora.
- d) La verificación de las empresas aseguradoras deberá realizarse mediante certificación emitida por la CAJA o por los medios telemáticos facilitados por ésta.
- e) Considerando que el requisito es para obtener un seguro con la empresa aseguradora, lo recomendable sería indicar que se trata de “solicitantes y futuros beneficiarios”.
- f) Se sugiere que exista un consentimiento por escrito del interesado, a fin de que la aseguradora pueda consultar mensualmente a la CAJA, su condición de aseguramiento.
- g) El incumplimiento, por parte de las aseguradoras, de verificar tal obligación, se considerará falta grave, correspondiéndole al Superintendente General de Seguros verificar su cumplimiento y aplicar el régimen sancionatorio de rigor.
- h) Durante la vigencia del contrato de seguro por suscribir, las empresas aseguradoras deberán consultar mensualmente el estado de aseguramiento ante la CAJA, y dejar constancia de la gestión realizada.

- i) En caso de que se determine que el Seguro de Salud fue suspendido o bien la existencia de morosidad en el caso de trabajadores independientes, la aseguradora debe apercibir al interesado, con el propósito de que éste normalice de inmediato la situación, bajo pena de rescindir, sin responsabilidad alguna por parte del asegurador, el contrato de seguros correspondiente.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 8°

Conforme con lo dispuesto en la sesión del 2 de los corrientes (artículo 7° de la sesión N° 8722, se retoma la consulta legislativa en relación con *Proyecto ley imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obrero-patronales de los Seguros Sociales, modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la CCSS, N° 17, del 22 de octubre de 1943 y sus reformas*, expediente N° 17.954, que fue trasladado por medio de la comunicación número PE.31.916-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la cual se adjuntó la nota fechada 9 de junio del presente año, número SD-14-14-15, suscrita por el licenciado Marco W. Quesada Bermúdez, Director del Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa.

La presentación está a cargo del licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obreros-patronales de los seguros sociales. Modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N.º 17, de 22 de octubre de 1943, y sus reformas
Expediente N° 17.954.
- ii)

Procedimiento que ejecuta la Gerencia Financiera para emitir criterios de proyectos de Ley



- iii) Antecedentes del Proyecto de ley.
Comisión Permanente Especial de Relaciones Internacionales y Comercio, **con instrucción de la Comisión Especial que evaluará la CCSS**, realiza consulta por segunda vez del proyecto: **24/05/2012**.

La Secretaria de la Junta Directiva remite el acuerdo de la Junta Directiva, consignado en el artículo 23 de la Sesión N° 8515 del 30 de junio de 2011: 04/07/2011; (oficio N° 34.618).

Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos consulta por primera vez a esta institución la iniciativa: **22/06/2011. (CJ-14-06-11)** .

Publicado en La Gaceta N° 81: **28/04/2011**

- iv) La Secretaría de la Junta Directiva solicita criterio a este despacho gerencial: 10-06-2014; (JD-PL-0021-14).

El Lic. Marco V. Quesada Bermúdez, Director de la Secretaría del Directorio Legislativo, consulta un nuevo texto del citado proyecto: 09-06-2014; SD-14-14-15) .

La Secretaria de la Junta Directiva comunica al ente consultante, el acuerdo consignado en el artículo 13 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012 y mediante el cual se realizaron observaciones al texto sustitutivo, en especial, en que éste no debe contener sanciones disciplinarias concretas, en razón de que el régimen disciplinario sancionatorio de los funcionarios, se encuentra debidamente regulado: 04-06-2012; (oficio N° 23.632)

- v) Objetivo del Proyecto:

El proyecto de ley, pretende establecer que las deudas por el pago de las cuotas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte, sean imprescriptibles.

La razón fundamental que motiva esta reforma es que las contribuciones a los seguros sociales que administra la Caja Costarricense de Seguro Social de conformidad con el artículo 73 de la Constitución Política son derechos irrenunciables, según lo dispone expresamente el numeral 74 de la Carta Magna. De acuerdo con esta norma constitucional los derechos y beneficios del capítulo de Garantías Sociales de la norma fundamental - incluidas las normas que protegen el financiamiento obligatorio de los seguros sociales- "*son irrenunciables*".

- vi) Artículo 56 de la Ley Constitutiva.

- vii) Propuesta acuerdo Junta Directiva.

- viii) Propuesta acuerdo Junta Directiva:

“Conocido el oficio SD-14-14-15 del 09 de junio de 2014, signado por el Lic. Marco V. Quesada Bermúdez, Director de la Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, mediante el cual se efectúa consulta respecto al proyecto de ley denominado “Imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obreros-patronales de los seguros sociales.

Modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N.º 17, de 22 de octubre de 1943, y sus reformas” y tramitado bajo el expediente N° 17.954, y con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el oficio **GF-24.484-2014** del 18 de junio de 2014, la Junta Directiva **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante, que la institución **no se opone** al citado proyecto, siempre y cuando se respete la autonomía dada por el constituyente a la Institución, contemplada en el artículo 73 de la Constitución Política, se determine que además de las deudas por cuotas obrero patronales y los aportes de la Ley de Protección al Trabajador, resultan imprescriptibles los intereses correspondientes. Asimismo, se les sugiere a los legisladores, considerar redacción del artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, de la siguiente manera:

ix) Propuesta acuerdo Junta Directiva:

“Artículo 56.- Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.

*La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. **Sin embargo, la acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y sus respectivos intereses, así como los aportes a la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible.***

Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de las cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor, gestiones que deberán iniciarse dentro de los cuatro meses siguientes de dicha identificación.

Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de la Caja”.

Recuerda el Gerente Financiero que la semana pasada se había sometido a conocimiento de la Junta Directiva el Proyecto de Ley Imprescriptibilidad de las Deudas por Cuotas Obrero-Patronales de los Seguros Sociales, para efectos de beneficios que son imprescriptibles, como ejemplo, hoy en día un trabajador de una bananera puede solicitar el reconocimiento de cuotas patronales, a pesar de que el patrono no lo había reportado, o sea, no existía un período de caducidad de sus beneficios. Lo que se presentó a consideración de la Junta Directiva fue un criterio en términos de que el principal de las deudas no tenga plazo de imprescriptibilidad y con materia de interés que sean a quince años. La Caja contrapropone que el principal de los intereses no tenga prescripción, en el sentido de la absoluta imprescriptibilidad. Al final se hizo

una propuesta donde se indica que la Caja no se opone al citado Proyecto de Ley, siempre y cuando se respete la autonomía dada por el constituyente y además, se pedía que se determine que las deudas por cuota obrero-patronales, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador resulten imprescriptibles los intereses, es decir, que no solo las cuotas de la Caja sino las del LPT que forma la pensión complementaria de los trabajadores, se declaren imprescriptibles. Por otra parte, se realiza una contrapropuesta de texto en el que se advierte como relevante, es decir, que la acción para recuperar las cuotas adeudadas a los Seguros Sociales de Invalidez, Vejez y Muerte y sus respectivos intereses, así como los aportes a la Ley al Trabajador será imprescriptible. Es el elemento fundamental y es donde radicó y se tuvo una diferencia con el Proyecto de Ley. Destaca que el Proyecto de Ley a gestiones de cobro por iniciarse a más tardar en cuatro meses y si se produce un incumplimiento por parte de los funcionarios o dependencias, se exponen a las sanciones disciplinarias y patrimoniales, y la Caja está de acuerdo en ese aspecto. Refiere que la incongruencia entre el Proyecto de Ley y el criterio de la Gerencia Financiera es con el tema de los intereses, en todo lo demás hay coincidencias. La Ley plantea que sea quince años y la Caja que sea imprescriptible.

La Directora Alfaro Murillo adelanta y deja constancia de su voto negativo, porque no cree que declarar imprescriptible las deudas, mejora la eficiencia administrativa de una institución como la Caja. Manifiesta su preocupación, porque desde el punto de vista gerencial y administrativo considera que la estrategia no producirá beneficios para la Caja. Le parece que al contrario, los deudores estarán sin presiones porque al prescribir las deudas no urge realizar la gestión de cobro, ni se perseguirá ningún deudor. Hace hincapié en que una medida de esta naturaleza no solo para la Caja, sino para cualquier empresa privada e institución pública, esta decisión gerencial administrativa no favorece la gestión. Le parece que lo que se busca con el Proyecto de Ley es que los sistemas de cobros de una empresa o de una Institución funcionen eficientemente, de lo contrario se debe buscar las razones del por qué no funcionan. Reitera pero al dar espacios indefinidos para el cobro, lo que se resuelve es el punto de vista gerencial y operativo y la gestión de cobro no será una preocupación.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores excepto por la Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera, que votan en forma negativa.

Por consiguiente, en relación con el *Proyecto ley imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obrero-patronales de los Seguros Sociales, modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la CCSS, N° 17, del 22 de octubre de 1943 y sus reformas*, expediente N° 17.954, que ha sido consultado por medio de la nota fechada 9 de junio del presente año, número SD-14-14-15, suscrita por el licenciado Marco W. Quesada Bermúdez, Director del Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, se tiene a la vista el criterio de la Gerencia Financiera, contenido en el oficio número GF-24.484-2014, fechado 18 de junio del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el proyecto de ley denominado *“Imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obreros-patronales de los seguros sociales. Modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N.º 17, de 22 de octubre de 1943, y sus reformas”* y tramitado bajo el expediente N° 17.954.

I. ANTECEDENTES

- a) En La Gaceta N° 81 del 28 de abril de 2011, la Asamblea Legislativa publicó la presente iniciativa.
- b) El 22 de junio de 2011, por nota CJ-14-06-11 emitida por la Licda. Nery Agüero Montero, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos, se consulta a esta institución respecto al proyecto de marras, y en tal sentido, la Junta Directiva en el artículo 23 de la Sesión N° 8515 del 30 de junio de 2011, acordó remitir a la citada Comisión, recomendación para modificar el texto sustitutivo del artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dicho acuerdo fue remitido al Área consultante a través del oficio N° 34.618 del 04 de julio de 2011, signado por la secretaria de la Junta Directiva, Licda. Emma C. Zúñiga Valverde.
- c) Por oficio CEC-158-2012 del 24 de mayo de 2012, la Licda. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe del Área de Comisión Permanente Especial de Relaciones Internacionales y Comercio, por instrucción del entonces diputado Walter Céspedes Salazar, Presidente de la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la Caja Costarricense de Seguro Social y proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos constitucionales asignados”*, remite la moción aprobada en la Sesión N° 28 del 23 de mayo de 2012, con relación al texto sustitutivo del proyecto supracitado.
- d) Mediante correo electrónico del 24 de mayo de 2012, se remite el oficio JD-PL-0016-12 y por el cual se le solicita a esta Gerencia, emitir criterio al respecto. En este sentido, por oficio N° 23.632 del 04 de junio de 2012, la Secretaria del ente jerárquico institucional, comunica al órgano consultante el acuerdo consignado en el artículo 13 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012 y mediante el cual se realizaron observaciones al texto sustitutivo, en especial, en que éste no debe contener sanciones disciplinarias concretas, en razón de que el régimen disciplinario sancionatorio de los funcionarios, se encuentra debidamente regulado por la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA).
- e) Por oficio SD-14-14-15 del 09 de junio de 2014, el Lic. Marco V. Quesada Bermúdez, Director de la Secretaría del Directorio Legislativo, consulta un nuevo texto del citado proyecto.
- f) El 10 de junio de 2014, se emite el oficio JD-PL-0021-14, mediante el cual la Secretaría de la Junta Directiva, solicita criterio a este despacho gerencial.

II. RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto de ley, pretende establecer que las deudas por el pago de las cuotas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte, sean imprescriptibles.

La razón fundamental que motiva esta reforma es que las contribuciones a los seguros sociales que administra la Caja Costarricense de Seguro Social de conformidad con el artículo 73 de la Constitución Política son derechos irrenunciables, según lo dispone expresamente el numeral 74 de la Carta Magna. De acuerdo con esta norma constitucional los derechos y beneficios del

capítulo de Garantías Sociales de la norma fundamental -incluidas las normas que protegen el financiamiento obligatorio de los seguros sociales- “son irrenunciables”.

A pesar de lo anterior, el artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante Ley Constitutiva) dispone que, la acción para reclamar el pago de daños y perjuicios ocasionados a esta institución, **prescribirá en un plazo de diez años**, “sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil”.

Recientemente, los tribunales de justicia han interpretado esta norma en el sentido de que dicho plazo de prescripción de los reclamos por daños y perjuicios también incluye las deudas derivadas de la falta de pago de cuotas obrero-patronales a los seguros sociales que administra la Institución.

Así por ejemplo, mediante el Voto N.º 1193-10 de 2010, la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia confirmó resoluciones previas que declararon con lugar una demanda interpuesta por una empresa que adeuda cuotas obrero-patronales a la seguridad social desde 1993 y que impugnó la gestión de cobro realizada por la CAJA, alegando que estas obligaciones se encuentran prescritas.

En el caso mencionado, la Sala Segunda confirmó la sentencia del Juzgado de Trabajo del Segundo Circuito Judicial de San José que resolvió: *“Se declara prescrita la acción de cobro de las planillas de julio, setiembre y noviembre del año mil novecientos noventa y tres y en consecuencia se anula la resolución ARL-0433- 07-2006. Asimismo, prescrita la acción principal, quedan también prescritas las acciones por los derechos accesorios, a saber, intereses, multas y cualquier otro recargo que pretenda sumarle la parte demandada a lo anterior. Deberá la institución demandada reintegrar a la sociedad actora el dinero recaudado por concepto de servicios médicos cobrados como consecuencia del adeudo de cuotas prescritas”*.

Según los argumentos divulgados de los magistrados que confirmaron esta sentencia, la principal razón que motivó dicha resolución es que, en su opinión, el derecho que tiene la entidad demandada de cobrar las cuotas obrero-patronales al empleador moroso no es imprescriptible, sino, que está sujeto al término de prescripción de diez años previsto en el numeral 56 de la Ley Constitutiva.

Ante esta situación, la reforma original buscaba modificar dos aspectos sustanciales de la regulación vigente en el artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja, en relación con la prescripción de las obligaciones con la seguridad social:

1. Que la acción penal en cuanto a las faltas contempladas en esta ley, prescriba de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal; en vez de que prescriba en el término de dos años contados a partir del momento en que la institución tenga conocimiento de la falta, como reza el texto vigente de la ley, prescribirá en tres años.
2. Que la acción para recuperar las cuotas obrero-patronales adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y sus respectivos intereses, sea imprescriptible.

Sin embargo, el texto que ahora se consulta, contiene otras modificaciones a las ya conocidas por la institución, y en ese sentido, se realiza un cuadro comparativo mediante el cual se destacan los cambios más significativos, en comparación con su texto original y los sustitutivos, a saber:

Texto Actual	Texto sustitutivo	Modificaciones
<p>Las sentencias condenatorias dictadas en los juicios a que se refiere este capítulo no se inscribirán en el Registro Judicial de Delincuentes, salvo el caso de que la Caja, dada la gravedad de la falta, así lo solicite expresamente al tribunal respectivo.</p>	<p>Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.</p>	<p>Se elimina el primer párrafo del texto original.</p>
<p>Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.</p>	<p>La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años.</p>	<p>Se modifica el término de dos años para la acción penal y se equipara con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, que establecen 3 años.</p>
<p>La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta ley, prescribirán en el término de dos años contados a partir del momento en que la Institución tenga conocimientos de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. (Así reformado por el artículo 1 de la ley No. 2765 del 4 de julio de 1961.)</p>	<p>La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. La acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte, así como, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible. En estos casos, los respectivos intereses prescribirán en un plazo de 15 años, sin embargo, el monto del</p>	<p>Se agrega un párrafo para que la recuperación de las cuotas obrero-patronales y los aportes de la Ley de Protección al Trabajador, sean imprescriptibles, siendo la incorporación de la LPT, una sugerencia de la institución.</p> <p>Sin embargo, se establece que los intereses prescribirán en un plazo de 15 años, actualizándose el monto del principal con el índice de precios al consumidor, elaborado por el INEC.</p> <p>Se agregan tres párrafos relacionados con la responsabilidad de tipo disciplinaria en que incurrirían los funcionarios de la Institución, que retarden u</p>

	<p>principal se actualizará a la fecha de pago, utilizando como parámetro el índice de precios al consumidor elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor, gestiones que deberán iniciarse dentro de los cuatro meses siguientes de dicha identificación.</p> <p>Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de la Caja.”</p>	<p>omita el plazo de un mes, estableciendo sanciones específicas.</p> <p>Se agrega que la CAJA tiene el plazo de 4 meses, para que realice las acciones de recuperación, una vez identificada la mora del deudor.</p> <p>Se acoge la recomendación dada por la CAJA, de modificar este último párrafo, según el artículo 13 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012.</p>
--	---	--

III. DICTAMEN TÉCNICO

Para efectos del presente asunto, se solicitó criterio técnico a la Dirección de Cobros y mediante DCO-0499-2014 del 17 de junio de 2014, se rinde el mismo, en los siguientes términos:

“...Con respecto a la solicitud de criterio, cabe indicar que la Caja Costarricense de Seguro Social, ya había comunicado en su oportunidad sus consideraciones acerca del texto del presente proyecto de ley.

En este sentido, cabe mencionar que la Junta Directiva mediante el oficio n° 23.632, de fecha 04 de junio de 2012, teniendo en consideración el criterio emitido por la Gerencia Financiera en el oficio GF-15.729-12, del 29 de mayo de 2012, comunicó al “Área de la Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CAJA y proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que esta cumpla los objetivos constitucionales asignados”, lo resuelto en el artículo 13 de la sesión N° 8582, del 31 de mayo de 2012 (atendiendo oficio CEC-158-2012), con respecto al citado proyecto de ley.

Ahora bien, con el fin de facilitar la comparación, entre el texto sugerido en su oportunidad por la CAJA y el texto que se sometió a consulta por parte de la Asamblea Legislativa, a continuación se presenta cuadro comparativo con respecto a las dos versiones del artículo 56 de la Ley Constitutiva de la CAJA

<p><i>Propuesta de la CAJA (Junta Directiva oficio N° 23.632 del 04 de junio de 2012</i></p>	<p><i>Texto sometido a consultar por la Secretaría del Directorio Legislativo</i></p>
<p><i>Artículo 56.- Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.</i></p> <p><i>La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. Sin embargo, la acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y sus respectivos intereses, así como los aportes a la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible.</i></p>	<p><i>Artículo 56.- Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.</i></p> <p><i>La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. La acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte, así como, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible. En estos casos, los respectivos intereses prescribirán en un</i></p>

<p><i>Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de las cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor.</i></p> <p><i>Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de la Caja.</i></p>	<p><i>plazo de 15 años, sin embargo, el monto del principal se actualizará a la fecha de pago, utilizando como parámetro el índice de precios al consumidor elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).</i></p> <p><i>Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de las cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor, gestiones que deberán iniciarse dentro de los cuatro meses siguientes de dicha identificación.</i></p> <p><i>Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de Caja.</i></p>
--	--

Como se logra apreciar, comparando ambas versiones, el texto propuesto por la CAJA, recomendaba que la imprescriptibilidad aplicara tanto para las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad, maternidad e invalidez, vejez y muerte, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador (LPT), así como para sus respectivos intereses.

No obstante, el texto propuesto por la Comisión Permanente Especial de Redacción, fija con respecto a los citados intereses un plazo de prescripción de 15 años, no obstante; en este caso, la redacción propuesta parece indicar que tanto para los intereses superiores a los quince años, como para los menores a este plazo, se aplicaría adicionalmente una actualización del monto del capital principal de acuerdo al índice de precios al consumidor (IPC) que elabora el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En este sentido, se considera que por corresponder a la CAJA, por mandato constitucional la administración y el gobierno de los seguros sociales, y por consiguiente, la responsable de la sostenibilidad financiera de los distintos

regímenes que la componen (Seguro de Enfermedad y Maternidad; S.E.M.) y el Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (I.V.M.), no se estima conveniente, el fijar un plazo con respecto a la prescripción de intereses, debido a que los intereses vendrían en este caso, a compensar la pérdida del valor económico del dinero en el tiempo, representado este por el monto de las cuotas obrero patronales, de trabajadores independientes, así como los aportes de la Ley de Protección al Trabajador (de acuerdo con el fenómeno inflacionario). Por consiguiente se considera necesario mantener el texto propuesto en su oportunidad por la Junta Directiva de la CAJA, en el artículo 13 de la sesión N° 8582, del 31 de mayo de 2012, para que lea de la siguiente manera:

*.... “ (sic) La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. **Sin embargo**, la acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y **sus respectivos intereses**, así como los aportes a la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible.... ”.*

Adicionalmente, cabe indicar que si bien el texto del proyecto propone, la opción de que por concepto de intereses, el monto del principal sea actualizado sin aparentemente efectuar distinción alguna entre periodos de intereses superiores o inferiores a los quince (15) años, con el fin de tutelar los intereses económicos institucionales, y para entender claramente los términos del texto propuesto, se sugiere modificar dicho texto, para que se lea más apropiadamente, de la siguiente forma:

*“ **Adicionalmente, el monto del principal se actualizará a la fecha de pago, utilizando como parámetro el índice de precios al consumidor elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)**”.*

En lo que respecta al texto propuesto en el párrafo tercero, cuando refiere al plazo de cuatro (4) meses, dentro de cual se deben iniciar las gestiones cobratorias, una vez identificadas las deudas con la seguridad social, se estima que dicho plazo, se podría considerar como contemplado dentro del parámetro de razonabilidad, razón por la cual se considera prudente mantener dicha redacción... ”.

IV DICTAMEN LEGAL:

Asimismo, mediante oficio CAIP-0346-14 del 17 de junio de 2014, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de este despacho gerencial, rinde el siguiente criterio legal:

“...De previo a conocer el fondo del asunto, es de relevancia traer a colación lo indicado en el artículo 1 de la Ley Constitutiva, que en lo que interesa señala:

“...La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. (...) Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.” (Lo resaltado es propio)

Al respecto y según lo indicado por la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia, en la resolución 2008-0966 del 19 de noviembre de 2008, la CAJA “...es una institución autónoma, de derecho público y por lo tanto sometida al principio de legalidad, con personalidad jurídica, patrimonio propio e independencia administrativa...” y en consecuencia con autonomía, misma que se encuentra amparada en el artículo 73 de la Constitución Política, el cual indica:

“...La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales...” (Lo destacado no corresponde al original)

Asimismo, la Procuraduría General de la República, mediante el Dictamen 212 del 19 de octubre de 2010, señaló:

“...Una afirmación que para ser válida debe ser conforme con los parámetros constitucionales, en razón de la supremacía constitucional. De acuerdo con el principio de supremacía constitucional, el Derecho de la Constitución integrado no solo por el Texto Fundamental sino también por los principios y valores constitucionales constituye la Norma Fundamental y Suprema del ordenamiento jurídico, a la cual se subordina toda otra norma jurídica y toda actuación de los poderes públicos y las autoridades administrativas. (...)

En virtud de esa autonomía, ningún órgano o ente externo puede intervenir en la esfera dejada por el constituyente a favor de la Caja. Lo que significa que solo esta puede regular lo relativo a la administración y el gobierno del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y, en general, lo relativo a los seguros sociales que le corresponden. (...)

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, esa autonomía de gobierno significa un límite para el propio legislador y, obviamente para toda autoridad administrativa (...). En razón de esa autonomía de gobierno especial de la Caja, esta no solo no puede ser regulada sino que le corresponde regular con carácter exclusivo y excluyente las prestaciones propias de los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso del régimen, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios...” (Lo destacado no es del original)

Ahora bien, referente al proyecto de ley supracitado, esta Asesoría considera que siendo que la institución se ha pronunciado respecto a los alcances de la iniciativa e incluso propuesto sugerencias de modificación a los textos

consultados, las cuales en su mayoría han sido incorporadas a la iniciativa, según se desprende de los acuerdos de Junta Directiva consignados en el artículo 23 de la Sesión N° 8515 del 30 de junio de 2011 y el artículo 13 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012, se procede a realizar las siguientes observaciones respecto a esta versión del proyecto:

En relación con el párrafo segundo de la norma que se pretende reformar, se indica que “...En estos casos, los respectivos intereses prescribirán en un plazo de 15 años, sin embargo, el monto del principal se actualizará a la fecha de pago, utilizando como parámetro el índice de precios al consumidor elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)...”.

En ese sentido, resulta importar acotar lo indicado por la Dirección de Cobros referente a que la CAJA por mandato constitucional, le corresponde la administración y gobierno de los seguros sociales, debiendo con ello velar por la sostenibilidad financiera de los distintos regímenes que componen la Seguridad Social y por consiguiente, fijar un plazo para declarar prescritos los intereses sobre las sumas que se adeudan a la institución, resultaría contrario a la conveniencia institucional y al espíritu inicial del proyecto, toda vez que no se compensaría la pérdida del valor económico del dinero en el tiempo.

Como corolario de lo citado, la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia en la resolución 2010-000583 de las 10:50 horas del 21 de abril de 2010, dispuso lo siguiente:

“...los intereses corresponden al resarcimiento ocasionado por la falta de cumplimiento de una obligación en dinero y la consiguiente imposibilidad de disponer del capital. Por su parte, la indexación ataca el problema inflacionario que se produce con el tiempo y que causa la depreciación y pérdida de rendimiento de la moneda reduciendo el contenido de la obligación principal, en otras palabras, la indexación tiene por objeto recomponer el valor intrínseco de una deuda desmejorada....”.

En cuanto a la actualización del monto del principal –indicado en el tercer párrafo de la iniciativa– utilizando como parámetro el índice de precios al consumidor, conviene hacer mención que la “Memoria Institucional 2013”¹ del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), emitida en mayo del 2014, lo define de la siguiente manera:

“...Los índices de precios del consumidor, miden la variación media de los precios de un conjunto de bienes y servicios representativos del gasto de consumo de los hogares en un período de referencia dado. Este indicador se calcula de forma mensual y para su elaboración se recopilan por mes, aproximadamente, 14 200 precios de 292 bienes y servicios en una muestra de 2050 establecimientos y viviendas, ubicadas en las áreas urbanas de las cuatro subregiones de la Región Central (San José, Alajuela, Cartago y Heredia). La divulgación de los datos se realiza el segundo día hábil de cada mes por medio

¹ <http://www.inec.go.cr/A/MI/Publicaciones/Memoria%20Institucional/Memoria%20Institucional/C0/01-%202013/Memoria%20%20Institucional.pdf> .Consultado el 17 de junio de 2014.

de un comunicado de prensa y un boletín informativo, que se exhiben en el sitio Web y en el Centro de Información de la Institución ...”.

En consecuencia se colige, que el parámetro utilizado para actualizar el monto del principal, mide mensualmente los cambios globales de precio de varios bienes y servicios consumidos por los hogares costarricenses, y se utiliza para definir el costo de vida, reflejándose a través del IPC la disminución del poder adquisitivo del dinero con la inflación, lo cual guarda relación con lo pretendido en la iniciativa, en beneficio de la sostenibilidad de la institución, con respecto a los montos adeudados a la misma.

Respecto al plazo de cuatro meses fijados en el proyecto, para que la CAJA accione la recuperación de cuotas adeudadas, la dependencia técnica de esta gerencia, consideró que dicho plazo se encuentra contemplado dentro del parámetro de razonabilidad...”.

V. CONCLUSIONES

De lo ampliamente esbozado, se recomienda contestar la audiencia conferida en forma positiva, siempre y cuando se consideren los siguientes aspectos:

- a) La Caja Costarricense de Seguridad Social, por mandato constitucional es la institución autónoma encargada de la administración y el gobierno de los seguros sociales.
- b) Fijar un plazo para declarar prescritos los intereses sobre las sumas que se adeudan a la institución, resultaría contrario a la conveniencia institucional y al espíritu inicial del proyecto, toda vez que no se compensaría la pérdida del valor económico del dinero en el tiempo y se afectaría la sostenibilidad financiera de los distintos regímenes que componen la Seguridad Social.
- c) Se sugiere la siguiente redacción del texto sustitutivo:
“Artículo 56.- Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.

La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. Sin embargo, la acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y sus respectivos intereses, así como los aportes a la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible.

Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de las cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor, gestiones que deberán iniciarse dentro de los cuatro meses siguientes de dicha identificación.

Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de la Caja”.

VI. RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de ley denominado “*Imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obreros-patronales de los seguros sociales. Modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N° 17, de 22 de octubre de 1943, y sus reformas*” y tramitado bajo el expediente N° 17.954, en los siguientes términos (...),

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del señor Gerente Financiero, con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el citado oficio GF-24.484-2014, la Junta Directiva -por mayoría- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que la institución **no se opone** al citado Proyecto, siempre y cuando se respete la autonomía dada por el constituyente a la Institución, contemplada en el artículo 73 de la Constitución Política, y se determine que, además de las deudas por cuotas obrero patronales y los aportes de la Ley de Protección al Trabajador, resultan imprescriptibles los intereses correspondientes.

Asimismo, se sugiere a los legisladores, considerar redacción del artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, de la siguiente manera:

*“**Artículo 56.-** Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta Ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.*

*La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta Ley, prescribirá de conformidad con las reglas establecidas en el Código Procesal Penal y el Código Penal, con la salvedad que el plazo se computará a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años. **Sin embargo**, la acción para recuperar las cuotas adeudadas de los seguros sociales de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte y **sus respectivos intereses**, así como los aportes a la Ley de Protección al Trabajador, será imprescriptible.*

Sin perjuicio de lo anterior, la Caja accionará de forma inmediata la recuperación de las cuotas adeudadas una vez identificada la mora del deudor, gestiones que deberán iniciarse dentro de los cuatro meses siguientes de dicha identificación.

Los funcionarios encargados de gestionar los cobros pertinentes respecto del pago de las obligaciones con la seguridad social, deberán realizar todas las gestiones administrativas y judiciales necesarias, de manera diligente y eficiente. El no realizar las acciones cobratorias en los términos señalados dará lugar a establecer las responsabilidades disciplinarias y patrimoniales dispuestas en el régimen jurídico interno de la Caja”.

ARTICULO 9º

Se presenta el oficio N° GF-25.099 de fecha 7 de julio del año 2014, firmado por el Gerente Financiero, mediante el cual se propone la aprobación definitiva de los estados financieros auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2013.

La presentación está a cargo del licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas:

- a) Caja Costarricense de Seguro Social
Estados Financieros Auditados
Seguro de Salud
al 31 de diciembre 2013
- b) Antecedentes



- c) **Opinión emitida por el Despacho referente a los Estados Financieros auditados**

“En nuestra opinión, a excepción de los efectos por los ajustes que pudieran existir según lo comentado en la sección “Bases para una opinión calificada”, los estados financieros adjuntos se presentan de forma razonable, en todos los aspectos significativos, la situación financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social –Seguro de Salud, al 31

de diciembre del 2013 y 2012, los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los años terminados en esas fechas (...)"

d) **Limitaciones al alcance de la Auditoría de Sistemas y Tecnologías de Información**

No fue posible validar la base de datos de SICERE con los ingresos (facturas efectuadas, pagadas) al 31 de Diciembre del 2013 con el siguiente detalle: N° patronal, nombre/razón social, estado, sector, N° factura pagada, período, fecha de vencimiento, monto factura, monto cancelado, sucursal dirección regional.

Lo anterior debido, según la Dirección Sistema Centralizado de Recaudación, a que los datos referentes a asegurados y patronos de que tenga conocimiento las gerencias, no podrán divulgarse ni suministrarse a particulares salvo autorización expresa de la Junta Directiva (artículo 63 de la Ley Constitutiva).

Lo anterior no nos permitió validar la integralidad de la información a nivel de base de datos ni poder determinar si los movimientos contables (ingresos, efectivo) se presentan razonablemente de acuerdo a los montos registrados a nivel de base de datos".

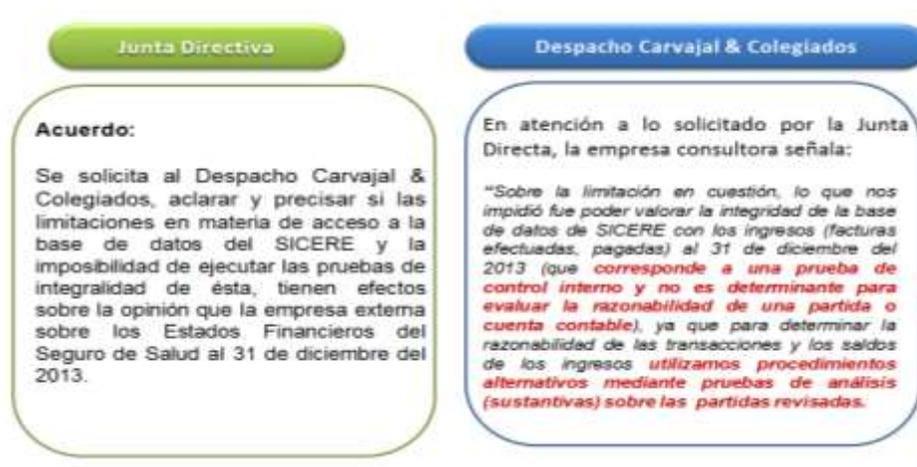
e) **Limitaciones al alcance de la Auditoría de Sistemas y Tecnologías de Información**

No fue posible validar la base de datos de SICERE con los ingresos (facturas efectuadas, pagadas) al 31 de Diciembre del 2013 con el siguiente detalle: N° patronal, nombre/razón social, estado, sector, N° factura pagada, período, fecha de vencimiento, monto factura, monto cancelado, sucursal dirección regional.

Lo anterior debido, según la Dirección Sistema Centralizado de Recaudación, a que los datos referentes a asegurados y patronos de que tenga conocimiento las gerencias, no podrán divulgarse ni suministrarse a particulares salvo autorización expresa de la Junta Directiva (artículo 63 de la Ley Constitutiva).

Lo anterior no nos permitió validar la integralidad de la información a nivel de base de datos ni poder determinar si los movimientos contables (ingresos, efectivo) se presentan razonablemente de acuerdo a los montos registrados a nivel de base de datos".

f)



g) Uso de múltiples procedimientos para emitir opinión de los Estados Financieros

Se cotejaron el saldo del reporte de morosidad de las cuentas por cobrar de cuotas patronales con el mayor general al 31 de diciembre del 2013.

Se confeccionaron cédulas analíticas de las cuentas por cobrar de cuotas patronales con saldos importantes al 31 de diciembre del 2013.

Se realizó un análisis del comportamiento mensual y promedio de los débitos y créditos de las cuentas por cobrar por cuotas patronales con saldos importantes y su relación con la cuenta de ingresos correspondientes al 31 de diciembre del 2013.

Se realizó un análisis del comportamiento mensual y promedio de los débitos y créditos de las cuentas por cobrar a particulares con saldos importantes y su relación con la cuenta de ingresos correspondientes al 31 de diciembre del 2013.

Se realizaron análisis mensuales para determinar variaciones importantes en las cuentas de ingresos.

h) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

i) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

Con fundamento en la presentación efectuada por el Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos, en la sesión N° 8718 del 22 de mayo de 2014, así como, el oficio del 28 de mayo del año en curso, suscrito por el Lic. Gerardo Montero Martínez, Socio y Representante de la firma en cuestión, en el cual se indica que las limitaciones de acceso a la base de datos del SICERE comunicadas en la Carta de Gerencia de Tecnologías CGI-2013, no tuvo incidencia alguna en el Dictamen y Opinión externada sobre los Estados Financieros del Seguro de Salud al 31 de diciembre del 2013, esta Junta Directiva, **ACUERDA:**

j) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

ACUERDO PRIMERO:

Dar por recibidos y aprobados los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del 2013.

De forma complementaria, se instruye a las Gerencias Institucionales para que cada una en el ámbito de sus competencias, atiendan las observaciones señaladas por la Auditoría Externa, tanto en relación con los Estados Financieros, como las Cartas de Gerencia, correspondientes al Seguro de Salud. Queda encomendada la Gerencia Financiera para que por medio de la Dirección Financiero Contable consolide los informes de las acciones que cada Gerencia ejecute para atender los diversos hallazgos y recomendaciones contenidos en estos documentos.

k) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

ACUERDO SEGUNDO:

Autorizar a la Dirección SICERE para que en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, den los accesos requeridos a la base de datos del SICERE al Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos, a fin de que se practiquen la pruebas de integralidad de ésta, como parte de las actividades incluidas

en la Auditoría de Sistemas y Tecnologías de Información, desarrolladas por la firma antes indicada. En todo este proceso, deberá cumplirse con las más estrictas normas de seguridad, protección y privacidad de los datos relacionados con los patronos y asegurados cotizantes de los seguros sociales administrados por la CCSS.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que se está atendiendo un pendiente de los Estados Financiero auditados, presentados a consideración de la Junta Directiva en el mes de mayo de este año. Por una disposición que existe, los Estados Financieros del Seguros de Salud se presentan separados del RIVM (Régimen de Invalidez, Veje y muerte) y los del RNC (Régimen no Contributivo de Pensiones).

En cuanto a la propuesta del segundo acuerdo planteado, señala el Director Fallas Camacho, donde se indica que *“el proceso deberá cumplirse con la estrictas normas de seguridad, protección y privacidad de los datos relacionados con los patronos y asegurados cotizantes de los seguros sociales administrativos por la CCSS”*, es una responsabilidad de Carvajal y Asociados, le parece que se debe dejar explícitamente que es una responsabilidad de esa empresa, el manejo de esa información.

En relación con las observaciones realizadas por la Auditoría Externa, anota el Director Barrantes Muñoz que se debe presentar un plan de acción para la atención de esas recomendaciones contenidas en las cartas de gerencia con plazos definidos. Por otro lado, consulta si la Empresa Carvajal y Asociados tienen una cláusula de compromiso de confidencialidad.

Responde el Gerente Financiero que se incluye como un párrafo para resguardar la información.

Por consiguiente, conocida la información que presenta el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio N° GF-25.099 fechado 7 de julio del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En cumplimiento con las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República y acuerdos establecidos por la Junta Directiva de la CCSS, en relación con la presentación y aprobación de los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud, en la sesión N° 8718 de este órgano colegiado, celebrada el 22 de mayo del año en curso, la empresa consultora contratada para tales propósitos, Despacho Carvajal & Colegiados Contadores Públicos Autorizados, expuso los resultados finales de la Auditoría Externa efectuada a los Estados Financieros del Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2013.

El Despacho Carvajal & Colegiados, emite lo que se denomina una “Opinión Calificada”, señalando en términos literales lo siguiente:

“En nuestra opinión, a excepción de los efectos por los ajustes que pudieran existir según lo comentado en la sección “Bases para una opinión calificada”, los estados financieros adjuntos se presentan de forma razonable, en todos los aspectos significativos, la situación financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social –Seguro de Salud, al 31 de diciembre del 2013 y 2012, los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los años terminados en esas fechas (...)”

De forma complementaria a la opinión que se emite sobre los Estados Financieros del Seguro de Salud, se lleva a cabo una Auditoría de Sistemas y Tecnologías de Información, cuyos hallazgos y recomendaciones, en esta oportunidad, están contenidos en la Carta de Gerencia de Tecnologías CGI-2013 del 20 de marzo de 2014, en la que se indica:

“LIMITACIONES AL ALCANCE

No fue posible validar la base de datos de SICERE con los ingresos (facturas efectuadas, pagadas) al 31 de Diciembre del 2013 con el siguiente detalle: N° patronal, nombre/razón social, estado, sector, N° factura pagada, período, fecha de vencimiento, monto factura, monto cancelado, sucursal dirección regional.

Lo anterior debido, según la Dirección Sistema Centralizado de Recaudación, a que los datos referentes a asegurados y patronos de que tenga conocimiento las gerencias, no podrán divulgarse ni suministrarse a particulares salvo autorización expresa de la Junta Directiva (artículo 63 de la Ley Constitutiva).

Lo anterior no nos permitió validar la integralidad de la información a nivel de base de datos ni poder determinar si los movimientos contables (ingresos, efectivo) se presentan razonablemente de acuerdo a los montos registrados a nivel de base de datos”.

Este señalamiento de la firma de Auditoría Externa, generó diversas consideraciones en el seno de los miembros de la Junta Directiva, quienes consideraron conveniente antes de aprobar de forma definitiva los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2013, contar con una explicación y aclaración por escrito del Despacho Carvajal & Colegiados, fundamentalmente respecto a cuáles serían las consecuencias de esta limitación en materia de acceso a la base de datos del SICERE y la imposibilidad de ejecutar las pruebas de integralidad de ésta, sobre la opinión rendida de los citados Estados Financieros.

Para tales fines, el 28 de mayo de 2014, el Lic. Gerardo Montero Martínez, Socio y Representante Legal del Despacho Carvajal & Colegiados Contadores Públicos Autorizados, emite un oficio sin número, en los términos solicitados por la Junta Directiva, que en su parte relevante señala:

“Sobre la limitación en cuestión, lo que nos impidió fue poder valorar la integridad de la base de datos de SICERE con los ingresos (facturas efectuadas, pagadas) al 31 de diciembre del 2013 (que corresponde a una prueba de control interno y no es determinante para evaluar la razonabilidad de una partida o cuenta contable), ya que para determinar la razonabilidad de las transacciones y los saldos de los ingresos utilizamos procedimientos alternativos mediante pruebas de análisis (sustantivas) sobre las partidas revisadas.

En línea con lo anterior la Auditoría Externa aplicó para el caso, otros procedimientos para la validación de las cuentas relacionadas con la base de datos y que se detallan seguidamente:

- *Cotejamos el saldo del reporte de morosidad de las cuentas por cobrar de cuotas patronales con el mayor general al 31 de diciembre del 2013.*
- *Confeccionamos cédulas analíticas de las cuentas por cobrar de cuotas patronales con saldos importantes al 31 de diciembre del 2013.*
- *Realizamos un análisis del comportamiento mensual y promedio de los débitos y créditos de las cuentas por cobrar por cuotas patronales con saldos importantes y su relación con la cuenta de ingresos correspondientes al 31 de diciembre del 2013.*
- *Cotejamos los saldos de los registros auxiliares de las cuentas por cobrar a trabajadores independientes con el saldo en libros al 31 de diciembre del 2013.*
- *Confeccionamos cédulas analíticas de las cuentas por cobrar a particulares con saldos importantes al 31 de diciembre del 2013.*
- *Realizamos un análisis del comportamiento mensual y promedio de los débitos y créditos de las cuentas por cobrar a particulares con saldos importantes y su relación con la cuenta de ingresos correspondientes al 31 de diciembre del 2013.*
- *Realizamos un análisis mensual para determinar variaciones importantes en las cuentas de ingresos.*
- *Confeccionamos cédulas analíticas de las cuentas de ingresos importantes para analizar su comportamiento y verificamos información de respaldo.*

Es importante indicar, que al referirnos como una limitación al alcance en la Carta de Gerencia de Tecnologías, dicha limitación no implica ni debe interpretarse que por esa circunstancia se pueda ver afectada la razonabilidad y fiabilidad de los datos contenidos en los Estados Financieros Institucionales, de tal manera que ello no tuvo incidencia en el Dictamen sobre los Estados Financieros, específicamente en la Opinión a los mismos”.

Con base en lo antes descrito, y dado que no se encuentra impedimento alguno para la aprobación de los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud, de la manera más atenta, se proponen los siguientes acuerdos para que sean de conocimiento y eventual aprobación por parte de la Junta Directiva”,

con fundamento en la presentación efectuada por el Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos, en la sesión N° 8718, artículo 5°, del 22 de mayo del año 2014, así como el oficio del 28 de mayo del año en curso, suscrito por el Lic. Lic. Gerardo Montero Martínez, Socio y Representante de la firma en cuestión, en el cual se indica que las limitaciones de acceso a la base de datos del SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación) comunicadas en la Carta de Gerencia de Tecnologías CGI-2013, no tuvo incidencia alguna en el dictamen y opinión externada sobre los Estados Financieros del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2013, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por recibidos y aprobados los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2013.

De forma complementaria, se instruye a las Gerencias Institucionales para que cada una, en el ámbito de sus competencias, atienda las observaciones señaladas por la Auditoría Externa, tanto en relación con los Estados Financieros como en cuanto a las Cartas de Gerencia, correspondientes al Seguro de Salud. Queda encomendada la Gerencia Financiera para que, por medio de la Dirección Financiero Contable, consolide los informes de las acciones que cada

Gerencia ejecute para atender los diversos hallazgos y recomendaciones contenidos en estos documentos.

ACUERDO SEGUNDO: autorizar a la Dirección SICERE para que en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, den los accesos requeridos a la base de datos del SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación) al Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos, a fin de que se practiquen la pruebas de integralidad de ésta, como parte de las actividades incluidas en la Auditoría de Sistemas y Tecnologías de Información, desarrolladas por la firma antes indicada. En todo este proceso, deberá cumplirse con las más estrictas normas de seguridad, protección y privacidad de los datos relacionados con los patronos y asegurados cotizantes de los seguros sociales administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, lo acordado se adopta en firme.

ARTICULO 10°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-46959-14**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 11°

El Gerente Financiero presenta el oficio N° GF-24.204, de fecha 23 de junio del año 2014, que contiene la propuesta de reforma al *Reglamento al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

Al efecto, el licenciado Picado Chacón se apoya en las siguientes láminas:

- A) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Financiera
Dirección de Cobros
Propuesta Reforma al Reglamento
Artículo 74 Ley Constitutiva de la CCSS.

- B) Aspectos sustanciales señalados en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS

 La Contraloría General de la República no aprobará presupuesto ni modificaciones presupuestarias de las instituciones si no presentan una certificación extendida por la CCSS, en la cual conste que se encuentran al día en el pago de las cuotas patronales y obreras o el correspondiente arreglo de pago debidamente aceptado.

 El Ministro de Hacienda presupuestará anualmente las rentas suficientes que garanticen la universalización de los seguros sociales.

 El incumplimiento de cualquiera de estos deberes acarreará responsabilidades y sanciones con la pena prevista en el artículo 330 del Código Penal.

 Los patronos y las personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas, deberán estar al día en el pago de sus obligaciones con la CCSS, así como con otras contribuciones sociales que recaude esta institución.

 Enlista los trámites administrativos que tienen como requisito estar inscrito como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades, según corresponda y al día en el pago de las obligaciones con la CCSS.

C) Trámites administrativos que deben estar al día en el pago de las obligaciones del Seguro Social



D) Tres grandes actores para el suministro y acceso de información sobre adeudos en obligaciones de la CCSS



E) Situación actual
Reglamento al Artículo 74 de Ley Constitutiva de la CCSS.

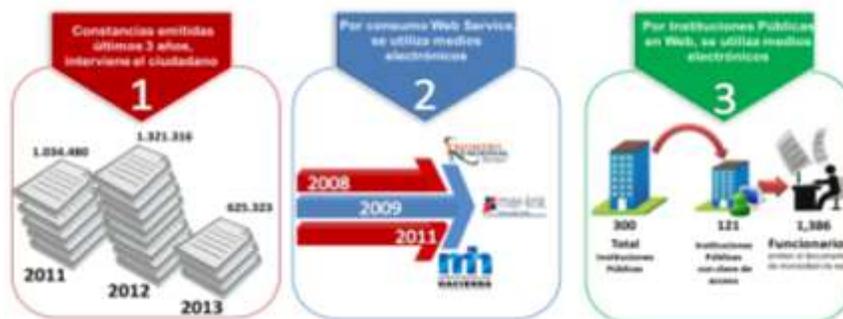
F)



G)



H)



I) Procedimiento para emitir el documento de consulta de morosidad

Documento Consulta Morosidad
No. 201407602077
No Patrono

Funcionario:	ANA PATRICIA DE LOS ANGELES ALCAZAR JIMENEZ
Tipo/Número:	0/107060092
Institución:	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Al ser las 9:31 AM del 10/07/2014 he procedido a consultar vía Web a la Caja Costarricense de Seguro Social - Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) a:

RAZÓN SOCIAL/NOMBRE	CÉDULA(FIS/JUR)
ANA PATRICIA DE LOS ANGELES ALCAZAR JIMENEZ	107060092

REVISADOS LOS REGISTROS PATRONALES LA PERSONA INDICADA ARRIBA NO APARECE INSCRITA COMO PATRÓN / TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA FECHA ACTUAL Y, EN CONSECUENCIA, NO APARECEN REGISTRADAS OBLIGACIONES PATRONALES A SU NOMBRE

----- Última Línea -----

Nombre y Firma de Funcionario Responsable	Sello Institución que la emite
Funcionario de Institución que emite el Documento	

Este documento es nulo si no cuenta con el nombre y la firma del funcionario responsable y sin el sello de la Institución que la emite

J) Propuesta de Reforma
Reglamento al Artículo 74 de Ley Constitutiva de la CCSS.

K)



L)

- 1 **Sostenibilidad ambiental:** Cumplir con la simplificación de trámites y uso herramientas electrónicas para lograr procesos "cero papel".
- 2 **Integración e Infraestructura:** Posibilidad de interactuar entre Instituciones.
- 3 **Trabajo colaborativo:** Mejora de la comunicación, colaboración y los flujos de trabajo entre las instituciones y los funcionarios públicos.
- 4 **Eficiencia:** Aprovechar al máximo los recursos que permitan una tramitología de procedimientos más apropiada y oportuna entre las entidades de Gobierno.
- 5 **Optimización de recurso humano:** Al automatizar la emisión de constancia de patrono al día, permite fortalecerá otras gestiones de cobros al redistribuir la cantidad de colaboradores que ejecutan dichas tareas (3 funcionarios en Oficinas Centrales).
- 6 **Ciudadano:** Simplificar al ciudadano los trámites, con el fin de que cuando se presente a realizar algún trámite en la Administración Pública, esta última realice la consulta via electrónica, evitando que el ciudadano tenga que desplazarse a la CCSS a solicitar la constancia.

M)



N)



O)



P)



Q)



R)



S) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

T) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Con base en la exposición del Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad del Gerente Financiero y Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, y de conformidad con la recomendación de la Gerencia Financiera y la Dirección de Cobros en oficio GF-24.204, de fecha 04 de junio de 2014 y DC0-0615-2013, respectivamente, la Junta Directiva **ACUERDA**:

Acuerdo primero

Aprobar la propuesta de reforma al “Reglamento del Artículo 74 de la Ley Constitutiva”, para que en adelante se lea de la siguiente manera: (...).

U) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Acuerdo Segundo

Asimismo, se autoriza a la Presidencia Ejecutiva, para que envíe dicha propuesta, al Despacho Ministro de la Presidencia, con el fin de que se gestione su reforma y publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

En este sentido, la reforma entrará en vigencia un vez que el Decreto sea modificado y publicado.

El Director Alvarado Rivera señala que está de acuerdo con la propuesta de reforma al Reglamento al artículo 74° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, porque viene a cumplir con la Ley N° 8220 de simplificación de trámites y los usuarios han manifestado no estar satisfechos con esa medida, porque existe una obligatoriedad de las instituciones de hacer esa revisión interna, en el sentido de que cuando se requería la información no había conectividad y el Sistema no funcionaba. Considera que si la garantía de que los sistemas funcionen, le satisface que funcione, porque le corresponde analizarlo a la Comisión de Mejoras Regulatoria y Simplificación de Trámites de la Unión de Cámaras y el tema principal es tener la certificación vía internet o en línea, porque es una obligación por Ley.

Por lo tanto, conocida la información que presenta el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio N° 24.204-14, fechado 23 de junio del presente año que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“I. Antecedentes

Con la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador (N° 7983), publicada en el alcance 11 de la Gaceta N° 35 de fecha 18 de febrero del año 2000, se modificó la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, reformando entre otros el artículo 74.

Dicho artículo establece que los patronos y las personas que realicen total o parcialmente actividades independientes, deberán estar al día en el pago de sus obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social, conforme a la ley, para realizar los siguientes trámites administrativos:

- La admisibilidad de cualquier solicitud administrativa de autorizaciones que se presente a la Administración Pública.
- En relación con las personas jurídicas, la inscripción de todo documento en los requisitos mercantil, de asociaciones, de asociaciones deportivas y el Registro de organizaciones Sociales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, excepto los expedidos por autoridades judiciales.
- Participar en cualquier proceso de contratación pública regulado por la Ley de Contratación Administrativa o por la Ley de Concesión de Obra Pública. .
- El otorgamiento del beneficio dispuesto en el párrafo segundo del artículo 5° de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.
- El disfrute de cualquier régimen de exoneración e incentivos fiscales.

La verificación del incumplimiento de la obligación fijada en este artículo, será competencia de cada una de las instancias administrativas en las que debe efectuarse el trámite respectivo.

Para dar cumplimiento sobre el contenido, forma y tiempos de envío de la información que la CAJA debe suministrar a los diferentes sectores de la Administración Pública, la información sobre adeudos en obligaciones de seguridad social, se estableció el Reglamento al artículo 74° de la Ley Constitutiva de la CAJA, el cual fue promulgado por Decreto Ejecutivo N°28770-MP-MTSS del 06 de julio del 2000, publicado en La Gaceta N°134 del 12 de julio de 2000.

Propósito de la Reforma al Reglamento

Dentro de los fines que busca la presente reforma, se plantea los siguientes:

1. Fortalecer el uso de la tecnología digital, por cuanto se establece que las instituciones públicas consulten la situación de los patronos y trabajadores independientes por medios electrónicos o telemáticos (página web y Webservice).

2. Se elimina la emisión de listados en papel y la emisión de constancias por parte de la CAJA, lo anterior, dado que en un plazo de seis meses, posteriores a la entrada en vigencia del Reglamento a través de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta, la Administración Pública deberá verificar la información por medios electrónicos, de manera que vencido dicho plazo la Caja no emitirá más constancias impresas. Aunado a lo anterior, se pretende que en el plazo indicado, la Administración Pública, suprima el requisito para el administrado de presentar la constancia impresa de la CAJA.
3. Con lo anterior se cumple con lo establecido en la Ley 8220 “Simplificación de trámites”, por cuanto las Instituciones Públicas tendrán acceso a la información de la morosidad y no se deberá solicitar al ciudadano la constancia de estar al día en las obligaciones con la CAJA, para que este pueda realizar trámites administrativos.
4. Por último, la propuesta de la reforma del Reglamento del Artículo 74, permite al Estado y la Caja Costarricense de Seguro Social:
 - Promover la transformación y modernización del Estado, porque fortalece la combinación de la tecnología con esquemas más eficientes de gestión.
 - Impulsar el uso de tecnologías digitales como una herramienta idónea para simplificar trámites, mejora los controles y contribución a la lucha contra la corrupción.
 - Fortalecer la coordinación interinstitucional, lo cual facilita el suministro de información de morosidad, eliminando el exceso y requisito en trámites, para el ciudadano.

Ejes de la Reforma al Reglamento Artículo 74

1. **Ciudadano:** Simplificar al ciudadano la información de la morosidad, con el fin de que cuando se presente a realizar algún trámite en la Administración Pública, está última pueda realizar la consulta por medio electrónico.
2. **Eficiencia:** Aprovechar al máximo los recursos que permitan una tramitología de procedimientos más apropiada y oportuna entre la entidades de Gobierno y en la misma CAJA.
3. **Integración e infraestructura:** La posibilidad de interactuar entre instituciones para compartir información y conocimiento a través de sus procesos de negocio.
4. **Trabajo colaborativo:** Implementar por medio de herramientas tecnológicas una mejora de la comunicación, colaboración y los flujos de trabajo entre las instituciones y los funcionarios públicos.
5. **Sostenibilidad ambiental:** Cumplir con la simplificación de trámites y el uso de herramientas electrónicas para lograr procesos "**cero papel**".

II. Dictámenes y revisión

En la propuesta de reforma se consideraron las valoraciones a nivel Tecnológico, Legal y Administrativo; así mismo se solicitó a la Auditoría Interna brindar observaciones que contribuyeran al correcto actuar de la Administración.

3.1 Dictamen Administrativo

Por medio del oficio DCO-0615-2013 del 12 de agosto de 2013, la Dirección de Cobros avala la recomendación brindada por el Área Atención a Patronos, mediante oficio AAP-238-07-2013; por cuanto la propuesta de Reforma al Reglamento del artículo 74, permite simplificar trámites, mejorar controles internos y contribuye con el ambiente al utilizar más los medios digitales.

3.2 Revisión Auditoría Interna

Mediante oficio 17953 de fecha 06 de febrero del 2013, la Auditoría Interna brinda observaciones a la propuesta del Reglamento las cuales fueron consideradas en la propuesta final antes de ser revisada por la Dirección Jurídica.

3.3 Dictamen Legal

Por medio del oficio DJ-4324-2013 de fecha 26 de junio del 2013, la Dirección Jurídica, considera que la propuesta de Reforma al Reglamento del artículo 74 no tiene impedimento legal y puede ser presentada ante Junta Directiva.

3.4 Dictamen Tecnologías de Información y Comunicaciones

Con oficio TIC-1151-2012 de fecha 29 octubre 2012, la Subgerencia Tecnologías, remite oficio AST-2012-0603-NOT del Área Soporte Técnico y ampliación vía correo electrónico de fecha 07 de noviembre 2012; indicando en lo que interesa, indica existe la viabilidad técnica respecto a que la información del SICERE puede ser consultada de forma concurrente con los usuarios respectivos, respecto a la utilización del Webservice y la herramienta Web

III. Recomendación

La Gerencia Financiera, con base en el criterio legal del oficio DJ-4324-2013 de fecha 26 de junio del 2013 y el dictamen de la Dirección de Cobros mediante oficio DCO-0615-2013, recomienda la propuesta de Reforma al Reglamento del Artículo 74, por considerar que traerá los siguientes beneficios:

Al ciudadano o administrado: ahorro del tiempo invertido y costo de desplazamiento para obtener la constancia de estar al día con la CAJA.

A la CAJA: ahorro en mano de obra y costos administrativos, al no emitir más de 600.000 certificaciones anuales, mejora el control interno (se disminuye el efecto de alteración o

falsificación por parte de terceros) y transparencia que proporciona la Institución al publicar por medios electrónicos los datos de morosidad.

El Estado: se contribuye a fortalecer el principio de eficiencia al contar con información en línea y disminuye los tiempos de procesos a las organizaciones del Estado. También las instituciones que utilicen el Webservice tendrán ahorros en gastos administrativos, al incorporar la consulta de morosidad con la CAJA en sus flujos de trabajo”,

con base en la exposición del Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, y de conformidad con la recomendación de la Gerencia Financiera y la Dirección de Cobros que consta en el citado oficio número GF-24.204, y en la nota número DC0-0615-2013, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar la siguiente propuesta de reforma al Reglamento al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social:

“DECRETO EJECUTIVO No. __
LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA Y
EL MINISTRO DE LA PRESIDENCIA

Con fundamento en el artículo 140, inciso 3) y 18) de la Constitución Política; los artículos 27, párrafo 1 y 28, párrafo 2, inciso b) de la Ley General de Administración Pública, N° 6227 del 2 de mayo de 1978; Ley de Protección al Trabajador N° 7983 de 18 de febrero de 2000, los artículos 31 y 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas.

CONSIDERANDO:

I.- Que Costa Rica ha aprobado los principios y objetivos acordados en la primera y segunda fases de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, celebradas en Ginebra, en diciembre de 2003 y en Túnez en noviembre de 2005, con el fin de encauzar el potencial de las tecnologías de la información y de las comunicaciones para promover los objetivos de Desarrollo del Milenio.

II.- Que en el mes de febrero del 2008, se celebró en San Salvador, El Salvador, la Segunda Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe, en donde Costa Rica aprobó el Plan de Acción sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe eLAC 2010, por medio del cual se compromete a implementar una serie de medidas tendientes a fomentar la inclusión digital. Entre ellas se encuentran la Meta 38, la cual se refiere a la promoción de la interoperabilidad de sistemas de gobierno, sobre la base de estándares, con el propósito de mejorar los servicios de los ciudadanos.

III.- Que el Gobierno de la República considera que las tecnologías digitales son una herramienta idónea para simplificar y hacer más eficientes sus operaciones y servicios.

IV.- Que la transformación y modernización del Estado imponen la necesidad de combinar la tecnología con esquemas más eficientes de gestión, que aprovechen al máximo los recursos y que permitan una tramitología de procedimientos más apropiada y oportuna entre las entidades de Gobierno de la República.

V.- Que las tecnologías digitales son un instrumento fundamental para la simplificación de trámites y proveer oportunidades de desarrollo a las empresas, con el fin de incrementar su productividad, además de ser una herramienta que coadyuva en la lucha contra la corrupción.

VI.- Que la Ley N° 8220, denominada como; "Protección al Ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos", publicada en el Alcance N° 22, del Diario Oficial La Gaceta N° 49, del 11 de marzo del 2002, reformada mediante Ley N° 8990; "Modificación de la Ley N° 8220, Protección al Ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos", publicada en el Alcance Digital N° 72 a la Gaceta N° 189, de fecha 03 de octubre del 2011, y en su Reglamento, de acuerdo con el Decreto Ejecutivo N° 37045-MP-MEIC, publicado en el Alcance Digital N° 36 a La Gaceta N° 60 del 23 de marzo de 2012, establece dentro de sus principios los de: racionalidad, proporcionalidad, reglas claras y objetivas, cooperación institucional entre las oficinas de una misma institución y de cooperación inter-institucional entre entidades y órganos de la Administración Pública. Así como, la presunción de buena fe, transparencia, eficiencia y eficacia de la actividad administrativa, a fin de eliminar las omisiones, los abusos y excesos de requisitos y trámites que han venido afectando al ciudadano en su quehacer con la Administración. Esta Ley enfatiza tales principios y ha obligado a la Administración a realizar una mejor labor de regulación, y eliminar requisitos innecesarios y crear mecanismos de coordinación interinstitucional.

VII.- Que el artículo 85 de la Ley de Protección al Trabajador, N° 7983, del 18 de febrero de 2000 y el artículo único de la Ley N° 8909, publicada en La Gaceta N° 46 del 07 de marzo de 2011, modificaron el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, y establecieron que "Los patronos y las personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas, deberán estar al día en el pago de sus obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como con otras contribuciones sociales que recaude esta Institución conforme con la ley. Para realizar los siguientes trámites administrativos, será requisito estar inscrito como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades, según corresponda, y al día en el pago de las obligaciones, de conformidad con los artículos 31 y 51 de esta Ley."

VIII.- Que el artículo 74 de su Ley Constitutiva y sus reformas establece, como obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social, suministrar la información relacionada con los adeudos en las obligaciones de seguridad social, así como con otras contribuciones sociales que recaude esta Institución conforme a la ley.

IX.- Que se solicita estar al día en el pago de las obligaciones con la seguridad social, así como con otras contribuciones sociales que recaude esta Institución. Que de acuerdo con el artículo 74 de la ley, será requisito estar inscrito como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades, para realizar los siguientes trámites administrativos:

1. La admisibilidad de cualquier solicitud administrativa de autorizaciones que se presente a la Administración Pública y ésta deba acordar en el ejercicio de las funciones públicas de fiscalización y tutela o cuando se trate de solicitudes de permisos, exoneraciones, concesiones o licencias. Para efectos de este artículo, se entiende a la Administración Pública en los términos señalados en el artículo 1° tanto de la Ley General de la Administración Pública como de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

2. En relación con las personas jurídicas, la inscripción de todo documento en los requisitos mercantil, de asociaciones, de asociaciones deportivas y el Registro de organizaciones Sociales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, excepto los expedidos por autoridades judiciales.
3. Participar en cualquier proceso de contratación con la Administración Pública, central o descentralizada, con empresas públicas o con entes públicos no estatales, fideicomisos o entidades privadas que administren o dispongan, por cualquier título, de fondos públicos. En todo contrato con estas entidades, incluida la contratación de servicios profesionales, el no estar inscrito ante la Caja como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades, según corresponda, o no estar al día en el pago de las obligaciones con la seguridad social, constituirá causal de incumplimiento contractual. Esta obligación se extenderá también a los terceros cuyos servicios subcontrate el concesionario o contratista, quien será solidariamente responsable por su inobservancia.
4. El otorgamiento del beneficio dispuesto en el párrafo segundo del artículo 5° de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.
5. El disfrute de cualquier régimen de exoneración e incentivos fiscales. Será causa de pérdida de las exoneraciones y los incentivos fiscales acordados, el incumplimiento de las obligaciones con la seguridad social, el cual será determinado dentro de un debido proceso seguido al efecto.

X.- Que de conformidad con lo establecido en el artículo 74 bis, el cual fue incorporado mediante la citada Ley N° 8909, para efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, se entenderá que se encuentran al día en el pago de sus obligaciones con la seguridad social quienes hayan suscrito un arreglo o convenio de pago con la CCSS y estén al día en su cumplimiento, de conformidad con lo establecido en el respectivo reglamento que emita la Junta Directiva de la CAJA.

XI.- Que en materia de contratación administrativa, el artículo 65 inciso c) del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, publicado mediante La Gaceta N° 210 del 02 de noviembre del 2006, brinda la posibilidad de que la Administración Pública, pueda verificar por sí misma, la condición del participante en procesos de contratación pública, mediante un acceso directo al sistema de la CAJA.

XII.- Que la obligación establecida es aplicable a todas las entidades y órganos de la Administración, entendida en los términos de artículo 1° de la ley General de la Administración Pública, es decir “el Estado y los demás entes públicos.

XIII.- Que de conformidad con lo dispuesto por la ley -y para efectos simplificar el cumplimiento de este requisito- es necesario proceder a establecer los mecanismos precisos de cumplimiento y aplicación de esta obligación.

**Por tanto
DECRETAN:**

El siguiente, Reglamento al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social

Artículo 1° Del Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto regular el procedimiento para la verificación y cumplimiento del artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus reformas, así como lo dispuesto al efecto por la Ley N° 8220, denominada como “Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, así como su reforma, mediante Ley N° 8990, denominada como “Modificación de la Ley N° 8220, Protección al Ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos, por parte de Administración Pública, (entendiéndose ésta en los términos del artículo 1 tanto de la Ley General de Administración Pública como del Código Procesal Contencioso Administrativo).

Artículo 2°. Definiciones

Las siguientes definiciones normalizan los conceptos aplicados dentro del presente reglamento y los actores mismos del proceso:

- a) CAJA: Caja Costarricense de Seguro Social
- b) Integridad: se refiere a la no alteración de la información. Le corresponderá a la CAJA, como institución proveedora de la información, garantizar este criterio.
- c) Confidencialidad: se refiere a que la información no ha sido suministrada por terceros. Le corresponde a las instituciones solicitantes de la información (consumidores de información), garantizar que el tratamiento de la misma, será única y exclusivamente para el trámite solicitado.
- d) Autenticación de Interlocutores: se refiere a la debida comprobación y autorización de la identidad tanto de la institución que la emite, como de quien recibe la información.
- e) Morosidad: estado en que se encuentran los patronos o personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas como consecuencia del no pago de las obligaciones que le corresponden dentro del plazo legal para hacerlo.

Artículo 3° Obligaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social

Será obligación de la CAJA suministrar la información, para que las entidades y órganos de la Administración Pública verifiquen que los patronos y personas que realizan total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas estén al día en el pago de sus obligaciones con la CAJA.

Artículo 4° De la consulta para verificar el cumplimiento

Las entidades y órganos de la Administración Pública que deban verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como los propios administrados podrán efectuar la consulta sobre el estado de morosidad de los patronos o personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas, a través de los medios y formas que determine internamente dicha institución.

Artículo 5° Requerimientos técnicos

Para garantizar el cumplimiento citado en el artículo 4° de este Reglamento, las entidades y órganos de la Administración Pública deberán ajustarse a los requerimientos técnicos definidos

por la CAJA, por medio de los cuales se establecerán los lineamientos de suministro de información, tales como disponibilidad del servicio, mecanismos de seguridad, privacidad, confidencialidad de la información, mecanismos de autenticación de las partes, y los que al efecto se determinen.

Para tal efecto, la CAJA dispondrá de autonomía para modificar la plataforma tecnológica, con el fin de adaptarla a las futuras necesidades tecnológicas y con ello, las entidades y órganos de la Administración Pública deberán ajustarse a los requerimientos técnicos definidos por la CAJA.

Artículo 6° Datos contenidos en la información que debe suministrar la CAJA

La información mínima que la CAJA suministrará a través de los medios y formas que determine internamente, será la siguiente:

- a. Nombre o razón social de la persona física o jurídica objeto de la consulta.
- b. Número de identificación de la persona física o jurídica.
- c. Indicación sobre la existencia o no de adeudos pendientes con la CAJA. Donde retornará cualquiera de la siguiente información:
 - Patrono//TI/AV “Al día”.
 - Patrono//TI/AV “Inactivo Al día”.
 - Patrono//TI/AV “Inactivo Moroso”.
 - Patrono//TI/AV “Moroso”.
 - Moroso por responsabilidad solidaria/Fusión.
 - Patrono//TI/AV “Presenta facturas afectadas por cheque el cual se encuentra en proceso de validación”.
 - No aparece inscrita como patrono a la fecha actual.
- d. Fecha de emisión de la consulta.

La información suministrada no podrá ser utilizada para fines distintos a la admisibilidad del trámite administrativo respectivo.

Artículo 7° Obligaciones y Deberes de las Entidades y Órganos de la Administración Pública, encargados de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74.

En cualquiera de los medios donde se suministre la información será obligación de las entidades y/u órganos que conforman la Administración Pública de verificar en forma automática la condición de morosidad o no ante la CAJA, de los patronos y personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas.

En el eventual caso de encontrarse al interesado, en estado de morosidad según la definición citada en el presente Reglamento, la Administración Pública no gestionará el trámite a los cuales hace referencia el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CAJA y sus reformas, hasta tanto no normalice su situación.

De existir algún tipo de duda por parte de las entidades y órganos de la Administración Pública, ésta podrá realizar las consultas pertinentes a la Dirección de Cobros o la correspondiente Sucursal de la CAJA.

Artículo 8° De verificar el cumplimiento del artículo 74 por parte de las entidades y órganos de la Administración Pública

Corresponderá a las Auditorías Internas de cada entidad y órganos de la Administración Pública, verificar en su respectiva institución el cumplimiento de lo establecido tanto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CAJA y sus reformas, como el presente Reglamento. No obstante lo anterior, la CAJA podrá tomar las acciones administrativas y judiciales que estime pertinentes, cuando se detecte el incumplimiento por parte de alguna entidad de la administración pública, de la obligación de verificar la condición con la Caja de los patronos y trabajadores independientes.

Artículo 9° De la aplicación de contingencia

Excepcionalmente y debido a circunstancias de caso fortuito, fuerza mayor o cuando los medios establecidos por la CAJA no se encuentren disponibles, se podrá tener acceso a consulta retrospectiva sobre la condición que presentaba la persona física y/o jurídica con las obligaciones de la CAJA, de acuerdo con el formato que esta determine para ello, la cual se podrá emitir a través de las unidades correspondientes.

Artículo 10° De la obligación de estar al día e inscrito con la CAJA para cualquier proceso de contratación pública

Para efectos de que la Administración pueda contratar, el oferente deberá encontrarse inscrito y al día en el pago de las obligaciones obrero patronales con la CAJA, conforme lo establecido en el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa y sus reformas.

Artículo 11° Del incumplimiento en la verificación

El incumplimiento de los deberes señalados en el presente Reglamento dará origen a la aplicación de sanciones administrativas, civiles o penales que correspondan previo procedimiento. En caso de acreditarse el mal uso de la información suministrada por parte de las entidades y órganos de la Administración Pública, éstos serán responsables ante la CAJA, los particulares y/o terceros que se vean afectados.

Artículo 12° Derogatoria

El presente Decreto deroga el Reglamento al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CAJA Costarricense de Seguro Social, N° 28770-MP-MTSS, publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 136, del catorce de julio del año dos mil.

Artículo 13° Vigencia

Rige a partir de su publicación y deroga cualquier disposición en contrario.

Transitorio 1°

Corresponderá a la CAJA en un plazo de tres meses, luego de la publicación del presente Reglamento, establecer un Protocolo sobre suministro de información para verificar la morosidad con la Seguridad Social.

Transitorio 2°

La Administración Pública (según lo establecido en el artículo 1 de la Ley N° 6227; “Ley General de la Administración Pública, y el inciso 3) del artículo 1 de la Ley N° 8508; “Código Procesal Contencioso Administrativo”), verificadora de la información suministrada por la CAJA, mediante el proceso regulado en el Protocolo que se emita, según lo señalado en el Transitorio 1°, tendrán un plazo no mayor a seis meses, posterior a la publicación, para ajustar, normalizar y estandarizar sus respectivos procedimientos internos, con el fin de cumplir efectiva y adecuadamente con lo que se señale en el mismo. Vencido dicho plazo, la Caja no emitirá más constancias impresas.

Dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, todas las instancias de la administración pública; en cada uno de los procesos y /o trámites donde corresponda, deberán suprimir como requisito la presentación por parte del administrado de la constancia impresa de la CAJA.

Asimismo, deberán informar al administrado que dicha constancia no es necesario de presentar, por cuanto la entidad u órgano de la Administración Pública, ya tiene acceso al sistema de la CAJA, con el fin de verificar dicha información.

Dado en la Presidencia de la República, San José, a los ... del mes de ... del dos año mil catorce”.

Asimismo, se autoriza a la Presidencia Ejecutiva, para que envíe dicha propuesta, al Despacho del Ministro de la Presidencia, con el fin de que se gestione su reforma y publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

En este sentido, la reforma entrará en vigencia un vez que el Decreto sea modificado y publicado.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 12°

Se presenta la comunicación fechada 23 de junio del presente año, suscrita por la licenciada Noemy Gutiérrez Medina de la Comisión de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el *Proyecto exoneración de impuestos a los productos de apoyo, sus repuestos, accesorios y actualizaciones para las personas con discapacidad, expediente 18.727.*

Se tiene que en el artículo 8° de la sesión número 8723 del 3 del mes en curso, se solicitó a la Gerencia Médica reformular la propuesta de acuerdo en relación con este Proyecto de ley, de

manera que se presenta oficio N° GM-SJD-5420-2014, fechado 4 de julio de 2014, firmado por Gerente Médico, que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-0034-14 del 24 de junio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 23 de junio del 2014, suscrito por la licenciada Noemy Gutiérrez Medina de la Comisión de asuntos Hacendarios, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como fin exonerar la compra de accesorios para personas con discapacidad. Este proyecto fue sometido a consulta en mayo del 2011, ocasión en la cual se externó criterio de oposición debido a que en aquel momento obligaba a la CCSS a atender eventualmente a personas no aseguradas así como asumir un proceso diferente al de atención como es la emisión de constancias y calificaciones en detrimento del proceso de atención ello compitiendo con la lista de espera por atención. Posteriormente, fue nuevamente consultado el mismo proyecto de ley, por lo que la institución externó criterio mediante el oficio N°38.238 de fecha 22 de julio del 2013, de la Junta Directiva, la cual acordó: “(...)manifestar a la Comisión consultante que se opone al proyecto en cuanto al contenido del artículo N°5 del Proyecto referido, en el cual se obliga a la Caja a asumir la emisión por parte de las clínicas y hospitales de la Institución, para anotar el producto de apoyo o accesorio requeridos por el paciente con discapacidad, para el trámite de exoneración ante el Ministerio de Hacienda; actividad que no corresponde a la Institución.

Ahora bien, debe quedar claro que el proyecto de ley que ahora se consulta, es exactamente el mismo texto que ha sido consultado en dos ocasiones a la Institución, la cual ha manifestado la oposición al mismo.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Esta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: oficio GP-34.379-2014 de fecha 30 de junio del 2014, de la Gerencia de Pensiones.
2. Criterio Técnico: Dr. César Delgado González del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

En principio corresponde señalar que el proyecto de ley en consulta tiene como objetivo facilitarles a las personas portadoras de algún tipo de discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales la adquisición de productos de apoyo (accesorios, dispositivos, tecnología, software, etc.).

El texto del artículo No. 5, establece que será la CCSS en sus clínicas y hospitales a nivel nacional, la que emita el dictamen que hará constar la deficiencia y la discapacidad de las

personas que soliciten la exoneración, dicho dictamen además deberá generarse como producto no de una consulta de medicina general sino mediante consulta especializada dependiendo de la discapacidad del solicitante (ortopedia-traumatología, fisioterapia, oftalmología, otorrinolaringología, etc.). En dicho dictamen el médico especialista deber hacer constar con claridad, la deficiencia y la discapacidad. En dicha consulta, mediante receta médica institucional, el profesional determinará la descripción clara del producto de apoyo requerido. Estos documentos serán vinculantes para el Ministerio de Hacienda a efectos de reconocer el beneficio de la exoneración.

En ese sentido es importante dejar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social se posiciona dentro del ámbito nacional como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Al respecto, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”²

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas N°. 125 y N°. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: **“Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo”**; y además agrega que: **“Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable”³**. –lo resaltado no corresponde al original-

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal

²Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

³Página 36 del Tomo III de la Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”⁴.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

SOBRE LAS COMPETENCIAS DEL CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) se creó en 1973 mediante la Ley N° 5347, la cual denota al CNREE como el ente encargado de orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, así como planificar, promover, organizar, crear y supervisar los programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física y mentalmente disminuidas; sustituyendo de este modo a la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

El impacto a nivel nacional del CNREE, condujo a la definición de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral en 1986 y posteriormente en 1996, en conjunto con una serie de factores del entorno internacional así como la exigencia de las personas con discapacidad de contar con una normativa específica que procurara el respeto de sus derechos, condujo a la promulgación de la Ley N° 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Esta ley pretende equiparar los derechos de las personas con discapacidad, mejorando sus condiciones de desarrollo en términos de salud, educación, trabajo, infraestructura, transporte, cultura, deporte y comunicación.

⁴ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

Cabe destacar que en 1996, mediante el pronunciamiento N° C-205-98 de la Procuraduría General de la República, se ratifica al CNREE como ente rector en materia de discapacidad y encargado de planificar, coordinar y asesorar a todas las organizaciones públicas y privadas que desarrollen programas o presten servicios a la población con discapacidad del país. En enero de 2001, el gobierno de Costa Rica decreta las prioridades de la ley 7600 mediante la “Directriz N° 27 sobre las políticas públicas en materia de discapacidad”; además se establecen las Comisiones Institucionales en Discapacidad, cuya función principal es coordinar los planes de las instituciones públicas en el ámbito de la equiparación de oportunidades para la población con discapacidad.

En ese sentido, la **Ley 5347 del 3 de diciembre de 1973 y su Reglamento (Ley de creación del CNREE)**, establece en el artículo 1, que le corresponde orientar la Política General en materia de Rehabilitación y Educación Especial. También se menciona la planificación, la promoción, la organización, la creación y la supervisión de programas y servicios referidos a aquellas materias, en todos los sectores del país. El artículo 2 de dicha ley establece como parte de las funciones asignadas las siguientes:

- a. Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupen de la Rehabilitación y la Educación Especial.
- b. Coordinar un Plan Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que integre sus programas y servicios con los Planes específicos de Salud, Educación y Trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles.
- c. Promover la formación de profesionales especialistas en rehabilitación y educación especial, en conexión con las Universidades y entidades que tengan a su cargo la preparación de personal profesional, técnico y administrativo.
- d. Fomentar medidas que aseguren las máximas oportunidades de empleo para los disminuidos físicos y mentales.
- e. **Organizar el Registro Estadístico Nacional de los Disminuidos Físicos o Mentales para su identificación, clasificación y selección.**
- f. Motivar, sensibilizar e informar acerca de los problemas, necesidades y tratamiento de la población que requiere de Rehabilitación y Educación Especial.
- g. Gestionar en coordinación con los Ministerios respectivos la provisión anual de los fondos necesarios para la atención debida de los programas de Rehabilitación y Educación Especial asegurando su utilización para los fines establecidos.
- h. Coordinar con los Ministerios y Organismos Nacionales e Internacionales la canalización por medio del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; y, además estimular la superación del personal solicitando becas adicionales.

EXONERACION DE IMPUESTOS A VEHICULOS

La Ley N° 8444, **adicionó al artículo 2**, de la Ley reguladora de todas las exoneraciones

vigentes, su derogatoria y sus excepciones, N° 7293, de 31 de marzo de 1992, lo siguiente:

“Artículo 2º-Excepciones:

(...)

u) Se exonera del pago de tributos los vehículos automotores importados o adquiridos en el territorio nacional, destinados al uso exclusivo de personas que presenten limitaciones físicas, mentales o sensoriales severas y permanentes, las cuales les dificulten, en forma evidente y manifiesta, la movilización y, como consecuencia, el uso del transporte público.”

Para lo anterior, se dispuso que la personas con dichas limitaciones debía solicitar al Centro Nacional de Rehabilitación, Dr. Humberto Araya Rojas, o al Departamento de Valoración de la Invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la determinación si el paciente cumple lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley; constancia que será vinculante para el Ministerio de Hacienda, a los efectos de reconocer el beneficio de la exoneración.

Lo ahí dispuesto se ha venido realizando por la Institución mediante las constancias respectivas únicamente en cuanto a las limitaciones físicas que presenta la persona.

SOBRE EL PROYECTO DE LEY EN CUESTIÓN

Ahora bien, tomando en consideración lo anteriormente expuesto, se hacen las siguientes observaciones, a saber:

1. Al ser la Caja el ente competente para la prestación de servicios de salud, ya en la institución se atiende a las personas con discapacidad que así lo demanden sobre sus diagnósticos clínicos; dicha atención integral incluye el otorgamiento de prótesis y ortesis que requiera para la atención a su salud, y es por ello que a nivel institucional se cuenta con un instructivo que regula dicha dotación. Tomando en cuenta lo anterior, y siendo que el proyecto de ley en mención viene a regular la exoneración de accesorios, repuestos, productos de apoyo entre otros, las cuales si bien están orientados al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, lo cierto es que estos no se constituyen en insumos médicos. En tal sentido la Caja estaría en posibilidad de brindar una epicrisis a solicitud del interesado donde indique el tipo de discapacidad que padece la persona, situación que deberá ser tramitada ante el establecimiento de salud en donde se le atiende al usuario dicha discapacidad.
2. Tomando en cuenta que los productos de apoyo, accesorios y demás que indica el proyecto de ley, no obedecen a insumos médicos y, además que dentro del perfil institucional de funciones de los especialistas en medicina, no se desprende la obligación por parte de estos profesionales de suscribir el formulario de recetas médicas con el objeto de recomendar productos de apoyo o accesorios requeridos por el paciente con discapacidad, para realizar trámites de exoneración de los mismos ante el Ministerio de Hacienda, es que lo que aquí pretendido es contrario a los fines de la Institución, el cual constituye la prestación de los servicios en salud a la población, y no así, la tramitación de productos de apoyo o accesorio requeridos por el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración ante el Ministerio de Hacienda. En esa misma línea, se debe tener

claro que el formulario de recetas médicas de la Institución, no está creado para realizar trámites de exoneraciones de productos de apoyo a la población con discapacidad, por consiguiente, utilizarlo para dichos fines conlleva desvirtuar su propio fin.

3. Bajo esa tesitura, no podrían ser prescritos por parte de los médicos de la institución productos o accesorios que requiere el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración, los cuales no se constituyen en insumos médicos, ya que de generarse dicha práctica abriría la posibilidad legal de que los mismos sean solicitados por el paciente a cargo de la Institución, toda vez que fue un profesional en medicina de la Institución que consignó dicha prescripción, desnaturalizando el objetivo del proyecto de ley como tal y permitiendo la intromisión de sus competencias constitucionales, evidentemente violentando la autonomía administrativa y de gobierno de la Institución, siendo esta la administración de los seguros sociales y no así el utilizar sus recursos humanos y financieros para realizar trámites de exoneración de impuestos ante el Ministerio de Hacienda. Lo anterior, más aun cuando existe un ente rector en materia de discapacidad como lo es el Consejo Nacional de Rehabilitación, el cual a consideración de ésta Gerencia resulta ser el competente para dictaminar el uso de accesorios, repuestos y productos de ayuda para dicha población.
4. *Por otro lado llama la atención, que no se establece dentro del proyecto, si dicha atención será a toda la población con discapacidad, estando contemplada la población no asegurada, lo que evidentemente pone en riesgo la sostenibilidad del sistema, toda vez que si bien existe un régimen de seguridad social, lo cierto es que se basa sobre un aporte tripartito (Estado, Patrono y trabajador), el cual se estaría incumpliendo, en ese sentido es importante indicar que la Caja brinda actualmente a dicha población, la atención integral en salud, tomando en consideración que esta se encuentra asegurada bajo alguna de las modalidades, no obstante en cuanto a la condición de no asegurados, se debe indicar que para la prestación de servicios, a no asegurados, es aplicable lo dispuesto en el artículo 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud sobre el cobro de los servicios, salvo que se trate de una urgencia donde el cobro puede ser después. Los numerales 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud, señalan en lo conducente lo siguiente:*

"Artículo 61.-

De la prestación de servicios a no asegurados

En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurados antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución."

"Artículo 74.-

De los requisitos formales para recibir atención médica

Para demandar los servicios, los asegurados deberán acreditar su condición con los documentos que exija la Caja (tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango, carné de asegurados, o cualquier otro que se considere conducente para la identificación correcta de quien demanda tales servicios).”

Por lo anterior, si bien la Caja tiene la obligación de brindar atención médica a los no asegurados, lo cierto es que éstos también tienen que cumplir una serie de requisitos preestablecidos. Si un no asegurado acude a un centro médico debe ser atendido inmediatamente en caso de emergencia, pudiendo cobrarsele posteriormente el servicio brindado. Asimismo, si no es una situación de emergencia, también debe ser atendido, si paga previamente el monto correspondiente.

En ese sentido, el Tribunal Constitucional en la resolución número 2006-013893 de las 16:26 horas del 19 de setiembre de 2006, indicó: “...aún para los costarricenses, la protección de su derecho a la salud se encuentra sujeta al cumplimiento de los diferentes requisitos que para acceder a la seguridad social fija el ordenamiento jurídico, de suerte que, por ejemplo, si se cuenta con recursos suficientes, el principio de solidaridad –de rango constitucional, según los artículos 73 y 74 de la Carta Política- compele a cubrir las cargas económicas que correspondan.”

No obstante, en los casos de no asegurados que no cuenten con recursos económicos, estos podrán realizar el trámite de solicitud de “seguro por el Estado”.

En consecuencia, se considera que la población a la que se dirige el proyecto de ley, deben ser atendidas en caso que cuenten con algún tipo de aseguramiento y en el caso de las personas en condición de no asegurado, podrán ser atendido en casos de urgencia y posteriormente proceder a cobrarle dicha atención y en los casos que no sea emergencia deberá ser atendido siempre y cuando cuente con el seguro correspondiente.

CONCLUSION

Ésta Gerencia de conformidad con los criterios externados, y siendo que el proyecto de ley con el mismo texto ya ha sido consultado a la Institución, se considera que el mismo sigue afectando a la Institución, ya que el artículo 5 continúa refiriendo la suscripción por parte de los médicos institucionales de formularios de recetas médicas para anotar el producto de apoyo o accesorios requeridos por el paciente con discapacidad, para dar trámite de exoneración ante el Ministerio de Hacienda, actividad que no corresponde a la Institución.

Aunado a lo anterior, no se toma en consideración las situaciones en que a pesar de la exoneración, aun así el usuario no pueda comprar el accesorio, y siendo que en estos casos estaría constanding una receta de la CCSS, la persona podría exigir a la Institución que dispense dicho producto.

Por otro lado, el artículo en mención obliga eventualmente a la CCSS a atender a personas no aseguradas”.

En los mismos términos del oficio N° GM-SJD-5420-2014, el doctor Chacón Ramírez se refiere al criterio en consideración.

Sobre el particular, la señora Presidenta Ejecutiva se refiere que en el Proyecto en consideración, está planteando la exoneración de algunos productos y repuestos y accesorios para las personas con discapacidad, pero que no son necesariamente de prescripción médica, esa es la particularidad que tiene.

El doctor Hugo Chacón señala que el objetivo del proyecto es exonerar la compra de accesorios para personas con discapacidad. En el artículo 5° de la Ley y en lo relacionado con la Caja, establece que para ser candidato a esa exoneración la Institución mediante un dictamen médico y una receta, emite los criterios que serán vinculantes para el Ministerio de Hacienda. La propuesta de cómo está redactado el artículo 5, establece que es una consulta médica por el Especialista correspondiente a la discapacidad, por ejemplo, si es un problema de ojos el optometrista, oftalmólogo, y otros. Menciona que Expone que en la sesión anterior que se presentó el Proyecto de Ley, se indicó que no se tuviera una posición absoluta sino una recomendación, para que se modificara el planteamiento de la propuesta. La recomendación sería en el sentido de que:

1. Al ser la Caja el ente competente para la prestación de servicios de salud, en la Institución se atiende a las personas con discapacidad que así lo demanden sobre sus diagnósticos clínicos; dicha atención integral, incluye, el otorgamiento de prótesis y ortesis que se requieren para la atención de salud, y es por ello que a nivel institucional se cuenta con un instructivo que regula dicha dotación. Tomando en cuenta lo anterior, y siendo que el proyecto de ley en mención viene a regular la exoneración de accesorios, repuestos, productos de apoyo entre otros, las cuales si bien están orientados al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, lo cierto es que estos no se constituyen en insumos médicos. En tal sentido, la Caja estaría en posibilidad de brindar una epicrisis a solicitud del interesado donde indique el tipo de discapacidad que padece la persona, situación que deberá ser tramitada ante el establecimiento de salud en donde se le atiende al usuario dicha discapacidad.
2. Tomando en cuenta que los productos de apoyo, accesorios y demás que indica el Proyecto de Ley, no obedecen a insumos médicos y, además que dentro del perfil institucional de funciones de los especialistas en medicina, no se desprende la obligación por parte de estos profesionales de suscribir el formulario de recetas médicas con el objeto de recomendar productos de apoyo o accesorios requeridos por el paciente con discapacidad, para realizar trámites de exoneración de los mismos ante el Ministerio de Hacienda. Por otro lado, lo que se pretende en el Proyecto de Ley es contrario con los fines de la Institución, el cual constituye la prestación de los servicios en salud a la población, y no así, la tramitación de productos de apoyo o accesorios requeridos por el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración ante el Ministerio de Hacienda. En esa misma línea, se debe tener claro que el formulario de recetas médicas de la Institución, no está creado para realizar trámites de exoneraciones de productos de apoyo a la población con discapacidad, por consiguiente, utilizarlo para dichos fines conlleva desvirtuar su propio fin.
3. Bajo esa tesitura, no podrían ser prescritos por parte de los médicos de la Institución productos o accesorios que requiere el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración, los cuales no se constituyen en insumos médicos, ya que de generarse dicha práctica abriría la posibilidad legal de que los mismos sean solicitados por el paciente a

cargo de la Institución. Toda vez que fue un profesional en medicina de la Institución que consignó dicha prescripción, desnaturalizando el objetivo del Proyecto de Ley como tal y permitiendo la Caja la intromisión de sus competencias constitucionales, evidentemente, violentando la autonomía administrativa y de gobierno de la Institución. Siendo la Caja la administradora de los Seguros Sociales y no así el utilizar sus recursos humanos y financieros para realizar trámites de exoneración de impuestos ante el Ministerio de Hacienda. Lo anterior, más aun cuando existe un ente rector en materia de discapacidad como lo es el Consejo Nacional de Rehabilitación, el cual a consideración de ésta Gerencia resulta ser el competente para dictaminar el uso de accesorios, repuestos y productos de ayuda para dicha población.

4. Llama la atención que no se establece dentro del proyecto, si dicha atención será a toda la población con discapacidad, estando contemplada la población no asegurada, lo que evidentemente pone en riesgo la sostenibilidad del sistema, toda vez que si bien existe un régimen de seguridad social, se basa sobre un aporte tripartito (Estado, Patrono y Trabajador), el cual se estaría incumpliendo. En ese sentido, es importante indicar que la Caja brinda actualmente a dicha población, la atención integral en salud, tomando en consideración que esta se encuentra asegurada bajo alguna de las modalidades. No obstante, en cuanto a la condición de no asegurados, se debe indicar que para la prestación de servicios, a no asegurados, es aplicable lo dispuesto en el artículo 61° y 74° del Reglamento del Seguro de Salud sobre el cobro de los servicios, salvo que se trate de una urgencia donde el cobro puede ser después.

A propósito de una inquietud sobre el punto 3 del Proyecto de Ley, aclara el Dr. Chacón Ramírez que son aspectos adicionales a lo que da la Caja, porque la Institución ha sido durante años muy rigurosa, de hecho con los funcionarios que emiten insumos que no otorga la Institución. Como ilustración, se han establecido procedimientos a funcionarios de establecimientos que han emitido recetas con medicamentos que no están dentro del cuadro básico. Por otro lado, se había indicado que la receta no es el formulario idóneo para recetar dispositivos que no son medicamentos y en este caso, además de no ser medicamentos, ni siquiera pertenecen a los cuadros básicos de la Institución.

A propósito de una inquietud de la Dra. Sáenz Madrigal, indica el Dr. Chacón que al indicarse que son personas con discapacidad en el criterio, se tendría una contradicción, porque en el texto del proyecto no se hace diferencia a la contingencia de atención de personas en condición de no asegurado, en tal sentido el Reglamento lo tiene cubierto; lo que aplicaría son los numerales 61° y 74° del Reglamento del Seguro de Salud, que literalmente señalan:

"Artículo 61.-

De la prestación de servicios a no asegurados

En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurados antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución."

"Artículo 74.-

De los requisitos formales para recibir atención médica

Para demandar los servicios, los asegurados deberán acreditar su condición con los documentos que exija la Caja (tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango, carné de asegurados, o cualquier otro que se considere conducente para la identificación correcta de quien demanda tales servicios)."

De tal manera que si la persona no es asegurada, tendría que optar por asegurarse o que le sean facturados los cobros posteriormente. Anota que si la persona no es asegurada no podrá solicitar una epicrisis, tendría que entrar en un proceso de asegurarse y luego, verificar con los exámenes correspondientes que, efectivamente, está en discapacidad. Una vez con el expediente completo se puede realizar el diagnóstico.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y en relación con las notas que se envían a la Asamblea Legislativa, deben ser concretas en cuanto al impacto que se produce para la Institución y la responsabilidad que se establece, en caso que un Proyecto de Ley de esta Naturaleza es aprobado. Por otro lado, sugiere que cuando se envíe un criterio a la Asamblea Legislativa sobre un Proyecto de Ley, que el análisis concuerde con la posición de la Junta Directiva, porque se recibían los criterios en términos de sí y no se oponía la Institución y en la Asamblea Legislativa no se entiende una aceptación parcial.

El Director Devandas Brenes señala que, por ejemplo, si una persona con discapacidad y se moviliza en una silla de ruedas, instala un ascensor en su casa de habitación eleva su calidad de vida, pero el costo de ese un elevador es en alrededor de catorce millones de colones con impuestos. Le parece que si la persona logra que los impuestos le sean disminuidos tendría una rebaja sustancial. En estos momentos esas exenciones las otorga el Ministerio de Hacienda pero sin un criterio médico, porque se hacen compras por internet y se presenta el problema porque se tienen que pagar impuestos. Le parece que se está produciendo un problema en términos de que el elevador lo podría estar comprando una persona que no tiene discapacidad. Entiende que el problema de la discapacidad es de salud pública y considera que la Caja debe aportar. Le preocupa que quién le asegure al Ministerio de Hacienda que esa persona tiene una discapacidad y que el aparato le va a mejorar su calidad de vida. Estima que se debe tener en cuenta el impacto que se produce en la Institución. Le parece que se considere en el criterio por emitir que la consulta constitucional no solicita indicar si están de acuerdo o en desacuerdo, lo que la Constitución exige es que se consulte a la Caja, por lo que la Institución debe emitir un criterio en ese sentido.

La señora Presidenta Ejecutiva sugiere que en el criterio se indique que el Proyecto de ley es loable, pero que su espíritu no concuerda con el texto propuesto, por lo que se envían las recomendaciones. Recuerda que en el análisis que se realizó hace ocho días se plantearon dos preocupaciones; primero, las responsabilidades en que, eventualmente, podría corresponder a la Caja y han quedado claras en el tema. Por otro lado, el otro punto, en el sentido de que no eran pacientes y lo que se está pretendiendo son mejores condiciones y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, pero no es bajo prescripción médica, es en esos términos que se analizó el tema la semana pasada.

Señala la Ing. Alfaro Murillo que este Proyecto de Ley se relaciona con la exoneración de impuestos, pero, en este caso particular y por ser un tema de salud, los médicos tienen que llenar formularios y recetas, lo que se podría dar para otras cincuenta enfermedades más, o situaciones especiales. Deja constancia de que aprobará el criterio, pero que quede claro que aplica para cualquier iniciativa de exoneración de impuestos, de tal manera que la Caja terminará realizando gran trabajo, pero no se trata de ese aspecto sino la responsabilidad que asume.

El doctor Chacón apunta que la propuesta de acuerdo es en el sentido de que la Institución se limite a emitir las epicrisis, en términos de si la persona es discapacitada o no, pero que no realice la recomendación del equipo, esa decisión quedaría para que la tome otra instancia.

En cuanto a una inquietud de la señora Presidenta Ejecutiva, señala el Dr. Chacón que la Caja podría recomendar, por ejemplo, una silla de ruedas de las inteligentes, pero la Institución aprueba los equipos básicos para las personas discapacitadas. La idea es que en la epicrisis se dictamine la discapacidad de la persona y en este momento toda persona tiene derecho de solicitar una epicrisis. En cuanto a equipo le correspondería al Centro Nacional de Rehabilitación por medio de sus Escuelas, que son expertos, porque rehabilitan para que las personas se incorpore a sus labores. Tienen el conocimiento del detalle de esos equipos que marcan la diferencia para que no solamente caminen sino para que sea una persona laboralmente activa.

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18.727, *“EXONERACION DE IMPUESTOS A LOS PRODUCTOS DE APOYO, SUS REPUESTOS, ACCESORIOS Y ACTUALIZACIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”*, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –por mayoría, en virtud de que el Director Devandas Brenes se inhibe de participar en la votación de este asunto- comunicar a la Comisión consultante, que el fin del Proyecto es loable; sin embargo y por la argumentación contenida en el citado oficio de la Gerencia Médica GM-SJD-5420-2014, se formulan las siguientes consideraciones, dado que no se concuerda con la totalidad del contenido de las disposiciones, tal y como en adelante se cita:

- 1) Al ser la Caja el ente competente para la prestación de servicios de salud, ya en la Institución se atiende a las personas con discapacidad, que así lo demanden, sobre sus diagnósticos clínicos; dicha atención integral incluye el otorgamiento de prótesis y ortesis que requieran para la atención de su salud, y es por ello que a nivel institucional se cuenta con un instructivo que regula dicha dotación. Tomando en cuenta lo anterior y siendo que el Proyecto de ley en mención viene a regular la exoneración de accesorios, repuestos, productos de apoyo entre otros, las cuales, si bien están orientados al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, lo cierto es que éstos no se constituyen en insumos médicos. En tal sentido, la Caja estaría en posibilidad de brindar una epicrisis por solicitud del interesado, donde se indique el tipo de discapacidad que padece la persona; situación que deberá ser tramitada ante el establecimiento de salud en que se atiende dicha discapacidad al usuario.
- 2) Tomando en cuenta que los productos de apoyo, accesorios y demás que indica el Proyecto de ley, no obedecen a insumos médicos y, además, dentro del perfil institucional de

funciones de los especialistas en medicina, no se desprende la obligación por parte de estos profesionales de suscribir el formulario de recetas médicas, con el objeto de recomendar productos de apoyo o accesorios requeridos por la persona con discapacidad, para realizar trámites de exoneración de ellos ante el Ministerio de Hacienda, de manera que lo aquí pretendido es contrario a los fines de la Institución, que es la prestación de los servicios en salud a la población y no así la tramitación de productos de apoyo o accesorios requeridos por el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración ante el Ministerio de Hacienda. En esa misma línea, se debe tener claro que el formulario de recetas médicas de la Institución no está creado para realizar trámites de exoneraciones de productos de apoyo a la población con discapacidad, por consiguiente, utilizarlo para dichos fines conlleva desvirtuar su propio fin.

- 3) Bajo esa tesitura, no podrían ser prescritos por parte de los médicos de la Institución productos o accesorios que requiere el paciente con discapacidad para el trámite de exoneración, los cuales no se constituyen en insumos médicos, ya que, de generarse dicha práctica, abriría la posibilidad legal de que sean solicitados por el paciente a cargo de la Institución, toda vez que fue un profesional en medicina de la Caja que consignó dicha prescripción, desnaturalizando el objetivo del Proyecto de ley como tal y permitiendo la Institución la intromisión en sus competencias constitucionales, evidentemente violentando la autonomía administrativa y de gobierno de la Institución, siendo ésta la administración de los seguros sociales y no así el utilizar sus recursos humanos y financieros para realizar trámites de exoneración de impuestos ante el Ministerio de Hacienda. Lo anterior, más aún cuando existe un ente rector en materia de discapacidad como lo es el Consejo Nacional de Rehabilitación, el cual, a consideración de la Gerencia Médica, resulta ser el competente para dictaminar el uso de accesorios, repuestos y productos de ayuda para dicha población.
- 4) Por otro lado, llama la atención que no se establece, dentro del proyecto, si dicha atención será a toda la población con discapacidad, estando contemplada la población no asegurada, lo que evidentemente pone en riesgo la sostenibilidad del sistema, toda vez que, si bien existe un régimen de seguridad social, lo cierto es que se basa sobre un aporte tripartito (Estado, patrono y trabajador), el cual se estaría incumpliendo. En ese sentido, es importante indicar que la Caja brinda actualmente a dicha población la atención integral en salud, tomando en consideración que ésta se encuentra asegurada bajo alguna de las modalidades; no obstante, en cuanto a la condición de no asegurados, se debe indicar que para la prestación de servicios a no asegurados, es aplicable lo dispuesto en el artículo 61 y 74 del *Reglamento del Seguro de Salud* sobre el cobro de los servicios, salvo que se trate de una urgencia, en donde el cobro puede ser después.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Se retira del salón de sesiones el doctor Chacón Ramírez.

Ingresa al salón de sesiones Gloria Terwes Posada, Coordinadora del Programa Institucional VIH-SIDA, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

ARTICULO 13°

Conforme con lo solicitado se presenta el respectivo análisis y la propuesta de acuerdo mediante el oficio N° GM-SJD-5417-2014 de 3 de julio del año 2014, en relación con el *Proyecto ley reforma integral a la Ley General de VIH, expediente N° 18.903*, cuya consulta fue trasladada mediante la nota número PE.31.853-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 4 de junio del presente año, número CAS-26, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

El citado oficio número GM-SJD-5417-2014, de fecha 3 de julio del año en curso, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

“RESUMEN EJECUTIVO

En atención al oficio JD-PL-0014-14 del 06 de junio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CAS-26 con fecha 04 de junio de 2014, suscrito por la licenciada Ana Julia Araya A., Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

II- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley, fue planteado a raíz de la situación epidemiológica del VIH en el país, la cual es considerada concentrada, de baja prevalencia, principalmente en hombres en edad productiva y reproductiva y presenta una tendencia a la feminización y está ubicada mayoritariamente en la Gran Área Metropolitana.

Desde que se inició la epidemia, la principal vía de infección ha sido la sexual (84.2%). La transmisión perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 en que se inicia el tratamiento a las mujeres embarazadas positivas, el porcentaje de transmisión vertical (madre-hijo/a) actualmente es de 1.3%. Por otra parte, la transmisión por transfusión sanguínea corresponde a un 4% del total de casos.

Si bien es cierto que en Costa Rica tanto el Estado como las organizaciones de la sociedad civil - con el apoyo de los organismos internacionales- han desarrollado una gran labor y se ha avanzado bastante en relación con la atención del VIH, la realidad ha demostrado que es necesario por un lado, la actualización de la ley de acuerdo con las nuevas tendencias en el mundo, y por otro, para buscar mayor efectividad en su aplicación.

Existen compromisos internacionales que el país ha adquirido y debe respetar, como la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH y Sida (Ungass) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que entre otras acciones señala la necesidad de tomar las medidas necesarias para que las políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva y VIH se basen en el compromiso con los derechos humanos, eliminando la discriminación hacia las personas con VIH y sus allegados.

Así también es necesario fortalecer la prevención del VIH, reforzando los esfuerzos realizados, pero incrementando la promoción de estilos de vida saludable y la prevención temprana para reducir la carga en la atención del VIH. También, es imperativo fortalecer los derechos de todas las personas y, en particular de las personas con VIH; así como precisar mejor las obligaciones de todas las partes involucradas: personas e instituciones.

Dado el contexto histórico y la situación de la epidemia en el momento en que surge la Ley general sobre el VIH y Sida promulgada mediante Ley N° 7771, de 29 de abril de 1998, su enfoque se centró principalmente en la atención de la enfermedad y de las personas con VIH y no en la promoción y la prevención, además de que no contempló el impacto en personas jóvenes, mujeres y adultos mayores. Hoy se sabe que para reducir la tasa de infección, tiene más impacto la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva y la prevención en grupos vulnerables, dado que la epidemia se acentúa por factores como edad, género, pobreza, etc.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Para la atención de la consulta del presente proyecto de ley, la Gerencia Médica solicitó los siguientes criterios técnicos:

1. La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, oficio DDSS-0752-14 de fecha 09 de junio del 2014, la cual señaló:

“(…) La modificación propuesta al texto de la Ley obliga a la CCSS a atender a toda la población esté asegurada o no, lo cual además de que pone en riesgo la estabilidad financiera institucional (debido al alto costo de los tratamientos antirretrovirales), también riñe con la normativa institucional.

En caso de accidentes laborales, el texto de ley propuesto carga el peso de la atención a la Caja Costarricense de Seguro Social y menciona al Instituto Nacional de Seguros simplemente como co-responsable.

La propuesta analizada, en caso de dejarse tal cual, muy probablemente estimulará la migración de población desde otras fronteras hacia Costa Rica, por parte de personas interesadas en simplemente descartar la enfermedad o incluso aquellas que requieran tratamiento de la misma. En este escenario el peso de la atención está cargado en su totalidad a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Esta circunstancia es valorada en el Área de Atención Integral a las Personas como una iniciativa que si bien favorece a la población, es también de alto nivel de altruismo nacional que, por otra parte, genera consecuencias para la Caja Costarricense de Seguro Social en lo que respecta a procesos y recursos (humanos, financieros, tecnológicos) que eventualmente podrían poner en riesgo la sostenibilidad financiera institucional.”

2. La DIRECCION DE COBERTURAS ESPECIALES rindió el criterio respectivo mediante el oficio DCE-0227-06-2014 de fecha 16 de junio del 2014, señalando:

“ (...) ANÁLISIS

El presente proyecto de ley, expediente legislativo No. 18.903, donde se discute la reforma integral a la Ley General de VIH, una vez examinado el mismo, se realizan las siguientes observaciones:

1. Artículo 43. Proveer antirretrovirales de emergencia.

“...En casos de accidentes laborales en que las personas trabajadoras se hayan visto expuestas al riesgo de infección por VIH, la responsabilidad de proveer la terapia antirretroviral será conjunta entre el Instituto Nacional de Seguros y la Caja Costarricense del Seguro Social...”

Observación

a. En el año 2010, Costa Rica aprueba por Ley 8622 el Tratado de Libre Comercio con República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de Norteamérica, en cuyo anexo 12.9.2, se establece el rompimiento del monopolio de los seguros de Riesgos del Trabajo y Obligatorio de Automóviles, lo que conllevó una reforma al artículo 2 de la Ley del Instituto Nacional de Seguros (INS), ello mediante el artículo 53 de la Ley 8653, en el sentido de que los actos que genere el INS a partir del desarrollo de su “...actividad comercial de seguros, actuando como empresa mercantil común, serán regulados por el Derecho privado...” y no más como un ente público en el ejercicio de potestades de imperio.

Al respecto, a partir de la apertura del mercado, cualquier aseguradora debidamente adscrita a la Superintendencia General de Seguros podrá comercializar, en este caso específico los riesgos del trabajo.

*Ahora bien, la Constitución Política, en su artículo 73 establece la creación de los Seguros Sociales administrados por la Caja, para la protección de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte. En ese mismo numeral se define que los riesgos profesionales serían de exclusiva **cuenta de los patronos**.*

*También se incluye en el numeral de cita la disposición de que **“No podrán ser transferidos, ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales”**, lo que se traduce en una obligación de orden constitucional de resarcirse de los costos en los que pudiere haber incurrido cuando prestare atenciones a pacientes cuya siniestralidad no se encuentra cubierta por los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte, que son los que motivaron la creación de los seguros sociales. Bajo esta línea, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en el tema de riesgos del trabajo, nos ilustra en el voto N° 2013-002935 señalando:*

*“...La Constitución Política en su artículo 73 establece los seguros sociales en beneficio de los trabajadores, protegiéndolos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, señalándose expresamente que estará a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social la administración y gobierno de esos seguros. Por su lado, y sin perjuicio de lo dicho, lo correspondiente a la atención médica producto de accidentes de tránsito y **de trabajo** es competencia del Instituto Nacional de Seguros. Así las cosas, la competencia genérica en materia de resguardo de la salud de los trabajadores corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social y la competencia particular, en tratándose de **accidentes de trabajo** y de tránsito, corresponde al Instituto Nacional de Seguros...”* (La cursiva y negrita es nuestra)

Por lo expuesto, una vez trasladado el riesgo por el patrono a la aseguradora, esta última, es la responsable de continuar con las atenciones médicas y tratamiento del trabajador portador de VIH, y bajo ningún termino corresponde a la Caja Costarricense del Seguro Social asumir costo alguno.

b. En aquellos casos, donde el trabajador portador de VIH sufra un riesgo del trabajo y su patrono omita tramitar la póliza de riesgo del trabajo con la aseguradora, la Caja Costarricense del Seguro Social realizara el cobro por las atenciones médicas otorgadas al trabajador portador de VIH al patrono, en apego al artículo 232 del código de trabajo, que dispone, en lo que interesa:

*“...Cuando un trabajador que **no esté asegurado sufra un riesgo del trabajo**, y acuda al Instituto Nacional de Seguros, o a cualquier hospital, clínica o centro de salud, público o privado, en demanda de las prestaciones médico - sanitarias y de rehabilitación que establece este título, tendrá derecho a que se le suministren de inmediato los servicios que su caso requiera. En este caso el patrono podrá nombrar un médico, para que controle el curso del tratamiento que se le suministre al trabajador.*

Las instituciones prestatarias de esa asistencia cobrarán el costo de ésta al patrono, para el cual el trabajador prestaba sus servicios al ocurrir el riesgo.

Para los efectos del cobro...las certificaciones expedidas por el jefe del Departamento de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros, por la Subgerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, o por directores de las instituciones privadas...”
(La cursiva y negrita es nuestra)

Propuesta

En base a lo expuesto, se recomienda que el texto quede de la siguiente manera:

“...En casos de accidentes laborales en que las personas trabajadoras se hayan visto expuestas al riesgo de infección por VIH, la responsabilidad de proveer la terapia antirretroviral será de la aseguradora que administra la póliza de riesgos del trabajo.

En los casos que el trabajador no esté asegurado y sufre un riesgo del trabajo, el patrono responderá ante la aseguradora o a cualquier hospital, clínica o centro de salud, público o privado, por los costos incurridos en las atenciones médicas otorgadas y su tratamiento, de conformidad con el artículo 232 del Código de Trabajo ...”

Adicionalmente a lo indicado, el proyecto de ley es impreciso en lo siguiente:

1) Existe la posibilidad de un aumento en la población a atender en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

*En el artículo 21 **Derechos a la atención integral en salud***

Se refiere “...a todas las personas con VIH...”, este artículo debe ser preciso y definir ¿Cuál es la población objetivo de esta ley?

La atención integral de su salud, en el caso de los asegurados dentro del Seguro de Salud administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, tiene toda una normativa de obligaciones, deberes y responsabilidades, en el caso de la población que pretende dar cobertura este proyecto de ley, debe al menos definir ¿cuál es la base para el beneficio? Serán las condiciones socio económicas o sólo por portar esa enfermedad? Es esta ley aplicable solamente a las personas que están en condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica?

El Proyecto de Ley no refiere en ningún artículo quién financia todos esos servicios de salud integral. Por tanto, en caso de ser una persona que no lo cubra ninguna modalidad de aseguramiento, se requiere conocer si el Estado va a costear estas atenciones y también debe definir esta ley si el beneficiario no asegurado en ninguna modalidad de aseguramiento en caso de tener capacidad de financiar el pago de las atenciones por salud integral y portador del VIH-SIDA. Tampoco refiere el proyecto como se va actuar ante personas que no portan documentos de identificación, ¿Bajo qué derecho humano se le va a identificar para ser beneficiario a esta Ley?.

Respecto al tema ¿Qué se va a entender como habitante del país? Es importante que el proyecto aclare las condiciones para la población extranjera en relación a si se va a requerir que tenga una condición migratoria regular o es necesario que sea residente permanente.

2) *En el caso de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*

Debe la ley ser explícita y definir, en el caso del artículo 13 en lo relativo a realizar la prueba: ¿debe contarse con la referencia médica? Si es así, ¿la consulta médica se cobrará?

De no requerirse la referencia médica, deberá la Gerencia Financiera coordinar con la Gerencia Médica, la definición un protocolo de atención que incluya ¿Cómo se van a tratar los casos de personas no identificadas? ¿cómo se entregarán condones, que indica el artículo 12?

3) *El proyecto de ley indica que no se podrán suspender los retrovirales por ningún motivo administrativo o de otra índole, ART 45*

¿Qué ocurre cuando la persona tiene capacidad de pago y no es asegurada? ¿Debe la Caja Costarricense de Seguro Social facturar esos servicios de salud como un no asegurado con capacidad de pago?.

4) *Si el hecho de tener VIH-SIDA, le permite al portador usuario de los servicios de salud integral de la Caja Costarricense de Seguro Social no cumplir con los requisitos establecidos para la atención? Art 74 Reglamento del Seguro de Salud”*

2. La DIRECCION DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA, rindió el criterio respectivo mediante el oficio DCE-0227-06-2014 de fecha 16 de junio del 2014, señalando:

“(…) Además, es importante señalar que aunque se plantea que dicha ley pretende resolver la necesidad de que la atención al VIH cuente con recursos económicos propios, sostenibles y suficientes para atender las crecientes necesidades que presenta dicha condición, ningún artículo de la Ley contempla cómo se van a fortalecer los recursos económicos de la Caja Costarricense de Seguro Social para continuar y mejorar la respuesta a esta patología.

	PROPUESTA
Artículo 2. La atención de VIH es de interés público	El Estado y todas las instituciones públicas deberán asegurar.....
Artículo 4. Definiciones	...Mujeres y hombres con los que la persona con VIH mantiene o ha mantenido relaciones sexuales. Se considerarán contactos sexuales recientes....
Artículo 6. Integración del Conasida	Debería indicarse cuáles sectores del Gobierno y de sociedad civil así como que número de integrantes de cada uno. Se recomienda que se incluya un representante de la Dirección de Farmacoepidemiología de la Caja Costarricense de

	Seguro Social
Artículo 10. Derecho a la información sobre el VIH	Todas las personas sin excepción alguna tienen derecho a recibir información, comprensible, confiable, oportuna y científica sobre el VIH. sobre sexualidad, sobre salud reproductiva y sobre los medicamentos que recibe para su tratamiento, en todos los centros.....
Artículo 12. Derecho al acceso al condón femenino y masculino	...en los servicios de salud públicos, de acuerdo con la normativa nacional e institucional y según las posibilidades de la CCSS.....
Artículo 13. Derecho a la prueba de VIH	Se agrega: Para los pacientes que no son asegurados, el Estado deberá cubrir los costos de la prueba
Artículo 16. Derecho a los antirretrovirales de emergencia.	Todas las personas que, de acuerdo con el protocolo establecido institucional o Interinstitucional.....
Artículo 21. Derecho a la atención integral en salud	Todas las personas con VIH tienen derecho.... a todo tratamiento y avance científico y tecnológico que representen innovaciones terapéuticas reales tendientes a mejorar.....; de acuerdo con la normativa nacional e institucional. El Estado destinara cuando sea necesario financiamiento complementario al presupuesto de la CCSS para la adquisición de tecnología innovadora real.
Artículo 22. Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad	Todas las personas con VIH..... de acuerdo con las normas de seguridad que estén en las normas de seguridad farmacológica que estén en de la normativa nacional e institucional vigente.
Artículo 27. Derecho a seguros de vida y de salud	Solicitar criterio al Instituto Nacional de Seguros
Artículo 30. Deber de atender su salud	Las personas con VIH.....adherencia al tratamiento y seguimiento médico establecido.....
Artículo 43. Proveer antirretrovirales de emergencia	Agregar al final de este párrafo: Aquellos pacientes que no son asegurados deben emitir una declaración de su status económico y la razón por la que no es asegurado.
Artículo 45. Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros	La Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar.....y todos aquellos otros que sean necesarios, de acuerdo con la normativa institucional, paraEl tratamiento antirretroviral no será suspendido por ninguna razón administrativa o de otra índole, con excepción del criterio médico. En estos casos, el tratamiento deberá ser subvencionado por el Estado. A las personas extranjeras no aseguradas, se les cobrará el costo global de la atención al respectivo gobierno.
Artículo 66. Financiamiento de programas, albergues	El Estado podrá desinar recursos para el desarrollo de.... de las personas con VIH que requieren apoyo y para el tratamiento, según los lineamientos....
Artículo 77. Reglas	Se sugiere agregar:

	Ninguna persona con VIH podrá ser sometida a investigación experimental si no se cumple con las buenas prácticas de investigación clínica aceptada a nivel internacional
Artículo 82. Reformas del Código de Trabajo	<p>Agregar a ambos incisos:</p> <p>O cuando la persona con VIH discrimine a un compañero de trabajo o al patrono</p>

3. El AREA DE BIOETICA DEL CENDEISSS, rindió el criterio respectivo mediante el oficio CENDEISSS-AB-224-06-2014 de fecha 19 de junio del 2014, señaló:

*“En respuesta a su solicitud sobre rendir criterio del proyecto
“REFORMA INTEGRAL DE LA LEY GENERAL DE VIH” Expediente N°
18.903*

Para el análisis de este proyecto de ley se considera la protección de los derechos fundamentales que se encuentran plasmados en la Constitución Política de Costa Rica y en los tratados, convenios e instrumentos internacionales de derechos humanos, entre estos el derecho a la igualdad, a la intimidad, a la integridad, a la proporcionalidad y razonabilidad, a la no discriminación y al acceso a servicios de salud, el cual para los efectos del proyecto puesto en conocimiento, derecho a la salud. Asimismo, los principios bioéticos de no-maleficencia, beneficencia, justicia distributiva y autonomía, planteados por T. L. Beauchamp y J. F. Childress, en su obra “Principles of Biomedical Ethics”, y otros principios derivados de estos, como la eficiencia en la utilización de los recursos, la responsabilidad individual, institucional y social y la ética del cuidado. Además, se identifican los principios filosóficos de la Caja de universalidad, equidad, igualdad, obligatoriedad, solidaridad, subsidiaridad y unidad, así como sus valores. A la vez, se consultaron los siguientes documentos:

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.*
- *Pacto de San José, 1969.*
- *ONU. Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad, de 10 de noviembre de 1975.*
- *UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, de 11 de noviembre de 1997.*
- *UNESCO. Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras, de 12 de noviembre de 1997.*
- *UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 19 de octubre de Principios bioéticos de No-maleficencia, Beneficencia, Justicia Distributiva y Autonomía, planteados por T. L. Beauchamp y J. F. Childress, en su obra “Principles of Biomedical Ethics”.*

Criterio técnico

Desde la perspectiva bioética, si bien la intención de la “Reforma Integral de la Ley General de VIH”, beneficia a los pacientes portadores de esta condición introduciendo elementos desde el enfoque de género, de derechos humanos y diversidad, elementos que respetan el principio bioético de beneficencia, así como el respeto de derechos de los pacientes y la protección de población vulnerable, no consigue un adecuado equilibrio de todos los principios bioéticos, ya que roza los principios de no-maleficencia y justicia en razón de la sostenibilidad de la atención y no valora una discriminación justa por razones clínicas (médicas). Mucho de esto se da porque el proyecto en sí no da un valor agregado a la vigente ley en dicha materia, ello por no lograr amalgamar una estructura rectora a nivel nacional que de soporte al Ministerio de Salud y a la CCSS principalmente (sin olvidar al sector privado de la atención de la salud). Por ello el legislador por responsabilidad política debe solicitar a la CCSS, un estudio sobre el costo de brindar métodos de barrera así como tratamientos contra el virus en casos de emergencia y los tratamientos profilácticos que se especifican en la propuesta de reforma de ley, a fin de no violentar la sostenibilidad del sistema de atención de salud pública de nuestro país.

Análisis del articulado

Se analizaran los artículos de mayor conflicto bioético:

Desde el artículo 1.- el texto resulta confuso ya que de manera tardía explica el objeto que la ley pretende regular, por ello se considera oportuno cambiar la palabra objetivo por objeto, ya que la ley propone regular la promoción de estilos de vida saludable sin definir en qué área pretende hacerlo.

En el artículo 2.- el legislador debe recordar la creación de las contralorías de servicios, mediante la Ley 8239, a fin que no se interprete que las instituciones deben considerar crear instancias nuevas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.

En el artículos 3.- se expone en el mismo sentido que el artículo 1.- debe circunscribirse a las personas con VIH y sida, ya que hay elementos jurídicos que protegen los derechos fundamentales desde la Constitución Política, por lo que caemos en redundancia, se comprende que en la población en general se debe prevenir el contagio, pero ya diversas normas protegen sus derechos fundamentales.

Preocupa enormemente lo citado en los artículos 5.- y 6.- sobre a creación de la Comisión Nacional de VIH y su integración respectivamente, ya que el proyecto no especifica parámetros mínimos delejando en el poder ejecutivo la conformación y funciones de tan importante órgano.

El legislador podría fomentar la creación de una estructura técnica, estableciendo los distintos grados técnicos y las áreas de estudio de los integrantes, asimismo la integración política que dicha comisión requiere para conseguir el apoyo en las diversas instancias políticas del país.

Otro elemento que se olvida en los artículos 5.- y 6.- es el “control social”, que podría darse si el legislador considera la participación de pacientes con la condición que se pretende regular, de tal manera que uno de los miembros de la comisión (CONASIDA) podría ser perfectamente un paciente portador de VIH o sida.

Si bien se considera importante rescatar que la CCSS, dispense métodos de barrera (condones) con fines preventivos para hacer frente a un problema de salud pública; esta materia de la cual es principalmente ejecutora el Ministerio de Salud, pero la CCSS como prestadora del servicio de atención, le compete dicho servicio el cual pese al costo si se establece la relación costo/beneficio se considera viable, pero debería establecerse en el proyecto de ley la fuente de recursos para dicho propósito.

En los artículos 13.-, 15.- y 16.- preocupa la carga económica para la CCSS, hasta el momento desconocida, que supondría estas nuevas disposiciones legales, siendo que no se consignan fuentes frescas de financiamiento para su sostenibilidad de estos nuevos servicios extendidos a poblaciones no aseguradas.

En la misma línea de pensamiento el art. 21.- y 22.- resultan ambiguos en la responsabilidad que tienen las diversas instituciones de salud en relación con el “Derecho a la atención integral en salud” y el “Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad”.

En el artículo 24.- que trata sobre el derecho a la confidencialidad, se excluye la obligatoriedad de las personas con VIH a comunicar a los profesionales en salud competentes, (médicos, enfermería y microbiología principalmente), por factores de bioseguridad y protección a este personal, lo anterior para que no riña con él artículo 4.- (Deberes) de la ley 8239 que establece la obligatoriedad de las personas usuarias de entregar información al proveedor de cuidado médico.

En el artículo 26.- que reza sobre el “Derecho a la consejería”, el proyecto de reforma no especifica si para efectos de la CCSS, se debe incluir a las personas no aseguradas, a fin que dicho rubro por concepto de atención psicológica, médica o de trabajo social sea recargada al Estado, a fin de no afectar la sostenibilidad del sistema de atención médica a nivel público. En este mismo sentido debe valorarse el art 42.-, ya que ambos imponen nuevas funciones a la CCSS, sin esclarecer las fuentes de financiamiento, violentando el principio bioético de justicia distributiva.

Se recomienda el artículo 43.- “Proveer antirretrovirales de emergencia”, deba ser analizado desde el principio de justicia, la población menor de edad está cubierta por el estado, así como otras poblaciones son cubiertas por el estado, pero es importante la cobertura con seguros laborales ya sea por el INS u otro ente, por parte de los patronos a sus empleados, con el fin de no cargar dichas costas al Seguro Social.

En el artículo 46.- sobre Obligación de guardar confidencialidad, el legislador debe valorar incluir: “y en razón de salud pública”, dicho motivo es justificante para violentar de manera proporcionada el principio de confidencialidad.

Sobre la “Realización de pruebas consentidas” (art. 47) y sus excepciones, se omite el caso de mujeres embarazadas en donde se debe protección al feto/embrión en virtud de evitar la transmisión vertical. Embarga sobre manera el recargo que se hace a la CCSS en el artículo 55.- que trata sobre “Atención especializada en salud”, en donde la CCSS, deberá asumir el costo de internamientos que se efectúen potencialmente sin criterio médico, mientras el Ministerio de Justicia condiciona su infraestructura, como puede verse el legislador omite la fuente para financiar dicha atención médica.

En el artículo 63.- de Excepciones a la confidencialidad Debe valorarse incluir dentro de las excepciones riesgo a la salud pública como se mencionó anteriormente en el artículo 46.-.

En el artículo 77 referente a investigaciones relativas al VIH el artículo resulta ambiguo al haber claridad a las leyes que debe restringirse el equipo de investigación. Asimismo el artículo no establece claramente elementos mínimos a cumplir sobre el principio de confidencialidad durante la investigación, no establece la garantía de confidencialidad de la información desde la propuesta de investigación a nivel de selección de la población a estudiar, hasta el cierre del estudio y para casos clínicos o estudios cualitativos no elimina todo identificador de dicho caso.

En la misma línea el art. 77.- no integra o establece la consejería en la labor de investigación siempre o bien sus excepciones a fin de no entorpecer los fines de esta, en cuyo caso se postergara para el final de la investigación. Asimismo no incluye la estratificación de la población según sexo y edad. En base a lo anterior el legislador debe revisar dicho artículo a la luz de la reciente aprobación de la Ley de Investigación Biomédica.

Conclusión

De esta manera puede observarse que nos encontramos frente a un proyecto de ley ambiguo, reiterativo en algunos artículos, sin que esto sea necesario, y que persigue sin lograrlo conseguir el respeto de derechos que ya están a nivel legal y constitucionalmente protegidos.

No consigue tampoco la participación de pacientes, no logra, así una discriminación positiva.

El proyecto de ley no establece un sistema de control, de seguimiento inequidades o bien la acreditación de los responsables de la atención en diversas áreas, salud educación entre otros.

El proyecto de ley no valora la sostenibilidad del sistema de salud.

Por último no logra el objetivo que debería perseguir un proyecto de ley que verse sobre un problema de salud nacional que es la participación de la comunidad para lograr un no abandono social de estas personas.”

CRITERIO JURIDICO

La Gerencia Médica procedió a solicitar el criterio Jurídico respectivo sobre el proyecto, el cual fue emitido por parte de la Licda. Ana María Coto Jiménez, mediante el oficio GM-AJD-5372-2014 de fecha 19 de junio del 2014, indicando:

“(…) II. SOBRE LA AUTONOMÍA INSTITUCIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD

En principio, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino

además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”⁵.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

*Sobre el particular cabe señalar que en lo que se refiere a la garantía del derecho a la salud, existe obligación legal por parte del Estado en cuanto a velar por la salud pública (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resoluciones N.º 916-2009, 18803-2008, 18804-2008, 18850-2008) y en consecuencia las **autoridades públicas tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para su protección**, ante lo cual es un **imperativo constitucional que los servicios de salud sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celer** (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Resolución N.º 16047-2008 y otras). Dentro de dicho contexto, las instituciones públicas encargadas de velar por la protección de la salud de la población pueden adoptar las medidas, que el ordenamiento jurídico les autoriza, para alcanzar este objetivo.*

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

El derecho a la salud es un derecho fundamental inherente a toda persona, el cual se encuentra tutelado desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, reiterado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998,

⁵ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

siendo reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los cuales se encuentran lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁶, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷ y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁸.

Cabe agregar que la salud pública, tiene una doble finalidad: de prevención, ejerciendo un control efectivo de las enfermedades infecciosas, incluidas las de transmisión sexual, y de curación mediante la prestación de servicios de salud. Sus objetivos secundarios tendrían por finalidad aminorar las consecuencias de la enfermedad, garantizando a cada individuo la mejor atención sanitaria posible.

También resulta importante indicar que, la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU⁹, el cual fue creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se constituye en una observación general sobre el derecho a la salud. Dentro de ésta se encuentra establecido en el Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas:

“La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”

⁶ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1^{ero}: “los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y el párrafo 2^{do} dispone diversas medidas que “deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

⁸ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: “1.Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2-Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”

⁹ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000,

*Del artículo supra citado se exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genérica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. Así también, como los elementos básicos esenciales que deben ser considerados para garantizar el pleno disfrute de este derecho, como lo son **la adaptabilidad, la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad**, siendo que además, los servicios requeridos para atender a la población deberán estar al alcance de los grupos más vulnerables, entre los que destacan las mujeres, los niños y las personas con VIH/SIDA.*

En nuestro país, tanto el derecho a la vida como el derecho a la salud, el cual es derivado del primero, encuentran el sustento legal a partir del artículo 21 de la Constitución Política que establece que la vida humana es inviolable, así como el artículo 50 de la carta magna. Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 1º establece que la salud es un bien de interés público, mientras que el numeral 2 de dicho cuerpo normativo dispone que es función esencial del Estado velar por la salud de la población.

Sobre este punto, la jurisprudencia judicial ha señalado, lo siguiente:
“En cuanto al derecho a la salud, es importante aprovechar el contexto que nos presenta el caso en estudio para aclarar que, si bien nuestra Constitución Política no contempla en forma expresa ese derecho -aunque sí se preocupa de regular expresamente los aspectos con ella relacionados, catalogados como parte de los derechos constitucionales sociales, como el derecho a la seguridad social-, no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que éste -el derecho a la vida- es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan. Se dice con razón, que el ser humano es el único ser de la naturaleza con conducta teleológica, porque vive de acuerdo a sus ideas, fines y aspiraciones espirituales, en esa condición de ser cultural radica la explicación sobre la necesaria protección que, en un mundo civilizado, se le debe otorgar a su derecho a la vida en toda su extensión, en consecuencia a una vida sana. Si dentro de las extensiones que tiene éste derecho está, como se explicó, el derecho a la salud o de atención a la salud ello incluye el deber del Estado de garantizar la prevención y tratamiento de las enfermedades. (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N° 1915-1992 de las catorce horas doce minutos del 22 de julio de 1992)

Ahora bien, respecto al numeral 1 antes citado de la Ley General de Salud, el autor Román Navarro, ha señalado que en dicha norma hay plasmado un interés coincidente de los ciudadanos, población en conjunto y de cada uno en particular, de proteger, recuperar, conservar o restaurar la salud de la población en general y por ende, cada individuo tiene el interés de conservar o recuperar la salud o prevenir la enfermedad.¹⁰

Por todo lo anteriormente expuesto, queda claro entonces que el garantizar el derecho a la salud en aspectos de prevención, conservación entre otros, resulta ser un deber no solo del Estado como tal, incluidas las instituciones destinadas para tal fin, sino que es un deber de cada individuo velar por su salud, tomando en consideración la afectación que puedan sufrir terceras personas por la omisión a tal deber.

Cabe señalar que el VIH-SIDA se ha convertido en una epidemia que representa un problema de salud pública, generando uno de los retos más grandes para los derechos humanos a nivel mundial. Para lograr el cumplimiento de los derechos humanos en relación con el VIH-SIDA, mediante diferentes tratados internacionales se ha impuesto a los Estados la obligación de crear las condiciones necesarias para ello mediante medidas legislativas, políticas, económicas, sociales y otras.

Esto se refleja en los datos que demuestran cómo ha variado el perfil de la epidemia en el país. El VIH está altamente relacionado con patrones socioculturales, entre ellos la violencia intrafamiliar y la drogodependencia, que impactan en la vida cotidiana de mujeres, hombres, adultos mayores y niñez; es por ello que la promoción de estilos de vida saludables puede hacer una diferencia muy importante en la reducción de la tasa de infección en el país.

Ante dicho contexto, se debe aclarar que los instrumentos internacionales en cuanto al tema, como lo es la Declaración de San Salvador: Género, Violencia y VIH, aprobada en la tercera sesión plenaria, celebrada el 5 de noviembre de 2007, ha establecido dentro de su texto el deber de los Estados a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral; y promover el acceso^{11/} a los servicios de salud y medicamentos, incluyendo medicamentos genéricos y productos farmacéuticos conexos.

La Sala Constitucional la cual ha precisado:

¹⁰ Navarro, Román, Derecho a la Salud, San José, Costa Rica. 2010.

¹¹. La Delegación de los Estados Unidos subrayó que la sostenibilidad es un componente esencial para ampliar el acceso y que una evaluación real de los costos asociados con la provisión de servicios relacionados con el VIH/SIDA es un requisito previo a la sostenibilidad; no existen programas “gratuitos” a un nivel superior. Además, Estados Unidos observó que en ciertas intervenciones de VIH/SIDA, como las campañas sociales de mercadeo, los programas “gratuitos” pueden no ser el enfoque más eficaz para lograr los resultados deseados.

“... la prestación de efectivo auxilio médico a los enfermos de SIDA es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan el régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política y de la misión que esta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social.”¹²

No obstante lo anterior, y si bien es una obligación de la Institución brindar la atención médica de forma integral a las personas con diagnósticos de VIH-SIDA, esta se debe brindar de acuerdo a la normativa establecida observándose el aseguramiento de la persona bajo los diferentes regímenes, salvo en caso de emergencia, tomando en consideración los principios de seguridad social. Lo anterior, sin dejar de lado que es deber de ésta población resguardar su salud personal así como la de terceras personas, más aun tratándose de una enfermedad transmisible de ésta índole, lo anterior con el fin de evitar que otras personas se vean contagiadas de dicha enfermedad y no provocar un caos en la salud pública del país.

Es por ello que la Ley General de Salud en su artículo 9, ha establecido que es deber de toda persona velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes

Bajo esta misma línea de pensamiento, el artículo 162 de la Ley General de la Salud establece:

“Las personas afectadas por enfermedades transmisibles están obligadas a someterse al tratamiento correspondiente, pudiendo utilizar para tal efecto los servicios públicos de salud en la forma que el reglamento lo determine.

Los pacientes de lepra, tuberculosis y enfermedades venéreas, quedan especialmente obligados a someterse al tratamiento, gratuito de su enfermedad o continuarlo si lo hubieren suspendido, salvo que acrediten debidamente, ante la autoridad sanitaria correspondiente, que están siendo tratados en instituciones privadas o por un médico particular”.

A nivel nacional, ésta temática ha sido uno de los objetivos a cumplir en el Plan Estratégico Nacional VIH 2011-2015 elaborado por el Ministerio de Salud, ente rector del sector salud, al cual le compete la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como la movilización que impactan los determinantes de la salud de la población. Así también se ha establecido como uno de los objetivos del desarrollo del milenio 2015.

¹² Sala Constitucional, Voto 5934 de las 18:39 horas del 23 de setiembre de 1997.

III. SOBRE EL PROYECTO EN CUESTIÓN

De la revisión del proyecto de ley en cuestión se desprende que se trata de una reforma integral que contiene un total de 85 artículos, la cual tiene como propósito actualizar la Ley General de VIH y Sida, de manera específica, repropone alcanzar los siguientes objetivos:

- 1. Fortalecer el Conasida.*
- 2. Identificar y definir un mecanismo sostenible de financiamiento de la Política y del Plan Estratégico Nacional de VIH.*
- 3. Mejorar las estrategias de promoción y prevención en VIH en el sistema de salud y en el Sistema de Educación.*
- 4. Fortalecer los servicios de atención integral en salud.*
- 5. Garantizar la estabilidad laboral de las personas con VIH.*
- 6. Fortalecer la garantía de los derechos de las personas con VIH.*
- 7. Readecuar el esquema de sanciones de las faltas y delitos relacionados con el VIH.*
- 8. Incorporar al texto de la ley un enfoque y una terminología acorde con las tendencias actuales de respeto a la dignidad de las personas.*
- 9. Señalar las obligaciones del Estado con respecto al VIH.*

El proyecto se observa que tiene por objetivo la promoción de estilos de vida saludable y la prevención del VIH, la atención integral, la investigación y la vigilancia epidemiológica; así como la garantía de la calidad de vida de todas las personas y en particular de las personas con VIH y Sida y sus allegados, con enfoque de derechos humanos, de género y de diversidad y con especial énfasis en las poblaciones que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad.

Tomando en consideración lo anterior y una vez analizado el proyecto de Ley en cuestión, me permito detallar a continuación las observaciones que jurídicamente se considera deberá valorar la Administración para el dictamen que sea finalmente remitido a la Asamblea Legislativa.

- 1. El proyecto de ley es reiterativo en su contenido sobre temas como antirretrovirales, confidencialidad entre otros.*
- 2. El proyecto de ley analizado viene a imponer una serie de obligaciones al ente prestador de servicios de salud, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento del mismo, es decir, no se valora la sostenibilidad del sistema de salud como tal.*
- 3. Por otro llama la atención que dentro del proyecto se señala la atención gratuita a toda la población sospechosa o portadora de VIH, este o no asegurada, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema, toda vez que si bien existe un régimen de seguridad social,*

lo cierto es que se basa sobre un aporte tripartito (Estado, Patrono y trabajador), el cual se estaría incumpliendo, en ese sentido es importante indicar que la Caja brinda actualmente a dicha población, la atención integral en salud, tomando en consideración que esta se encuentra asegurada bajo alguno de los regímenes, no obstante en cuanto a la condición de no asegurados, se debe indicar que para la prestación de servicios, a no asegurados, es aplicable lo dispuesto en el artículo 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud sobre el cobro de los servicios, antes del tratamiento, salvo que se trate de una urgencia donde el cobro puede ser después. Los numerales 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud, señalan en lo conducente lo siguiente:

"Artículo 61.-

De la prestación de servicios a no asegurados

En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurados antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución."

"Artículo 74.-

De los requisitos formales para recibir atención médica

Para demandar los servicios, los asegurados deberán acreditar su condición con los documentos que exija la Caja (tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango, carné de asegurados, o cualquier otro que se considere conducente para la identificación correcta de quien demanda tales servicios)."

Por lo anterior, si bien la Caja tiene la obligación de brindar atención médica a los no asegurados, lo cierto es que éstos también tienen que cumplir una serie de requisitos preestablecidos. Si un no asegurado acude a un centro médico debe ser atendido inmediatamente en caso de emergencia, pudiendo cobrarse posteriormente el servicio brindado. Asimismo, si no es una situación de emergencia, también debe ser atendido, si paga previamente el monto correspondiente.

En ese sentido, el Tribunal Constitucional en la resolución número 2006-013893 de las 16:26 horas del 19 de setiembre de 2006, indicó: "...aún para los costarricenses, la protección de su derecho a la salud se encuentra sujeta al cumplimiento de los diferentes requisitos que para acceder a la seguridad social fija el ordenamiento jurídico, de suerte que, por ejemplo, si se cuenta con recursos suficientes, el principio de solidaridad –de rango constitucional, según los artículos 73 y 74 de la Carta Política- compele a cubrir las cargas económicas que correspondan."

No obstante, en los casos de no asegurados que no cuenten con recursos económicos, estos podrán realizar el trámite de solicitud de “seguro por el Estado”.

En consecuencia, se considera que la población a la que se dirige el proyecto de ley, deben ser atendidas en caso que cuenten con algún tipo de aseguramiento y en el caso de las personas en condición de no asegurado, podrán ser atendido en casos de urgencia y posteriormente proceder a cobrarle dicha atención y en los casos que no sea emergencia deberá ser atendido siempre y cuando cuente con el seguro correspondiente.

- 4. Se omite en el proyecto de Ley incluir un artículo referido a su ámbito de aplicación, aspecto que debe incluirse por seguridad jurídica.*
- 5. En el artículo 2 de “la atención integral del VIH es de interés público”, se debe incluir en primer término al Estado, ya que como se ha señalado en líneas arriba dentro de todos los instrumentos internacionales se hace referencia a que es el Estado el obligado a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral; además de promover el acceso a los servicios de salud y medicamentos. Por lo anterior, se recomienda que dicho artículo se lea así: “ **Artículo 2.- La atención integral del VIH es de interés público. La atención integral del VIH es de interés público, por lo que el cumplimiento de todas las disposiciones contenidas en la presente ley son de acatamiento obligatorio. El Estado y todas las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer todos sus derechos y deberes en relación con el VIH.**”*
- 6. En el artículo 5 de la “Creación de la Comisión Nacional de VIH”, no se indica por cuales instituciones y sectores estará conformada dicha comisión, por lo que resulta necesario que se indique en concreto cuáles serán las instituciones y sectores representes así como el número de ellos.*
- 7. En cuanto a lo regulado en el artículo 12 “Derecho al acceso al condón femenino y masculino” se hace referencia a que será los servicios de salud públicos quienes darán acceso a dicho insumo. No obstante, si bien es cierto dicha práctica resulta ser una estrategia de salud pública preventiva y que eventualmente genera impacto en el sistema de salud, lo cierto es que debe realizarse según la normativa institucional y según las posibilidades con las que la Caja cuente, evitando que se provoque un uso irracional de los recursos. En ese sentido se recomienda que dicho artículo se lea: “Todas las personas tienen derecho al acceso oportuno y gratuito al condón femenino y masculino de calidad en los servicios de*

salud públicos, de acuerdo con la **normativa nacional e institucional y de acuerdo a las posibilidades de la Caja Costarricense de Seguro Social**. A ninguna persona se le negará este derecho y el Estado procurará el cumplimiento de esta disposición”.

8. En el artículo 13 propuesto se indica que todas las personas tienen derecho al acceso a la prueba de VIH, a fin de que se realice de manera oportuna y gratuita. Al respecto se debe señalar que como bien se indicó líneas arriba **no se evidencia quien asumirá los costos de dichas pruebas**, ya que se indica que serán “gratuitas” y en el momento que cualquier persona la solicite; así también debe señalarse que las pruebas se realizarán no solo con base en la normativa nacional sino también con base en la normativa institucional.
9. En el artículo 16 “Derecho a antirretrovirales de emergencia” debe tomarse en consideración que en los casos de accidentes laborales, existe un ente (INS) que por competencia le corresponde atender dichos casos, no se prevé ni se establece tácitamente, el financiamiento para dicho objetivo, simplemente se deja abierto a que serán los establecimientos públicos de salud los que darán acceso a dichos tratamientos. Se recomienda que se defina en dicho artículo la obligación de cada ente según las competencias asignadas por el legislador, tomando en consideración que en caso de riesgos laborales corresponderá al patrono, por lo que en los casos donde una persona portadora de VIH sufra un riesgo laboral, y se omita la póliza de riesgo del trabajo, la Caja deberá realizar el cobro respectivo por las atenciones médicas brindadas, según lo establece el artículo 232 del Código de Trabajo.
10. En el artículo 21 sobre el “Derecho a la atención integral en salud”, se debe tomar en consideración que dicho objetivo será **según la normativa nacional e institucional y en función del análisis de medicina basada en evidencia y seguridad**. En ese sentido se recomienda que dicha frase sea agregada al artículo en mención.
11. En el artículo 22 “Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad”, se recomienda agregar que será **de acuerdo a las normas de seguridad farmacológicas que estén vigentes en la normativa nacional e institucional**.
12. En el artículo 26 “Derecho a la consejería”, no se evidencia si sobre éste se incluyen las personas no aseguradas o si el Estado se hará cargo del costo de dicha atención médica o quien asumirá esos costos.
13. En el artículo 45 “Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros”, se recomienda que el mismo se lea así: “ La Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos, los medicamentos

antirretrovirales y todos aquellos otros que sean necesarios para la atención de las personas con VIH, de manera oportuna, de acuerdo con las normas de seguridad farmacológica, análisis de medicina basada en evidencia, costo- eficiencia y los respectivos protocolos de atención(...)”

14. En artículo 47 “Realización de Pruebas consentidas”, se considera importante agregar el caso de las mujeres embarazadas, esto tomando en consideración que eventualmente podría verse afectado el embrión, por medio de una transmisión perinatal, poniéndose en riesgo vital al mismo.
“

ANALISIS INTEGRAL ENTRE EL PROYECTO DE LEY CON LA LEY VIGENTE

Según lo acordado por la Junta Directiva en la sesión N°8721 del 26 de junio del 2014, se detalla a continuación el cuadro de análisis del proyecto de ley consultado y la Ley General sobre el VIH Sida vigente.

Marco estratégico para la respuesta al VIH

La Institución en aras de salvaguardar el derecho a la vida y por ende el de la salud de la población con diagnósticos de VIH, ha implementado acciones estratégicas que responde a la Política Nacional del VIH, MS, 2008 y a la respuesta nacional al VIH y sida “PLAN OPERATIVO ANUAL INTERSECTORIAL POA – 2011-2015”.

Bajo ese contexto, le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, las siguientes líneas estratégicas:

- Línea Estratégica 2: Promoción y Prevención
Objetivo 2: “Fortalecimiento del acceso y cobertura de los servicios de Promoción y prevención”
- Distribución de condones
- Sangre Segura
- Tamizaje mujer embarazada y Tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de Transmisión Materno Infantil.

Línea Estratégica 3: Vigilancia de la Salud, Monitoreo y Evaluación

Objetivo 3: “Fortalecimiento de los sistemas de Información en VIH”

- SINVIH
- Vigilancia y control de Infecciones Transmisión Sexual en Mujeres Trabajadores Sexuales, población trans femenina y Hombres teniendo sexo con hombres.

Línea Estratégica 4: Atención Integral y TARV

La Línea estratégica 2, específicamente la Gerencia Médica ha incluido Acciones Estratégicas Gerenciales PND 20011-2014, el cual obedece a Fortalecer la Atención Integral de la mujer embarazada con VIH, a fin de ésta durante el 2014 se mantenga al menos un 95% el porcentaje de embarazadas VIH positivas recibiendo el TARV.

Por otro lado es importante recalcar que la Institución ha fortalecido la atención integral a la persona con VIH, manteniendo el aprovisionamiento de tratamientos antirretrovirales de dosis simplificadas, así mismo el fortalecimiento de los procesos de consejería y atención psicológica a las personas que son atendidas en los servicios de salud. No obstante, dicha atención se brinda actualmente a la población que cuenta con alguna modalidad de aseguramiento, salvo los casos de mujeres embarazadas durante su estadio prenatal, mismo que se interrumpe en el período post – natal si ésta no tuviere alguna modalidad de aseguramiento. Así mismo, resulta preocupante la atención que se brinda en aquellas personas con VIH y en tratamiento que están cubiertas bajo una modalidad de aseguramiento por contrato laboral, el cual se interrumpe al momento de fenecer la relación laboral, tomando en consideración que el tratamiento es de por vida y con el riesgo de potenciar resistencia antimicrobiana y poca adherencia a los esquemas terapéuticos disponibles nacional e internacionalmente.

Aunado a lo anterior, de seguido se analiza la modificación de la ley actual frente a la propuesta de proyecto, específicamente a los artículos en los cuales se evidenció una discrepancia con las regulaciones existentes.

1. Enfoques

El enfoque de la Ley Vigente 7771 (mayo 1998) está centrado en la atención de la enfermedad y en la atención de las personas con VIH, y muy poco en la promoción y en la prevención.

El enfoque primordial de este Proyecto de Ley va encaminado a fortalecer la prevención del VIH, a incrementar la promoción de estilos de vida saludable y la prevención temprana para reducir la carga en la atención del VIH.

2. Financiamiento

El financiamiento NO fue previsto en la Ley vigente.

Uno de los contenidos más importantes de este Proyecto de Reforma de Ley es el planteamiento de elevar a rango de Ley el CONASIDA, ya que fue promulgado vía Decreto Ejecutivo 27894-S, junio 1999.

Así mismo busca que la Atención del VIH cuente con recursos propios, sostenibles y suficientes para atender la creciente necesidades de la pandemia. No obstante **NO** explicita claramente de donde van a provenir dichos recursos.

En ningún artículo de la Ley se contempla cómo se van a fortalecer los recursos para financiar los servicios de Atención Integral de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social para continuar y mejorar la respuesta a esta patología.

3. Atención integral a las personas NO aseguradas

Ni la ley vigente, ni la Reforma de Ley contemplan las condiciones especiales para las personas que NO están cubiertas por ninguna modalidad de aseguramiento.

4. Otros puntos de interés:

4.1. Exclusiones en el Proyecto de Reforma de Ley

Sobre este punto es importante destacar que el proyecto de ley en cuestión no contempla lo relacionado a la Vigilancia Epidemiológica, lo cual regula la ley en la materia vigente en los siguientes artículos:

Artículo 16.- Formalidades de la comunicación

Artículo 17.- Notificación al paciente

Además es importante tomar en consideración que la ley vigente regula la actuación dolosa del trabajador de la salud desarrollando algunas actuaciones sancionatorias como lo son la violación de la confidencialidad y comercialización de productos humanos, la negativa a la brindar atención, negativa a comunicar, solicitud ilegal de la prueba, discriminación e incumplimiento de las medidas universales de bioseguridad, dichas normas en el proyecto de ley en mención no se establecen expresamente si no que en el capítulo XII sobre reforma de Leyes, establece la reforma del artículo 373 del Código Penal el cual regula la discriminación, así como la reforma en el Código de trabajo de los artículos 71, 81 y 83.

Por lo anterior, se deben de tomar en cuenta las siguientes observaciones generales al proyecto consultado:

1. Es conveniente actualizar la información epidemiológica que consta en su exposición de motivos por motivo que la que ahí se expone data del año 2006.
2. El proyecto de ley es reiterativo en su contenido sobre temas como profilaxia por antirretrovirales, confidencialidad entre otros, ya que varios artículos hacen referencia a dichos temas.
3. El proyecto de ley analizado viene a imponer una serie de obligaciones al ente prestador de servicios de salud, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento del mismo, es decir, no se valora la sostenibilidad del sistema de salud como tal.
4. Por otro lado llama la atención que dentro del proyecto se señala la atención gratuita a toda la población sospechosa o portadora de VIH, este o no asegurada, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema, toda vez que si bien existe un régimen de seguridad social, lo cierto es que se basa sobre un aporte tripartito (Estado, Patrono y trabajador), el cual se estaría incumpliendo, en ese sentido es importante indicar que la Caja brinda actualmente a dicha población, la atención integral en salud, tomando en consideración que esta se encuentra asegurada bajo alguno de los regímenes, no obstante en cuanto a la condición de no asegurados, se debe indicar que para la prestación de servicios, a no asegurados, es aplicable lo dispuesto en el artículo 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud sobre el cobro de los servicios, antes del tratamiento, salvo que se trate de una urgencia donde el cobro puede ser después.

5. Se omite en el proyecto de Ley incluir un artículo referido a su ámbito de aplicación, aspecto que debe incluirse por seguridad jurídica.

De seguido procedemos a realizar un análisis de cada uno de los artículos propuestos:

LEY VIGENTE	PROYECTO DE LEY	OBSERVACIONES
<p>OBJETIVO Tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República.</p>	<p>OBJETIVO La promoción de estilos de vida saludable y la prevención del VIH, la atención integral, la investigación y la vigilancia epidemiológica; así como la garantía de la calidad de vida de todas las personas y en particular de las personas con VIH y sus allegados, con enfoque de derechos humanos, de género y de diversidad y con énfasis en las poblaciones de vulnerabilidad.</p>	<p>El proyecto de ley analizado viene a imponer una serie de obligaciones al ente prestador de servicios de salud, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento de la implementación de la ley y de la Atención Integral del VIH, implicando</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacto financiero - Impacto en la prestación de servicios de salud. - Impacto en la gestión
	<p>LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH ES DE INTERES PUBLICO ART. 2</p>	<p>En este artículo de “la atención integral del VIH es de interés público”, <u>se debe incluir en primer término al Estado</u>, ya que como se ha señalado en líneas arriba dentro de todos los instrumentos internacionales se hace referencia a que es el Estado el obligado a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral.</p>

<p>Artículo 2.- Definiciones</p>	<p>DEFINICIONES ART. 4</p>	<p>En este artículo se recomienda incluir los términos de: <u>hemoderivados y hemocomponentes</u>. <u>Pues no son sinónimos dado que en materia de los productos que separan por métodos físicos de la sangre donada se denomina hemocomponente, y hemoderivado son los que se producen con medios industriales como los factores de la coagulación, y la albúmina.</u></p>
	<p>RESPECTO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES. ART. 3</p>	
<p>Artículo 3.- Respecto de los derechos fundamentales Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y el Sida garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República.</p>	<p>COMISION NACIONAL DE VIH ART. 5</p>	<p>En el artículo 5 de la “Creación de la Comisión Nacional de VIH”, no se indica por cuales instituciones y sectores estará conformada dicha comisión, <u>por lo que se sugiere que se indique en concreto cuáles serán las instituciones y sectores representes así como el número de ellos.</u></p>
	<p>EN EL CAPITULO III Y CAPITULO IV SE ESTABLECEN LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH</p> <p>DERECHOS -Derecho a vivir en un entorno libre de estigma y discriminación.</p>	<p>El proyecto de ley contiene artículos reiterativos en diferentes temas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Derecho a una vida sexual satisfactoria y segura -Derecho a la información sobre el VIH -Derecho a la educación integral para la sexualidad. -Derecho a la igualdad y no discriminación -Derecho al desarrollo -Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones -Derecho al ejercicio de la sexualidad responsable y segura -Derecho a seguros de vida y de salud -Derecho de acceso a la justicia -Fuero opcional por VIH <p>DEBERES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deber de atender su salud. Art. 30 -Deber de comunicar a sus contactos sexuales. Art. 31 -Responsabilidades civiles y penales. Art. 32 	
<p>Artículo 6.- Derecho a información sobre la salud Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico.</p>	<p>DERECHO A LA INFORMACION SOBRE VIH ART. 10</p> <p>DERECHO A LA INFORMACION ART. 14</p> <p>Todas las personas tienen derecho a ser informadas en forma objetiva y veraz para la realización de las pruebas de VIH, la prescripción de tratamientos y medicamentos (...)</p> <p>DERECHO A COMUNICACIÓN E INFORMACION ART. 23</p>	<p>En cuanto al tema de derecho a la información el proyecto de ley es reiterativo y fragmentado</p> <p>Se sugiere revisar esa redacción e integrar los artículos de forma tal que el texto resulte más acorde.</p>

	DERECHO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ART. 25	
<p>Artículo 7.- Derecho a la atención integral en salud Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a asistencia médica quirúrgica, psicológica y de enfermería; además, a todo tratamiento que le garantice aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.</p> <p>Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH-Sida.</p> <p>Los médicos tratantes deberán presentar, a la Caja Costarricense de Seguro Social, reportes sobre la aplicación de dichos medicamentos. El reglamento de esta ley determinará condiciones, periodicidad y demás requisitos de esos informes.</p>	<p>DERECHO A LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD ART. 21</p> <p>Todas las personas con VIH tienen derecho a la atención integral de su salud, y a las prescripción y despacho oportuno de los medicamentos antirretrovirales de calidad; además a todo tratamiento y avance científico y tecnológico tendiente a mejorar su calidad de vida o bien que le garantice la atención de su salud y que responda a sus necesidades y características particulares según edad, género y diversidad sexual de acuerdo a la normativa nacional.</p>	<p>Este artículo es ambiguo.</p> <p>No se describe de donde se movilizaran los recursos para cubrir las personas que no pueden aplicar a ninguna modalidad de seguro, como los indocumentados, migrantes irregulares y extranjeros e inactivos. En este sentido por regulatoria institucional solamente en personas NO aseguradas solo aplicaría para aquellas personas que están en condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica? Expone a inestabilidad económica. Se contraponen con las regulaciones institucionales</p> <p>Por lo anterior, se debe tomar en consideración que dicho objetivo debe ser en apego a la normativa nacional e institucional y en función del análisis de medicina basada en evidencia y seguridad.</p> <p>Este artículo es impreciso y ambiguo dado que los tratamientos profilácticos NO son exclusivos del paciente con VIH</p>
	DERECHO A LOS TRATAMIENTOS PROFILACTICOS ART. 22 Todas las personas con VIH, sus familiares y allegados	<p>En el artículo 22 “Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad”, se recomienda que en dicho artículo se tome en</p>

		<p>gozan de todos los derechos humanos en igualdad de condiciones (...)</p> <p>Artículo 43. Proveer antirretrovirales de emergencia</p> <p>ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES Y OTROS ART. 45</p> <p>La Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos, los medicamentos antirretrovirales y todos aquellos otros que sean necesarios para la atención de las personas con VIH, de manera oportuna, de acuerdo con las normas de seguridad farmacológica y los respectivos protocolos de atención (...)</p>	<p>consideración <u>las normas de seguridad farmacológicas que estén vigentes en la normativa nacional e institucional</u></p> <p>En el artículo 45 “Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros”, se debe tomar en consideración que dicha función específicamente delegada a la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizarse de acuerdo con la normativa institucional. Así mismo se debe tener en cuenta que los casos donde la persona con VIH y en tratamiento, dejó de ser activo o dejó de cotizar al seguro de salud, el Estado deberá garantizar la permanencia del tratamiento antirretroviral.</p>
Artículo Confidencialidad	8.-	<p>DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD ART. 24.</p> <p>OBLIGACION DE GUARDAR CONFIDENCIALIDAD ART. 46</p> <p>DEBER DE CONFIDENCIALIDAD ART. 62</p>	<p>En cuanto al tema de confidencialidad el proyecto de ley es reiterativo.</p>

	<p>DERECHO A LA CONSEJERIA ART. 26</p> <p>Todas las personas que solicitan la prueba VIH y las personas con VIH tienen derecho a recibir consejería para obtener información, orientación, apoyo y acompañamiento psicosocial antes y después de la prueba, así como durante el tratamiento (...)</p> <p>PROVEER CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ART. 42</p>	<p>En el artículo 26 “Derecho a la consejería”, no se evidencia si sobre éste se incluyen las personas no aseguradas o si el Estado se hará cargo del costo de dicha atención médica o quien asumirá esos costos. Esto podría eventualmente generar para la Institución implicaciones económicas y de prestación de servicios de salud.</p>
Artículo 10.- Derechos y condiciones laborales	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR TRABAJO. SECCION III CAPITULO VI.	
	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y EDUCACION. SECCION II CAPITULO VI.	
	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR JUSTICIA. SECCION IV CPAITULO VI	
Artículo 11.- Derechos en los centros de enseñanza Ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación del VIH como requisito de ingreso o	OBLIGACIONES DE LOS CENTROS DE EDUCACION Y CENTROS PENITENCIARIOS ART. 40	

<p>permanencia. Ningún estudiante podrá ser discriminado, excluido ni expulsado por ser portador del VIH o estar enfermo de Sida; tampoco cuando alguno de sus familiares o allegados resulte infectado.</p>		
<p>Artículo 13.- Carácter de la prueba Las pruebas para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en esta ley.</p>	<p>DERECHO A LA PRUEBA DE VIH ART. 13</p> <p>Todas las personas tienen derecho, al acceso a la prueba de VIH, así como a solicitarla y a que esta se le realice de manera oportuna y gratuita, de acuerdo con la normativa nacional en los servicios de salud públicos, siguiendo las normas de calidad establecidas por el Ministerio de Salud y contando con información previa y consejería.</p>	<p>Discrepa con las regulaciones y normativas institucionales, específicamente con los seguros de salud y los protocolos de atención clínica-terapéutica.</p> <p>En el artículo 13 propuesto se indica que todas las personas tienen derecho al acceso a la prueba de VIH, a fin de que se realice de manera oportuna y gratuita. Al respecto se debe señalar que como bien se indicó líneas arriba no se evidencia quien asumirá los costos de dichas pruebas, ya que se indica que serán “gratuitas” y en el momento que cualquier persona la solicite; así también debe señalarse que las pruebas se realizarán no solo con base en la normativa nacional sino también con base en la normativa institucional y los protocolos de atención integral.</p>
	<p>DERECHO A LA PRUEBA DE VIH DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SU PAREJA. ART. 15</p>	<p>En este artículo a pesar que la prueba debe ser consentida y voluntaria se recomienda que se agregue: <u>El personal sanitario debe informar sobre las consecuencias y el impacto de hacer o no hacerse la prueba, debe realizarse</u></p>

		<p><u>esfuerzos para que la embarazada se realice la prueba, y recomendamos que esta cuestión debe ser normada.</u></p>
	<p>DERECHO A ANTIRRETROVIRALES DE EMERGENCIA. ART. 16</p> <p>Todas las personas que hayan sido víctimas de violación sexual y accidentes laborales en los que han sido o podrían haber sido a riesgo de infección, tendrán derecho a recibir tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, de acuerdo con el protocolo establecido. Igualmente tendrán derecho a la prueba de VIH y a que esta se le realice de manera oportuna con acompañamiento y apoyo mientras dure el tratamiento de emergencia (...)</p> <p>PROVEER ANTIRRETROVIRALES DE EMERGENCIA. ART. 43</p>	<p>Este artículo se reitera con el artículo 43. Su redacción discrepa con las regulaciones institucionales específicamente en lo referente a la normativa institucional con relación a los tratamientos por exposición ocupacional. Tiene fuerte implicaciones económicas y en la prestación de servicios de salud.</p> <p>En el artículo 16 “Derecho a antirretrovirales de emergencia” debe tomarse en consideración que este artículo es confuso, toda vez que señala que los casos de accidentes laborales, tendrán derecho a recibir tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, no obstante, se deja de lado el hecho de que existe un ente público (INS) y múltiples aseguradoras privadas que administran la póliza de riesgo de trabajo, que por competencia le corresponde atender dichos casos, no se prevé ni se establece tácitamente, el financiamiento para dicho objetivo, simplemente se deja abierto a que serán los establecimientos públicos de salud los que darán</p>

		<p>acceso a dichos tratamientos. Se recomienda que se defina claramente en dicho artículo la obligación de cada ente según las competencias asignadas por el legislador, tomando en consideración que en caso de riesgos laborales corresponderá al patrono cubrir al trabajador bajo la póliza de riesgos del trabajo con la aseguradora que corresponda. Ahora bien, en aquellos casos donde se omita tramitar la póliza de riesgo del trabajo con la aseguradora correspondiente, y la Caja brinde dicha atención, posteriormente deberá realizar el cobro respectivo.</p> <p>Se recomienda que al proyecto de ley, se le incluya un artículo en específico que haga referencia a la atención del riesgo por exposición ocupacional al VIH.</p>
	<p>DEBERES DE LA CIUDADANIA EN GENERAL. CAPITULO V</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obligación de no discriminar -Respecto a la confidencialidad -Deber de procurar el ejercicio de una sexualidad segura y saludable <p>OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> -Cumplir los objetivos de esta ley -Garantizar el acceso a programas de apoyo para el disfrute pleno de los derechos -Promover prácticas institucionales libres de estigma y discriminación -Debido proceso para trámites de denuncia 	
<p>Artículo 14.- Autorización excepcional para la prueba</p> <p>La prueba diagnóstica de infección por el VIH no es obligatoria, salvo en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando exista, según el criterio médico que constará en el expediente clínico, necesidad de efectuar la prueba exclusivamente para atender la salud del paciente, a fin de contar con un mejor fundamento de tratamiento.</p> <p>b) Cuando se requiera para fines procesales penales y de divorcio, previa orden de la autoridad judicial competente.</p> <p>c) Cuando se trate de donación de sangre, hemoderivados, leche materna, semen, órganos y tejidos.</p> <p>En los casos anteriores, los resultados de la prueba se utilizarán en forma confidencial.</p>	<p>REALIZACION DE PRUEBAS CONSENTIDAS ART. 47</p>	<p>En artículo 47 “Realización de Pruebas consentidas”, se considera importante agregar el <u>ítem referente a las mujeres embarazadas</u>, esto tomando en consideración que eventualmente podría verse afectado el embrión, por medio de una transmisión perinatal, poniéndose en riesgo vital al mismo.</p>
<p>Artículo 15.- Obligación de comunicar</p> <p>Exclusivamente para fines epidemiológicos y estadísticos, los médicos,</p>	<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CAPITULO IX</p> <p>-Información</p>	

<p>microbiólogos, directores de los servicios de salud y los directores o responsables de laboratorios que atiendan casos de detección del VIH, deberán informar sobre las pruebas que resultaron positivas, al Ministerio de salud, el cual elaborará los formularios oficiales para los fines indicados y los distribuirá.</p>	<p>epidemiológica -Obligación de reportar -Gratuidad de reportar</p>	
<p>Artículo 17.- Notificación al paciente El médico tratante o el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de esta, los medios y las formas de transmitirla, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligatoriedad de informar a sus contactos sexuales. Para ese efecto, el médico tratante o el personal de salud deberá proveer a la persona infectada por el VIH la información necesaria que deberá facilitarles a sus contactos y la forma de hacerlo. Cuando el paciente no quiera o no pueda comunicar el resultado de su diagnóstico por lo menos a sus contactos sexuales actuales, el personal de atención en salud deberá realizar las gestiones posibles, a fin de lograr dicha información.</p>	<p>COMUNICACIÓN AL PACIENTE ART. 61 El médico tratante o el personal de atención en salud que informe a una persona sobre su estado serológico en relación con el VIH, deberá hacerlo en un ambiente de respeto a su integridad física, emocional, brindándole información clara y comprensible y garantizando la confidencialidad. Deberá informarle además sobre sus derechos y obligaciones contempladas en esta ley y, en particular de las implicaciones penales. (...)</p>	

<p>Artículo 18.- Gratuidad de la donación Toda donación de sangre, leche materna, semen, órganos y tejidos siempre deberá ser gratuita. Se prohíbe la comercialización de estos productos. El Ministerio de Salud ejercerá los controles correspondientes.</p>	<p>GRATUIDAD DE LA DONACION ART. 72 IDEM</p>	
<p>Artículo 19.- Acciones de los bancos Para prevenir la transmisión del VIH, los bancos de productos humanos deberán ejercer control sobre la calidad y los procesos que apliquen, con el objeto de procurar garantizar la inocuidad de la sangre y sus derivados, de la leche materna, el semen y otros tejidos u órganos, desde la recolección hasta la utilización. Para ese fin todos los bancos deberán realizar, antes de utilizar los productos mencionados, las pruebas correspondientes para determinar la existencia de hepatitis B, hepatitis C, sífilis, VIH y cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, según determinen las autoridades competentes de salud.</p>	<p>ACCIONES DE LOS BANCOS DE PRODUCTOS HUMANOS ART. 73 IDEM</p>	
<p>Artículo 20.- Control de los hemoderivados Los fabricantes de hemoderivados y productos biológicos de origen humano estarán obligados a certificar que la prueba exigida por el</p>	<p>CONTROL DE LOS HEMODERIVADOS ART. 74 IDEM</p>	

<p>Ministerio de Salud fue realizada, para determinar que cada donante, sus productos y la sangre empleada en el proceso no son portadores de anticuerpos contra el VIH. Además deberán acreditar que cuentan con las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal adecuados para realizar dichas pruebas, sin perjuicio del cumplimiento de otro tipo de controles y normas de calidad y de cualquier otra medida requerida por el Ministerio de Salud.</p> <p>El Ministerio no registrará ni autorizará el desalmacenaje de productos humanos importados hasta tanto el representante en Costa Rica de las industrias fabricantes, no haya presentado los certificados aludidos en el párrafo anterior.</p> <p>Previo a la autorización del uso de los hemoderivados, el Ministerio de Salud deberá garantizar que las pruebas referidas en el párrafo primero, se realizaron a cada donante individualmente y no a productos diluidos ni homogeneizados que utilicen a varios donantes</p>		
<p>Artículo 21.- Prohibiciones para donar A las personas que conozcan su condición de infectados por el VIH se les</p>	<p>RESTRICCIONES A LA DONACION ART. 75</p>	<p>Se debe tomar en consideración que <u>ninguna persona con VIH podrá ser sometida a investigación experimental si no se</u></p>

<p>prohíbe donar sangre o sus derivados, semen, leche materna, órganos o tejidos</p>		<p><u>cumple con las buenas prácticas de investigación clínica aceptada a nivel internacional</u></p>
<p>Artículo 22.- Uso de sustitutos sanguíneos Para evitar el contagio por el VIH, las instituciones competentes de salud promoverán el uso de sustitutos sanguíneos, especialmente cristaloides y coloides o el mecanismo de la transfusión autóloga, cuando sea posible</p>	<p>USO DE LOS SUSTITUTOS SANGUINEOS ART. 76 IDEM</p>	
<p>Artículo 23.- Medidas universales de bioseguridad Los bancos de productos humanos, los laboratorios y establecimientos de salud deberán contar con el personal, material y equipo adecuados, de conformidad con las recomendaciones sobre medidas de seguridad universales, difundidas por el Ministerio de Salud. Los trabajadores en servicios de atención de la salud, públicos o privados, en especial los odontólogos, microbiólogos, profesionales en enfermería, médicos y todos los que practiquen procedimientos faciales y capilares, acupuntura, tatuajes o cualquier otro procedimiento, quirúrgico o invasivo, deberán acatar las disposiciones de bioseguridad del Ministerio de Salud para el uso de equipos y el manejo tanto de instrumentos como de</p>	<p>MEDIDAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD ART. 64 IDEM</p>	

<p>material humano. El Ministerio de Salud se encargará de supervisar la operación correcta de los establecimientos relacionados con las actividades mencionadas en los párrafos anteriores.</p>		
<p>Artículo 24.- El preservativo como medio de prevención El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población. Dichas instituciones se encargarán, además, de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo. Los moteles y centros de habitación ocasional que no llevan registro de huéspedes quedan obligados a entregar como mínimo dos preservativos, como parte del servicio básico.</p> <p>Artículo 35.- Disponibilidad de preservativos El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las</p>	<p>DERECHO AL CONDON FEMENINO Y MASCULINO ART. 12</p> <p>Todas las personas tienen derecho al acceso oportuno y gratuito al condón femenino y masculino de calidad en los servicios de salud públicos, de acuerdo con la normativa nacional. A ninguna persona se le negará este derecho y el Estado procurará el cumplimiento de esta disposición.</p>	<p>Dicho artículo implica incremento en los costos y desabastecimiento del condón extrafuerte. Por ello, en cuanto a lo regulado en el artículo 12 “Derecho al acceso al condón femenino y masculino” se hace referencia a que será los servicios de salud públicos quienes darán acceso a dicho insumo. No obstante, si bien es cierto dicha práctica resulta ser una estrategia de salud pública preventiva y que eventualmente genera impacto en el sistema de salud, lo cierto es que debe realizarse según la normativa institucional y los protocolos, según las posibilidades con las que la Caja cuente, evitando que se provoque un uso irracional de los recursos.</p>

<p>personas privadas de libertad durante el período de su detención.</p>		
<p>Artículo 25.- Papel de las organizaciones no gubernamentales Las organizaciones no gubernamentales deberán registrarse ante el Ministerio de Salud, el cual no podrá rechazar registro alguno, salvo si la organización postulante se dedicare a otras actividades ajenas a la prevención y atención de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y las actividades relacionadas. Las acciones que desarrollen esas organizaciones, dedicadas a prevenir y atender el VIH-Sida, podrán ser consideradas por el Programa Nacional del Sida, según decisión del Ministerio de Salud. Sin embargo, la ausencia de dicha aprobación no implicará para el Ministerio de Salud la inexistencia de la acción desarrollada por la organización de que se trate y se incluirá en los archivos correspondientes. Las organizaciones no gubernamentales podrán prestar el apoyo requerido por las autoridades de salud, con el fin de garantizar mejores resultados en las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH-Sida.</p>	<p>ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES ART. 65</p>	

<p>Artículo 29.- Reglas De conformidad con las reglas vigentes en la materia, las investigaciones relativas al VIH-Sida deberán respetar las consideraciones especiales del paciente. Por esta razón, el protocolo de investigación, los médicos y científicos quedan sujetos a las disposiciones de esta ley, la Ley General de salud y la Declaración Helsinki, dictada por la Asociación Médica Mundial, así como cualquier otra normativa, nacional o internacional dictada para el efecto.</p> <p>Ninguna persona infectada por el VIH podrá ser objeto de experimentos, sin haber sido advertida de la condición experimental y de los riesgos, y sin que medie su consentimiento previo o el de quien legalmente esté autorizado para darlo.</p> <p>En todo caso, las investigaciones científicas en seres humanos relacionadas con el VIH no serán permitidas cuando peligre la vida de las personas.</p>	<p>INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE VIH CAPITULO X</p> <p>-Reglas</p>	<p>En el artículo 77 referente a investigaciones relativas al VIH, el artículo resulta ambiguo al haber claridad a las leyes que debe restringirse el equipo de investigación. Asimismo el artículo no establece claramente elementos mínimos a cumplir sobre el principio de confidencialidad durante la investigación, no establece la garantía de confidencialidad de la información desde la propuesta de investigación a nivel de selección de la población a estudiar, hasta el cierre del estudio y para casos clínicos o estudios cualitativos no elimina todo identificador de dicho caso. Así mismo dicho artículo no integra o establece la consejería en la labor de investigación siempre o bien sus excepciones a fin de no entorpecer los fines de esta, en cuyo caso se postergara para el final de la investigación.</p> <p><u>Con base a lo anterior, se recomienda que dicho artículo sea revisado a la luz de lo establecido en la reciente aprobación de la Ley de Investigación Biomédica.</u></p>
	<p>PROHIBICIONES CAPITULO XI</p> <p>-Prohibición a discriminación por VIH</p> <p>-Prohibición de medidas coercitivas</p> <p>- No discriminación laboral</p>	

La doctora Terwes, con el apoyo de las láminas que se especifican, se refiere al criterio en consideración:

LEY VIGENTE	PROYECTO DE LEY	OBSERVACIONES
<p>OBJETIVO Tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República.</p>	<p>OBJETIVO La promoción de estilos de vida saludable y la prevención del VIH, la atención integral, la investigación y la vigilancia epidemiológica; así como la garantía de la calidad de vida de todas las personas y en particular de las personas con VIH y sus allegados, con enfoque de derechos humanos, de género y de diversidad y con énfasis en las poblaciones de vulnerabilidad.</p>	<p>El proyecto de ley analizado viene a imponer una serie de obligaciones al ente prestador de servicios de salud, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento de la implementación de la ley y de la Atención Integral del VIH, implicando</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacto financiero - Impacto en la prestación de servicios de salud. - Impacto en la gestión
	<p>LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH ES DE INTERES PUBLICO ART. 2</p>	<p>En este artículo de “la atención integral del VIH es de interés público”, <u>se debe incluir en primer término al Estado</u>, ya que como se ha señalado en líneas arriba dentro de todos los instrumentos internacionales se hace referencia a que es el Estado el obligado a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral.</p>

<p>Artículo 2.- Definiciones</p>	<p>DEFINICIONES ART. 4</p>	<p>En este artículo se recomienda incluir los términos de: <u>hemoderivados y hemocomponentes. Pues no son sinónimos dado que en materia de los productos que separan por métodos físicos de la sangre donada se denomina hemocomponente, y hemoderivado son los que se producen con medios industriales como los factores de la coagulación, y la albúmina.</u></p>
	<p>RESPECTO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES. ART. 3</p>	
<p>Artículo 3.- Respeto de los derechos fundamentales Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y el Sida garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República.</p>	<p>COMISION NACIONAL DE VIH ART. 5</p>	<p>En el artículo 5 de la “Creación de la Comisión Nacional de VIH”, no se indica por cuales instituciones y sectores estará conformada dicha comisión, por <u>lo que se sugiere que se indique en concreto cuáles serán las instituciones y sectores representes así como el número de ellos.</u></p>
	<p>EN EL CAPITULO III Y CAPITULO IV SE ESTABLECEN LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH</p> <p>DERECHOS -Derecho a vivir en un entorno libre de estigma y discriminación. -Derecho a una vida sexual</p>	<p>El proyecto de ley contiene artículos reiterativos en diferentes temas.</p>

	<p>satisfactoria y segura</p> <ul style="list-style-type: none"> -Derecho a la información sobre el VIH -Derecho a la educación integral para la sexualidad. -Derecho a la igualdad y no discriminación -Derecho al desarrollo -Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones -Derecho al ejercicio de la sexualidad responsable y segura -Derecho a seguros de vida y de salud -Derecho de acceso a la justicia -Fuero opcional por VIH <p>DEBERES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deber de atender su salud. Art. 30 -Deber de comunicar a sus contactos sexuales. Art. 31 -Responsabilidades civiles y penales. Art. 32 	
<p>Artículo 6.- Derecho a información sobre la salud Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico.</p>	<p>DERECHO A LA INFORMACION SOBRE VIH ART. 10</p> <p>DERECHO A LA INFORMACION ART. 14</p> <p>Todas las personas tienen derecho a ser informadas en forma objetiva y veraz para la realización de las pruebas de VIH, la prescripción de tratamientos y medicamentos(...)</p> <p>DERECHO A COMUNICACIÓN E INFORMACION ART. 23</p> <p>DERECHO A LA</p>	<p>En cuanto al tema de derecho a la información el proyecto de ley es reiterativo y fragmentado</p> <p>Se sugiere revisar esa redacción e integrar los artículos de forma tal que el texto resulte más acorde.</p>

	INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ART. 25	
<p>Artículo 7.- Derecho a la atención integral en salud Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a asistencia médica quirúrgica, psicológica y de conserjería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad. Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH-Sida. Los médicos tratantes deberán presentar, a la Caja Costarricense de Seguro Social, reportes sobre la aplicación de dichos medicamentos. El reglamento de esta ley determinará condiciones, periodicidad y demás requisitos de esos informes.</p>	<p>DERECHO A LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD ART. 21</p> <p>Todas las personas con VIH tienen derecho a la atención integral de su salud, y a las prescripción y despacho oportuno de los medicamentos antirretrovirales de calidad; además a todo tratamiento y avance científico y tecnológico tendiente a mejorar su calidad de vida o bien que le garantice la atención de su salud y que responda a sus necesidades y características particulares según edad, género y diversidad sexual de acuerdo a la normativa nacional.</p> <p>DERECHO A LOS TRATAMIENTOS PROFILACTICOS ART. 22</p> <p>Todas las personas con VIH, sus familiares y allegados gozan de todos los derechos</p>	<p>Este artículo es ambiguo.</p> <p>No se describe de donde se movilizaran los recursos para cubrir las personas que no pueden aplicar a ninguna modalidad de seguro, como los indocumentados, migrantes irregulares y extranjeros e inactivos. En este sentido por regulatoria institucional solamente en personas NO aseguradas solo aplicaría para aquellas personas que están en condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica? Expone a inestabilidad económica. Se contrapone con las regulaciones institucionales</p> <p>Por lo anterior, se debe tomar en consideración que dicho objetivo debe ser en apego a la normativa nacional e institucional y en función del análisis de medicina basada en evidencia y seguridad.</p> <p>Este artículo es impreciso y ambiguo dado que los tratamientos profilácticos NO son exclusivos del paciente con VIH</p> <p>En el artículo 22 “Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad”, se recomienda que en dicho artículo se tome en consideración <u>las normas de seguridad farmacológicas</u></p>

	<p>humanos en igualdad de condiciones (...)</p> <p>Artículo 43. Proveer antirretrovirales de emergencia</p> <p>ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES Y OTROS ART. 45</p> <p>La Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos, los medicamentos antirretrovirales y todos aquellos otros que sean necesarios para la atención de las personas con VIH, de manera oportuna, de acuerdo con las normas de seguridad farmacológica y los respectivos protocolos de atención (...)</p>	<p><u>que estén vigentes en la normativa nacional e institucional</u></p> <p>En el artículo 45 “Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros”, se debe tomar en consideración que dicha función específicamente delegada a la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizarse de acuerdo con la normativa institucional. Así mismo se debe tener en cuenta que los casos donde la persona con VIH y en tratamiento, dejó de ser activo o dejó de cotizar al seguro de salud, el Estado deberá garantizar la permanencia del tratamiento antirretroviral.</p>
Artículo Confidencialidad	<p>8.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD ART. 24.</p> <p>OBLIGACION DE GUARDAR CONFIDENCIALIDAD ART. 46</p> <p>DEBER DE CONFIDENCIALIDAD ART. 62</p>	<p>En cuanto al tema de confidencialidad el proyecto de ley es reiterativo.</p>
	<p>DERECHO A LA CONSEJERIA ART. 26</p> <p>Todas las personas que</p>	<p>En el artículo 26 “Derecho a la consejería”, no se evidencia si sobre éste se incluyen las personas no</p>

	<p>solicitan la prueba VIH y las personas con VIH tienen derecho a recibir consejería para obtener información, orientación, apoyo y acompañamiento psicosocial antes y después de la prueba, así como durante el tratamiento (...)</p> <p>PROVEER CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ART. 42</p>	<p>aseguradas o si el Estado se hará cargo del costo de dicha atención médica o quien asumirá esos costos. Esto podría eventualmente generar para la Institución implicaciones económicas y de prestación de servicios de salud.</p>
Artículo 10.- Derechos y condiciones laborales	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR TRABAJO. SECCION III CAPITULO VI.	
	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y EDUCACION. SECCION II CAPITULO VI.	
	OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR JUSTICIA. SECCION IV CAPITULO VI	
Artículo 11.- Derechos en los centros de enseñanza Ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación del VIH como requisito de ingreso o permanencia. Ningún estudiante podrá ser discriminado, excluido ni expulsado por ser portador	OBLIGACIONES DE LOS CENTROS DE EDUCACION Y CENTROS PENITENCIARIOS ART. 40	

<p>del VIH o estar enfermo de Sida; tampoco cuando alguno de sus familiares o allegados resulte infectado.</p>		
<p>Artículo 13.- Carácter de la prueba Las pruebas para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en esta ley.</p>	<p>DERECHO A LA PRUEBA DE VIH ART. 13</p> <p>Todas las personas tienen derecho, al acceso a la prueba de VIH, así como a solicitarla y a que esta se le realice de manera oportuna y gratuita, de acuerdo con la normativa nacional en los servicios de salud públicos, siguiendo las normas de calidad establecidas por el Ministerio de Salud y contando con información previa y consejería.</p>	<p>Discrepa con las regulaciones y normativas institucionales, específicamente con los seguros de salud y los protocolos de atención clínica-terapéutica.</p> <p>En el artículo 13 propuesto se indica que todas las personas tienen derecho al acceso a la prueba de VIH, a fin de que se realice de manera oportuna y gratuita. Al respecto se debe señalar que como bien se indicó líneas arriba no se evidencia quien asumirá los costos de dichas pruebas, ya que se indica que serán “gratuitas” y en el momento que cualquier persona la solicite; así también debe señalarse que las pruebas se realizarán no solo con base en la normativa nacional sino también con base en la normativa institucional y los protocolos de atención integral.</p>
	<p>DERECHO A LA PRUEBA DE VIH DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SU PAREJA. ART. 15</p>	<p>En este artículo a pesar que la prueba debe ser consentida y voluntaria se recomienda que se agregue: <u>El personal sanitario debe informar sobre las consecuencias y el impacto de hacer o no hacerse la prueba, debe realizarse esfuerzos para que la embarazada se realice la prueba, y recomendamos que esta cuestión debe ser</u></p>

		<u>normada.</u>
	<p>DERECHO A ANTIRRETROVIRALES DE EMERGENCIA. ART. 16</p> <p>Todas las personas que hayan sido víctimas de violación sexual y accidentes laborales en los que han sido o podrían haber sido a riesgo de infección, tendrán derecho a recibir tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, de acuerdo con el protocolo establecido. Igualmente tendrán derecho a la prueba de VIH y a que esta se le realice de manera oportuna con acompañamiento y apoyo mientras dure el tratamiento de emergencia (...)</p> <p>PROVEER ANTIRRETROVIRALES DE EMERGENCIA. ART. 43</p>	<p>Este artículo se reitera con el artículo 43. Su redacción discrepa con las regulaciones institucionales específicamente en lo referente a la normativa institucional con relación a los tratamientos por exposición ocupacional. Tiene fuerte implicaciones económicas y en la prestación de servicios de salud.</p> <p>En el artículo 16 “Derecho a antirretrovirales de emergencia” debe tomarse en consideración que este artículo es confuso, toda vez que señala que los casos de accidentes laborales, tendrán derecho a recibir tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, no obstante, se deja de lado el hecho de que existe un ente público (INS) y múltiples aseguradoras privadas que administran la póliza de riesgo de trabajo, que por competencia le corresponde atender dichos casos, no se prevé ni se establece tácitamente, el financiamiento para dicho objetivo, simplemente se deja abierto a que serán los establecimientos públicos de salud los que darán acceso a dichos tratamientos. Se recomienda que se defina claramente en dicho artículo la obligación de cada ente según las</p>

		<p>competencias asignadas por el legislador, tomando en consideración que en caso de riesgos laborales corresponderá al patrono cubrir al trabajador bajo la póliza de riesgos del trabajo con la aseguradora que corresponda. Ahora bien, en aquellos casos donde se omita tramitar la póliza de riesgo del trabajo con la aseguradora correspondiente, y la Caja brinde dicha atención, posteriormente deberá realizar el cobro respectivo.</p> <p>Se recomienda que al proyecto de ley, se le incluya un artículo en específico que haga referencia a la atención del riesgo por exposición ocupacional al VIH.</p>
	<p>DEBERES DE LA CIUDADANIA EN GENERAL. CAPITULO V</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obligación de no discriminar -Respecto a la confidencialidad -Deber de procurar el ejercicio de una sexualidad segura y saludable <p>OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cumplir los objetivos de esta ley -Garantizar el acceso a programas de apoyo para el disfrute pleno de los derechos 	

	<p>-Promover prácticas institucionales libres de estigma y discriminación</p> <p>-Debido proceso para trámites de denuncia</p>	
<p>Artículo 14.- Autorización excepcional para la prueba</p> <p>La prueba diagnóstica de infección por el VIH no es obligatoria, salvo en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando exista, según el criterio médico que constará en el expediente clínico, necesidad de efectuar la prueba exclusivamente para atender la salud del paciente, a fin de contar con un mejor fundamento de tratamiento.</p> <p>b) Cuando se requiera para fines procesales penales y de divorcio, previa orden de la autoridad judicial competente.</p> <p>c) Cuando se trate de donación de sangre, hemoderivados, leche materna, semen, órganos y tejidos.</p> <p>En los casos anteriores, los resultados de la prueba se utilizarán en forma confidencial.</p>	<p>REALIZACION DE PRUEBAS CONSENTIDAS ART. 47</p>	<p>En artículo 47 “Realización de Pruebas consentidas”, se considera importante agregar el <u>ítem las mujeres embarazadas</u>, esto tomando en consideración que eventualmente podría verse afectado el embrión, por medio de una transmisión perinatal, poniéndose en riesgo vital al mismo.</p>
<p>Artículo 15.- Obligación de comunicar</p> <p>Exclusivamente para fines epidemiológicos y estadísticos, los médicos, microbiólogos, directores de los servicios de salud y los directores o responsables de laboratorios que atiendan casos de detección del VIH, deberán</p>	<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CAPITULO IX</p> <p>-Información epidemiológica</p> <p>-Obligación de reportar</p> <p>-Gratuidad de reportar</p>	

<p>informar sobre las pruebas que resultaron positivas, al Ministerio de salud, el cual elaborará los formularios oficiales para los fines indicados y los distribuirá.</p>		
<p>Artículo 17.- Notificación al paciente El médico tratante o el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de esta, los medios y las formas de transmitirla, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligación de informar a sus contactos sexuales. Para ese efecto, el médico tratante o el personal de salud deberá proveer a la persona infectada por el VIH la información necesaria que deberá facilitarles a sus contactos y la forma de hacerlo. Cuando el paciente no quiera o no pueda comunicar el resultado de su diagnóstico por lo menos a sus contactos sexuales actuales, el personal de atención en salud deberá realizar las gestiones posibles, a fin de lograr dicha información.</p>	<p>COMUNICACIÓN AL PACIENTE ART. 61</p> <p>El médico tratante o el personal de atención en salud que informe a una persona sobre su estado serológico en relación con el VIH, deberá hacerlo en un ambiente de respeto a su integridad física, emocional, brindándole información clara y comprensible y garantizando la confidencialidad. Deberá informarle además sobre sus derechos y obligaciones contempladas en esta ley y, en particular de las implicaciones penales. (...)</p>	
<p>Artículo 18.- Gratuidad de la donación Toda donación de sangre, leche materna, semen,</p>	<p>GRATUIDAD DE LA DONACION ART. 72 IDEM</p>	

<p>órganos y tejidos siempre deberá ser gratuita. Se prohíbe la comercialización de estos productos. El Ministerio de Salud ejercerá los controles correspondientes.</p>		
<p>Artículo 19.- Acciones de los bancos Para prevenir la transmisión del VIH, los bancos de productos humanos deberán ejercer control sobre la calidad y los procesos que apliquen, con el objeto de procurar garantizar la inocuidad de la sangre y sus derivados, de la leche materna, el semen y otros tejidos u órganos, desde la recolección hasta la utilización. Para ese fin todos los bancos deberán realizar, antes de utilizar los productos mencionados, las pruebas correspondientes para determinar la existencia de hepatitis B, hepatitis C, sífilis, VIH y cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, según determinen las autoridades competentes de salud.</p>	<p>ACCIONES DE LOS BANCOS DE PRODUCTOS HUMANOS ART. 73 IDEM</p>	
<p>Artículo 20.- Control de los hemoderivados Los fabricantes de hemoderivados y productos biológicos de origen humano estarán obligados a certificar que la prueba exigida por el Ministerio de Salud fue</p>	<p>CONTROL DE LOS HEMODERIVADOS ART. 74 IDEM</p>	

<p>realizada, para determinar que cada donante, sus productos y la sangre empleada en el proceso no son portadores de anticuerpos contra el VIH. Además deberán acreditar que cuentan con las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal adecuados para realizar dichas pruebas, sin perjuicio del cumplimiento de otro tipo de controles y normas de calidad y de cualquier otra medida requerida por el Ministerio de Salud.</p> <p>El Ministerio no registrará ni autorizará el desalmacenaje de productos humanos importados hasta tanto el representante en Costa Rica de las industrias fabricantes, no haya presentado los certificados aludidos en el párrafo anterior.</p> <p>Previo a la autorización del uso de los hemoderivados, el Ministerio de Salud deberá garantizar que las pruebas referidas en el párrafo primero, se realizaron a cada donante individualmente y no a productos diluidos ni homogeneizados que utilicen a varios donantes</p>		
<p>Artículo 21.- Prohibiciones para donar</p> <p>A las personas que conozcan su condición de infectados por el VIH se les</p>	<p>RESTRICCIONES A LA DONACION ART. 75</p>	<p>Se debe tomar en consideración que <u>ninguna persona con VIH podrá ser sometida a investigación experimental si no se</u></p>

<p>prohíbe donar sangre o sus derivados, semen, leche materna, órganos o tejidos</p>		<p><u>cumple con las buenas prácticas de investigación clínica aceptada a nivel internacional</u></p>
<p>Artículo 22.- Uso de sustitutos sanguíneos Para evitar el contagio por el VIH, las instituciones competentes de salud promoverán el uso de sustitutos sanguíneos, especialmente cristaloides y coloides o el mecanismo de la transfusión autóloga, cuando sea posible</p>	<p>USO DE LOS SUSTITUTOS SANGUINEOS ART. 76 IDEM</p>	
<p>Artículo 23.- Medidas universales de bioseguridad Los bancos de productos humanos, los laboratorios y establecimientos de salud deberán contar con el personal, material y equipo adecuados, de conformidad con las recomendaciones sobre medidas de seguridad universales, difundidas por el Ministerio de Salud. Los trabajadores en servicios de atención de la salud, públicos o privados, en especial los odontólogos, microbiólogos, profesionales en enfermería, médicos y todos los que practiquen procedimientos faciales y capilares, acupuntura, tatuajes o cualquier otro procedimiento, quirúrgico o invasivo, deberán acatar las disposiciones de bioseguridad del Ministerio de Salud para el uso de equipos y el manejo tanto de instrumentos como de</p>	<p>MEDIDAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD ART. 64 IDEM</p>	

<p>material humano. El Ministerio de Salud se encargará de supervisar la operación correcta de los establecimientos relacionados con las actividades mencionadas en los párrafos anteriores.</p>		
<p>Artículo 24.- El preservativo como medio de prevención El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población. Dichas instituciones se encargarán, además, de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo. Los moteles y centros de habitación ocasional que no llevan registro de huéspedes quedan obligados a entregar como mínimo dos preservativos, como parte del servicio básico.</p> <p>Artículo 35.- Disponibilidad de preservativos El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las</p>	<p>DERECHO AL CONDON FEMENINO Y MASCULINO ART. 12</p> <p>Todas las personas tienen derecho al acceso oportuno y gratuito al condón femenino y masculino de calidad en los servicios de salud públicos, de acuerdo con la normativa nacional. A ninguna persona se le negará este derecho y el Estado procurará el cumplimiento de esta disposición.</p>	<p>Dicho artículo implica incremento en los costos y desabastecimiento del condón extrafuerte. Por ello, en cuanto a lo regulado en el artículo 12 “Derecho al acceso al condón femenino y masculino” se hace referencia a que será los servicios de salud públicos quienes darán acceso a dicho insumo. No obstante, si bien es cierto dicha práctica resulta ser una estrategia de salud pública preventiva y que eventualmente genera impacto en el sistema de salud, lo cierto es que debe realizarse según la normativa institucional y los protocolos, según las posibilidades con las que la Caja cuente, evitando que se provoque un uso irracional de los recursos.</p>

<p>personas privadas de libertad durante el período de su detención.</p>		
<p>Artículo 25.- Papel de las organizaciones no gubernamentales Las organizaciones no gubernamentales deberán registrarse ante el Ministerio de Salud, el cual no podrá rechazar registro alguno, salvo si la organización postulante se dedicare a otras actividades ajenas a la prevención y atención de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y las actividades relacionadas. Las acciones que desarrollen esas organizaciones, dedicadas a prevenir y atender el VIH-Sida, podrán ser consideradas por el Programa Nacional del Sida, según decisión del Ministerio de Salud. Sin embargo, la ausencia de dicha aprobación no implicará para el Ministerio de Salud la inexistencia de la acción desarrollada por la organización de que se trate y se incluirá en los archivos correspondientes. Las organizaciones no gubernamentales podrán prestar el apoyo requerido por las autoridades de salud, con el fin de garantizar mejores resultados en las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH-Sida.</p>	<p>ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES ART. 65</p>	

<p>Artículo 29.- Reglas De conformidad con las reglas vigentes en la materia, las investigaciones relativas al VIH-Sida deberán respetar las consideraciones especiales del paciente. Por esta razón, el protocolo de investigación, los médicos y científicos quedan sujetos a las disposiciones de esta ley, la Ley General de salud y la Declaración Helsinki, dictada por la Asociación Médica Mundial, así como cualquier otra normativa, nacional o internacional dictada para el efecto. Ninguna persona infectada por el VIH podrá ser objeto de experimentos, sin haber sido advertida de la condición experimental y de los riesgos, y sin que medie su consentimiento previo o el de quien legalmente esté autorizado para darlo. En todo caso, las investigaciones científicas en seres humanos relacionadas con el VIH no serán permitidas cuando peligre la vida de las personas.</p>	<p>INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE VIH CAPITULO X</p> <p>-Reglas</p>	<p>En el artículo 77 referente a investigaciones relativas al VIH, el artículo resulta ambiguo al haber claridad a las leyes que debe restringirse el equipo de investigación. Asimismo el artículo no establece claramente elementos mínimos a cumplir sobre el principio de confidencialidad durante la investigación, no establece la garantía de confidencialidad de la información desde la propuesta de investigación a nivel de selección de la población a estudiar, hasta el cierre del estudio y para casos clínicos o estudios cualitativos no elimina todo identificador de dicho caso. Así mismo dicho artículo no integra o establece la consejería en la labor de investigación siempre o bien sus excepciones a fin de no entorpecer los fines de esta, en cuyo caso se postergara para el final de la investigación.</p> <p><u>Con base a lo anterior, se recomienda que dicho artículo sea revisado a la luz de lo establecido en la reciente aprobación de la Ley de Investigación Biomédica.</u></p>
	<p>PROHIBICIONES CAPITULO XI</p> <p>-Prohibición a discriminación por VIH</p> <p>-Prohibición de medidas coercitivas</p> <p>- No discriminación laboral</p>	

La Dra. Terwes señala que se analizaron los artículos relacionados con la Normativa Institucional. Recuerda que este Proyecto de Ley es del año 2006 y en apariencia existen dos proyectos que preceden a éste. Destaca que se aborda como un análisis epidemiológico y no es contextual, incluso, el análisis realizado al Proyecto de Ley en el año 2006, estaba descontextualizado con la política del VIH que fue emitida en el 2008 y con el Plan Estratégico Nacional aprobado para los años 2011-2015. Por otro lado, estima importante que se contextualice el aporte epidemiológico en este Proyecto de Ley. Además, varios artículos están dispersos y se relacionan de una u otra forma con el mismo contenido, se refieren con la profilaxia antiretroviral, con la confidencialidad y con el derecho a la información. El Proyecto de Ley viene a imponer a la Institución una serie de obligaciones, en el cual no garantiza la sostenibilidad sobre todo de la parte de recursos económicos. Por otro lado, existen varios artículos que consideran todo lo que es gratuidad en prueba, la consejería, en los antiretrovirales por profilaxia y se manifiesta preocupación porque discrepa con la normativa institucional, en los artículos 61° y 74° del Reglamento del Seguro de Salud. Además, no tiene un hábito de aplicación y es importante para la seguridad jurídica. En el Proyecto de Ley se determina que la Asamblea Legislativa está interesada en hacer una reforma a la Ley vigente y en términos de que el Consejo Nacional del Sida (CONASIDA), sea un ente regulado por Ley y no por un Decreto Ejecutivo; además, el Proyecto de Ley menciona la parte de garantizar la sostenibilidad económica para la atención integral, sin embargo, su debilidad radica en que no existe ningún artículo que garantice la movilización de los recursos, para la entidad prestadora de servicios. El objetivo de la Ley vigente y el Proyecto de Ley es que el trae el enfoque de género, de derechos, de diversidad y se dirige a poblaciones vulnerables, aspecto que es muy importante, porque la epidemia está muy concentrada en poblaciones altamente vulnerables. La primera observación que se realiza sobre el Proyecto de Ley analizado es porque viene a imponer una serie de obligaciones al ente prestador de servicios, sin indicar en el articulado la de financiamiento, estableciendo implicaciones en el impacto que se produce en los aspectos financiero, la prestación de servicios y en la gestión. En la atención integral del VIH que es de interés público se recomienda que se introduzca el término de Estado, porque éste tiene una obligación importante para lograr conservar la salud a nivel del país. En las definiciones, es importante incluir los términos hemoderivado y democomponente, porque son dos términos completamente diferentes. Se indica que el democomponente, es aquel que se hace con separación física y el hemoderivado, es aquel cuando citan aspectos industriales, como ejemplo, coagulación y albúmina. En lo que se refiere a la comisión, se coincidió en que es importante que el Consejo se especifique en la Ley y cómo está conformado, o sea, que la conformación del Consejo tenga rango de Ley; además, se indique cómo y por cuántas personas conforman el Consejo Nacional del SIDA. En cuanto a la parte de derechos humanos, el Proyecto de ley contiene artículos reiterativos en diferentes temas que se relacionan con el derecho a la vida y a la información. En relación con el derecho a la información, el Proyecto de Ley es muy fragmentado, se sugiere revisar esa redacción e integrar los artículos de forma tal que el texto resulte más acorde. En el derecho a la salud integral, el artículo 21° está planteado de tal manera que discrepa con la reglamentación que tiene la Caja, básicamente es un artículo que no considera la particularidad de si la prestación del servicio es para la persona asegurada o no asegurada lo que, eventualmente, podría producir un impacto negativo para la Institución, por lo que dicho objetivo debe ser apegado a la Normativa Nacional e institucional y en función del análisis de Medicina Basada en Evidencia y Seguridad, porque este artículo es impreciso y ambiguo dado que los tratamientos profilácticos no son exclusivos del paciente con VIH. En cuanto al artículo que se refiere a la profilaxia retroviral, no es para personas con VIH, la profilaxia antiretroviral se emplea para exposición ocupacional y por violación. El artículo de adquisición de

medicamentos y antirretrovirales establece que a Caja le corresponderá comprar, mantener, suplir pero por el otro lado, se refiere a que la Caja en ningún momento puede suspender administrativamente los medicamentos, en tanto que la persona deja de ser asegurada. Se ve la conveniencia tomar en consideración que dicha función, específicamente, delegada a la Caja del Seguro Social debería realizarse de acuerdo con la Normativa Institucional, así mismo se debe tener en cuenta que los casos donde la persona con VIH y el Tratamiento dejó de ser activo o dejó de cotizar al Seguro de Salud el Estado, deberá garantizar la permanencia del tratamiento antirretroviral. En cuanto al derecho de la confidencialidad y la obligación de guardar confidencialidad, el artículo es reiterativo y algunos se relacionan con el tema. El artículo sobre el Derecho a la Consejería, se refiere a la gratuidad sobre la consejería, todas las direcciones que han hecho sus propuestas han coincidido de que realmente quien va a garantizar, o pagar la consejería hecha por trabajo social, por psicología y medicina. Sobre el Derecho a la prueba gratuita se considera importante que se incluya en la Normativa Institucional y los protocolos clínicos terapéuticos. En relación con el Derecho a la Prueba de VIH que se realiza a las mujeres embarazadas, es importante mencionar que éstas se niegan a la prueba por protección a su bebé; sin embargo, se propone y recomienda que se debería de incluir que el personal sanitario debe informar sobre las consecuencias y el impacto de hacerse o no hacerse la prueba. Debe realizarse esfuerzos para que la mujeres embarazadas se realicen la prueba y recomiendan que esta cuestión debe ser normada, porque definitivamente existe un grupo de mujeres que llega muy tardíamente a los servicios y no se les ha realizado la prueba, por lo que existe una probabilidad elevada de que su niño salga infectado. Sobre el Derecho a los Antirretrovirales de Emergencia es reiterativo en el artículo 16°, en la parte de antirretrovirales de emergencia resaltan el rol importante que tiene el Instituto Nacional de Seguros (INS) para cubrir este tratamiento y la Ley del Código de Trabajo en el artículo 232° establece que la Empresa Aseguradora en la póliza de trabajo garantice el tratamiento antirretroviral a las personas. En relación con las Pruebas Consentidas, al igual que las mujeres embarazadas, se debe corregir el ítem a la mujer en términos de que sea una prueba consentida. Por otro lado, se refiere al Derecho al Condón, establecido en el artículo 12° de la Ley vigente, se han referido a que existe condón masculino y femenino, igualmente se hace referencia a la gratuidad y se considera que debe ser regulado y normado porque, eventualmente, podría traer implicaciones económicas a la Caja o desabastecimiento sobre todo el condón extrafuerte masculino. En cuanto a la Investigación en Materia de VIH se estima que se debería recomendar que dicho artículo se revise a la luz de lo establecido en la reciente aprobación de la Ley de Investigación Biomédica porque no está acorde a la Ley.

Por lo tanto, en relación con la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el *expediente N°18903*, “REFORMA INTEGRAL A LA LEY GENERAL DE VIH”, tomando en consideración todo lo anteriormente expuesto y con base en la recomendación de la Gerente Médico, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** emitir criterio de inconformidad al proyecto consultado, y solicitar que se tomen en consideración las citadas observaciones realizadas por la Institución.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La doctora Terwes Posada se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 14°

Conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio N° GM-SJD-5416-2014 fechado 3 de julio del presente año, que en adelante se transcribe:

“ASUNTO: Solicitud de prórroga de 08 días hábiles. Criterio consulta Proyecto “Ayudas económicas para inclusión de la niñez con discapacidad”. Expediente N° 18319.

La Gerencia Médica ha recibido en fecha 02 de julio del 2014, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante del análisis del mismo y dado su contexto, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 08 días hábiles, para contar con todos los criterios técnicos respectivos que permitan atender la consulta de forma integral sobre el Proyecto de ley en cuestión.

El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 17 de julio el 2014”,

y acogida la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa un plazo de ocho días hábiles más para responder.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Ingresa al salón de sesiones los doctores Jorge Villalobos Alpízar, Jefe del Área de Bioética. Y Alejandro Marín Mora, Jefe de la Subárea de Bioética del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

ARTICULO 15°

Se presenta la nota número PE.32.025-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 18 de junio del presente año, número SD-17-14-15, suscrita por el señor Alberto Vásquez Castro, Primer Secretario, Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, mediante la que se consulta el expediente 18.665, *Proyecto ley de atención integral a la infertilidad*.

Se distribuye el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número GM-SJD-5414-2014, de fecha 7 de julio en curso que, en lo conducente, literalmente se lee de esta forma:

“En atención al oficio JD-PL-0031-14 del 20 de junio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 18 de junio del 2014, suscrito por el señor Alberto Vásquez Castro, primer secretario, Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como objetivo promulgar una política de atención integral de la fertilidad desde el Ministerio de Salud, a efecto de que los sistemas de diagnóstico y tratamiento cuenten con un modelo integrado y multidisciplinario de atención para todas las parejas que sufran de infertilidad.

Propone crear una plataforma de coordinación interinstitucional para el desarrollo órgano desconcentrado con personería jurídica instrumental denominado Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad, perteneciente al Ministerio de Salud y coordinado por un Consejo Nacional para la Atención de la Infertilidad, mediante los cuales se crearan unidades de infertilidad. Este consejo coordinará la implementación de la política aquí propuesta con las instituciones del sector salud, en especial con la Caja.

El presente proyecto de ley, ya ha sido consultado a la Caja, el cual remitió el criterio respectivo mediante el oficio N°25.192 de fecha 10 de mayo del 2013, indicando en lo conducente: “(...) manifestar a la Comisión consultante que no avala el proyecto de ley en referencia, en virtud de las inconsistencias terminológicas, técnicas y jurídicas (...)”

Ahora bien, el texto del proyecto fue posteriormente modificado y es el que se procede analizar de seguido.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Esta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: emitido por parte del Dr. Jorge Villalobos Alpízar, Área de Bioética del ENDEISSS, mediante el oficio CENDEISSS-AB-0259-07-2014.
2. Criterio legal: emitido por la Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada Acuerdos Junta Directiva de la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-AJD-5422-2014.

En principio debemos de recordar que la Caja goza de un grado autonomía superior en la administración y gobierno de los seguros sociales, la cual no puede ser modificada por el legislador ordinario.

Así lo ha reconocido la Procuraduría General de la República, al señalar que “(...) la legislación no puede restar o disminuir a los entes autónomos aquellas potestades administrativas que les son necesarias para cumplir su correspondiente finalidad específica. Además, de conformidad con la propia Constitución, la Asamblea Legislativa está imposibilitada para disponer que otros órganos (incluyendo por supuesto al Poder Ejecutivo) o entes, intervengan o afecten la independencia administrativa de la institución autónoma, dentro de lo cual está, como se indicó, la potestad de disponer de sus servidores.”¹³

En particular para la Caja se ha dicho:

¹³ Dictamen de la Procuraduría General de la República número C 130-2006.

“(…)“...nuestra Carta Política ha dotado a la Caja Costarricense de Seguro Social con un grado de autonomía distinto y superior al que ostentan la mayoría de los entes autárquicos descentralizados, para independizarla así del Poder Ejecutivo y frente a la propia Asamblea Legislativa; esto último implica una serie de limitaciones a la potestad de legislar, dado que la ley deberá siempre respetar el contenido mínimo de la autonomía reconocida a la Caja Costarricense de Seguro Social en materia de seguridad social (...).”¹⁴

Ahora bien, siendo que la Caja tiene a su cargo la prestación de servicios públicos en salud, que se traducen en “(...) instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas (debe entenderse) *que* la autonomía de gobierno reconocida constitucionalmente a la Caja para la administración de los seguros sociales, abarca también la prestación de los servicios de salud, financiados en su mayor parte con dichas contribuciones, **por lo que la forma en que se estructure la prestación de dicho servicio, así como las medidas que adopte la Caja para satisfacer las demandas de los usuarios, son temas que quedan cubiertos por su capacidad de auto organización.**”¹⁵ Destacado corresponde al original.

Bajo esa tesis, “(...) la Asamblea Legislativa no pueda legislar en relación con la Caja Costarricense de Seguro Social como institución, sino que la sustracción competencial que constitucionalmente se infiere, se relaciona con la administración y el gobierno de los seguros sociales a su cargo, núcleo central de su especial autonomía y en virtud del cual ningún órgano o ente externo puede intervenir en esa esfera. Es por ello que el legislador podría intervenir únicamente en los campos donde la Caja sólo cuenta con autonomía administrativa, que son aquellos que no incluyen el régimen de la seguridad social a su cargo. / En virtud de lo expuesto, la única posibilidad de realizar una intervención a la Caja en materia de seguridad social, sería que la propia Constitución lo autorice, a través de la reforma correspondiente.”¹⁶

Esto en razón a que la “(...) Constitución no ha sometido esa autonomía a la ley y, en consecuencia, no puede el legislador sujetar dicho ente a los planes o lineamientos elaborados por el Poder Ejecutivo. Ello implica que **la Caja es libre de fijar sus propias políticas, planes de acción**, sin que la planificación estatal le resulte aplicable.”¹⁷

Tal afirmación resulta aplicable aún y cuando se trate sobre la facultad del Ministerio de Salud de ejercer el poder de policía en salud.

Al respecto, tomemos en cuenta que “(...) la responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud, no consiste en prestar directamente a cada persona servicios de salud, sino de regular y

¹⁴ Procuraduría General de la República, OJ-86-2012 del 5 de noviembre del 2012. También ver dictamen C-349-2004 del 16 de noviembre de 2004.

¹⁵ Sentencia de la Sala Constitucional número 5130-94 de las 17:33 horas del 7 de setiembre de 1994, citado por la Procuraduría General de la República en OJ 86-2012. En igual sentido, ver resoluciones números 3403-94 de las 15:42 horas del 7 de julio de 1994; 6256-94 de las 9:00 horas del 25 de octubre de 1994; 2001-10545 de las 14:58 horas del 17 de octubre de 2001 y 2001-11592 de las 09:01 horas del 9 de noviembre del 2001.

¹⁶ OJ-86-2012.

¹⁷ Así en dictámenes de la Procuraduría General de la República números C-125-2003 de 6 de mayo de 2003 y C-058-2005 de 11 de febrero de 2005.

fiscalizar el cumplimiento de condiciones técnicas, profesionales, higiénicas en orden a las prestaciones de salud que proporcionan diversas entidades públicas o privadas.¹⁸

De lo anterior se desprende que la competencia asignada a la Caja es incompatible con la dirección o imposición de límites que pretenda imponerle otro órgano o ente; es decir, constitucionalmente se protege a la Institución de que entes u órganos externos puedan intervenir en la definición de las políticas, planes, proyectos, condiciones, beneficios, requisitos u otros aspectos propios de la administración y gobierno del seguro social.

Tal disposición es incluso contemplada en una norma legal.

Al respecto, la Ley Constitutiva de la Caja estatuye:

“La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, Caja. La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y administración de los seguros sociales. Los fondos y as reservas de estos seguros no podrían ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas de Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos y reservas.”

Por otra parte, importa recordar cuál es el ámbito de competencia de la Caja.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social,¹⁹ a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…) el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el

¹⁸ Resolución de la Sala Constitucional número 5177-2004 de 11:05 hrs. de 14 de mayo de 2004. Ver también dictamen de la Procuraduría General de la República número C-130-2006 del 30 de marzo de 2006.

¹⁹ Estas normas señalan concretamente lo siguiente: “Artículo 73: Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra los riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.”

apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población.”²⁰

En ese sentido, entendemos que la competencia de la CCSS en el ámbito de la salud, está referida a la prestación de servicios médicos, orientada principalmente a “(...) brindar atención integral en salud al individuo, la familia y la comunidad, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Por tal motivo, el ámbito de competencias de la Caja está distribuido en tres diferentes regímenes, a saber, el régimen del Seguro de Salud, el de Invalidez, Vejez y Muerte, y el del No Contributivo.”²¹

Así lo ha expuesto la Sala Constitucional al indicar:

“Sobre el derecho a la salud y el sistema costarricense de seguridad social. (...), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población.

El constituyente atribuyó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma creada por la misma Constitución Política, con las especiales características que ella misma le ha otorgado y compartiendo los principios generales derivados de su condición de ente descentralizado. Según se indicó anteriormente, la Caja Costarricense de Seguro Social encuentra su garantía de existencia en el artículo 73 constitucional, con las siguientes particularidades : a) el sistema que le da soporte es el de la solidaridad, creándose un sistema de contribución forzosa tripartita del Estado, los patronos y los trabajadores; b) la norma le concede, en forma exclusiva a la Caja Costarricense de Seguro Social, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188 de la Constitución Política; c) los fondos y las reservas de los seguros sociales no pueden ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a su cometido. Esto exige reconocer, y afirmar, que la prestación de efectivo auxilio médico a todos los ciudadanos, es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan al régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política, y de la misión que ésta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social.”²² Destacado no corresponde al original.

²⁰ Sala Constitucional, resolución número. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

²¹ Vargas López Karen. **El desarrollo del derecho a la salud por parte de la sala constitucional y su influencia en el sistema público de salud en Costa Rica**. Tesis de grado para obtener el grado de licenciatura en derecho. San Pedro de Montes de Oca, Universidad de Costa Rica, 2010, págs. 30-31.

²² Resolución número 10562 del 25 de julio de 2007. En igual sentido, ver votos números 9312-2008, 18855-2008, 18452-2008 y 17250-2008.

En el análisis de este proyecto de ley se considera la protección de los derechos fundamentales que se encuentran plasmados en la Constitución Política de Costa Rica y en los tratados, convenios e instrumentos internacionales de derechos humanos, entre estos el derecho a la vida, a fundar una familia, a la igualdad, a la identidad, a la intimidad, a la libertad personal, a la integridad, a la proporcionalidad y razonabilidad, a la no discriminación y al acceso a servicios de salud reproductiva.

Conforme a lo arriba expuesto, la institución ha brindado la atención médica integral, dentro de la cual incluimos problemas de infertilidad, así como la atención de la pareja infértil programa que es desarrollado por parte del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit, solamente se está a la espera de la regulación de técnicas de alta complejidad como la Fertilización In Vitro, la cual fue recientemente fallada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en sentencia del 28 de noviembre del 2012.

Se debe resaltar que el tema que se pretende regular por medio de este proyecto, es sumamente complejo, por la pluralidad de intereses en posible conflicto a atender y por ser de suma sensibilidad, ya que atañe a todos los estratos de una sociedad, y a las personas o individuos que componen una sociedad organizada como la nuestra. Por esto la entrada en rigor de dicha ley implicaría cambios en los servicios asistenciales de salud en toda la red de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Como se indicó anteriormente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) falló contra el Estado de Costa Rica, el restablecimiento de la práctica de la reproducción asistida y que sea exigible a las personas infértiles. Entre los aspectos más relevantes de este fallo es que explícitamente establece que:

- Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y el derecho a fundar una familia y el derecho a la autonomía deben ser protegidos por los países.
- Reconoce la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo (OMS) que genera una discapacidad. En este contexto, la prohibición de realizar fecundación in vitro constituye una discriminación contra las personas con discapacidad.
- Establece que el derecho de las mujeres a ser protegidas por derecho internacional, no puede verse afectado por las leyes de protección de embriones. Es decir, establece explícitamente la mujer como titular de derechos y no el embrión.

En razón de lo anterior, es de suma importancia señalar que las implicaciones de la sentencia mencionada, se ve reflejada a partir del punto 332, en el cual se establece al Estado adoptar *“todas las medidas legales, administrativas y de otra índole para poder brindar progresivamente, e incorporando los adelantos tecnológicos disponibles hoy en día en países de mayor experiencia y que permiten no solo mejores resultados estadísticos de éxito con ese tratamiento, sino mayor seguridad para las pacientes que se someten al mismo, dentro del Sistema Seguridad Social, a las personas estériles o infértiles contribuyentes de la Caja Costarricense de Seguro Social el pleno acceso al tratamiento de la FIV”*.

En el mismo orden de ideas el punto 338 cita *“la Caja Costarricense de Seguro Social deberá incluir gradualmente la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas y tratamientos de*

infertilidad en su atención de salud, de conformidad con el deber de garantía respecto al principio de no discriminación”.

Haciendo una rápida exploración que nos sirva de marco comparativo, encontramos en España el Real Decreto 415/1997, con el cual se crea la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, un órgano colegiado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de carácter permanente y consultivo, dirigido a asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida, y a contribuir a la actualización y difusión de los conocimientos científicos y técnicos en esta materia, así como a la elaboración de criterios funcionales y estructurales de los centros y servicios donde aquéllas se realizan. A diferencia del proyecto en análisis, España estableció la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, su estructura y funciones entre otros, mientras el Proyecto de Ley N° 18.665 crea el Sistema Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad (Sinainf) y establece que será coordinado por el Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad (Conainf), este resulta inespecífico en establecer claramente su estructura, funciones y otros aspectos elementales para su estructuración y funcionabilidad dejando en ambigüedad al órgano que coordinaría el Sinainf, esto resulta en artículos contradictorios entre sí, creando la incertidumbre que se argumenta en este criterio.

Dentro de los elementos que el proyecto no considera se encuentran:

- Que la Convención Americana sobre derechos humanos (numeral 4.1.) y la Convención sobre los Derechos del Niño (numeral 6.1) afirman que la vida humana se protege desde su concepción.
- Que la Corte Interamericana de Derechos Humanos establece que los embriones antes de la implantación, es decir, generados por las técnicas de fertilización in vitro, no están comprendidos en los términos del artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y recuerda el principio gradual e incremental de la vida prenatal.
- Que el Derecho a la Reproducción, como derecho a la autodeterminación física, permite a las personas acceder tanto a la reproducción natural, como valerse de las nuevas tecnologías reproductivas.
- Que es necesario orientar el enorme esfuerzo científico y los descubrimientos modernos hacia la dignidad de la persona y la defensa de la vida humana.
- Que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que genera una discapacidad. En este contexto, la prohibición de realizar fecundación in vitro constituye una discriminación contra las personas con discapacidad.
- Que el progreso científico y tecnológico se ha convertido en uno de los factores más importantes del desarrollo de la humanidad y que debe ser utilizado para crear posibilidades cada vez mayores de mejorar las condiciones de vida.
- Que este progreso no debe amenazar los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.
- Que las técnicas de reproducción asistida, (entre estas la FIV-TE), constituyen una herramienta que la ciencia ha puesto al servicio de las personas para que estas ejerzan su derecho a la reproducción y a formar una familia.
- Que las técnicas de reproducción asistida tienen sus indicaciones y aplicaciones claramente establecidas, según la Medicina Basada en la Evidencia.

- Que una ley sobre esta materia debe contener los elementos necesarios que garanticen el derecho a la vida y los demás derechos humanos, mediante la regulación adecuada de las técnicas médicas para manejo de la infertilidad.
- Que las técnicas de reproducción asistida deberán ser realizadas solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, que no supongan riesgos graves para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la pareja, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos para la pareja y para los embriones fecundados y de las condiciones de dichas aplicaciones.
- Que se está en un campo médico de gran complejidad y tecnificación, lo que exige un alto nivel de preparación profesional y una actualización constante de los conocimientos.
- Que se debe evitar que la ley quede desfasada con el descubrimiento de nuevas técnicas por lo que se debe autorizar la práctica provisional de métodos una vez constatada su eficacia con estudios científicos apropiados.

El proyecto no cierra los vacíos legales presentes actualmente ya que no contempla lo siguiente:

- Un marco para regular los procedimientos necesarios para tratar la infertilidad de la población. Se incluye al final un listado tomado de la página web de la Sociedad Española de Fertilidad (www.sefertilidad.com, acceso en junio 2014). Dicho de otra manera el proyecto no contempla diferentes aspectos relacionados con la fertilidad y la infertilidad, desde el punto de vista clínico y científico, no profundiza en esta materia, teniendo más un perfil de organización administrativa que una verdadera regulación en la atención integral de la infertilidad.
- Un articulado que amalgame la investigación biomédica, que incorpore como parte de ella, en lo que compete, lo establecido en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (Ley 9234). Incluso, lo anterior se fundamenta en las regulaciones para realizar las investigaciones, quienes son los entes competentes para autorizar, dar seguimiento y aprobarlas, así como que órganos que intervienen en la misma.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS AL PROYECTO

1. En el artículo 1.- que versa sobre el objeto, no se encuentra una necesidad explícita de crear una ley para dar fundamento a una política de atención, esta capacidad ya está conferida al Ministerio de Salud como ente rector. Por lo tanto, una propuesta que verdaderamente llegue a satisfacer la necesidad del país en este ámbito a nuestro criterio, sería un proyecto de ley para regular las técnicas de manejo de infertilidad de baja y alta complejidad.
2. En el artículo 3.- que contempla las definiciones, aunque fueron incorporadas las que la CCSS recomendó en su momento, se considera pertinente agregar la de embarazo clínico (según OMS, glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida).
 - a. En el inciso e) Diagnóstico temprano de infertilidad (artículo 3.-) no establece la temporalidad de identificación o de diagnóstico temprano, por lo que la palabra “pronta” resulta inadecuada.

- b. En el inciso f) sobre Métodos de planificación reversibles, la definición es ambigua no permite esclarecer la complejidad del método reversible, el adjetivo “difícil” no es comprensible, por ejemplo si se requiere de cirugía menor o mayor, o bien solamente el abandono del tratamiento anticonceptivo farmacológico.
 - c. El inciso f) Estudio, es omiso en determinar la especificidad del término, para delimitar los tipos de estudio (ej. Bioquímicos, estudios clínicos, de investigación biomédica, entre otros), siendo que en artículos posteriores lo encasilla junto con investigación.
 - d. La definición del inciso g) Investigación, debe conllevar la inclusión de investigaciones observacionales (no analíticas, ya según esta definición se aplica únicamente a la investigación analítica, y excluye la investigación descriptiva no comparativa, dado que requiere que exista una hipótesis de estudio). Asimismo dicha definición se encuentra totalmente desfasada de la definición de la Ley 9234, por lo que se recomienda a la hora de redactar un nuevo proyecto de ley, contemplar todo lo relativo a investigación biomédica de la mano con la Ley 9234.
 - e. Con respecto al inciso j) Guías de práctica clínica, en un mismo proyecto de ley se encuentran en dos incisos j) y m) el mismo término con distintas definiciones, dando incongruencia, e incertidumbre sobre cual definición debe utilizar el legislador.
3. El artículo 4.- sobre Principios éticos rectores, resulta discriminatorio y excluyente, esto porque se descarta a los habitantes no costarricenses o residentes del país, obviando los principios de igualdad y solidaridad. Este inciso hace referencia al beneficio expreso de la población costarricense en temas de fertilidad, dejando por fuera el beneficio que personas de otras nacionalidades y que conviven con los costarricenses, puedan tener, lo cual atenta contra el principio constitucional de igualdad y contra el principio de solidaridad que es propio de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- a. En el inciso b) del artículo 4.- debe eliminarse la palabra “absoluto”, ya que resulta redundante, ya que la dignidad como derecho humano es indivisible, no se puede dar un respeto relativo a la dignidad humana.
 - b. El inciso f) sobre “tratamiento confidencial” No especifica a cual sistema de Información confidencial se refiere, si solo aplica a la información generada en la atención clínica o bien a los datos obtenidos en los procesos de investigación biomédica.
 - c. En el inciso g) el término “sensibilización ética” no es claro ni preciso, por lo que no permite su implementación. Podría hablarse de “humanización de la atención integral de la infertilidad”, cuando se redacte un nuevo proyecto de ley que pretenda regular la materia.
 - d. En particular el artículo 4.- no contiene bien definidos los principios bioéticos de privacidad, intimidad y confidencialidad.
4. Con respecto al artículo 6.- que establece la creación del Sinainf, se considera que no merece crear un ente político de coordinación interinstitucional, sino más bien el ente rector (Ministerio de Salud) crear la “Guía Nacional de Manejo de la Infertilidad”, basada

en los estatutos legales que regulen las distintas técnicas médicas de manejo de la infertilidad, así la CCSS podrá operacionalizar mediante protocolos dicha guía, evitando la creación de un ente político en el cual se inviertan recursos que deben ser invertidos en tecnología y capacitación del personal, esto basado en los principios bioéticos de equidad en recursos escasos, justicia distributiva, eficiencia institucional, sostenibilidad de atención y priorización en salud (León Correa, 2009). Lo anterior se basa en que ya la CCSS cuenta con programas integrales de atención de la infertilidad, solo se está a la espera de la regulación de técnicas de alta complejidad como la FIV-TE. Estos programas pueden ser acreditados por parte del Ministerio de Salud, auditables por parte de la Defensoría de los Habitantes y de la Asamblea Legislativa, claro ejemplo de ello es el programa que desarrolla el Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit E. Asimismo la CCSS cuenta con un convenio marco de cooperación con la Universidad de Costa Rica, por lo que la inclusión de un “actor de coordinación” resulta innecesaria.

Por la forma el artículo 6.- posee un error de numeración ya que cita “*Dicho sistema será coordinado por el CONAINF, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la presente ley...*”, cuando lo correcto es que es el artículo 9.- el que refiere la creación y coordinación del Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad.

5. En el artículo 7.- inciso i) alarma que el Sinainf, pretenda y se cita “*Coordinar con las instituciones encargadas del sector salud para brindar a las parejas con infertilidad un tratamiento...*”, esto afectaría la organización operativa de atención de la CCSS. En la institución prestadora de servicios de salud, se dispone que las personas aseguradas, ingresen al sistema por el primer nivel de atención y conforme a su condición ascienden según nivel de complejidad y urgencia, por ello resulta innecesario que el “*Sinainf*” coordine el tratamiento que la CCSS ya dispone y brinda según su propia organización a las personas aseguradas.
6. En la misma línea de pensamiento el artículo 7.- resulta contradictorio, ya que contraviene lo establecido en el artículo 6 que establece al “*Sinainf*” y se cita “*como una plataforma de coordinación interinstitucional para el desarrollo de una política nacional integral de la infertilidad*”, mientras el artículo 7.- le da por funciones no desarrollar una política nacional, sino actividades de investigación, diagnóstico, coordinación, y de abordar proyectos de investigación, además le otorga la potestad de promover la creación y el desarrollo de unidades de atención de la infertilidad, tanto en el sistema privado como público, por lo que no resulta claro cuál es el objeto de creación del “*Sinainf*” y los objetivos que persigue su creación y funcionamiento.

El inciso j) del artículo 7.- se repite en el artículo 9.-, podemos comparar:

- j) *Realizar convenios de cooperación con diversas instituciones, organizaciones y entidades, a fin de facilitar que se reciba o presten servicios relacionados con los asuntos atinentes al sistema, de conformidad con lo establecido en la presente ley.*

Artículo 9.-

“...En caso de que en el Conainf lo considere oportuno, podrá establecer convenios con otras instituciones públicas o privadas del sector salud, del

sector educativo y entidades internacionales, con el fin de proveer algún servicio que sea de difícil implementación en las unidades e instituciones que integran el sistema... ”.

Primeramente en el inciso j) no resulta claro el término “*asuntos atinentes al sistema*” que no puedan ser resueltos por las instituciones que conforman el sistema. Esto afectaría leyes que preceptúan sobre la contratación administrativa, la administración pública y de control interno. La CCSS tiene disposiciones amparadas en el marco jurídico nacional para establecer convenios, compras de servicios que de manera justificada requiera, por lo que resulta en incertidumbre si el “Sinainf” podría realizar convenios y con qué tipo de entidades si son de índole privado o público para prestar servicios en materia de salud, que son competencia establecida constitucionalmente de la CCSS.

7. Asimismo resulta incierto si es el “Sinainf” o el “Conainf” como ente coordinador quien efectuó estos convenios y si la CCSS deberá proveer de fondos económicos en las arcas del “Sinainf” o el “Conainf” para adquirir servicios con proveedores privados (cuando se establezcan convenios con entidades con fines de lucro para proveer algún servicio de “difícil” implementación). Resulta alarmante que el “Conainf” establezca convenios con entes privados para proveer servicios de salud o de educación, en el caso de salud, solo la CCSS, como se mencionó es la destinada a brindar estos servicios en el sector público y resulta ser el ente competente según el mandato constitucional que le ha sido asignado. Conforme a lo arriba expuesto, nos queda claro que la atención médica integral, dentro de la cual incluimos problemas de infertilidad, forma parte de las competencias constitucionales asignadas a la Caja por lo que la intención del legislador transgrede las disposiciones constitucionales ya expuestas, toda vez que el diagnóstico y tratamiento que se realice en la Caja o que incluya a asegurados que se encuentren a cargo de la Institución, corresponde en primera instancia a esta.
8. En cuanto al artículo 8.- que se refiere al enfoque multidisciplinario e interdisciplinario del Sinainf, este se contrapone al artículo 10.- que versa sobre la composición del Conainf. Ambos artículos resultan contradictorios, esto ya que el art. 8.- le da una composición que como se lee es meramente técnica al sistema “Sinainf”, pero el art. 10.- le da una composición técnico-política. El error -se especula- puede nacer cuando el redactor le da al Sinainf la composición que posee un equipo o unidad de atención de infertilidad a nivel hospitalario, por ello se recomienda que el artículo 8.- sea usado cuando se redacte un nuevo proyecto de ley y se conforme el recurso humano que deba poseer un equipo o unidad de atención de infertilidad a nivel hospitalario.
9. En relación al artículo 9-, se hace referencia a que el “Conainf” realizará “coordinación con la CCSS”, lo anterior afecta la autonomía de la CCSS para disponer de sus servicios médicos. No se aprecia en el articulado que el tema pueda ser velado por el Ministerio de Salud, sin necesidad de crear entes que dupliquen las funciones rectoras del Ministerio como tal.
10. Como se comentó anteriormente con respecto al artículo 10.- la designación de los miembros del “Conainf” debería responder a calidades académicas y técnicas, que hagan de este consejo un ente especializado en la materia. Según este artículo el “Conainf” adolece de calificaciones académicas, por lo tanto no se garantiza una designación por parte del Ministerio de Salud con competencia técnica. Puede valorarse la inclusión de la

Asociación Demográfica Costarricense para los ámbitos de educación en una nueva redacción de un proyecto de ley.

11. En el artículo 12.- se encuentra una incongruencia, mientras en artículos anteriores se habla que el objeto de la ley es establecer una “Política Nacional”, este artículo establece que el “Conainf” promoverá la investigación y estudio de la infertilidad, cuando lo correcto según la lectura integral que debe hacerse a todo el proyecto es que con la política el consejo o el ente que se pretenda crear tenga como finalidad implementación de la política, la cual debe tener como objetivo principal la regulación y normalización, y como finalidad secundaria la promoción de la investigación. O bien, que el Ministerio de Salud realice investigaciones para hacer políticas sanitarias basadas en la evidencia (concepto de “salud pública basada evidencia”, (Fink, 2012)), situación que el proyecto de ley bajo análisis no delimita esta posibilidad.
12. El artículo 13.- comete un error conceptual y no vincula el proyecto actual con la reciente aprobada Ley Reguladora de la Investigación Biomédica (Ley 9234). El error nace con la definición de “comités de investigación”, cuando lo correcto es hablar de “comités ético-científicos”, asimismo el redactor del proyecto los equipara a “comités de bioética clínica”, cuando sus naturalezas y ámbitos de acción son distintos (UNESCO, 2005).
13. El artículo 14.- que hace referencia al financiamiento, dispone que la CCSS destinará de su presupuesto los fondos “necesarios para operacionalizar los fines y objetivos que promueve este proyecto de ley.” Primeramente debe establecerse la fuente de recursos económicos para la creación de nuevas unidades de infertilidad que el “Sinainf” promueva crear, ya que la CCSS actualmente cuenta según sus propias disposiciones de programas de atención de la infertilidad. Aunado a lo anterior, no se toma en consideración el impacto económico que pueda sufrir la institución poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud.
14. En base al artículo 15.- que reza sobre el Estudio e Investigación de la Infertilidad. Debe establecerse líneas de investigación prioritarias para el país y la CCSS. Debe establecerse la evidencia epidemiológica, la carga de la enfermedad, la morbi-mortalidad sobre el tema de infertilidad, para establecer si es un problema prioritario de atención para la CCSS, a fin de establecer el principio de equidad de acceso a atención en salud y la priorización sanitaria. Asimismo debe recalcarse que el presente artículo fue reiterado en el artículo 12.-.
15. El artículo 16. (Prevención y Educación) se contrapone a los artículos 12.- y 15.-, ya que parte de definir los temas de campañas de educación. No existe congruencia del proyecto de ley, que busca investigar causas de infertilidad y a la vez restringe los temas de educación a los citados en el artículo 16.-, sin dar oportunidad a que los resultados de las investigaciones determinen causalidad, etiología y otros determinantes para definir las líneas de prevención y educación.

El inciso e) que se cita:

“Conveniencia de métodos de planificación reversibles, aun cuando la pareja o la persona decida no procrearse más”.

Este inciso violenta claramente la autonomía de las personas, la autodeterminación de decidir sobre la procreación y principio de equidad en el acceso a la atención en salud.

16. En cuanto al artículo 17.- (Diagnóstico y Tratamiento), el artículo es omiso en cuanto al tema de prevención. Asimismo el término “expedito” resulta confuso, porque en bioética existe el principio “discriminación justa” y el artículo no determina la temporalidad, la cual debe ser basada en la condición de urgencia del paciente y del grado de complejidad para que así sea referido o contra-referido según los niveles de atención que posee la CCSS. Este mismo artículo interfiere con la autonomía dada constitucionalmente a la CCSS, al ordenarle que elabore una guía así como procedimientos administrativos que actualmente ya se encuentran establecidos y de los cuales la CCSS posee potestad para ordenar sus procesos de gestión. Se establece obviamente que cuando se cuente con la legislación adecuada para regular las técnicas de manejo de infertilidad, y el Ministerio de Salud elabore una Guía Nacional, la CCSS basada en el principio de excelencia institucional y en busca de la calidad asistencial, elabora sus propios protocolos de atención. Además, en la finalidad del “Conainf” (art.- 12) se estableció que promoverá la investigación, cuando el presente artículo establece que emitirá directrices dándole funciones rectoras que no han sido claramente definidas.
17. El artículo 18.- que trata sobre la Comunicación del diagnóstico, no define cuales actores sean los más adecuados para brindar el diagnóstico a una persona o pareja. Asimismo la CCSS definirá dentro de sus competencias los profesionales de salud idóneos, para comunicar el diagnóstico a fin de garantizar el abordaje integral y el principio de confidencialidad.
18. El artículo 19.-que preceptúa sobre el tema de Consentimiento Informado, es omiso desconocer toda la normativa nacional en la materia regulada entre otros mediante la Ley 8239 y la Ley General de Salud. Asimismo no se especifica si se refiere a proyectos o protocolos de investigación biomédica (regulados mediante la Ley 9234) o protocolos de atención clínica.
19. El artículo 21.- sobre la Privacidad de la información clínica, omite hacer referencia al Principio de Privacidad y Custodia de la Información producto de la investigación biomédica según la Ley 9234.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, resulta ser un cuerpo normativo con incerteza jurídica, que no logra establecer una legislación pertinente en materia de infertilidad.

De esta manera puede observarse que nos encontramos frente a un proyecto de ley ambiguo, reiterativo en algunos artículos, con errores de forma, numeración y escaso en la protección de los derechos humanos y de respeto de los principios bioéticos, lo cual ha sido ampliamente regulado en diferentes instrumentos internacionales ratificados en Costa Rica, tal como resulta ser el derecho a la vida el cual se protege desde su concepción, así como el derecho a la Reproducción, como derecho a la autodeterminación física, derecho a la igualdad, a la identidad,

a la intimidad, a la libertad personal, a la integridad, a la no discriminación, entre otros. Se debe considerar que el proyecto propuesto en esta materia debe contener los elementos necesarios que garanticen la regulación adecuada de las técnicas médicas para el manejo de la infertilidad. De igual forma el proyecto de ley es reiterativo en algunos artículos, con errores de forma y numeración.

Por otro lado es importante destacar que el proyecto de ley no valora la sostenibilidad del sistema de salud, así como no respeta la autonomía institucional dada desde el ámbito constitucional, ya que si bien la Caja debe brindar la atención médica integral, ésta se cumple actualmente, en la cual se incluye los problemas de infertilidad, no obstante se observa que la intención del legislador es trasladar competencias tanto al Sinainf como al Conainf, lo cual transgrede las disposiciones constitucionales y por ende la competencia y autonomía institucional”.

El doctor Marín Mora se refiere al criterio en consideración, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- i) **PROYECTO DE LEY N° 18665 “LEY ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFERTILIDAD”.**
- **UNIDAD CONSULTANTE:** Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa.
 - **OBJETIVO:** Promulgar una política de atención integral de la fertilidad desde el Ministerio de Salud, a efecto de que los sistemas de diagnóstico y tratamiento cuenten con un modelo integrado y multidisciplinario de atención para todas las parejas que sufran de infertilidad.

ii)



iii) **ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY**

“la Caja Costarricense de Seguro Social deberá incluir gradualmente la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas y tratamientos de infertilidad en su atención de salud, de conformidad con el deber de garantía respecto al principio de no discriminación”.

Punto 338, Sentencia Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

iv) **OBSERVACIONES ESPECÍFICAS AL PROYECTO**

En el artículo 1.- Objeto de la ley,

- No se encuentra una necesidad explícita de crear una ley para dar fundamento a una política de atención, esta capacidad ya está conferida al Ministerio de Salud como ente rector.
- La propuesta no llega a satisfacer la necesidad del país en el ámbito de regulación de las técnicas de manejo de infertilidad de baja y alta complejidad.

v) En el artículo 3.- que contempla las definiciones:

Incongruencias de los incisos:

- e) diagnóstico temprano.
- f) Métodos de planificación reversibles.
- g) Investigación.
- j) Guías Práctica Clínica.

vi)

- El artículo 4.- sobre Principios éticos rectores, resulta discriminatorio y excluyente, esto porque se descarta a los habitantes no costarricenses o residentes del país, obviando los principios de igualdad y solidaridad.
- Errores conceptuales en los incisos:
 - b) respeto absoluto a la dignidad
 - f) tratamiento confidencial
 - g) sensibilización ética
- Omisiones de los principios bioéticos de privacidad, intimidad y otros.

vii)

- Artículo 6.- que establece la creación del Sinainf, se considera que no merece crear un ente político de coordinación interinstitucional.
- Por la forma el artículo 6.- posee un error de numeración ya que cita “*Dicho sistema será coordinado por el CONAINF, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la presente ley...*”, cuando lo correcto es que es el artículo 9.- el que refiere la creación y coordinación del Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad.

viii)

- En el artículo 7.- inciso i) alarma que el Sinainf, pretenda y se cita “*Coordinar con las instituciones encargadas del sector salud para brindar a las parejas con infertilidad un tratamiento...*”, esto afectaría la organización operativa de atención de la CCSS.
- El inciso j) del artículo 7.-
j) *Realizar convenios de cooperación con diversas instituciones, organizaciones y entidades, a fin de facilitar que se reciba o presten servicios relacionados con los asuntos atinentes al sistema, de conformidad con lo establecido en la presente ley.*

ix)

- El artículo 13.- comete un error conceptual y no vincula el proyecto actual con la reciente aprobada Ley Reguladora de la Investigación Biomédica (Ley 9234).
- El error nace con la definición de “comités de investigación”, cuando lo correcto es hablar de “comités ético-científicos”, asimismo el redactor del proyecto los equipara a “comités

de bioética clínica”, cuando sus naturalezas y ámbitos de acción son distintos (UNESCO, 2005).

x)

- El artículo 14.- que hace referencia al financiamiento, dispone que la CCSS destinará de su presupuesto los fondos *“necesarios para operacionalizar los fines y objetivos que promueve este proyecto de ley.”*
- Debe establecerse la fuente de recursos económicos para la creación de nuevas unidades de infertilidad que el “Sinainf” promueva crear.
- La CCSS cuenta según sus propias disposiciones de programas de atención de la infertilidad.
- No se toma en consideración el impacto económico que pueda sufrir la institución poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud.

xi)

- El artículo 16. (Prevención y Educación) se contrapone a los artículos 12.- y 15.-, ya que parte de definir los temas de campañas de educación. No existe congruencia del proyecto de ley, que busca investigar causas de infertilidad y a la vez restringe los temas de educación a los citados en el artículo 16.-, sin dar oportunidad a que los resultados de las investigaciones determinen causalidad, etiología y otros determinantes para definir las líneas de prevención y educación.
- El inciso e) que se cita:
“Conveniencia de métodos de planificación reversibles, aun cuando la pareja o la persona decida no procrearse más”.
 - Este inciso violenta claramente la autonomía de las personas, la autodeterminación de decidir sobre la procreación y principio de equidad en el acceso a la atención en salud.

xii)

- El artículo 19.-que preceptúa sobre el tema de Consentimiento Informado, es omiso desconocer toda la normativa nacional en la materia regulada entre otros mediante la Ley 8239 y la Ley General de Salud. Asimismo no se especifica si se refiere a proyectos o protocolos de investigación biomédica (regulados mediante la Ley 9234) o protocolos de atención clínica.
- El artículo 21.- sobre la Privacidad de la información clínica, omite hacer referencia al Principio de Privacidad y Custodia de la Información producto de la investigación biomédica según la ley 9234.

xiii) Conclusión y recomendación:

- La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, resulta ser un cuerpo normativo con incerteza jurídica, que no logra establecer una legislación pertinente en materia de infertilidad.

xiv) Propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por el Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18.665 “ATENCION INTEGRAL A LA INFERTILIDAD”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, externar criterio de oposición al proyecto de Ley N° 18.665 consultado.

La Directora Alfaro Murillo refiere que en el capítulo de Conclusiones y Recomendación en la página penúltima, en el párrafo segundo se indica que menciona en el segundo párrafo “nos encontramos frente a un proyecto de Ley ambiguo, reiterativo, con errores de forma, numeración y escasa ...”. Considera que el análisis se inicia con los temas de forma y poco contundente. Le parece que con los problemas que tiene este proyecto se debe abordar con el fondo y además, en la forma se lee ambiguo, reiterativo y con errores. Sugiere que no se inicie en la forma por ser menos relevante. Este Proyecto de Ley al igual que otros, surgió después de cuatro años de discusión sobre el tema de Fecundación in Vitro y de la oposición del grupo de los exdiputados firmantes de este proyecto, que al manifestar su posición en contra, se buscó otra vía y coincide completamente con la presentación que realizó el Dr. Marín. Por otro lado, la exposición de motivos es parte del cuerpo de la Ley y señala que el Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad (SINAIF) establece que: “*identificar y tratar con la más alta tecnología y con el personal humano mejor preparado diversas enfermedades que además de provocar infertilidad afectan otros aspectos de la salud de hombres y mujeres*”, de una vez se indica que se crea una condición y desde el punto de vista financiero es complicado. Por otro lado, el Proyecto de Ley no solo se refiere a problemas de infertilidad en cuanto a la alta tecnología personal profesional, sino que se abrió a toda una gama de posibilidades, por lo que considera que este Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad, si se lee la exposición de motivos y lo pega al articulado que expuso el Dr. Marín, podría desbordarse en sus funciones y se estaría creando un sistema inmanejable.

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por el Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18.665 “ATENCION INTEGRAL A LA INFERTILIDAD” y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, y con la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** externar criterio de oposición al proyecto de Ley N° 18.665 consultado.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 16°

Se presenta la nota número PE.37.352-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 19 de junio del presente año, número PIII-006-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Legislativa con Potestad Plena III de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el *Proyecto ley para la protección de la información de datos genéticos y proteómicos humanos (originalmente denominado): Ley para la protección de la información genética humana, expediente N° 17.486.*

La Gerencia Médica emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5415-2014, del 07 de julio en curso que firma la señora Gerente Médico y, en lo conducente, a la letra se lee de este modo:

“En atención al oficio JD-PL-0028-14 del 20 de junio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 19 de junio del 2014, suscrito por la señora Rosa María Vega Campos de la Comisión Legislativa con Potestad Plena III, el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como fin la protección de datos de los individuos, así como garantizar la igualdad y evitar que las personas sean víctimas de toda utilización equivocada de su información genética y a su vez permitir que la colectividad se pueda beneficiar de la tecnología de las pruebas genéticas, de la investigación y de las nuevas terapias producto de ellas.

El presente proyecto de ley, fue tramitado por la Comisión Permanente especial de Derechos Humanos, la cual remitió el mismo para consulta de la CCSS, para el cual se han externado dos criterios a saber:

1. Mediante el oficio N°34.593 del 22 de junio del 2011, la Secretaria de Junta Directiva, señaló: *“La privacidad Genética debe tutelarse como bien jurídico de sensible protección; dada la complejidad y la sensibilidad que reviste la materia es grande el riesgo que existe tanto de abuso como de reutilización con fines distintos por parte del responsable del tratamiento o por terceros.*

Es razón de lo anterior, que deben necesariamente crearse los mecanismos legales que garanticen la protección de esta información; por lo que esta Asesoría Legal considera oportuno exponer las siguientes observaciones, las cuales se expondrán algunos:

1.- Debe considerarse la importancia de respetar el derecho de toda persona a decidir a qué se le informe o no, de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias.

2.- Que establezca que el genoma humano, no puede dar lugar a beneficios pecuniarios”.

3.- Importante adicionar un artículo que prohíba difundir, o hacer pública por cualquier medio la información genética de las personas, con excepción de los casos autorizados por el propio interesado o judicialmente”.

2. Mediante oficio N°55.244 de fecha 23 de noviembre del 2012, la Junta Directiva, emitió el criterio respecto al Dictamen unánime afirmativo, señalando en lo conducente: “comunicar a la Comisión Legislativa Plena III que, conforme el punto de vista legal, el texto del Proyecto (...) no roza con las potestades y competencias otorgadas a la Caja, de manera que no existen elementos para emitir un criterio de oposición al Proyecto de ley consultado, siempre y cuando se consideren las observaciones de forma y fondo realizadas por parte de la Dirección Jurídica contenidas en el oficio número DJ-7955-2012 y del Área de Bioética contenidas en la nota N° CENDEISSS-AB-0622-11-2012(...)”.

Ahora bien, debe quedar claro que el proyecto de ley que ahora se consulta, es exactamente el mismo texto del dictamen unánime afirmativo que ya había sido consultado a la Institución.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Ésta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: emitido por parte del Dr. Jorge Villalobos Alpízar, Área de Bioética del CENDEISSS, mediante el oficio CENDEISSS-AB-0260-07-2014.
2. Criterio legal: emitido por la Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada Acuerdos Junta Directiva de la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-AJD-5418-2014.

En principio debe quedar claro que ya la Institución brindó el criterio respectivo sobre el texto del proyecto de ley que se consulta nuevamente, por lo que resulta procedente externar el criterio en los mismos términos en que ya se emitió.

En resumen, y tal y como lo indica el preámbulo al proyecto de ley en estudio, se tiene que, el Proyecto de ley pretende regular lo relativo a los datos genéticos de las personas, como garantía de no discriminación (art. 33 de la Constitución Política) y disfrute de derechos, como la salud, el trabajo, la educación, el acceso a mercados de seguros y pensiones, entre otros.

El texto está basado en Convenios internacionales sobre Derechos Humanos y, especialmente, en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano de la UNESCO.

La idea principal es que con el proyecto se dicte una ley que fortalezca la libertad del ser humano respecto de sus datos de ADN, e incluso, la investigación que se pueda desarrollar en instituciones y centros privados respecto a este tipo de intervenciones.

Es importante conocer lo que el Dr. Jorge Scala, Abogado por la Universidad Nacional de Córdoba quien integró el equipo interdisciplinario que llevó el caso “Portal de Belén”, por el que la Corte Suprema de Justicia de la Argentina reconoció la inviolabilidad constitucional del derecho a la vida de todo ser humano desde la concepción. Premio Tomás Moro, en la categoría justicia, año 2004, otorgado por el Instituto Tomás Moro de Paraguay y es profesor de bioética en la Maestría de Desarrollo Humano de la Universidad Libre Internacional de las Américas (ULIA); autor de los libros Género y Derechos Humanos (con 3º edición ampliada); ¿Matrimonio o divorcio? entre otros, señaló ante la Asamblea Legislativa, relativo al tema que nos ocupa:

(...) Acá hay varias cuestiones, primero, el genoma humano, desde el punto de vista científico no está completamente estudiado y empezar a legislar algo que todavía no se conoce en definitiva, me parece un poco apresurado. Ha habido avances, anuncios periodísticos de que ya se había terminado de descubrir y luego se dan cuenta, como pasa muchas veces en la ciencia, que uno cree que ya descubrió, abrió la última puertita y ahí se abrió un campo inmenso y uno dice: en realidad es más lo que ignora que

lo que sé, porque ahora sé que ignoro más. Ignoro muchas cosas que antes ni sabía que ignoraba.

En primer lugar, es un tema que desde el punto de vista científico no está terminado de explorar. Siempre llegamos tarde al derecho, de algún modo, la gente se queja y dice que llegamos tarde, pero es que necesariamente tenemos que llegar tarde, porque nosotros podemos decir qué es justo o qué injusto, después de que se sepa qué es la cosa esa. La regulación jurídica siempre llega al final. Ahí hay un primer problema. El segundo problema es que hay una serie de cuestiones que son preocupantes. Por ejemplo, si tengo información genética respecto de un ser humano, pongo ejemplos prácticos, podría predeterminar la tendencia que tiene para determinar si hay enfermedades genéticas y negarle determinados seguros de salud o negarle la posibilidad de determinados trabajos, pero simplemente por la posibilidad no porque tenga la enfermedad, sino porque tiene la predisposición estadística, nada más. Eso podría significar una violación de los derechos civiles, laborales, etcétera o que las políticas o que las pólizas de seguro sean más caras, simplemente, porque tienen una predisposición.

La información no es ni buena ni mala, es información, depende del uso que se le dé. Esto crea problemas en el orden interno, pero también crea problemas internacionales, porque hay muchas cuestiones de estas que se regulan también a nivel internacional. Hablando de los seguros, se reaseguran (...)

Dado lo anteriormente expuesto y del análisis del proyecto, no se observa que el articulado propuesto se encuentre dividido en capítulos, lo que hace difícil su análisis integral, máxime en tratándose de una materia tan específica. En razón de ello, es recomendable una revisión integral del texto propuesto, a efecto de que se agrupe, según la técnica legislativa de redacción de leyes, en capítulos debidamente identificados y que lleven una congruencia en su redacción.

De seguido procedemos a realizar un análisis de cada uno de los artículos propuestos:

TEXTO Dictamen Unánime Afirmativo	OBSERVACIONES
<p>ARTÍCULO 1.- Objeto. Proteger la privacidad de los datos e información genéticos y proteómicos de las personas, para tener acceso al derecho de la salud, a la educación, al trabajo, a la intimidad, a los mercados de seguros y planes de pensiones, y evitar cualquier tipo exclusión.</p> <p>Regula además los derechos de las personas y el manejo de pruebas que se sometan a procedimientos y análisis genéticos y proteómicos, indistintamente del fin que se trate.</p>	<p>Se modifica este artículo con el fin de profundizar en el ejercicio del derecho de igualdad, independientemente de las características genéticas del individuo.</p> <p>Es nuestro criterio que los párrafos restantes no aportan mucho al objeto de esta ley.</p>

<p>Para lo cual se establece un régimen jurídico, mediante el cual el Estado deberá velar por la protección del genoma y proteoma humano y la información obtenida.</p>	
<p>ARTÍCULO 2. Definiciones, para los efectos de esta Ley se entiende por:</p>	
<p>a. Análisis genético: procedimiento destinado a detectar la presencia, ausencia o variantes de uno o varios segmentos de material genético, para la identificación del estado de portador de un defecto genético determinado, o de variantes genéticas que puedan predisponer al desarrollo de una enfermedad específica, o identificaciones para fines forenses o bien condicionar la respuesta a un tratamiento concreto. Comprende además los análisis de ADN humano (ácido desoxirribonucleico) y ARN (ácido ribonucleico), cromosomas, proteínas y ciertos metabolitos para detectar genotipos, mutaciones o cambios de cromosomas usados como medio de diagnóstico.</p> <p>b.</p>	
<p>c. Asesoramiento genético: asesoramiento destinado a explicar las posibles consecuencias de los resultados de una prueba o un tamizaje genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para ayudar a una persona a asumir esas consecuencias a largo plazo. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o un tamizaje.</p>	<p>Valorar por el legislador, la posibilidad de establecer el asesoramiento genético como un proceso continuo que debe darse por personal calificado y de manera integral.</p>
<p>d. Laboratorios y Bancos de ADN o ARN humano y de Proteínas: establecimiento o unidad técnica, de carácter público o privado, mantiene en depósito muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos o proteómicos con fines de asistencia en la salud o de investigación biomédica, así como los datos asociados a estas muestras. Obligados a garantizar la privacidad de sus archivos y adoptar las medidas necesarias para mantener la seguridad de la información.</p>	<p>Se sugiere agregar a su nombre “muestras biológicas”, ya que su principal función es el manejo de estas.</p> <p>Se sugiere poner entre paréntesis “Biobancos”, esto facilita la lectura posterior del texto por el largo nombre de estos establecimientos.</p> <p>Se sugiere sustituir la frase “mantiene un depósito” por “recolecta, trata, utiliza o conserva”. Ya que describe mejor las funciones de los Biobancos.</p>
<p>e. Consentimiento informado: es el proceso de comunicación mediante el cual una persona, sus padres o su representante legal manifiesta</p>	<p>Se sugiere establecer los diferentes</p>

<p>su conformidad de forma libre, voluntaria y consciente, de someterse a un análisis genético para cualquier actuación relativa a su salud o para su participación en una investigación biomédica y de autorizar o no la privacidad de sus datos genéticos y además que se le informe o no sobre sus datos genéticos. Después de que se le haya informado de forma clara, comprensible (lenguaje adecuado) y con tiempo suficiente sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios que el mismo conlleva. El consentimiento informado será formalizado mediante un documento escrito.</p>	<p>procesos en que la persona consiente sobre el uso de su material genético (recolección, análisis, trata, usos y /o conservación)</p> <p>Se recomienda ajustar la definición a lo regulado sobre el consentimiento informado.</p>
<p>f. Dato anonimizado: dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que la pudiera identificar.</p>	
<p>g. Dato codificado o disociado reversiblemente: dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse reemplazado la información que identifica a la persona por un código, que permite la operación inversa.</p>	
<p>h. Dato genético humano: Datos específicos de origen y naturaleza genética provenientes de un ser humano, obtenidos mediante un análisis genético, sea mediante ácido nucleico u otros análisis científicos.</p>	
<p>i. Diagnóstico genético: procedimiento orientado a explicar las consecuencias asociados a la aparición de un trastorno de base genética en un individuo o una familia; o el riesgo de aparición del mismo; así como las ventajas, riesgos y posibles consecuencias de realizar un análisis genético determinado. También el asesoramiento en relación con las posibles alternativas derivadas de los resultados del análisis.</p>	<p>Esta definición tiene a mezclarse con la definición de asesoramiento genético, asimismo La Declaración Internacional sobre datos genéticos humanos, de 16 de octubre de 2003, no la incluye.</p> <p>La Real Academia Española define diagnóstico como “<i>Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.</i>” No como un asesoramiento, son como una calificación o bien un resultado del análisis de los signos y síntomas de una persona.</p>
<p>j. Datos proteómicos humanos: Información relativa a las proteínas de una persona, lo cual</p>	

incluye su expresión, modificación e interacción.	
k. Genoma humano: Conjunto de genes y regiones intergenéticas de una célula de un ser humano.	
l. Información Genética: Comprende información sobre genes, productos de genes o herencia de características que pudieran derivar de una persona o miembros de su familia, especialmente de aquella información obtenida por medio de procedimientos y análisis genéticos y proteómicos que pudiera alertar acerca de la incidencia de enfermedad. También se entiende por información genética aquella que puede ser utilizada con fines de identificación humana obtenida por el resultado del análisis de marcadores genéticos de ADN nuclear y ADN mitocondrial de regiones no codificantes, que no brinda información sobre enfermedades genéticas ni características específicas de los individuos.	
m. Muestra biológica: cualquier sustancia biológica de origen humano que puede albergar información y ácidos nucleicos sobre la dotación genética característica de una persona.	
n. Muestra biológica anonimizada: muestra biológica que no puede asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique a la persona.	
o. Muestra biológica codificada o disociada reversiblemente: muestra biológica no asociada a una persona identificada o identificable por haberse remplazado la información que identifica a la persona por un código, que permite la operación inversa.	
p. Miembro de familia: A los efectos de esta ley, se entiende por miembro de familia aquella persona vinculada por consanguinidad hasta en cuarto grado con el individuo del cual se	

<p>obtienen los datos genéticos o proteómicos. Para otros efectos, de carácter civil o de familia, se deberá remitir el operador al Código de Familia, Ley No. 5476 y sus reformas, del 7 de noviembre de 1973.</p>	
<p>q. Privilegio terapéutico: es la facultad que tiene el médico de abstenerse de revelarle al paciente información que, de acuerdo a su criterio, en lugar de beneficiarle le podría causar un mal mayor a su salud.</p>	<p>Se sugiere modificar esta definición para darle mayor claridad a este término.</p>
<p>r. Prueba genética: Análisis de ADN, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos de seres humanos que detecten genotipo, mutaciones o cambios cromosómicos.</p>	<p><u>Prueba genética y análisis se consideran sinónimos por lo que se le recomienda al legislador eliminar y homologar en todo el texto un solo término</u></p>
<p>s. Servicios genéticos: servicios de salud que incluyen pruebas genéticas, suministradas para obtener, evaluar o interpretar información genética para diagnóstico, propósitos terapéuticos, educación y asesoramiento genético.</p>	
<p>t. Trazabilidad: medidas pertinentes para asegurar la identidad e integridad de las muestras que permitan ubicar, localizar e identificar las muestras biológicas y sus datos asociados, en cualquier paso del proceso desde su obtención hasta su destrucción.</p>	
<p>ARTÍCULO 3.- Principio rector de no estigmatización y no discriminación. Cada individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y atributos, cualesquiera que sean sus características genéticas. Esta dignidad impone que no se reduzca a los individuos a sus particularidades genéticas y que se respete el carácter único de cada uno. En consecuencia, se prohíbe la discriminación de los individuos por razón de la naturaleza específica de su información genética y la de sus familiares. Este principio también protege a aquellos individuos que se niegan a ser sometidos a un análisis genético.</p>	<p>El derecho de igualdad cubre a los principios de no estigmatización y no discriminación. Por lo tanto nos parece que se debe cambiar el nombre a este artículo.</p>

<p>ARTÍCULO 4.- Derecho a la privacidad de los datos genéticos.</p> <p>Se debe respetar el derecho de toda persona a decidir que se le informe o no de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias</p> <p>Cuando la persona manifieste expresamente su deseo de no recibir información derivada de propios análisis genéticos, se dejará constancia en el expediente de salud o registro respectivo. El caso anterior no excluye el derecho de la persona de brindar el consentimiento previo para someterse al análisis o pruebas genéticas recomendadas.</p> <p>En los casos de investigación científica, diagnóstico o tratamiento, en relación con el genoma de un individuo, se requiere el consentimiento previo, libre e informado de la persona interesada para poder dar a conocer o no el resultado. Si ésta no está en condiciones de manifestarlo, el consentimiento y o autorización habrán de obtenerse de conformidad con lo que establezca la ley, teniendo en cuenta el interés superior del interesado.</p> <p>Para el caso de la investigación científica, los protocolos de investigación deberán someterse a las normas o directrices nacionales e internacionales aplicables en la materia. De acuerdo como lo establezca la ley correspondiente.</p>	<p>Se somete a consideración del legislador cambiar el enunciado del artículo, ya que no guarda relación con el texto, pues se mezclan dos situaciones en un solo artículo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El derecho a no ser informado. 2. La confidencialidad de los datos. <p><u>Se sugiere establecer un artículo para la privacidad y confidencialidad de los datos genéticos, resultantes de un análisis genético o de una investigación biomédica</u></p>
<p>ARTÍCULO 5.- Pruebas de los análisis genéticos. Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación biomédica y con un asesoramiento genético apropiado y previo consentimiento informado.</p>	<p>La frase “prueba de los análisis” es redundante, se propone corregir este término. Así mismo se sugiere agregar otros tipos de investigación en los cuales se pueden utilizar análisis genéticos, como lo son los estudios antropológicos y arqueológicos.</p> <p>Además toda la primera parte de este artículo habla sobre los diferentes fines médicos en los que se pueden utilizar los análisis genéticos, se sugiere resumir como está descrito en la propuesta adjunta.</p>

<p>ARTÍCULO 6.- Asesoramiento genético. Cuando se lleve a cabo una prueba genética con la finalidad de brindar atención a la salud de la persona con intervención diagnóstica, preventiva o de curación, o en una investigación biomédica, será preciso garantizar al interesado el asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento lo debe realizar un profesional o un grupo multidisciplinario de profesionales que tenga la experiencia e idoneidad para dar este asesoramiento genético.</p>	<p>Se sugiere cambiar la palabra multidisciplinario por interdisciplinario y agregar los otros tipos de investigación.</p> <p>Eliminar los tipos o fines de atención en salud.</p>
<p>ARTÍCULO 7.- Consentimiento informado. Las pruebas genéticas solamente se podrán realizar cuando la persona explícitamente lo haya autorizado.</p> <p>Cuando se trate de menores de edad, fetos y embriones, el consentimiento informado debe ser otorgado por sus padres o el representante legal.</p> <p>En pruebas a aplicar a personas que no estén en capacidad de manifestar su consentimiento, se aplicará las reglas de tutor y curador establecidas en el Código Civil, Ley No. 63 y sus reformas y el Código de Familia, Ley 5476 y sus reformas.</p> <p>En todos los casos el consentimiento informado se formalizará por escrito.</p> <p>Las pruebas genéticas o proteómicas se podrán realizar sin consentimiento previo cuando la autoridad judicial así lo disponga dentro de una investigación o sumario judicial.</p>	<p>Aspectos de forma y fondo: el artículo 8 habla sobre el consentimiento en menores de edad por lo que no debería establecer en este artículo 7. Así mismo habla de personas incapaces por lo que se recomienda que el artículo 8 se denomine consentimiento por sustitución y se establezcan allí todos los casos en los que el consentimiento es otorgado por el representante legal; de manera que en el artículo 7.- de consentimiento informado se contemple solo el caso en que la persona capaz y con capacidad jurídica brinde el consentimiento.</p> <p>Además se debería incorporar en el reglamento de la ley las condiciones necesarias para la aplicación del proceso de consentimiento informado por parte del profesional calificado responsable, y las características y contenido mínimos necesarios de la información para efectos del consentimiento.</p>
<p>ARTÍCULO 8.- Consentimiento en personas menores de edad</p> <p>En el caso de personas menores de edad, el consentimiento informado debe ser suscrito por sus padres o representante legal. Cuando el menor de edad tenga menos de 12 años de edad, debe tomarse en cuenta su opinión, conforme su edad y grado de madurez.</p>	<p>Cambiar el nombre del artículo a Consentimiento por sustitución, de manera que incorpore a menores de edad y personas con incapacidad manifiesta y declarada, en donde el consentimiento lo brinda el representante legal.</p>

<p>Cuando se trate de personas mayores de doce años, deberá contarse con su asentimiento informado, para lo cual se les informará sobre los alcances de la del análisis al cual va ser sometido, en un lenguaje comprensible para ellos. En el caso de que la persona mayor de doce años rehúse asentir, prevalece su criterio sobre el de sus padres o representante legal, siempre y cuando su vida o su salud no dependan de su decisión.</p> <p>La opinión de la persona menor de edad, en todos los casos, debe documentarse en el expediente de salud o registro respectivo.</p>	
<p>ARTICULO 9.- Revocatoria de Consentimiento. La persona puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, salvo en los casos establecidos en los incisos a) b) y c) y del artículo 13 de esta ley. La renuncia no debe ocasionar perjuicios o inconvenientes de ningún tipo para la persona que se sometió a procedimientos y análisis genéticos y proteómicos.</p> <p>La revocatoria abarca la eliminación de datos y muestras de la persona en los laboratorios y bancos de ADN, ARN y proteínas en donde conste el material y la información extraída a partir de los análisis médicos y científicos.</p> <p>Los datos y muestras biológicas que no estén irreversiblemente disociados deberán tratarse conforme a los deseos del interesado. Cuando no sea posible determinar los deseos de la persona, o cuando estos no resulten factibles o seguros, los datos y las muestras biológicas, deberían ser irreversiblemente disociados o bien destruidos.</p>	<p>Eliminar “salvo en los casos establecidos en los incisos a) b) y c) y del artículo 13 de esta ley”. Ya que no guardan relación alguna con lo establecido en este artículo.</p> <p>Se considera importante que la revocatoria abarque desde la negativa a la recolección.</p>
<p>ARTÍCULO 10.- Privilegio terapéutico. De manera excepcional y de forma justificada, el profesional de salud podrá racionalizar y restringir el contenido de la información genética, cuando a su juicio esta pudiera ocasionar perjuicios o un mal mayor para la salud de la persona; de ello se dejará constancia en el expediente de salud o registro respectivo.</p>	
<p>ARTÍCULO 11.- Laboratorios y Bancos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Públicos y Privados. Los laboratorios y</p>	<p>Eliminar porque en el artículo 12 se establecen las obligaciones de estas instancias</p>

<p>bancos de datos genéticos humanos, de datos proteómicos humanos y de muestras biológicas de las que estos datos provengan están obligados a guardar la privacidad de sus archivos.</p>	
<p>ARTÍCULO 12.- Obligaciones de los Laboratorios y Bancos de datos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Público y Privados:</p> <p>a) Mantener un registro de actividades del banco de datos.</p> <p>b) Garantizar la privacidad de la información, calidad, seguridad, exactitud, fiabilidad y la trazabilidad de los datos y muestras biológicas almacenadas y de los procedimientos asociados al funcionamiento del banco de datos.</p> <p>c) Atender las consultas o reclamaciones que puedan dirigirse al banco de datos.</p> <p>d) Emitir protocolos de actuación donde se establezcan pasos sobre recolección, tratamiento, utilización, actualización, conservación o eliminación de datos y muestras. Estos protocolos deberán ser revisados y aprobados por el Ministerio de Salud.</p>	<p>Se sugieren algunos cambios de redacción.</p> <p>Se recomienda considerar, a nivel de reglamento regular a estos establecimientos de manera más específica, por la complejidad de los mismos y por la información sensible que manejan. Tal y como se establece en Leyes a nivel mundial como por ejemplo la de España, que posee una Ley específica para esto.</p>
<p>ARTICULO 13.- Derecho de las personas al acceso a sus datos genéticos o proteómicos personales. El derecho de acceso a los datos genéticos o proteómicos garantiza las siguientes facultades:</p> <p>a. Acceder directamente o por medio de sus padres o de representante legal a la información producida a partir de los datos genéticos o proteómicos personales.</p> <p>b. Conocer la finalidad del uso que se dará a los datos genéticos o proteómicos personales.</p> <p>c. Solicitar y obtener rectificación, actualización o eliminación de los datos genéticos o proteómicos personales.</p> <p>d. Exigir la garantía de privacidad, salvo las excepciones establecidas en el Artículo 17 de la presente Ley.</p> <p>e. Los profesionales sanitarios del centro o establecimiento donde se conserve la historia clínica del paciente tendrán acceso a los datos, en tanto sea pertinente para la asistencia que presten al paciente, sin perjuicio de los deberes de reserva y privacidad los que estarán sometidos.</p>	<p>Se sugiere dividir en dos partes el derecho de acceso al titular y a terceros. Esto para brindar mayor claridad al lector.</p> <p>En el inciso a) se mejora la redacción y se resalta la importancia a que el acceso sea gratuito.</p> <p>En el d) se realiza una mejoría en la redacción.</p>

<p>f. Los datos genéticos de carácter personal sólo podrán ser utilizados con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación científica o de docencia cuando el sujeto interesado expresamente haya dado su consentimiento, o cuando dichos datos hayan sido previamente anonimizados.</p> <p>g. En casos excepcionales y de interés sanitario general, la autoridad en materia de protección de datos, podrá autorizar la utilización de datos genéticos codificados, siempre asegurando que no puedan relacionarse o asociarse con el sujeto fuente por parte de terceros.</p>	
<p>ARTICULO 14.- Responsabilidad del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud como ente rector deberá:</p> <p>a) Velar plenamente por el cumplimiento de esta Ley.</p> <p>b) Llevar el registro de inscripción a que se refiere el artículo 13 de esta ley.</p> <p>c) Reglamentar esta Ley en cuanto a protocolos de actuación de Laboratorios y Bancos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Públicos o Privados.</p> <p>d) Requerir la información que considere pertinente en el funcionamiento de las instituciones públicas y centros privados que manejan información genética o proteómica humana sin violentar la privacidad de información.</p> <p>e) Educar e informar a la población sobre los derechos derivados en esta ley.</p>	<p>El ARTICULO 13.- Derecho de las personas al acceso a sus datos genéticos o proteómicos personales. No establece en su articulado ninguna inscripción a la que se refiere el inciso b) del presente artículo.</p> <p>Se le recomienda al legislador que la inscripción sea incluida en el ARTÍCULO 12.- de Obligaciones de los Laboratorios y Bancos de datos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Público y Privados.</p> <p>Se sugiere la reestructurar el artículo como se describe en el recuadro contiguo.</p>
<p>ARTÍCULO 15.- Prohibiciones. Se prohíbe a las instituciones públicas, privadas y a sujetos de derecho privado:</p> <p>a) Solicitar análisis genéticos para el ingreso, permanencia o renovación de la membrecía de la persona en los sistemas de cobertura de seguros, servicios de salud y planes de pensiones. Esta misma prohibición aplicará para el ajuste de cuotas en los sistemas indicados en este inciso.</p>	<p>Se recomienda agregar la frase subrayada en el recuadro contiguo.</p> <p>Se recomienda en el punto d) eliminar a partir del punto y seguido la frase “Y, con las excepciones establecidas en el artículo 16 de esta Ley se podrá solicitar información genética”</p>

<p>b) Solicitar información genética como requisito para contratar o despedir a una persona de un empleo. Asimismo, limitar, segregar, o clasificar a los empleados en forma tal que prive o tienda a privar de oportunidades de empleo, o afecte adversamente de alguna forma su condición de trabajador.</p> <p>c) Solicitar información genética para ingresar o permanecer en cualquier tipo de centro educativo.</p> <p>d) Vender, canjear o comprar información genética para cualquier fin. Y, con las excepciones establecidas en el artículo 16 de esta Ley se podrá solicitar información genética.</p> <p>e) Usar la información genética para seleccionar o establecer parámetros de elegibilidad de seres humanos.</p> <p>f) Revelar, importar o exportar información genética, salvo lo dispuesto en los incisos e) y f) del artículo 16 de la presente Ley.</p>	<p>Se sugiere agregar el inciso g) descrito en el recuadro contiguo.</p>
<p>ARTÍCULO 16.- Excepciones a la prohibición. Se podrá entregar información genética en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando la persona de la cual se obtuvieron los datos e información genética, sus padres o representante legal, debidamente lo haya consentido.</p> <p>b) Por disposición judicial en la identificación de personas por motivo de una investigación criminal, así como para identificación de cadáveres según lo disponga el Departamento de Laboratorios de Ciencias Forenses del Poder Judicial.</p> <p>c) Cuando la información genética sea de interés público, o sea utilizada para tratar o prevenir una enfermedad que beneficie a terceros pacientes o familiares.</p> <p>d) Para la identificación de personas por razones humanitarias.</p> <p>e) Cuando se utilice para investigación en disciplinas biomédicas o de proyectos de investigación justificados ante las Academias científicas o Universidades del país o bien en el marco de convenios con análogos extranjeros, en cuyo caso los datos deben estar disociados,</p>	<p>En el inciso a) se presenta una redacción que lleva a errores de interpretación sobre que pretende legislar el redactor de la ley.</p> <p>En el inciso c) se recomienda agregar la palabra “declarada”</p> <p>En este inciso e) ordena que la autorización para entregar información genética con fines de investigación en disciplinas biomédicas se hará ante las Academias científicas o Universidades, cuando lo correcto y según lo establecido en las pautas internacionales sobre investigación biomédica, estipulan que son los CEC (comités ético científicos) los que deben</p>

<p>codificados o anonimizados.</p> <p>f) En el marco de la cooperación solidaria y bienestar de individuos, familias, poblaciones en el extranjero expuesto a enfermedades o discapacidades.</p> <p>g) Por las disposiciones de la Ley No. 8101 “Ley de Paternidad Responsable”, y sus reformas.</p> <p>h) Excepcionalmente el médico podrá restringir el contenido de la información genética cuando medie la justificante del privilegio terapéutico, en cuyo caso, deberá dejar registro de su decisión en el expediente de salud o registro respectivo.</p>	<p>autorizar y vigilar toda investigación científica incluyendo la investigación genética. Por lo que se propone la creación de artículos que normen este ámbito.</p> <p>Eliminar el inciso h) ya que el artículo 10.- regula el privilegio terapéutico.</p> <p>Se recomienda agregar el enunciado subrayado adjunto como un párrafo al final de este artículo para que se garantice aun en estos casos la confidencialidad y el derecho a la igualdad.</p>
<p>ARTÍCULO 17.- Conservación. Los datos genéticos y proteómicos humanos y muestras biológicas utilizadas en salud, investigación, medicina forense o procedimientos civiles u obtenidos en el curso de una investigación judicial deben estar disponibles durante el tiempo que establezca el Reglamento de esta Ley.</p>	
<p>ARTÍCULO 18.- Derecho a reclamar daños y perjuicios. La utilización de información genética dentro de los parámetros establecidos en el artículo 15 de esta Ley, constituye un hecho ilícito y, por consiguiente, impone la obligación de repararlo. Toda persona que haya sido víctima, tendrá derecho a reclamar los daños y los perjuicios que le haya ocasionado este acto.</p>	
<p>ARTÍCULO 19.- Suspensión y multa.</p> <p>a. Quien viole las prohibiciones contempladas en el artículo 15 de la presente Ley será suspendido sin goce de salario por un plazo de tres a diez meses, sin perjuicio de las demás penas y sanciones establecidas en la presente Ley.</p> <p>b. Quien se aparte de las excepciones dispuestas en el artículo 16 de la presente Ley, será multado de cinco a quince salarios base, contenidos en el</p>	

<p>artículo 2 de la Ley No. 7337, de 31 de marzo de 1993.</p>	
<p>ARTÍCULO 20.- Para que se agregue un nuevo artículo 373 BIS en el TÍTULO XVII “DELITOS CONTRA LOS DERECHOS HUMANOS”, del Código Penal, Ley No. N. ° 4573, para que se lea de la siguiente forma:</p> <p>Uso no autorizado de material e información genética humana</p> <p>ARTICULO 373 BIS. Será sancionado con pena de tres meses a seis años de prisión, la persona, el gerente o director de una institución oficial o privada que sin estar autorizado entregue, requiera, recopile, intercambie y compre información genética humana. Al reincidente, el Juez podrá además imponer, como pena accesoria, la suspensión de cargos u oficios públicos por un tiempo no menor de quince ni mayor de sesenta días, y si se trata de un sujeto privado inhabilitación profesional hasta por sesenta días.</p>	<p>Se recomienda la revisión de este artículo por parte de asesoría legal, ya que el mismo por su redacción puede prestarse a interpretar que un gerente o director de una institución oficial o privada puede estando autorizado intercambiar y comprar información genética, esto claramente contrario al artículo 15.</p>
<p>Rige a partir de su publicación.</p> <p>Dado en San José, a los trece días del mes de setiembre del año dos mil once.</p>	

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, no roza con las potestades y competencias otorgadas a la Caja, no existen elementos para emitir un criterio de oposición al mismo, siempre y cuando se consideren las observaciones realizadas”.

El doctor Villalobos, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al criterio en consideración:

i) **PROYECTO DE LEY N° 17486 “LEY PARA LA PROTECCION DE LA INFORMACION DE DATOS GENETICOS Y PROTEOMICOS HUMANOS”.**

- UNIDAD CONSULTANTE: Comisión Legislativa con Potestad Plena III.
- OBJETIVO: La protección de datos de los individuos, así como garantizar la igualdad y evitar que las personas sean víctimas de toda utilización equivocada de su información genética y a su vez permitir que la colectividad se pueda beneficiar de la tecnología de las pruebas genéticas, de la investigación y de las nuevas terapias producto de ellas.

ii) **ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY**

Oficio N°34.593 del 22 de junio del 2011:

- 1.- *Debe considerarse la importancia de respetar el derecho de toda persona a decidir a qué se le informe o no, de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias.*
- 2.- *Que establezca que el genoma humano, no puede dar lugar a beneficios pecuniarios”.*
- 3.- *Importante adicionar un artículo que prohíba difundir, o hacer pública por cualquier medio la información genética de las personas, con excepción de los casos autorizados por el propio interesado o judicialmente”.*

Oficio N°55.244 de fecha 23 de noviembre del 2012,

- Dictamen unánime afirmativo, señalando en lo conducente: “comunicar a la Comisión Legislativa Plena III que, conforme el punto de vista legal, el texto del Proyecto (...) no roza con las potestades y competencias otorgadas a la Caja, de manera que no existen elementos para emitir un criterio de oposición al Proyecto de ley consultado, siempre y cuando se consideren las observaciones de forma y fondo realizadas por parte de la Dirección Jurídica contenidas en el oficio número DJ-7955-2012 y del Área de Bioética contenidas en la nota N° CENDEISS-AB-0622-11-2012(...)”

iii)

TEXTO Dictamen Unánime Afirmativo	OBSERVACIONES
<p>ARTÍCULO 1.- Objeto. Proteger la privacidad de los datos e información genéticos y proteómicos de las personas, para tener acceso al derecho de la salud, a la educación, al trabajo, a la intimidad, a los mercados de seguros y planes de pensiones, y evitar cualquier tipo exclusión.</p> <p>Regula además los derechos de las personas y el manejo de pruebas que se sometan a procedimientos y análisis genéticos y proteómicos, indistintamente del fin que se trate.</p> <p>Para lo cual se establece un régimen jurídico, mediante el cual el Estado deberá velar por la protección del genoma y proteoma humano y la información obtenida.</p>	<p>Se modifica este artículo con el fin de profundizar en el ejercicio del derecho de igualdad, independientemente de las características genéticas del individuo.</p> <p>Es nuestro criterio que los párrafos restantes no aportan mucho al objeto de esta ley.</p>

iv)

<p>ARTÍCULO 2. Definiciones, para los efectos de esta Ley se entiende por:</p>	
<p>b. Asesoramiento genético: asesoramiento destinado a explicar las posibles consecuencias de los resultados de una prueba o un tamizaje genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para ayudar a una persona a asumir esas consecuencias a largo plazo. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o un tamizaje.</p>	<p>Valorar por el legislador, la posibilidad de establecer el asesoramiento genético como un proceso continuo que debe darse por personal calificado y de manera integral.</p>
<p>c. Laboratorios y Bancos de ADN o ARN humano y de Proteínas: establecimiento o unidad técnica, de carácter público o privado, mantiene en depósito muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos o proteómicos con fines de asistencia en la salud o de investigación biomédica, así como los datos asociados a estas muestras. Obligados a garantizar la privacidad de sus archivos y adoptar las medidas necesarias para mantener la seguridad de la información.</p>	<p>Se sugiere agregar a su nombre “muestras biológicas”, ya que su principal función es el manejo de estas.</p> <p>Se sugiere poner entre paréntesis “Biobancos”, esto facilita la lectura posterior del texto por el largo nombre de estos establecimientos.</p> <p>Se sugiere sustituir la frase “mantiene un depósito” por “recolecta, trata, utiliza o conserva”. Ya que describe mejor las funciones de los Biobancos.</p>
<p>d. Consentimiento informado: es el proceso de comunicación mediante el cual una persona, sus padres o su representante legal manifiesta su conformidad de forma libre, voluntaria y consciente, de someterse a un análisis genético para cualquier actuación relativa a su salud o para su participación en una investigación biomédica y de autorizar o no la privacidad de sus datos genéticos y además que se le informe o no sobre sus datos genéticos. Después de que se le haya informado de forma clara, comprensible (lenguaje adecuado) y con tiempo suficiente sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios que el mismo conlleva. El consentimiento informado será formalizado mediante un documento escrito.</p>	<p>Se sugiere establecer los diferentes procesos en que la persona consiente sobre el uso de su material genético (recolección, análisis, trata, usos y/o conservación)</p> <p>Se recomienda ajustar la definición a lo regulado sobre el consentimiento informado.</p>

v)

<p>h. Diagnóstico genético: procedimiento orientado a explicar las consecuencias asociados a la aparición de un trastorno de base genética en un individuo o una familia; o el riesgo de aparición del mismo; así como las ventajas, riesgos y posibles consecuencias de realizar un análisis genético determinado. También el asesoramiento en relación con las posibles alternativas derivadas de los resultados del análisis.</p>	<p>Esta definición tiene a mezclarse con la definición de asesoramiento genético, asimismo la Declaración Internacional sobre datos genéticos humanos, de 16 de octubre de 2003, no la incluye. La Real Academia Española define diagnóstico como “Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.” No como un asesoramiento, son como una calificación o bien un resultado del análisis de los signos y síntomas de una persona.</p>
--	--

<p>p. Privilegio terapéutico: es la facultad que tiene el médico de abstenerse de revelarle al paciente información que, de acuerdo a su criterio, en lugar de beneficiarle le podría causar un mal mayor a su salud.</p>	<p>Se sugiere modificar esta definición para darle mayor claridad a este término.</p>
---	---

<p>q. Prueba genética: Análisis de ADN, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos de seres humanos que detecten genotipo, mutaciones o cambios cromosómicos.</p>	<p>Prueba genética y análisis se consideran sinónimos por lo que se le recomienda al legislador eliminar y homologar en todo el texto un solo término</p>
---	---

vi)

<p>ARTÍCULO 3.- Principio rector de no estigmatización y no discriminación. Cada individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y atributos, cualesquiera que sean sus características genéticas. Esta dignidad impone que no se reduzca a los individuos a sus particularidades genéticas y que se respete el carácter único de cada uno. En consecuencia, se prohíbe la discriminación de los individuos por razón de la naturaleza específica de su información genética y la de sus familiares. Este principio también protege a aquellos individuos que se niegan a ser sometidos a un análisis genético.</p>	<p>El derecho de igualdad cubija a los principios de no estigmatización y no discriminación. Por lo tanto nos parece que se debe cambiar el nombre a este artículo.</p>
--	---

vii)

<p>ARTÍCULO 4.- Derecho a la privacidad de los datos genéticos.</p> <p>Se debe respetar el derecho de toda persona a decidir que se le informe o no de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias</p> <p>Cuando la persona manifieste expresamente su deseo de no recibir información derivada de propios análisis genéticos, se dejará constancia en el expediente de salud o registro respectivo. El caso anterior no excluye el derecho de la persona de brindar el consentimiento previo para someterse al análisis o pruebas genéticas recomendadas.</p> <p>En los casos de investigación científica, diagnóstico o tratamiento, en relación con el genoma de un individuo, se requiere el consentimiento previo, libre e informado de la persona interesada para poder dar a conocer o no el resultado. Si ésta no está en condiciones de manifestarlo, el consentimiento y o autorización habrán de obtenerse de conformidad con lo que establezca la ley, teniendo en cuenta el interés superior del interesado.</p> <p>Para el caso de la investigación científica, los protocolos de investigación deberán someterse a las normas o directrices nacionales e internacionales aplicables en la materia. De acuerdo como lo establezca la ley correspondiente.</p>	<p>Se somete a consideración del legislador cambiar el enunciado del artículo, ya que no guarda relación con el texto, pues se mezclan dos situaciones en un solo artículo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El derecho a no ser informado.2. La confidencialidad de los datos. <p><u>Se sugiere establecer un artículo para la privacidad y confidencialidad de los datos genéticos, resultantes de un análisis genético o de una investigación biomédica</u></p>
--	--

viii)

<p>ARTÍCULO 7.- Consentimiento informado. Las pruebas genéticas solamente se podrán realizar cuando la persona explícitamente lo haya autorizado.</p> <p>Cuando se trate de menores de edad, fetos y embriones, el consentimiento informado debe ser otorgado por sus padres o el representante legal.</p> <p>En pruebas a aplicar a personas que no estén en capacidad de manifestar su consentimiento, se aplicará las reglas de tutor y curador establecidas en el Código</p>	<p>Aspectos de forma y fondo: el artículo 8 habla sobre el consentimiento en menores de edad por lo que no debería establecer en este artículo 7. Así mismo habla de personas incapaces por lo que se recomienda que el artículo 8 se denomine consentimiento por sustitución y se establezcan allí todos los casos en los que el consentimiento es otorgado por el representante legal; de manera que en el artículo 7.- de</p>
---	--

<p>Civil, Ley No. 63 y sus reformas y el Código de Familia, Ley 5476 y sus reformas.</p> <p>En todos los casos el consentimiento informado se formalizará por escrito.</p> <p>Las pruebas genéticas o proteómicas se podrán realizar sin consentimiento previo cuando la autoridad judicial así lo disponga dentro de una investigación o sumario judicial.</p>	<p>consentimiento informado se contemple solo el caso en que la persona capaz y con capacidad jurídica brinde el consentimiento.</p> <p>Además se debería incorporar en el reglamento de la ley las condiciones necesarias para la aplicación del proceso de consentimiento informado por parte del profesional calificado responsable, y las características y contenido mínimos necesarios de la información para efectos del consentimiento.</p>
---	---

ix)

<p>ARTÍCULO 8.- Consentimiento en personas menores de edad</p> <p>En el caso de personas menores de edad, el consentimiento informado debe ser suscrito por sus padres o representante legal. Cuando el menor de edad tenga menos de 12 años de edad, debe tomarse en cuenta su opinión, conforme su edad y grado de madurez.</p> <p>Cuando se trate de personas mayores de doce años, deberá contarse con su asentimiento informado, para lo cual se les informará sobre los alcances de la del análisis al cual va ser sometido, en un lenguaje comprensible para ellos. En el caso de que la persona mayor de doce años rehúse asentir, prevalece su criterio sobre el de sus padres o representante legal, siempre y cuando su vida o su salud no dependan de su decisión.</p> <p>La opinión de la persona menor de edad, en todos los casos, debe documentarse en el expediente de salud o registro respectivo.</p>	<p>Cambiar el nombre del artículo a Consentimiento por sustitución, de manera que incorpore a menores de edad y personas con incapacidad manifiesta y declarada, en donde el consentimiento lo brinda el representante legal.</p>
---	---

x)

<p>ARTICULO 9.- Revocatoria de Consentimiento. La persona puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, salvo en los casos establecidos en los incisos a) b) y c) y del artículo 13 de esta ley. La renuncia no debe ocasionar perjuicios o inconvenientes de ningún tipo para la persona que se sometió a procedimientos y análisis genéticos y proteómicos.</p> <p>La revocatoria abarca la eliminación de datos y muestras de la persona en los laboratorios y bancos de ADN, ARN y proteínas en donde conste el material y la información extraída a partir de los análisis médicos y científicos.</p> <p>Los datos y muestras biológicas que no estén irreversiblemente disociados deberán tratarse conforme a los deseos del interesado. Cuando no sea posible determinar los deseos de la persona, o cuando estos no resulten factibles o seguros, los datos y las muestras biológicas, deberían ser irreversiblemente disociados o bien destruidos.</p>	<p>Eliminar “salvo en los casos establecidos en los incisos a) b) y c) y del artículo 13 de esta ley”. Ya que no guardan relación alguna con lo establecido en este artículo.</p> <p>Se considera importante que la revocatoria abarque desde la negativa a la recolección.</p>
--	--

xi)

<p>ARTICULO 14.- Responsabilidad del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud como ente rector deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Velar plenamente por el cumplimiento de esta Ley.b) Llevar el registro de inscripción a que se refiere el artículo 13 de esta ley.a) Reglamentar esta Ley en cuanto a protocolos de actuación de Laboratorios y Bancos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Públicos o Privados.a) Requerir la información que considere pertinente en el funcionamiento de las instituciones públicas y centros privados que manejan información genética o proteómica humana sin violentar la privacidad de información.a) Educar e informar a la población sobre los derechos derivados en esta ley.	<p>El ARTICULO 13.- Derecho de las personas al acceso a sus datos genéticos o proteómicos personales. No establece en su articulado ninguna inscripción a la que se refiere el inciso b) del presente artículo.</p> <p>Se le recomienda al legislador que la inscripción sea incluida en el ARTÍCULO 12.- de Obligaciones de los Laboratorios y Bancos de datos de ADN o ARN y Proteínas de los Establecimientos de Salud Público y Privados.</p>
--	---

xii)

<p>ARTÍCULO 20.- Para que se agregue un nuevo artículo 373 BIS en el TÍTULO XVII “DELITOS CONTRA LOS DERECHOS HUMANOS”, del Código Penal, Ley No. N. ° 4573, para que se lea de la siguiente forma:</p> <p>Uso no autorizado de material e información genética humana</p> <p>ARTICULO 373 BIS. Será sancionado con pena de tres meses a seis años de prisión, la persona, el gerente o director de una institución oficial o privada que sin estar autorizado entregue, requiera, recopile, intercambie y compre información genética humana.</p> <p>Al reincidente, el Juez podrá además imponer, como pena accesoria, la suspensión de cargos u oficios públicos por un tiempo no menor de quince ni mayor de sesenta días, y si se trata de un sujeto privado inhabilitación profesional hasta por sesenta días.</p>	<p>Se recomienda la revisión de este artículo por parte de asesoría legal, ya que el mismo por su redacción puede prestarse a interpretar que un gerente o director de una institución oficial o privada puede estando autorizado intercambiar y comprar información genética, esto claramente contrario al artículo 15.</p>
--	---

xiii) Conclusión y recomendación:

- La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, no roza con las potestades y competencias otorgadas a la Caja, no existen elementos para emitir un criterio de oposición al mismo, siempre y cuando se consideren las observaciones realizadas.

xiv) Propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Legislativa con Potestad Plena III de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 17486 “LEY PARA LA PROTECCION DE LA INFORMACION DE DATOS GENETICOS Y PROTEOMICOS HUMANOS”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, comunicar a la Comisión Legislativa Plena III, que no existen elementos de oposición al proyecto de Ley N° 17.486 consultado, siempre y cuando se consideren las observaciones aquí realizadas.

El Director Fallas Camacho manifiesta su preocupación por que este Proyecto de Ley tiene implicaciones financieras para la Caja, por cuanto estos procesos requieren una gestión. Por ejemplo, ¿quién guardará esas muestras?, ¿quién las va a gestionar?, ¿dónde van a estar

depositadas?. Reitera su preocupación por que indica desconocer el tema; aunque considera que tiene implicaciones financieras la Institución.

Sobre el particular, el Dr. Villalobos concuerda con el Dr. Fallas Camacho y aclara que la Institución tiene sus biobancos y se maneja este tema de confidencialidad y privacidad de los datos de una manera excepcional. La Caja siempre se ha manejado por regulaciones internacionales, al no existir regulaciones nacionales. Por lo que la Institución en sus biobancos mantiene adecuadamente los procesos de conservación, de trata y de eliminación, basado en protocolos de buenas prácticas. Considera que no sería una erogación financiera adicional para tratar la información genética.

La Gerente Médico manifiesta que la Caja, como ejemplo, el Tamizaje Neonatal, se tiene el reservorio. Aunque no se tiene la legislación se tiene los mecanismos, los instrumentos y los lugares definidos para guardar y conservar las muestras. Como lo indicó el Dr. Villalobos no existe legislación nacional pero existen los mecanismos de confidencialidad; además, no implicaría un gasto adicional.

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Legislativa con Potestad Plena III de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 17486 “*LEY PARA LA PROTECCION DE LA INFORMACION DE DATOS GENETICOS Y PROTEOMICOS HUMANOS*”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** comunicar a la Comisión Legislativa Plena III que se emite criterio de oposición al Proyecto de Ley N° 17.486 consultado.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 17°

Se toma nota de que el señor Auditor distribuye los oficios que se detallan:

- a) Número 38013 del 8 de julio del año en curso, dirigido al Director Devandas Brenes: informe del flujo de inventario y listado de pacientes que utilizan el complejo coagulante antiinhibidor 500 U (FEIBA); se atiende lo resuelto en el artículo 5° de la sesión número 8720 del 19 de junio del año 2014.
- b) Copia de la nota número 31282 del 12 de mayo del año 2014, que firma el señor Auditor, dirigida a la Presidenta Ejecutiva, al Gerente de Pensiones a.i. y al Gerente Financiero: observaciones a los estados financieros del Seguro de Pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) al 31 de diciembre 2013.

ARTICULO 18°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 19°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 20°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-46959-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 21°

Se presenta la nota número PE.31.682-14, que firma la señora Presidenta Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 22 de mayo del presente año, suscrita la Jefe de Área de la Comisión con Potestad Legislativa Plena Primera de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el Proyecto *“Ley reforma Ley de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional”*, expediente N° 17.561.

Se atiende lo solicitado en el artículo 4° de la sesión número 8722 del 2 de julio en curso y se distribuye el criterio de la Gerencia de Pensiones visible en el oficio número GP-34.892-14 de fecha 9 de julio en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“I. Antecedentes

Con nota de fecha 22 de mayo del 2014 la Licda. Melania Guevara Luna, Jefa de Área, Comisión con Potestad Legislativa Plena I, presenta consulta respecto el texto proyecto de ley *“Reforma del Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional”*.

Con oficio JD-PL-0013-14 del 22 de mayo del 2014 la Licda. Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerencia de Pensiones externar criterio en torno al citado proyecto para la sesión del 29 de mayo del 2014.

Al respecto, se solicitó criterio a la Dirección Administración de Pensiones, a la Dirección Actuarial y Económica y a la Asesoría Legal de este despacho externar el criterio respectivo.

Mediante oficio GP-28.916-14 de fecha 27 de mayo de 2014, se propuso a la Secretaría de Junta Directiva someter a consideración de la Junta Directiva el solicitar a la Comisión consultante un plazo adicional de quince días para contestar.

II. Texto en consulta

El texto del proyecto se presenta en anexo No. 1.

III. Criterio de la Dirección Administración de Pensiones

La Dirección Administración de Pensiones mediante oficio adjunto DAP-AL-067/DAP-897-2014 de fecha 09 de junio del 2014, presenta el criterio jurídico en el cual señala entre otros aspectos lo siguiente:

“(…)

I. Los Antecedentes

Este Proyecto de Ley se consulta por cuarta vez a la institución. La última vez que la Junta Directiva emitió criterio al respecto, fue en el artículo 16° de la sesión N° 8615, celebrada el 13 de diciembre de 2012, y el mismo se rindió en los siguientes términos:

“...la Junta Directiva con fundamento en la recomendación de la Gerencia de Pensiones contenida en el oficio número GP-49.187 y los criterios emitidos por la Dirección Actuarial y Económica, presentados mediante las notas números DAP-AL-200-2012/DAP-2525-2012, ALGP 931-2012, DAE-1040 y DAE-1104, respectivamente, los cuales se adjuntan y forman parte de este criterio, y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del Director Actuarial, licenciado Luis Guillermo López Vargas –en forma unánime- ACUERDA comunicar a la Comisión Legislativa con Potestad Plena Primera de la Asamblea Legislativa que se mantiene la oposición institucional al texto del Proyecto de ley, de conformidad con lo acordado en el artículo 8° de la sesión N° 8463, celebrada el 26 de agosto del 2010 y en el artículo 7° de la sesión N° 8484 del 09 de diciembre del año 2010. ACUERDO FIRME”.

II. El Texto del Proyecto de Ley

TEXTO SUSTITUTIVO QUE AHORA SE ANALIZA

ARTÍCULO ÚNICO.- *Adiciónese un transitorio al artículo 4 y 31 de la Ley N.º 7531, y sus reformas, denominada Reforma Integral del Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, el cual se leerá:*

“Transitorio I.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 y 30 de la Ley N.º 7531, los funcionarios que a la entrada en vigencia de esta reforma hayan cotizado al menos durante diez años ininterrumpidamente al régimen del Magisterio Nacional y solicitado su exclusión del Sistema de Pensiones del Magisterio Nacional y su inclusión en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social contarán con dieciocho meses a partir de la publicación de esta Ley para manifestar su oposición.

Aquellos funcionarios pertenecientes al régimen de reparto, que hubieran solicitado su exclusión del régimen del Magisterio Nacional con anterioridad a la vigencia de esta ley y que manifiesten su oposición en los términos establecidos en este transitorio, deberán firmar una autorización para que se deduzca del monto de su salario, en el plazo por ellos escogido y a favor del Ministerio de Hacienda, los montos resultantes de la diferencia en la cotización obrera efectivamente cancelada al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social y la que les hubiera correspondido cancelar al régimen de reparto. Asimismo deberán firmar un convenio con la Tesorería Nacional del Ministerio de Hacienda, para regular la forma de pago de las diferencias en la cotización patronal.

Para estos casos el Ministerio de Hacienda deberá firmar un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual se regulará el plazo y la forma en que se le deberá cancelar a éste, los montos recibidos por concepto de las cotizaciones obrera, patronal y estatal que correspondan a dichos funcionarios.

Aquellos funcionarios pertenecientes al régimen de capitalización colectiva que hubieren solicitado su exclusión del sistema de pensiones del Magisterio Nacional con anterioridad a la vigencia de esta ley y que manifiesten su oposición en los términos establecidos en este transitorio, deberán firmar un convenio con la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, en el cual se regulará el plazo y la forma en que deberán cancelarse a éste, los montos resultantes de la diferencia en las cotizaciones obrera y patronal efectivamente canceladas al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y las que hubiera correspondido cancelar al régimen de capitalización.

Para estos casos la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional deberá firmar un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual se regulará la forma y plazo en que se le cancelará a la Junta los montos recibidos por concepto de las cotizaciones obrera, patronal y estatal que corresponda a dichos funcionarios.

Para una mejor comprensión del Texto Sustitutivo, ver el texto original de los artículos de la Ley N° 7531 que se verían modificados

III. El objetivo del Proyecto de Ley

El Proyecto de Ley que se analiza tiene como objetivo permitir a los funcionarios que hayan cotizado al menos durante diez años ininterrumpidamente al Régimen del Magisterio Nacional y solicitado su exclusión de ese régimen y su inclusión en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, regresar a aquel régimen.

IV. El Análisis del Texto

*El texto que ahora se consulta es igual al consultado en el año 2012, así que de igual manera que se hizo en oficio **DAP-AL-200-2012/ DAP-2525-2012**, en cuanto a su constitucionalidad y aspectos técnicos, se señala lo siguiente:*

- 1. Las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar empezaron a cotizar para el Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, ya que este es su régimen natural de adscripción.*
- 2. **El Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional no desapareció con la Ley Marco de Pensiones, N° 7302**, publicada en La Gaceta No. 134 del 15 de julio de 1992, cuyo espíritu fue:*
 - Unificar unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, **-con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional y el Régimen de Pensiones del Poder Judicial-**, ya que el financiamiento de los mismos implicaba una erogación muy elevada para el Estado, así como trato diferenciado entre iguales, y*
 - Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, cotizaran para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la CCSS, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 73 de la Constitución Política.*

3. **La Sala Constitucional ha manifestado que la existencia de diferentes regímenes especiales de pensiones no es inconstitucional.** En ese sentido, en sentencia N° 846-92 de las 13:30 horas del 27 de marzo de 1992, dispuso:

“Consultan en igual sentido la procedencia constitucional de regímenes especiales, entendiendo por tales sistemas jubilatorios distintos al de la Caja Costarricense de Seguro Social, la admisión de normas distintas en todos o algunos de los extremos que se han de tomar en cuenta y, en el supuesto que se consideraren viables los regímenes, si sería procedente establecer en los extremos jubilatorios reglas distintas, por ejemplo en las edades, tiempo de cotización, etc. **Considera la Sala que, si el fin primordial del constituyente fue mantener los seguros sociales para fortalecer la seguridad social, no hay razón para (sic.) cuestionar la existencia de pluralidad de regímenes.** Se parte de que el constituyente pretendió un mínimo de protección a los trabajadores, dejando la puerta abierta para que en un futuro se regulara sobre nuevos sistemas de seguridad social, que es el fruto de un proceso histórico en el que la situación actual es consecuencia de acciones o deficiencias dadas en el pasado y, a su vez, es origen de las acciones que se darán en el futuro. La seguridad social, esto es, el sistema público de cobertura de necesidades sociales, individuales y de naturaleza económica desarrollado a partir de la acción histórica de la previsión social, estructurada en nuestro país sobre la base de las pensiones y jubilaciones, de la mano de la intervención tutelar del Estado en el ámbito de las relaciones de trabajo, ha llegado a convertirse con el tiempo sin la menor reserva, en una de las señas de identidad principales del Estado social o de bienestar. **Por ello, no puede extrañar que en el índice o agenda de las cuestiones esenciales que impregnen la política social del Estado moderno, en lo que se refiere a los seguros, se encuentren diferentes regímenes de jubilaciones y pensiones.** Al existir diferentes regímenes, es lógico que cada uno tenga sus propias reglas y criterios legales para el otorgamiento del derecho constitucional a la jubilación y a la pensión, sin que por ello pueda siquiera pensarse que tal coexistencia sea inconstitucional.” (La negrita no pertenece al original.)

Y la Procuraduría General de la República, ha avalado el traslado de fondos, al indicar:

“Sobre el punto, es criterio de esta Procuraduría que **si un servidor ha hecho cotizaciones para un régimen de pensiones determinado, y se declara su derecho a obtener una pensión por un régimen distinto, el primero de ellos está obligado a traspasar los fondos con los que presuntamente iba a otorgar un beneficio que en definitiva no otorgó.**

(...)

En todo caso, cabe indicar que el traspaso de fondos no consiste en el simple traslado de las cotizaciones hechas por el interesado. En ese sentido, debe tenerse presente que en materia de pensiones, la contribución al régimen (sea al general o a cualquiera de los sustitutos) es tripartita, pues la realizan tanto el trabajador, como su patrono y el Estado. Por esa razón, **los fondos que se trasladen deben comprender, en principio, esos tres tipos de cotizaciones.**

*Finalmente, es necesario indicar **que el traslado de fondos implica el traspaso del valor presente de las aportaciones, más los rendimientos que hubiesen generado durante el tiempo en que estuvieron en poder del régimen respectivo.** De lo que se trata es de trasladar los “fondos de cobertura” que permitan al régimen que los reciba, hacer frente a su obligación respecto a una persona específica. Obviamente, el establecer la forma en que debe llevarse a cabo ese proceso es una labor actuarial que escapa de las competencias atribuidas a este Órgano Asesor Técnico Jurídico”. (El resaltado no es del original) (Procuraduría General de la República. Dictamen No. 265 del 10 de setiembre de 2004.)*

*Por las razones expuestas, desde las perspectivas administrativa y legal, en vista de que el primer pilar del Sistema de Pensiones Costarricense lo integran el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de Pensiones del Poder Judicial, y otros regímenes con cargo al Presupuesto Nacional en vías de extinción, en principio no habría razón para manifestar criterio de oposición al Proyecto de Ley, a menos que el mismo ponga en riesgo el equilibrio financiero del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Como en este caso, mediante oficio **DAE-489-2014 de 27 de mayo de 2014**, la Dirección Actuarial, ha documentado un impacto económico para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se recomienda manifestar criterio de oposición a este Proyecto.”*

IV. Criterio de la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones

La Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones en oficio adjunto ALGP 388-2014 de fecha 08 de julio de 2014, remite el criterio legal requerido, en el cual posterior al análisis correspondiente, concluye:

“(…)

III. Conclusiones:

Del análisis del texto propuesto, se concluye que lo procedente es recomendar la institución externar criterio de oposición al proyecto de ley en consulta, en el tanto se determina que el mismo resulta lesivo a los intereses institucionales, con fundamento en lo siguiente:

- 1. La Dirección Actuarial y Económica en su condición de ente técnico, en reiteradas ocasiones ha manifestado criterio de oposición al proyecto de ley consultado, por considerar que la aprobación del mismo constituye un perjuicio para la Institución desde el punto de vista financiero.*
- 2. La exclusión de un grupo de trabajadores del régimen universal debe responder a una realidad objetiva que justifique la diferencia de trato. Al respecto, la Sala Constitucional ha manifestado que la existencia de regímenes especiales de pensiones no es en sí misma inconstitucional, no obstante, también ha manifestado claramente que la existencia de tales regímenes resulta constitucional únicamente cuando los mismos se fundamenten en criterios de razonabilidad. En el caso particular, debe considerarse que el traslado de cuotas que se pretende va más allá del simple traslado de cotizaciones, ya que se incluye la transferencia de la contribución que de forma tripartita realizan al régimen el trabajador, el patrono y el Estado, a lo cual debe sumarse los rendimientos que esas contribuciones hubiesen generado,*

situación que podría representar un fuerte impacto para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en el tanto este proyecto pueda provocar el retorno masivo de cotizantes al Régimen del Magisterio Nacional y con ello la posible afectación de la estabilidad financiera del Régimen del IVM.

- 3. La obligación que se pretende imponer a la Institución de suscribir convenios con el Ministerio de Hacienda y con la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional para regular el plazo y la forma en que deberán reintegrarse los montos correspondientes a las cuotas obrero, patronal y del Estado que correspondan a los funcionarios que opten por regresar al Régimen del Magisterio Nacional, resulta lesiva de las potestades conferidas a la Caja Costarricense de Seguro Social por la Constitución Política en el artículo 73, del cual se deriva la autonomía administrativa y de gobierno que goza la Institución.*
- 4. La aprobación del proyecto de ley en consulta podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares que eventualmente le restarían más cotizantes al Régimen de IVM, provocando una disminución en la contribución lo que eventualmente afectaría la sostenibilidad del sistema financiero de dicho régimen.*
- 5. El proyecto de ley bajo análisis resulta contrario al esfuerzo que Costa Rica ha venido desarrollando desde la década de los 90, en cuanto a reestructurar el Sistema Nacional de Pensiones eliminando regímenes que carecían de sustento económico y técnico y fortaleciendo el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, esfuerzo que fue antecedido por un estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país realizado en 1988, el cual recomendó el cierre definitivo de los regímenes especiales y se concretó a través de la promulgación de la Ley Marco de Pensiones N.º 7302, publicada en La Gaceta N.º 134 del 15 de julio de 1992.*
- 6. En caso de aprobarse el presente proyecto de ley resultaría indispensable que se lleven a cabo los estudios actuariales mediante los cuales se definan con exactitud los montos que deberán ser trasladados al Régimen del Magisterio Nacional y al Estado. Siendo que en el texto consultado no se establece cual sería la entidad encargada de llevar a cabo la liquidación actuarial necesaria de previo al traslado de los aportes, se estima que en tutela de los intereses institucionales, dichos estudios debería efectuarlos la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

V. Criterio de la Dirección Actuarial y Económica

La Dirección Actuarial y Económica una vez analizado el proyecto de ley, en nota adjunta DAE-489-2014 de fecha 27 de mayo del 2014, señala: “... se determina que se trata del mismo contenido, por lo que se mantiene el criterio externado en los oficios adjuntos DAE-1040 y DAE-1104, del 28 de noviembre del 2012 y del 12 de diciembre del 2012, respectivamente”.

“(...)

El texto sustitutivo consiste en delimitar el grupo de potenciales beneficiarios. En efecto, estos deben cumplir un plazo de al menos diez años ininterrumpidos de cotización al Régimen del Magisterio Nacional. En este sentido, es importante indicar que es razonable pensar que la fuente de información principal, en cuanto a los tiempos de cotización pre-traslado del

Magisterio a la Caja, resulta ser el mismo Magisterio Nacional. De no ser cierta dicha presunción, se tendría que extraer la información de la base de afiliados al Régimen de IVM que administra el área de informática de la Gerencia de Pensiones, proceso que según criterio del encargado de dicha base, requeriría un proceso complejo.

En todo caso, es nuestro criterio que, independientemente de la magnitud del conjunto de potenciales afiliados sujetos al traslado, la Institución debe mantener su posición en contra del proyecto, dado que constituye un perjuicio, tanto por el aspecto doctrinario, como del financiero. No obstante, nos parece importante que el Área de Informática de la Gerencia de Pensiones, genere la base con los potenciales funcionarios sujetos al traslado, a efecto de dimensionar el impacto”.

Aunado a lo anterior, y relación a la estimación del impacto financiero, mediante oficio DAE-1104 de fecha 12 de diciembre del 2012, la Dirección Actuarial y Económica señala:

“(...

Como complemento al oficio DAE-1040 del 28 de noviembre de 2012, me permito hacer de su conocimiento el resultado de la estimación del impacto financiero que genera la puesta en marcha del proyecto de referencia, sobre el régimen de pensiones administrado por la Institución.

*Del listado inicial de 7.918 trabajadores que se trasladaron del Magisterio Nacional al Régimen de la CCSS, según la información suministrada por el Área de Informática de la Gerencia de Pensiones, se estima que potencialmente 3.191 afiliados satisfacen el requerimiento de contar con al menos ciento veinte cotizaciones mensuales – **10 años** - aportadas al Régimen del Magisterio, es decir, un 40% del total inicial, lo cual hace que el impacto claramente disminuya con respecto al estimado inicialmente.*

Aplicando dicho porcentaje al flujo de los ingresos se obtiene como resultado que para el primer año de vigencia, la reserva se vería disminuida en 36.400 millones de colones en caso de trasladar el total de las cotizaciones y en 15.652 millones de colones si se traslada el 43% correspondiente al gasto del riesgo vejez, según la tesis que hemos sostenido en todo este proceso.

Se reitera la importancia de que la Institución mantenga su posición en contra del proyecto, dado que constituye un perjuicio, tanto desde la perspectiva de los principios doctrinarios que rigen para los seguros sociales, como desde el punto de vista financiero.

El Cuadro N° 1 muestra la estimación del impacto en las reservas del IVM por los próximos treinta y cinco años. Al tratarse de una población cerrada que se irá existiendo con el tiempo, es claro que su impacto en colones corrientes también irá disminuyendo.

Cuadro N° 1: Impacto en las proyecciones de la Reserva contenida en la Valuación Actuarial del RIVM (con corte 31/12/2011) de la Propuesta de Ley 17561 "Reforma al Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional" (cifras en millones de colones)

<i>Año</i>	<i>Disminución de la masa salarial</i>	<i>Disminución de los ingresos por cotizaciones</i>	<i>Disminución de la Reserva si se traslada el 100% del aporte</i>	<i>Disminución de la Reserva si se traslada solo vejez</i>
2012	38.687	3.095	36.400	15.652
2013	37.558	3.004	42.219	18.154
2014	36.461	2.917	47.385	20.376
2015	35.397	3.009	52.139	22.420
2016	34.364	2.921	56.354	24.232
2017	33.361	2.836	60.062	25.826
2018	32.387	2.753	63.293	27.216
2019	31.442	2.672	66.073	28.411
2020	30.524	2.747	68.578	29.489
2021	29.633	2.667	70.690	30.397
2022	28.768	2.589	72.428	31.144
2023	27.928	2.514	73.808	31.737
2024	27.113	2.440	74.844	32.183
2025	26.322	2.500	75.680	32.542
2026	25.554	2.428	76.204	32.768
2027	24.808	2.357	76.425	32.863
2028	24.084	2.288	76.348	32.830
2029	23.381	2.221	75.976	32.670
2030	22.698	2.270	75.423	32.432
2031	22.036	2.204	74.585	32.072
2032	21.393	2.139	73.457	31.586
2033	20.768	2.077	72.034	30.975
2034	20.162	2.016	70.308	30.232
2035	19.574	2.055	68.364	29.396
2036	19.002	1.995	66.099	28.422
2037	18.448	1.937	63.496	27.303
2038	17.909	1.880	60.533	26.029
2039	17.386	1.826	57.189	24.591
2040	16.879	1.772	53.434	22.976
2041	16.386	1.720	49.235	21.171
2042	15.908	1.670	44.557	19.160
2043	15.444	1.622	39.356	16.923
2044	14.993	1.574	33.584	14.441
2045	14.555	1.528	27.187	11.690
2046	14.555	1.528	39.469	16.972
2047	14.130	1.484	33.849	14.555

VI. Recomendación

Tomando en consideración los criterios emitidos por la Dirección Administración de Pensiones, la Asesoría Legal y la Dirección Actuarial y Económica, en los oficios referidos, se recomienda a esa estimable Junta Directiva comunicar a la Comisión con Potestad Legislativa Plena Primera

de la Asamblea Legislativa que igual manera que en lo acordado en el artículo 16° de la sesión N°8615, celebrada el 13 de diciembre del 2012, se mantiene la oposición al texto del proyecto de ley”.

La licenciada Durán Gamboa se refiere al criterio en consideración en los siguientes términos, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

1) AMPLIACIÓN CRITERIO LEGAL SOBRE EL TEXTO DEL PROYECTO “REFORMA AL SISTEMA DE PENSIONES Y JUBILACIONES” EXPEDIENTE 17.561 GP 34.892-14.

2) Antecedentes:

- Con oficio de fecha 22 de mayo del 2014, la Licda. Melania Guevara Luna, Jefa de Área, “Comisión con Potestad Legislativa Plena Primera de la Asamblea Legislativa”, remite a la Presidencia Ejecutiva de la Institución el comunicado sin número, mediante el cual solicita criterio de la CCSS, en torno al Proyecto de Ley “Reforma al Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional”, Expediente N° 17.561.
- La Secretaría de Junta Directiva mediante oficio JD-PL-0013-14 de fecha 22 de mayo del 2014 solicitó a la Gerencia de Pensiones externar criterio en torno al texto sustitutivo del proyecto consultado.

3) Criterios solicitados:

El análisis de la propuesta de reforma, fue realizado por las siguientes instancias institucionales:

- **Dirección Administración Pensiones**, oficio DAP-AL-067/DAP-897-2014 de fecha 09 de junio de 2014.
- **Dirección Actuarial y Económica**, oficio DAE-489-2014 de fecha 27 de mayo del 2014.
- **Asesoría Legal, Gerencia de Pensiones**, oficio ALGP 388-2014 de fecha 08 de julio de 2014.

4) Texto en consulta:

El texto sometido a consulta mediante este proyecto contempla:

ARTÍCULO ÚNICO.- Adiciónese un transitorio al artículo 4 y 31 de la Ley N° 7531, y sus reformas, denominada Reforma Integral del Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, el cual se leerá:

“Transitorio 1.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 y 30 de la Ley N° 7531, los funcionarios que a la entrada en vigencia de esta reforma hayan cotizado al menos durante diez años ininterrumpidamente al régimen del Magisterio Nacional y solicitado su exclusión del Sistema de Pensiones del Magisterio Nacional y su inclusión en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social contarán con dieciocho meses a partir de la publicación de esta Ley para manifestar su oposición.

5) Texto en consulta:

Aquellos funcionarios pertenecientes al régimen de reparto, que hubieran solicitado su exclusión del régimen del Magisterio Nacional con anterioridad a la vigencia de esta ley y que manifiesten su oposición en los términos establecidos en este transitorio, deberán firmar una autorización para que se deduzca del monto de su salario, en el plazo por ellos escogido y a favor del Ministerio de Hacienda, los montos resultantes de la diferencia en la cotización obrera efectivamente cancelada al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social y la que les hubiera correspondido cancelar al régimen de reparto. Así mismo deberán firmar un convenio con la Tesorería Nacional del Ministerio de Hacienda, para regular la forma de pago de las diferencias en la cotización patronal.

Para estos casos el Ministerio de Hacienda deberá firmar un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual se regulará el plazo y la forma en que se le deberá cancelar a éste, los montos recibidos por concepto de las cotizaciones obrera, patronal y estatal que correspondan a dichos funcionarios.

6) Texto en consulta:

Aquellos funcionarios pertenecientes al régimen de capitalización colectiva que hubieren solicitado su exclusión del sistema de pensiones del Magisterio Nacional con anterioridad a la vigencia de esta ley y que manifiesten su oposición en los términos establecidos en este transitorio, deberán firmar un convenio con la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, en el cual se regulará el plazo y la forma en que deberán cancelarse a éste, los montos resultantes de la diferencia en las cotizaciones obrera y patronal efectivamente canceladas al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y las que hubiera correspondido cancelar al régimen de capitalización.

Para estos casos la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional deberá firmar un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual se regulará la forma y plazo en que se le cancelará a la Junta los montos recibidos por concepto de las cotizaciones obrera, patronal y estatal que corresponda a dichos funcionarios.

7) Propuesta de acuerdo:

Conocida la consulta de la Comisión con Potestad Legislativa Plena Primera de la Asamblea Legislativa, respecto a la ampliación criterio legal sobre el texto del proyecto de ley “*Reforma al Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional*”. Expediente N° 17.561 la Junta Directiva, con fundamento en la recomendación de la Gerencia de Pensiones en oficio **GP-34.892-14**, -que a su vez se basa en el criterio técnico jurídico DAP-AL-067/DAP-897-2014 de la Dirección Administración de Pensiones, el pronunciamiento legal de la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones **ALGP 388-2014** y el criterio de la Dirección Actuarial **DAE-489-2014** (DAE-1040 y DAE-1104, del 28 de noviembre de 2012), los cuales se adjuntan y forman parte de este criterio, **ACUERDA:**

Manifestar criterio de oposición al proyecto de manera integral, ya que el mismo resulta lesivo a los intereses institucionales con fundamento en lo siguiente:

8) Propuesta de acuerdo:

1. La Dirección Actuarial y Económica considera que la aprobación del mismo constituye un perjuicio para la Institución desde el punto de vista financiero.
2. La exclusión de un grupo de trabajadores del régimen universal debe responder a una realidad objetiva que justifique la diferencia de trato.
3. La obligación que se pretende imponer a la Institución de suscribir convenios con el Ministerio de Hacienda y con la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, resulta lesiva de las potestades conferidas a la CCSS por la Constitución Política en el artículo 73, del cual se deriva la autonomía administrativa y de gobierno que goza la Institución.
4. Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares que eventualmente afectarían la sostenibilidad del sistema financiero del RIVM.
5. Resulta contrario al esfuerzo que Costa Rica ha venido desarrollando desde la década de los 90, para reestructurar el Sistema Nacional de Pensiones, fortaleciendo el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la CCSS y se concretó a través de la promulgación de la Ley Marco de Pensiones N° 7302, de julio de 1992.
6. En caso de aprobarse el presente proyecto de ley resultaría indispensable que la CCSS por su autonomía lleve a cabo los estudios actuariales mediante los cuales se definan con exactitud los montos que deberán ser trasladados al Régimen del Magisterio Nacional y al Estado.

A propósito de una inquietud de la Directora Alfaro Murillo, señala el Gerente de Pensiones que el cálculo de cuál es el impacto financiero que se produce, está contenido en el criterio de la Dirección Actuarial e, incluso, que analizaron los casos de las personas que estaban fuera del sistema o han fallecido. Luego se realizó un estimado de los que podrían no estar acudiendo a esta Ley si se aprueba.

Recuerda la señora Presidenta Ejecutiva que este Proyecto de Ley se analizó hace ocho días y se solicitó, que el criterio fuera contundente en las conclusiones, en la documentación y en el acuerdo; de tal manera que quedara clara la manifiesta oposición de la Institución al Proyecto de Ley, dadas las implicaciones que tienen para el Régimen de Pensiones.

La Directora Alfaro Murillo externa su preocupación en el sentido de que al haber estado en la Asamblea Legislativa durante el análisis de este proyecto, lo que provocaba una inquietud en los señores Diputados la oposición al Proyecto, es que la información numérica estaba en un ámbito muy amplio y no les permitía tomar una decisión para votar a favor o en contra. Al iniciar la nueva Asamblea Legislativa se ha enterado por algunos Diputados, que no se conocía el impacto que se producía con la aprobación del Proyecto de Ley. Por lo que ve la conveniencia de que en el documento por enviar, la información que se incluya sea sólida en términos de información cuantitativa, y contribuya a la aprobación del Proyecto de Ley y no provoque otro espacio para continuar discutiendo el tema.

El Director Devandas Brenes reitera su oposición a este dictamen. Entiende las razones en cuanto a los estudios actuariales realizados, pero recuerda en las condiciones que muchos educadores se trasladaron a la Caja, por ejemplo, fueron sometidos a una campaña en términos de que el Régimen del Magisterio no tenía sostenibilidad financiera y no existía la posibilidad de asumir las pensiones de los afiliados. Esa razón indujo para que muchos educadores se

trasladaran al Régimen de la Caja, luego se realizaron reformas para fortalecer el Régimen del Magisterio. Recuerda que en el momento en que esos trabajadores se trasladaron al Régimen de la Caja, el Estado asumió el costo y le pagó a la Institución todas las cuotas que deberían haber pagado a la Seguridad Social y a los trabajadores les devolvió los recursos que habían pagado demás al Régimen del Magisterio. Considera que el Régimen del Magisterio ha sido fortalecido y a esos trabajadores que fueron víctimas de esa campaña, se les debe dar la posibilidad de retornar a ese Régimen, aunque el costo sea muy elevado, porque les correspondería atribuirle al Régimen del Magisterio los recursos que dejaron de pagar mientras estuvieron en la Caja. Aclara que esos trabajadores no estarán solicitando ningún privilegio, sino ser tratados como iguales con las personas que están en el Régimen del Magisterio. Por lo anterior, no está de acuerdo con oponerse a este Proyecto de Ley y votará en contra del dictamen propuesto.

La Directora Alfaro Murillo indica que el cuadro con la parte financiera dice que: impacto en las proyecciones de reserva tiene cinco columnas, el año, la disminución de la masa salarial y demás. Pregunta que si ese es todo el estudio actuarial. Desea ver los números.

Ante una inquietud de la Ing. Alfaro Murillo, señala la doctora Sáenz Madrigal que en la página N° 7, se aplica un supuesto y se tiene que como resultado para el primer año en vigencia, en caso de trasladar el 43% de las cotizaciones en recursos financieros correspondiente al gasto de riesgo por vejez, correspondería alrededor de quince millones seiscientos cincuenta y dos mil millones de colones, según la tesis que ha estado manteniendo la Dirección Actuarial.

Sobre el particular, señala el Dr. Devandas Brenes que la información sería incierta porque se desconoce cuántos educadores; eventualmente, se trasladarían al Régimen del Magisterio. Le preocupa porque los trabajadores que se trasladen del Régimen de IVM, van a asumir una deuda elevada con el Fondo del Magisterio. Sugiere que se indique en el criterio que en caso de que se aprobara la Ley, los recursos financieros que tenga que devolver la Caja, se realicen por tractos. Le parece que el impacto financiero que se produzca en las finanzas de la Institución lo debería asumir el Estado, al haber promovido la campaña contra el Régimen del Magisterio.

Por lo tanto, en relación con la consulta de la Jefe de Área de la Comisión con Potestad Legislativa Plena Primera de la Asamblea Legislativa respecto del Proyecto de Ley “*Reforma al Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional*”, Expediente N° 17.561, la Junta Directiva, con fundamento en la recomendación de la Gerencia de Pensiones que consta en el citad oficio número GP-34.892-14 y los criterios emitidos por la Dirección Administración de Pensiones, la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones y la Dirección Actuarial y Económica, presentados mediante los oficios números DAP-AL-067-2014/DAP-897-2014, ALGP 388-2014 y DAE-489 (DAE-1040 y DAE-1104), respectivamente, -los cuales se adjuntan y forman parte de este criterio- **ACUERDA** –por mayoría- comunicar a la Comisión Legislativa con Potestad Plena Primera de la Asamblea Legislativa que se mantiene la oposición institucional al texto del Proyecto de ley, ya que resulta lesivo a los intereses institucionales con fundamento en lo siguiente:

- La Dirección Actuarial y Económica considera que la aprobación de él constituye un perjuicio para la Institución desde el punto de vista financiero.*
- La exclusión de un grupo de trabajadores del régimen universal debe responder a una realidad objetiva que justifique la diferencia de trato.*

- *La obligación que se pretende imponer a la Institución de suscribir convenios con el Ministerio de Hacienda y con la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional para regular el plazo y la forma en que deberán reintegrarse los montos correspondientes a las cuotas obrero, patronal y del Estado que correspondan a los funcionarios que opten por regresar al Régimen del Magisterio Nacional, resulta lesiva de las potestades conferidas a la Caja Costarricense de Seguro Social por la Constitución Política en el artículo 73, del cual se deriva la autonomía administrativa y de gobierno de que goza la Institución.*
- *Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares que, eventualmente, afectarían la sostenibilidad del sistema financiero del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.*
- *El Proyecto de ley bajo análisis resulta contrario al esfuerzo que Costa Rica ha venido desarrollando desde la década de los 90, en cuanto a reestructurar el Sistema Nacional de Pensiones eliminando regímenes que carecían de sustento económico y técnico y fortaleciendo el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social; esfuerzo que fue antecedido por un estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país realizado en 1988, el cual recomendó el cierre definitivo de los regímenes especiales y se concretó a través de la promulgación de la Ley Marco de Pensiones N.º 7302, publicada en La Gaceta N.º 134 del 15 de julio de 1992.*
- *En caso de aprobarse el presente proyecto de ley resultaría indispensable que la Caja Costarricense de Seguro Social, por su autonomía, lleve a cabo los estudios actuariales mediante los cuales se definan, con exactitud, los montos que deberán ser trasladados al Régimen del Magisterio Nacional y al Estado.*

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores excepto por el Director Devandas Brenes, que vota negativamente. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 22º

En relación con la copia de la nota número 31282 del 12 de mayo del año 2014, que firma el señor Auditor y está dirigida a la Presidenta Ejecutiva, al Gerente de Pensiones a.i. y al Gerente Financiero, mediante la que se plantean las respectivas observaciones a los estados financieros del Seguro de Pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) al 31 de diciembre 2013, el Director Alvarado Rivera solicita que se presente un informe para dentro de ocho días.

Se toma nota.

ARTICULO 23º

El Director Devandas Brenes plantea su preocupación, pues por el web máster circuló un comunicado a todas las unidades, en que la administración se refería a los inventarios, a los

cuidados y controles que se deben tener, entre otros. Además, el monto que se señala como faltante y que, por ejemplo, se reporte como no localizado un TAC o un equipo de rayos equis. Reitera su preocupación y respecto de lo anterior, le parece que ameritaría se realice una investigación, porque los datos de los faltantes van aumentando año con año. Llama la atención porque, eventualmente, correspondería a un faltante de mil cuatrocientos billones de colones en activos, es un considerable monto.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera, y el ingeniero José Manuel Zamora Moreira, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones y Coordinador Técnico del EDUS (Expediente Digital Único en Salud).

ARTICULO 24°

Se presentan los oficios, fechados 25 de junio del año 2014, firmados por la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, números:

- 1) GIT-33443: solicitud autorización permiso con goce de salario para asistir a Premio FRIDA 2014, Reunión Regional sobre Gobernanza de Internet (Pre-IGF), del 16 al 18 de julio del año 2014, en San Salvador, El Salvador.
- 2) GIT-33491: solicitud autorización permiso con goce de salario para asistir a Premio FIDA 2014, Novena Reunión del Foro de Gobernanza de Internet (IGF), del 2 al 5 de setiembre del año en curso, en Estambul, Turquía.

El ingeniero Zamora Moreira hace referencia al primer lugar que obtuvo la Caja con el Proyecto Expediente Digital Único en Salud en lo que se denominan los premios FRIDA, son premios ubicados en el Fondo Regional de Innovación y Desarrollo para América Latina en el Caribe. El Fondo premia lo que corresponde a proyectos de innovación y aporte a la sociedad de la información. Destaca que se promovieron varias categorías y se obtuvo el primer lugar, el cual se relaciona con un tema de accesibilidad y equipamiento relacionado con recursos tecnológicos. En el concurso participaron varios países, a nivel de América Latina y el Caribe, se obtuvo el primer lugar. Por lo anterior, se solicita que los representantes se presenten a recibir la premiación del primer lugar en el Salvador y, posteriormente, en Turquía.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que el tema se analizó hace ocho días y además incluye preguntas en términos de: 1) A quién se le hizo la comunicación oficial. 2) El premio está yconsistiendo en tres aspectos distintos, y le parece importante aclarar si es un premio en efectivo, es la participación en dos eventos distintos, uno en El Salvador para la recepción del premio en efectivo y la participación en una actividad académica y otro, la participación en Turquía.

Sobre el particular, responde el Ing. Zamora que en primera instancia la comunicación para la participación se instruyó por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías. En el Proyecto del EDUS se llenó la información, se realizó la logística y se comunicó directamente al Ing. Manuel Rodríguez, Director del Proyecto EDUS y actual Subgerente de Tecnologías de Información a.i.; una vez recibida la notificación de que la Institución había ganado el primer lugar, vía electrónica, se envió la notificación a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y luego, se trasladó a la Presidencia Ejecutiva.

El Director Alvarado Rivera consulta si la documentación que envió la Caja para participar en el concurso implicó algún gasto para la Institución. Manifiesta su preocupación por que el Proyecto del EDUS, debería haber estado resuelto hace varios años y premiar los proyectos inconclusos, la práctica le parece poco productiva. Por ejemplo, si se tuviera la red interconectada en la Institución, se podría indicar que es importante y se han dado grandes pasos y logros. Le gustaría que se determine la lógica de los institutos que otorgan los premios, por ejemplo, en la Operadora de Pensiones reiteradamente se les informa que fueron galardonados con títulos, premios y que tienen que ir a retirarlo a algún país.

El Director Devandas Brenes pregunta cuál es la trayectoria de ese Fondo, quiénes son los fundadores, los directores y quién está otorgando el premio.

Sobre el particular, señala el ingeniero Zamora que es un Fondo Regional de Innovación y Desarrollo Tecnológico. La información de cuál es la estructura, de cómo está constituido se puede localizar y enviarla con detalle, conoce que es una organización seria fundada desde el año 2006. Para dar credibilidad al asunto, con respecto a lo que es el manejo de Foros Mundiales para la gobernanza de Internet, básicamente, este es uno de los patrocinadores de concursos de esta naturaleza para el desarrollo de la Sociedad de la Información. En relación con el esfuerzo del Proyecto EDUS que está inconcluso, el Proyecto tiene una frontera y lo que se está haciendo es dándole un abordaje de implementación por medio de fases. Todo el proyecto no está implementado, sin embargo los resultados con respecto a la herramienta son tangibles en cuanto a la cobertura, porque se tienen casi 300 sitios implementados y varios módulos trabajan en producción.

La Dra. Sáenz Madrigal anota que en el documento que se aportó se hace referencia al FRIDA, como un Fondo Regional de Innovación para América Latina y el Caribe. En FRIDA participa LACNIC que es el Registro Regional de Direcciones IP, además la Agencia de Cooperación Canadiense, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo, la Sociedad de Internet para la organización global. Este evento reúne a los interesados en el debate sobre la gobernanza de internet representando a los gobiernos, el sector privado o la sociedad civil, incluida, la comunidad técnica académica en igualdad de condiciones y mediante un proceso abierto e, inclusive. El establecimiento de este grupo fue anunciado oficialmente por el Secretario General de las Naciones Unidas en el año 2006 y se celebran reuniones regionales preparatorias como el Foro Regional sobre Gobernanza, a realizarse en El Salvador, distintas reuniones por Web y la reunión anual de carácter mundial denominado Foro sobre Gobernanza Internacional que se lleva a cabo en Estambul, Turquía. El representante de la Caja en este caso, debería realizar una exposición del Proyecto en ambos eventos, incorporar y divulgar información del proyecto en un stand, por medio de material audiovisual y atender consultas e intercambio de información sobre avance, impacto y retos del mismo, con la colaboración de la Dirección de Comunicación Organizacional, ya se envió el video del proyecto solicitado por los organizadores del evento. Dada la relevancia de ambos eventos internacionales y considerando el nivel de conocimiento e información que se debe manejar sobre el Proyecto de EDUS, con el objetivo de representar a la Caja, en las actividades de premiación y exposición de dicho proyecto, tanto en El Salvador como en Estambul, Turquía. Por otro lado, indica que la Gerente de Infraestructura y Tecnologías está sometiendo el nombre de tres personas, el Ing. José Manuel Zamora, el Ing. Manuel Rodríguez y la Ingeniera Doña Gabriela. La petitoria es en términos de que se dé por recibida la información mediante este oficio y con base en la Normativa Institucional, conceder permiso con goce de

salario al funcionario que se designe para representar a la Caja en la premiación del proyecto. En el evento que se va a realizar están solicitando permiso para los dos eventos para el del Salvador y para el de Turquía. Por otra parte, en la documentación prevista se había indicado que los costos de viaje son cubiertos por los organizadores, no tendría gastos para la Institución. Cree que excepto el material de “stand”, probablemente va a tener un costo mínimo.

Añade el ingeniero Zamora que los gastos de viaje están cubiertos y, además, se tienen signos externos en la Institución.

El Dr. Devandas Brenes entiende que el premio es en efectivo para la Institución, eventualmente, se podría emplear en cubrir gastos, si la propuesta es aprobada por la Junta Directiva. Le parece que se puede ampliar la información en lo que se premia y su alcance, porque es un tema que se aprueba, pero desde el punto de vista financiero se debe tener claro si se produce un impacto en conceder el permiso.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta su inquietud de cómo se premia un Proyecto que no está concluido. Adelanta que votará a favor de la iniciativa pero deja constando su disconformidad y la que se ha transmitido, en relación con el trabajo del Componente de Tecnologías.

La Directora Soto Hernández señala que no se puede despreciar un premio. Al analizar el tema determinó que la solicitud no está bien planteada. Menciona que el tema lo comentó con el Dr. Fallas Camacho y manifestó desconocer que la Institución estuviera participando en una actividad de esa naturaleza, o sea, existe un problema de comunicación. Entiende que el avance del EDUS es lento y considera que si se está premiando un aspecto de esa naturaleza, cuando se implemente va a ser un éxito. Recuerda que antes los procedimientos se realizaban en orden desde la Gerencia a la Presidencia Ejecutiva, como ejemplo, cuando fue funcionaria en Relaciones Públicas, participaron en un premio promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la invitación se planteó a la Gerencia y a la Presidencia Ejecutiva, en orden y no hubo problema. Aclara que se ha recibido mucha información de repente que ha producido impacto en los señores Directores y no ha sido clara hasta hoy y la presencia de la Gerencia de Infraestructura. Recuerda que hace ocho días se tomó el acuerdo tendiente a que la Gerencia presentara información explicativa del tema. Le parece que el procedimiento debe ser enderezado. Sugiere que la Junta Directiva emita una directriz para que se les comunique a las Gerencias, que si en el futuro reciben una invitación para participar en un concurso, se informe a la Presidencia Ejecutiva, quien trasladará el asunto para conocimiento de la Junta Directiva.

El Director Fallas Camacho manifiesta que votará positivo la propuesta y concuerda con la licenciada Soto Hernández, en términos que esos asuntos deben ser presentados a conocimiento de la Junta Directiva por la Presidencia Ejecutiva. Además, comparte lo señalado por los señores Directores en relación con el Proyecto EDUS, que fue un tema declarado de prioridad Institucional. Recuerda que se realizó un profundo análisis de lo que significa la prioridad nacional, pero no se ha avanzado en los términos que se ha querido.

El Dr. Devandas Brenes reitera que no se tiene claro la razón del premio al Proyecto EDUS. Cree que la Institución podría no aceptar el premio, mediante una nota cortés de agradecimiento. Por otro lado, se suma a lo indicado por la Ing. Alfaro Murillo en el poco avance que presenta el EDUS. Ve la conveniencia de que se programe una sesión para que se explique qué avance tiene

el Proyecto del EDUS, para tener mejor criterio. En tanto no tenga claro esos criterios, no votará a favor de que la Caja reciba este premio.

La ingeniera Garro Herrera y el ingeniero Zamora Moreira se retiran del salón de sesiones.

La Dra. Sáenz Madrigal que en el Proyecto está más involucrado el Ing. Manuel Rodríguez, le parece que se podría seleccionar el Ing. Zamora para que viaje a El Salvador y el Ing. Rodríguez para que viaje a Turquía.

El Director Barrantes Muñoz sugiere que se resuelva el viaje para El Salvador y luego, expliquen el desarrollo del EDUS y, posterior se resuelva el tema de Turquía.

Adiciona la doctora Sáenz Madrigal que adicional se estaría solicitando una nota en la que la persona designada a viajar a El Salvador, manifieste en forma expresa que no existe conflicto de intereses.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Devandas Brenes.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio número GIT-33443, fechado 25 de junio del año 2014, firmado por la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que en lo conducente, a la letra se lee de este modo:

“Es un honor, comunicarles que el Fondo Regional para la Innovación Digital en América Latina y el Caribe (FRIDA) ha designado al Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS) como ganador de la categoría: **Dispositivos, Infraestructura y Tecnologías. Aceleración y expansión del acceso** EDUS (Expediente Digital Único en Salud) – COSTA RICA. Iniciativa: Gobierno.

SOBRE EL PREMIO FRIDA

Fondo Regional para la Innovación Digital en América Latina y el Caribe (FRIDA) recientemente anunció los ganadores de los PREMIOS FRIDA 2014, el cual reconoce cinco iniciativas que durante los últimos años, más han contribuido al desarrollo de la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe, identificando buenas prácticas existentes que se puedan replicar y contribuir a mostrar buenas experiencias ante los tomadores de decisiones de la región. Los Premios se dividen en cuatro categorías y una creativa.



En el caso de Costa Rica, se nos galardonó en la siguiente categoría:

Dispositivos, Infraestructura y Tecnologías. Aceleración y expansión del acceso

- **EDUS (Expediente Digital Único en Salud) – COSTA RICA. Iniciativa: Gubernamental.**

Asimismo, países como Brasil, -Iniciativa: Gubernamental; Uruguay: Iniciativa: Sector Académico y Argentina .Iniciativa: Sociedad Civil, fueron galardonados por el Programa FRIDA.

Los Premios FRIDA son entregados por el Programa FRIDA (Fondo Regional para la Innovación Digital en América Latina y el Caribe) con sede en Uruguay bajo la una iniciativa de LACNIC (Registro de Direcciones de Internet para América Latina y el Caribe), con el apoyo del IDRC (Centro de Internacional de Investigaciones para el Desarrollo) ISOC (Internet Society) y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional (SIDA).

FRIDA: Fondo Regional para la Innovación Digital en América Latina y el Caribe tiene como propósito contribuir al desarrollo de la sociedad de la información en nuestra región, a través del financiamiento de proyectos de investigación y el reconocimiento a iniciativas innovadoras en el uso de las TICs para el Desarrollo. FRIDA es un miembro de Seed Alliance "ayudando a que las ideas crezcan". Desde el 2004 más de 1000 grupos e instituciones han participado en llamados a proyectos y premios.

LACNIC: Registro Regional de Direcciones IP. Es un organismo no gubernamental internacional sin fines de lucro, establecida en Uruguay en el año 2002 y es responsable de la asignación administración de los recursos de numeración de Internet (IPv4, IPv6), números Autónomos y Resolución Inversa, entre otros recursos para la región de América Latina, es uno de los 5 Registros Regionales de Internet en el mundo.

IDRC: International Development Research Centre. (Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá). Es un ente oficial Canadiense establecido por el parlamento de Canadá en 1970, para apoyar a países en vías de desarrollo a encontrar soluciones para sus problemas. Le reporta al Ministerio de Asuntos Exteriores de Canadá.

Su objetivo es apoyar investigadores e innovadores en estos países para encontrar soluciones prácticas y de largo plazo para los problemas sociales, económicos y ambientales que tienen que afrontar, con el fin de reducir la pobreza, mejorar la salud, apoyar la innovación y salvaguardar el medio ambiente.

SIDA: Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (sueco: Styrelsen för Internationellt Utvecklingssamarbete, SIDA) es un departamento del Ministerio Sueco de Asuntos Exteriores. Es responsable de la organización de la mayor parte de la ayuda ofrecida por Suecia a los países en vías de desarrollo. Para realizar su trabajo coopera con agencias suecas de gobierno, organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, la Unión Europea y el Banco Mundial. Sus esfuerzos se concentran en apoyar a los países para elaborar sus estrategias para el desarrollo económico y el combate a la pobreza.

ISOC: Internet Society es una organización global no gubernamental y sin ánimo de lucro, constituida como la única organización dedicada exclusivamente al desarrollo mundial de Internet y con la tarea específica de concentrar sus esfuerzos y acciones en asuntos particulares sobre Internet. Fundada en 1991, la ISOC tiene como objetivo principal ser un centro de cooperación y coordinación global para el desarrollo de protocolos y estándares compatibles

Su objetivo es garantizar que la Internet siga siendo abierta, transparente y definida para que todos podamos disfrutar de ella. Internet Society es la principal fuente independiente mundial de confianza sobre políticas, estándares tecnológicos y desarrollo futuro de Internet.

Los ganadores recibirán la suma de US\$ 3000 y el viaje para una persona para participar en la premiación que se realizará en la Reunión Regional sobre Gobernanza de Internet (Pre-IGF) del 16 al 18 de julio en San Salvador, El Salvador y en el evento mundial de la Novena Reunión del Foro Gobernanza de Internet (IGF) que se llevará a cabo desde el 2 al 5 de setiembre del 2014 en Estambul, Turquía.

Sobre el Foro Sobre Gobernanza de Internet:

Evento mundial que reúne a todos los interesados en el debate sobre la gobernanza de Internet, representando a los gobiernos, el sector privado o la sociedad civil, incluida la comunidad técnica y académica, en igualdad de condiciones y mediante un proceso abierto e inclusivo. El establecimiento del IGF fue anunciado oficialmente por el Secretario General de las Naciones Unidas en julio de 2006. Fue convocado en octubre-noviembre de 2006 y ha celebrado una reunión anual desde entonces.

De acuerdo con la programación establecida al efecto, se celebran reuniones regionales preparatorias tal como el Foro Regional sobre Gobernanza de Internet (Pre-IGF) a realizar en El Salvador, distintos webinars y la reunión anual de carácter mundial, denominada Foro sobre Gobernanza de Internet (GIF) que se realizará este año en Estambul, Turquía.

El representante de la CCSS en este caso, deberá realizar una exposición del proyecto en ambos eventos, incorporar y divulgar información del proyecto en un stand a través de material audiovisual y atender consultas e intercambio de información sobre el avance, impacto y retos del mismo. Con la colaboración de la Dirección de Comunicación Organizacional, ya se envió el respectivo video del proyecto, solicitado por los organizadores del evento ...”.

y la Junta Directiva –por mayoría- ACUERDA designar al ingeniero José Manuel Zamora Moreira, Coordinador Técnico del EDUS (Expediente Digital Único en Salud), Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, para que asista a la premiación otorgada, por parte del Fondo Regional para la Innovación Digital en América Latina y el Caribe (FRIDA), al Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS), en la Reunión Regional sobre Gobernanza de Internet (Pre-IGF), que tendrá lugar en el Salvador, El Salvador, del 16 al 18 de julio del año 2014. Al efecto, se le concede el respectivo permiso con goce de salario.

Se solicita al ingeniero Zamora Moreira que tome las acciones correspondientes, para garantizar que, en la participación en este acto, no exista concurso ni conflicto de intereses.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Devandas Brenes. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Por otra parte, se toma nota de que lo referente a la participación en la Novena Reunión del Foro de Gobernanza de Internet (IGF), del 2 al 5 de setiembre del año en curso, en Estambul, Turquía, se tratará en su oportunidad.

ARTICULO 25°

Se tiene a la vista la nota número PE.37.379-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 23 de junio del presente año, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Legislativa Plena III de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el *expediente 16.912, Proyecto Utilización del software libre en las instituciones del Estado*.

Mediante oficio N° GIT-33522-2014 del 9-07-14, firmado por la Gerente de Logística a/c de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, solicita prórroga de quince días hábiles para externar criterio.

A la vez, la Secretaría de la Junta Directiva informa que en el día de hoy, por la vía electrónica, se ha recibido la nota del 10 de los corrientes, número PIII-139-2014, suscrita por la señora Rosa María Vega Campos, Jefa de Área de la Comisión Legislativa Plena III, mediante la que comunica que el citado Proyecto de ley fue rechazado en el día de ayer, en razón de lo cual no es necesaria la remisión del criterio solicitado.

Por consiguiente, se toma nota de lo anterior y de que no ha de remitirse el criterio solicitado.

ARTICULO 26°

Por lo avanzado de la hora, **se dispone** reprogramar para la próxima sesión ordinaria, los temas que se detallan, en el caso de:

- I) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:
 - a) Presentación procedimiento para reactivación de plazas: atención artículo 13° de la sesión número 8723.
 - b) Oficio N° DAE-424-14, de fecha 5 de mayo del año 2014, firmado por el Director Actuarial: atención artículo 10° de la sesión N° 8712: solicitud en relación con la contribución de los asegurados voluntarios por estar excluidos del pago de subsidios en el Seguro de Salud.
- II) Aprobación acta de la sesión número 8720.

A las diecinueve horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.