

Jueves 25 de septiembre de 2014

N° 8740

Acta de la sesión ordinaria número 8740, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 25 de septiembre 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, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Ing. Alfaro Murillo, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo y los Directores Gutiérrez Jiménez, Loría Chaves y Alvarado Rivera retrasarán su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

Comprobación de quórum.

La Directora Alfaro Murillo y los Directores Gutiérrez Jiménez, Loría Chaves y Alvarado Rivera retrasarán su llegada a esta sesión. Están presentes los restantes señores Directores.

ARTICULO 2°

Se somete a consideración y se aprueba la agenda distribuida para esta sesión.

ARTICULO 3°

Se someten a revisión las actas de las sesiones números 8721, 8722, 8723, 8724, 8725, 8726, 8727 y 8728.

Sugiere el Director Devandas se aprueben las actas y se avance, dado que se están acumulando.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta tener algunas observaciones sobre las actas.

Al respecto, indica el Subgerente Jurídico que existen observaciones de forma y otras de fondo, las de forma no son complicadas, se votan con la aclaración que sean corregidas y cuando se trata de aspectos de fondo, es distinto.

Anota el licenciado Barrantes Muñoz que la mayoría son observaciones por aspectos de forma, por ejemplo, cuestiones de redacción, dado que es en contexto y a veces no se recoge lo que se quiso expresar, preferiría que lo indicado se consigne sin alterar.

Por tanto, se dan por aprobadas las actas en referencia.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes; Dr. Jorge Luis Prospero R., Representante de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en Costa Rica, y Dr. Mario Cruz Penarte, Asesor en Sistemas de Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud, es la contraparte de la OPS en el Proyecto de recursos

humanos que se viene trabajando, y los licenciados Guillermo Abarca Agüero, Director, y Rey Fernando Jiménez Carvajal, funcionario de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

Ingresa al salón de sesiones el Director Gutiérrez Jiménez.

ARTICULO 4°

Se presenta el oficio número GA-20661-14, fechado 23 de setiembre del año 2014, firmado por el señor Gerente Administrativo, que contiene el informe de avance de la Propuesta de modelo de organización y gestión en recursos humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social.

La presentación está a cargo del licenciado Jiménez Carvajal, quien se apoya en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Gerencia Administrativa
Dirección de Administración y Gestión de Personal
Proyecto: Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS (PDI-RRHH)
Setiembre 2014.
Oficios de referencia:
DAGP-1087-2014 y GA-20661-2014.
- 2) **Problemas identificados en diagnósticos e informes sobre Recursos Humanos.**
 2. Informes de Auditoría Interna.
 3. Débil conducción de los procesos sustantivos de RRHH.
 4. Problemas de control interno en las ORH.
 5. Normativa desactualizada.
 6. Débiles Sistemas de Información.
 7. Gestión de RRHH centrada en la administración operativa.
 8. Proceso de RRHH fragmentados.
 9. Debilidad en los procesos de planificación de Recursos Humanos.
 10. Evaluación del Desempeño desligada a resultados.
- 3) **Antecedentes del PDI-RRHH 2011**
Informe Ciclo de Talleres CCSS-OPS, como parte de las actividades preliminares del Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS. (2011-2012).

OPS – “Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social” (julio 2011).

“Informe del Equipo de Especialistas Nacionales nombrado para el Análisis de la Situación del Seguro de Salud de la CCSS”. (Setiembre 2011).

81 Recomendaciones / 54 relacionadas con RHS.

4) **Antecedentes del PDI-RRHH 2012**

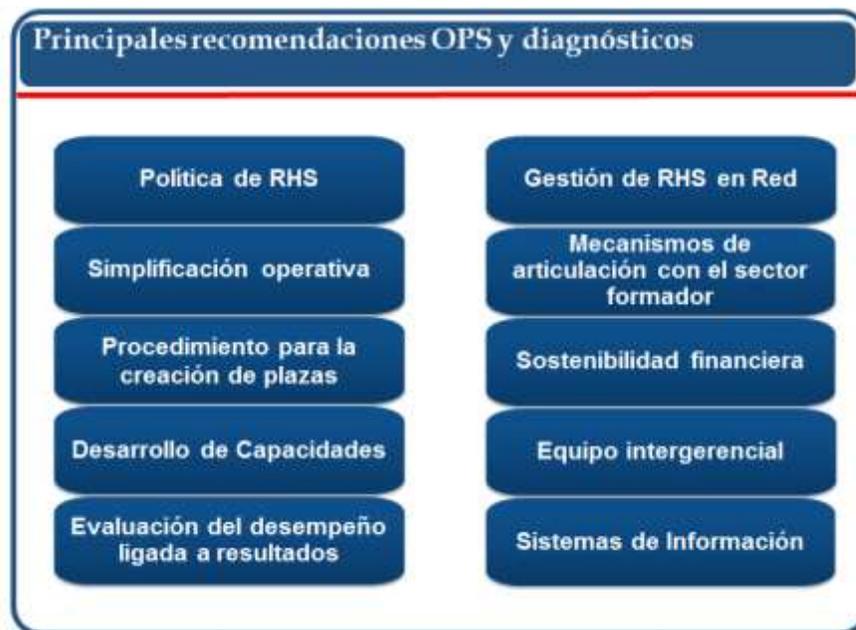
Informe Especial “Caja Costarricense de Seguro Social, La Defensoría de los Habitantes (2012)”.

Presentación en Junta Directiva. OPS. “Misión exploratoria Gestión Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social”. (Agosto 2012).

Informe de mayoría Comisión Especial de la CCSS. Reconstitución del pacto social costarricense con la seguridad social, Expediente N. ° 18.201. Asamblea Legislativa. (Octubre 2012).

Informe sobre pluses salariales en la Caja Costarricense de Seguro Social. Contraloría General de la República. (Diciembre 2012).

5)



6) **Proyecto Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos. Presentación del diagnóstico de OPS en J.D.**

Acuerdo Junta Directiva:

Artículo 8. Sesión 8597 del 23 de agosto de 2012.

- **ACUERDO PRIMERO:** dar por recibido el citado Informe de Misión Exploratoria sobre la Gestión de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- **ACUERDO SEGUNDO:** instruir a la Gerencia Administrativa y la Dirección de Administración de Gestión de Personal para que, en coordinación y con el apoyo de la representación de la Organización Panamericana de la Salud

(OPS), presenten un proyecto de trabajo para el desarrollo integral de las funciones estratégicas de recursos humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social (...).

7) Proyecto Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos.

Presentación y Aprobación del PDI-RRHH

Acuerdo Junta Directiva:

Artículo 38° de la sesión N° 8630, del 21 de marzo de 2013:

ACUERDO PRIMERO: dar por recibida y aprobada la propuesta contenida en el “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”; iniciativa apoyada técnicamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencias, con la coordinación de la Gerencia Administrativa en conjunto con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, para que procedan a ejecutar las acciones correspondientes para la implementación del Proyecto, conforme con los términos contenidos en él, y que, en forma semestral, la Gerencia a cargo del Proyecto, presente ante la Junta Directiva un informe sobre los logros concretos y avances en este proceso.

8) Propósito del Proyecto:

- Desarrollar un **proceso de fortalecimiento de la planificación, organización y gestión de Recursos Humanos** en la Caja Costarricense de Seguro Social, acorde con los requerimientos de la seguridad social y como base del fortalecimiento de la gobernanza institucional.

9) Objetivos:

- ❖ Definir e implementar una política integral de recursos humanos basada en la definición de líneas estratégicas que orienten el proceso de planificación y la gestión de recursos humanos en el corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Fortalecer el modelo de gestión de recursos humanos mediante la integración, racionalización y desarrollo de capacidades institucionales, acorde con los requerimientos del modelo de prestación de servicios.
- ❖ Contar con información confiable, oportuna, integrada y actualizada de recursos humanos, que facilite el proceso de gestión y toma de decisiones.

10) Armonización del PDI-RRHH con los proyectos Estratégicos de la CCSS.
(PDI-RRHH)

- ❖ Proyecto Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos.
- ❖ Programa de Fortalecimiento de la Equidad y Sostenibilidad del Seguro de Salud (FESSS).

11) 13 Productos:

- Política Institucional en materia de Recursos Humanos.
- Diseño e implementación estructura organizativa.
- Modelo, Manual de Planificación Estratégica y Metodología de Estimación de Brechas de RHUS.
- Propuesta de Modelo de Gestión de RHUS y Manuales de Procedimiento de Actividades Sustantivas.
- Armonizar los PAO de acuerdo con el Modelo de Planificación de RHUS.
- Lineamientos Estratégicos para los planes de trabajo ORH.

- Estatuto de Personal.
- Plan Desarrollo de Competencias (Habilidades Gerenciales).
- Estandarización y mejora continua de los Procesos.
- PAO alineado a información actualizada.
- Alternativas de Automatización de procesos sustantivos.
- Flujo de Información.
- Sistema Web de Consulta.

12) Aprobación del Modelo de Organización y Gestión de Recursos Humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 25º de la sesión Nº 8653, celebrada el 07 de agosto de 2013:

ACUERDO SEGUNDO: según los mismos términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión, aprobar la propuesta “ Modelo de Organización y Gestión de Recursos Humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social”, con excepción del componente de Gestión del Conocimiento (CENDEISSS), dado que se encuentra en análisis por parte de la Administración”.

ACUERDO TERCERO: solicitar a las Gerencias Administrativa y Médica que, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, dentro del marco del Proyecto de Desarrollo de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos, se continúe con el análisis del componente Gestión del Conocimiento, específicamente lo que corresponde al modelo de Organización y Gestión del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y presenten la propuesta de ajuste ante la Junta Directiva, en el término de tres meses.

13) Estado del Proyecto: Fase de Inicio.

- Alineamiento del Proyecto con Plan Estratégico, Táctico y Planificación Operativa. (2013).
- Firma del Convenio de Cooperación Técnica CCSS-OPS. (14 de noviembre de 2013)
- Transferencia de fondos para el proyecto. (Primer desembolso 19 de diciembre del 2013).

Concepto	AÑOS			
	2013	2014	2015	Total
	187,057			
Desembolso 1	*			187,057
Desembolso 2		194,834		194,834
Desembolso 3			33,972	33,972
Total	\$ 187,057	\$ 194,834	\$ 33,972	\$ 415,863

14) Estado del Proyecto: Fase de Planificación.

Conformación del Equipo del Proyecto CCSS-OPS y del Equipo Intergerencial (Marzo 2014).

Designación de Líderes de Producto y Grupos Técnicos de Producto.

Elaboración de Herramientas para la Gestión del Proyecto: **Definición del Alcance del Proyecto, Cronograma**, Paquetes de Producto (términos de referencia) para los Líderes y Equipos Técnicos de Producto e identificación de necesidades de asesoría técnica, memorias de cálculo y opciones para su contratación (Consultorías, Cartas Acuerdo, Convenios), Identificación de riesgos y medidas de mitigación. (Marzo –Agosto 2014).

Información y divulgación sobre el proyecto con actores internos y externos (Dirección de Planificación Institucional, Dirección de Comunicación Organizacional, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Dirección Sistemas Administrativos, Dirección Desarrollo Organizacional, CENDEISSS, Programa de Equidad de Género, Comisión Técnica de Recursos Humanos del Ministerio de Salud). (Marzo –Setiembre 2014).

Gestión para la firma del “Acta de aprobación para la gestión de los productos del Proyecto Desarrollo de la Funciones Estratégicas de Recursos Humanos”, donde se establecen los hitos que se han presentado durante la etapa de planificación del proyecto y en consecuencia los ajustes en el cronograma. (Agosto-Setiembre 2014).

15) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

ACUERDO PRIMERO: Conocida la información presentada por la Gerencia Administrativa y la Dirección de Administración y Gestión de Personal, según los oficios GA-20661-14 y DAGP-1087-2014, dar por recibido y conocido el Informe de Avance del “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”, preparado en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

ACUERDO SEGUNDO: Aprobar el **Alcance y Cronograma** del “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”, estableciéndose como **fecha de cierre al 31 de diciembre del 2017**, sin que esto

implique modificar los montos establecidos en el artículo 6 del Convenio de Cooperación Técnica entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas-Organización Mundial de la Salud, para la ejecución del Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

16) Propuesta de acuerdo:

ACUERDO TERCERO: La Gerencia Administrativa deberá adecuar el proyecto según las estrategias institucionales y alineadas al Programa de Fortalecimiento de la Equidad y la Sostenibilidad del Seguro de Salud.

Refiere el licenciado Campos Montes que la temática relacionada con los recursos humanos en la Caja, es un tema de alta relevancia y desde hace varios años, la Junta Directiva ha manifestado su preocupación sobre distintos problemas sobre gestión. Por otro lado, la Auditoría Interna ha elaborado múltiples informes, por la gestión de los recursos humanos. Por ejemplo, el informe de los Especialistas contiene aproximadamente 41 recomendaciones relacionadas con gestión de recursos humanos. Dada la coyuntura existente sobre el tema, la Junta Directiva solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), apoyo técnico para desarrollar una serie de talleres que dan origen a la Propuesta del modelo de organización y gestión en recursos humanos para la Caja.

Interviene el licenciado Jiménez Carvajal y señala que el tema es complejo y contiene aspectos importantes de diagnóstico, los cuales han determinado problemas significativos en la gestión de los recursos humanos institucionales. Como ilustración, existen informes de Auditoría Interna en los que se señala las deficiencias en la gestión de la red de recursos humanos.

El Director Gutiérrez Jiménez interviene y comenta que hace ocho años forma parte de la Junta Directiva. Por lo que tiene conocimiento de la concepción del Proyecto, sin embargo, hoy día tiene una visión un poco distinta a cuando se conceptualizó, o por lo menos, en esta nueva Junta Directiva se han manifestado ciertas inquietudes adicionales versus los Órganos Colegiados anteriores y considera importante se conozca, en términos de fortalecer el Modelo de Gestión. En ese sentido, a lo interno de la Junta Directiva se han producido discusiones en términos de cuál es el modelo de gestión que se va a fortalecer, por ejemplo, algunas personas consideran que el Segundo Nivel de Atención se debe fortalecer para descongestionar el Tercer Nivel de Atención. Por otra parte, se debe conceptualizar que los recursos deben ser orientados a fortalecer el Segundo Nivel de Atención, incluidos, los EBAIS con el fin de que sean una contención hacia los otros niveles de atención. Como ilustración, las cirugías ambulatorias, no tan complicadas deben ser resueltas en el Segundo Nivel de Atención y lo complicado se traslada al Tercer Nivel de Atención. Por otro lado, le preocupa la sostenibilidad financiera de la Institución, dado que con las condiciones y modelos actuales la situación es insostenible. Como ejemplo, los modelos salariales atentan contra estabilidad financiera de la Institución, dado que el 66% del presupuesto es dedicado al pago de salarios. Le parece que el modelo no es sostenible porque establece 37 pluses salariales y el presupuesto que se asigna para infraestructura, equipo y otros, no es sostenible. Por otro lado, se cuestiona cuáles son los perfiles de las personas que se requieren, el modelo salarial debe responder a esos perfiles y éstos a las necesidades institucionales y por último, la parte tecnológica. Le preocupa que en el proyecto no se determina ese elemento y

considera que una de las grandes deficiencias y lo ha sostenido en estos ocho años, es que se debe dar un salto cuantitativo y cualitativo en tecnología. Si los sistemas de la Institución no interactúan, ni se conectan y no se relacionan entre sí, no se tendrá la información necesaria que permita la toma oportuna de decisiones. Si se tiene una Gerencia desarrollando toda una situación, desde el punto de vista médico pero no se relaciona con recursos humanos, en términos de cuáles son las necesidades, es tan fácil pero a la vez tan difícil, como tener un inventario de las necesidades versus la formación de especialistas para producir impacto en lo que interesa, para impregnarle rostro humano a los servicios que presta la Institución, de modo que de lo contrario no determina esa articulación. De ninguna manera pretende desmejorar o desacreditar el esfuerzo que se está realizando, en vista de que existe una visión en esta Junta Directiva y modifican de alguna manera, las visiones anteriores. Considera que es transparente, justo y apropiado ponerlo en esta dimensión. Por otra parte, considera que existen dos grandes temas, los Modelos de Gestión y el Financiero y cuando se hace referencia del recurso humano, se tiene que interaccionar con esas premisas o variables. Por ejemplo, se debe determinar qué personas se desea ingresen al sistema pero, si no se logran establecer salarios más adecuados para atraer el recurso humano que se requiere, no se van a solucionar los temas. Repite que se debe considerar cuál es el concepto por priorizar, el equilibrio y la sostenibilidad financiera de la Caja o el recurso humano. Siempre ha indicado que estos proyectos deben tener definidas las ventajas de corto plazo, porque se tiene que desarrollar un proyecto con una visión de corto y largo plazo, porque se tiene una Institución con necesidades operando y con soluciones requeridas, pero no del futuro. Aclara que ha querido realizar esas observaciones porque ha tenido preocupación, porque considera que en la Institución existen dos tipos de funcionarios, los que ganan mucho y los que ganan poco y cada vez esa brecha se hace más grande, porque unos tienen un serie de privilegio y algunos pluses son legales y la gran masa no la tienen. Entonces, cuando se aprueba un 4% de aumento, para algunos significa un promedio del 6.5%, dado que no es para los funcionarios de bajo nivel y, eventualmente, son los que sostienen el sistema. Como ejemplo, cuando el médico se retira o la enfermera está muy ocupada, el auxiliar de enfermería o el misceláneo son quienes atienden el paciente y a estos funcionarios son los que el sistema les favorece menos. En el tema de los perfiles, si no se identifican los correctos, de acuerdo con las necesidades y la planificación que se realiza en el corto y mediano plazo, lo que se crea son, ocurrentemente, las necesidades que no producen impacto en el sistema. Insiste en que se deben realizar evaluaciones del desempeño y la productividad, son nortes que se deben determinar en recursos humanos. Estos elementos indican si se requieren o no mayores plazas, porque mientras no se determine la productividad de un departamento, no se puede definir que, por ejemplo, se requiere la contratación de seis plazas. Como ilustración, en esta Institución existe gran cantidad de personal contratado, en el Edificio Laureano Echandi hay 3.200 personas. Le parece que antes de que se realice una contratación de personal, se debería redistribuir el que se tiene, de manera que se determine y se visualice cuál de esas plazas debe ser trasladada o reubicada, para que se produzca impacto en la prestación de los servicios de salud y, no necesariamente, crear nuevas plazas. La Institución tiene 14.000 funcionarios nombrados en forma interina y no, todas deben ser nombradas en propiedad, antes de tener una evaluación en términos de si esas personas son o no necesarias, dado que esos procesos tienen un efecto financiero, en una situación en la que la Caja, no puede permitir ocurrencias.

El Director Fallas Camacho entiende que la situación de la Institución no es fácil, por el contrario es muy compleja y considera que dentro de las etapas planteadas, se contempla lo que don Adolfo expresó, porque las ideas se deben definir en orden, para determinar cuáles son los siguientes

pasos que se deben dar, sino se tiene la secuencia apropiada, se cometen errores tradicionales de tropiezos. Le satisface la idea de conocer de qué manera se va a alinear, las políticas de recursos humanos con la institucional, si no se procede de esa forma primero, no se está bien; pero a su vez requiere una serie de acciones, en el sentido de que todas las otras Gerencias deben establecer sus políticas y que sean aprobadas por esta Junta Directiva. Por ejemplo, el Plan Estratégico Institucional, obviamente, no se puede aprobar a largo plazo, sin proyectar que dentro de un año se tiene que “atornillar”, por un lado, o “desatornillar” por otro, son aspectos del proceso pero antes se debe tener claro el panorama institucional. Entiende que un aspecto es el Modelo de Atención Médica y otro el de Gestión de Recursos Humanos; desde luego tienen una correlación, porque si se pretende fortalecer los EBAIS, se puede realizar con enfermeras, técnicos, con médicos generales o de familia. Estos aspectos deben estar predeterminados porque el recurso humano es el principal, pero no funcionaría sin estructura y tecnología, hay que establecerlos y todos se dirijan en una dirección, que se considera la mejor para la Institución. Considera que el primer punto que se debe definir es alinear el Proyecto de Fortalecimiento de Recursos Humanos con el Plan Estratégico Institucional, porque se tiene que definir qué recursos se van a requerir y el clima organizacional es fundamental. Por otro lado, respecto de la normativa existente, le parece que debe ser revisada, dado que son complejas para manejar procesos, por ser normas vigentes de hace unos 30 años y considera que no es apropiada para el momento institucional que se tiene.

Interviene el Dr. Proserpi y reconoce el trabajo realizado por el licenciado Jiménez y el equipo de trabajo. Por otro lado, hace referencia a dos temas que no se relacionan recursos humanos, si no en operativo que son de importancia estratégica, como la posición institucional de la OPS en esta reunión. Concuera con lo expresado por don Oscar Ricardo, dado que el Proyecto es estratégico y transversal que debe tocar todas las áreas de la Institución y debe responder a una propuesta del Plan Estratégico o de Fortalecimiento Institucional. De modo que el desarrollo de las competencias de las personas que trabajan en la Caja, deben ser las gerenciales, las clínicas, para la gestión de las redes integrales, para atender una propuesta de política y del plan estratégico. Dado que la Caja tiene una misión hacia dónde quiere ir, cuáles son las personas que requiere y en este sentido, no le queda duda que el Proyecto debe reorientarse, sin abandonar su planteamiento institucional, porque los temas de política y de Modelo de Gestión que se encuentran dentro de los objetivos iniciales, son importantes y no se pueden abandonar, pero el proyecto debe incorporar el tema que ha planteado el doctor Fallas, relacionado con el alineamiento con el Plan Estratégico Institucional. Por lo que se debe plantear cuál plan, el que hay que formular, porque no tiene conocimiento que exista un Programa o un Proyecto de Fortalecimiento Institucional de la Caja. Conoce que existe un documento, pero no ha sido parte de la formulación de ese documento, no significa que deban ser parte de la formulación pero si quisieran participar, ve la conveniencia de que se designe un equipo de trabajo, para que revise la propuesta de Fortalecimiento Institucional de acuerdo con la nueva política, con la propuesta del nuevo gobierno, porque todo está concatenado. Don Adolfo Gutiérrez indicó que la situación es diferente ahora que hace algunos años, por lo tanto, cualquier proyecto debe abordar la nueva propuesta política, respetando las que existen, dado que si se están modificando cada año, o dos, tres o cuatro años, eventualmente, se podría producir un problema de gobernanza institucional. El mensaje central es que el proyecto debe reorientarse para incluir los elementos que le permitan alinearse a la propuesta de planificación estratégica institucional. Como segundo aspecto, tanto la propuesta como la importancia estratégica que tiene el Proyecto, se va a vincular al fortalecimiento de la organización, de la gestión, del desarrollo de la competencia de los recursos

humanos para este nuevo plan. Dado que este Proyecto debe estar ubicado en la posición estratégica y política de la Caja y su nivel de conducción, debería depender de la Presidencia Ejecutiva de la Caja, no es para que lo maneje la Gerencia Médica, ni la Administrativa, ni la Financiera, dado que es el grupo de recursos humanos, porque trasciende las diferentes Gerencias y al asignarse el proyecto a una Gerencia, por más compromiso, por ejemplo, si lo conduce la Gerencia Administrativa, se corre un riesgo que tenga un sesgo administrativo. Por ser un proyecto estratégico, ve la conveniencia de que sea la Presidenta Ejecutiva la que tenga control sobre lo que sucede en el desarrollo de Proyecto. Considera que si la Caja tiene una instancia dedicada al fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos y es un icono nacional, regional y subregional, el Proyecto debe estar adscrito a ese órgano y se refiere al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), instancia que debe ser fortalecida, dado que se debe garantizar que el CENDEISSS, cuente con la capacidades que sean necesarias para para desarrollar el Proyecto y depender de la Presidencia Ejecutiva.

La Dra. Sáenz Madrigal recuerda que dadas las recomendaciones de los Notables y los procesos de análisis realizados, producto de la crisis que tuvo la Institución, la Junta Directiva anterior reconoció que el tema de recursos humanos era una prioridad y este tema tiene dos dimensiones, la gestión de los recursos humanos institucionales y los recursos humanos para el modelo de atención. Estas responsabilidades están distribuidas institucionalmente, una de esas se está bajo la responsabilidad prioritaria la Dirección de Administración y Dirección de Personal y la otra, el CENDEISSS que es el ente encargado de la formación de los recursos humanos para el Modelo de Atención. Este proyecto en específico y desde que inició estaba más focalizado al tema del recurso humano, al tratar de resolver la problemática institucional, pero el otro tema se relaciona con los especialistas, tecnólogos, con la atención y es el tema del que se encargará el CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social). Además, se conformó un grupo que ha trabajado para definir esa problemática que tiene el CENDEISSS, como respuesta a las necesidades de la población y la posición institucional; en ese sentido, se determina que el Proyecto que presenta la OPS, en el cual se coincide con el tema de la política institucional, es un tema primordial por analizar, para plantear con los seis productos que se indican planteados en la presentación. Sin embargo, como bien lo recupera el doctor Prospero, el tema del CENDEISSS es muy importante en el desarrollo del Proyecto. Como se indicó, se está trabajando en el tema y no se ha presentado un diagnóstico a la Junta Directiva, pero considera importante se discuta como los Miembros de la Junta Directiva, determinan el tema. Le parecen importantes las dos dimensiones que se determinaron, más allá de los productos que se están planteando. Se tiene un avance y un cronograma que se podría detallar más, de modo que se operativicen los tiempos que se plantean, en especial el tema cuando se indica al año 2017 y, eventualmente, podría concluir el Proyecto en el año 2018 porque, eventualmente, se producen atrasos en el desarrollo.

Al Director Devandas Brenes le parece que para resolver este Proyecto se necesita conocer el Plan de Trabajo Integral de Recursos Humanos, porque este proyecto se debe relacionar con el Plan de Trabajo de Recursos Humanos, porque no es solo recursos humanos. Le preocupa dado que existen tareas urgentes y no se pueden esperar tanto tiempo para que se resuelvan, debe existir un plan integral de recursos humanos, para que se integre este trabajo. Por otro lado, conoce que existe un cronograma anexo y ve la conveniencia de que se determine en red, o sea, es necesario terminar este proceso para iniciar otro, como la viejas redes y definir qué es lo que

requiere el Proyecto de parte de la Junta Directiva en cada paso, por ejemplo, se sustenta esto en un plan estratégico y se menciona, pero ese Plan Estratégico no está. Entonces, se tendría que indicar que en tal fecha debe estar ese plan, es un requerimiento para poder desarrollar lo que sigue, en qué momento se requieren acuerdos de la Junta Directiva, para seguir adelante y se vayan estableciendo las exigencias. Dentro de ese requerimiento plantea la necesidad de que se conozca cuál es la cantidad de recursos humanos que se están dedicando a este trabajo que, incluso, se debería conocer cuál es el costo que tiene para la Institución, cuántos tiempos completos, qué categoría, cuántas personas, cuando se indica que el Proyecto tardará cinco años, se indique por qué, quizás sea porque exista carencia de recursos, tal vez si se potencia un poco la cantidad de recursos para que se avance más aceleradamente, se pueda tener un avance mayor. Le parece que esta propuesta es planteada por la Gerencia Administrativa y no de la OPS. En cuanto al tema del CENDEISSS, no se encarga solo de formar el personal en atención a la salud, si no, en general, del personal de la Caja. Por ejemplo, si él fuera el Director de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, demandaría que la formación y la capacitación del personal estuviera bajo su responsabilidad, dado que es el que se encarga de desarrollar y potenciar los recursos humanos de la Institución y, en la Caja, la instancia encargada de la formación y capacitación de los recursos humanos, está aislada de la Dirección de Administración y Gestión de Personal. Plantea que la Dirección del CENDEISSS, no debería estar a cargo de un médico, no es su campo, es un campo de organización y administración de programas de formación y capacitación, en ese sentido, existen especialistas. De manera que cuando se vaya a implementar un programa de formación o de capacitación, en áreas técnicas de la salud, se debe buscar el personal que ejecute esos programas o que los supervise. Al respecto, considera que existe una debilidad, es como indicar que el rector de una universidad deba ser médico. Sugiere que se revise el tema y se tendría que definir si a la Dirección de Recursos Humanos, le corresponde asumir la formación y la capacitación de todo el personal administrativo y técnico de la Institución, no vinculado a la prestación de servicios de salud y una unidad especializada en ese campo, sería una medida remedial que no le satisface, pero determina que en este momento no está funcionando de forma adecuada. Externa su preocupación, en términos de que el clima organización en la Caja no es bueno y no se cuenta con un instrumento de medición e, incluso, se podría realizar una encuesta con los trabajadores, para tener un instrumento más objetivo y conocer cómo se sienten los trabajadores, en cuanto a clima laboral de la Caja. Considera que este tema es urgente y no se puede esperar cinco años para que se defina. Recuerda que en algún momento hizo el planteamiento, en términos de que el clima laboral se declarara, casi, como una prioridad institucional, para establecer orientaciones específicas y conocer cómo se logra mejorar.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

El señor Auditor reconoce y felicita a la administración por el esfuerzo que realizó para atender este acuerdo de la Junta Directiva, dado que se plantea a nivel del Órgano Colegiado, una propuesta para la discusión sobre un tema que es muy relevante, urgente y como lo ha manifestado en otras ocasiones, es parte de los cambios estructurales que se deberían promover, para que la Seguridad Social sea sostenible financieramente en el mediano y largo plazo. Cuando se hace referencia a la sostenibilidad financiera institucional, se relaciona con las decisiones administrativas que se deben tomar, dado que tienen una implicación en la sostenibilidad financiera. Comparte con la Dra. Sáenz Madrigal el enfoque que le impregnó al tema en la intervención. Estima que cuando la Junta Directiva tome el acuerdo, más que todo se orienta al

nivel de gestión de recursos humanos en forma institucional; lógicamente, se debe atender lo que señaló el Dr. Fallas Camacho, respecto del Plan Estratégico Institucional, porque debe formar parte de esta propuesta. Le parece que se debe aprovechar esta oportunidad para realizar esos cambios estructurales que tienen implicaciones financieras, incluida la normativa institucional, los instructivos, los manuales, los reglamentos que relacionados con la gestión de recursos humanos, las circulares de la Gerencia que mencionó el Dr. Fallas de los años 1980 y aún están vigentes, los acuerdos de la Junta Directiva, dado que esos aspectos inciden en la gestión de recursos humanos. El artículo 15° del Instructivo de Selección de Recursos Humanos está vigente, es un artículo detallado pero no se aplica, se relaciona con la creación de plazas y no se aplicó en años anteriores. Le parece que la normativa debe ser revisada, para que se trate de simplificar los procedimientos administrativos en materia de selección, reclutamiento, pago de planillas y evaluaciones, entre otros. Por otro lado, los niveles de responsabilidad, es otro de los cambios estructurales que debe impulsar la Institución, por medio de la revisión del Modelo de Gestión de Recursos Humanos. Considera importante esta oportunidad para que se revise la normativa y se asigne claramente las responsabilidades de la Institución. En lo personal, no le parece que los directores médicos estén participando en los procesos administrativos, incluido, el de Recursos Humanos en materia de selección. Ese aspecto, se ha analizado en algunos de los informes de Auditoría, en varios de los debidos procesos, dado que interviene el nivel superior de los hospitales, de las áreas de Salud, de las Direcciones Regionales Médicas. Considera que la responsabilidad de la gestión de recursos humanos se debe centralizar, inclusive, de la administración. Esa decisión sería muy saludable y le traería beneficio a la Institución, para que el director responsable del centro médico, realmente se aboque a las funciones sustantivas de salud, para lo cual se le contrató y no que esté realizando, una enorme cantidad de trámites administrativos, no significa que tenga que tomar decisiones, por ejemplo, en un nombramiento, pero que la tramitología se lleve a cabo en niveles operativos de recursos humanos y de la administración. En cuanto a la evaluación del desempeño, le preocupa porque no tiene mayores implicaciones a nivel de la Caja y el costo es muy elevado. La Contraloría General de la República solicita se realice una evaluación distinta y paralela, dado que se ha desarrollado y automatizado una evaluación que contempla, factores de cualitativos y subjetivos, pero no se profundiza en elementos que se relacionen con la productividad. Cree que se debe realizar un esfuerzo en que la evaluación del desempeño se oriente a la evaluación de la gestión por resultados, por rendimientos y se debe realizar un cambio significativo. Le parece que el papel que desempeña la gestión de recursos humanos a nivel central es una de las mayores fallas que se han tenido, ese aspecto se debe definir en la revisión que se proyecta realizar, puede ser que se esté fallando en el desempeño de ese papel de control y evaluación. En ese sentido, en la Junta Directiva ha informado que existe un riesgo enorme, la planilla esta en Cobol, el funcionario que maneja el sistema se pensionó. Por otro lado, le parece que, por ejemplo, la planilla se debe revisar en cuanto a la carga salarial, así como la cantidad de pluses salariales; aclara que no indica que se eliminen, pero se deben revisar. Como ilustración, le parece que el concepto de disponibilidad médica debe ser revisado y, en ese sentido, la OPS, puede colaborar mucho, en términos de si se de continuar con el concepto de disponibilidad y guardia médica como se tiene. Cree que es una modalidad de pago que se debe analizar, revisar y plantear en su momento; de manera que se debe notificar a los sindicatos médicos para negociar, pero si es un cuestionamiento que se debe realizar, en términos de si se debe continuar con la forma en que está establecida la disponibilidad médica a nivel institucional. Le parece que se debe tener cautela con el Proyecto de Modernización Financiera, no puede continuar hasta que no esté definido y lo separa, porque tiene una relación directa con el Sistema de Costos y si no ha sido

definido el Modelo de Gestión de Recursos Humanos, como se van a afectar los costos; entonces, cómo se va a continuar con el Proyecto de Modernización Financiera, o se decida excluir el módulo de recursos humanos y continuar con el resto del módulo del Proyecto de Modernización Financiera, dado que es urgente o se debe esperar, es una decisión que se debe de tomar. Por otro lado, le preocupa que este proyecto se implementará en el año 2017, dado que tiene grandes implicaciones en la Institución, eventualmente, viene un cambio de administración. Es difícil el éxito de un proyecto de estas dimensiones, cuando se podrían presentar cambios en la estructura administrativa de la Caja. Cree que si es necesario reforzar el Proyecto con más personal, para acelerar un poco y se pudiera terminar en un plazo menor, ve la conveniencia de que se realice ese esfuerzo.

Señala el Fallas Camacho que el tema se debe colocar en una perspectiva donde se logre manejar, el CENDEISSS no le preocupa, dado que es un medio no un fin, es un instrumento de apoyo a otras unidades, mediante el cual se llevan a cabo actividades que la administración requiere. Sin embargo, es importante tener claro que debe existir una conjugación apropiada de personas y una visión de distintos profesionales. Además, se deben buscar los mecanismos apropiados. El Dr. Devandas Brenes se refirió a un aspecto que lo llamó a meditar, porque existen aspectos urgentes que se deben atender, de manera que se deben seleccionar especialmente y determinar cuál es el tratamiento que se les puede dar.

El Director Gutiérrez Jiménez aclara que cuando hizo referencia a los sistemas tecnológicos, entre esos se encuentra el Sistema Financiero, dado que debe existir una interacción entre todos, o sea, no solo la parte financiera, es el tema de información que existe en la Institución. En ese sentido, manifiesta su preocupación, dado que ese tema es manejado en forma centralizada por las Unidades y ha sido una herencia que se debe analizar. De modo que está de acuerdo con lo que señaló el Dr. Fallas Camacho, en términos de lo que se desarrolle, se debe realizar bajo una autoridad máxima y uno de los problemas que se presentan es la resistencia al cambio, porque se pretende que sea de los mandos medios y no lo es, es de las propias Gerencias y hasta tanto no se reestructure lo que corresponda, la situación continuará igual, pero en el momento que se modifique lo que se tiene conceptualizado; entonces, se maneja una resistencia con una autoridad superior y se estaría en una condición de igualdad. Reitera, uno de los aspectos fundamentales es que exista un mando superior que tenga la autoridad, para que el Proyecto tenga el nivel que se desea y con las adaptaciones que se han propuesto. Cuando se ha hecho referencia de los inventarios de las necesidades versus lo que se está produciendo, se tiene certeza de que es el CENDEISSS al órgano que le corresponde. Coincide con don Mario Devandas que, independientemente, que sea un instrumento o no, es el que se tiene en la actualidad. Recuerda que por varios años se ha solicitado un inventario para conocer cuáles son esas necesidades y continúan esperando. Por ejemplo, cada vez que se visualiza que debe becar un Especialista, se debería tener establecida la necesidad, para tener identificado a dónde se tiene que enviar a especializar, sea a España, Suecia o Estados Unidos, es una manera de administrar, relativamente, sencilla y solventar la necesidad. Insiste en que si se mantienen los modelos actuales a nivel de recursos humanos, no se va a producir impacto y cuando se tienen definidos los perfiles de los funcionarios, eventualmente, se podría determinar que se requieren más calificados o, como ilustración, cuando indica el Dr. Devandas Brenes, se está administrando con doctores en un momento determinado. Considera que los administradores se deben fortalecer a nivel local, para que el médico desempeñe el papel que se relaciona con el hospital, pero el tiempo que desaprovecha el doctor en cumplir con el llenado de papeles y requisitos, que la Caja como

Institución les solicita, no es posible, dado los recursos financieros que implican y las funciones que como profesional en medicina desatiende. Aclara que los comentarios están dirigidos a valorar lo que se está proyectando, es importante profundizar que es una oportunidad, no solo para modificar la visión sino para profundizar y cambiar el modelo.

Ingresa al salón de sesiones el Director Alvarado Rivera.

El Director Loría Chaves refiere que este Proyecto debería cuestionar los términos en que se contrataba el recurso humano en Institución, en términos de cuál iba a ser su función y el valor agregado que le traería a la Caja en el cumplimiento de sus objetivos. Le parece que se debe analizar las políticas existentes de contratación y la metodología empleada. Por ejemplo, tiene conocimiento del instrumento denominado LEIS y un conjunto de exámenes que se practican y le preocupa que el recurso humano en la Institución no sea evaluado. Por otro lado, estima que existe consenso entre algunos Directores en la importancia de definir el papel del administrador en la Caja, dado que existe discrepancia en ese punto específico. Comparte la posición en cuanto al CENDEISS, es un tema que se debe analizar a profundidad, porque tiene la tesis que debe ser la universidad del Seguro Social y sea la encargada de formar los médicos y especialistas.

Respecto de lo que mencionó el Dr. Devandas Brenes en relación sobre un Plan de Trabajo Integral, el licenciado Campos Montes refiere que es un elemento significativo para la Institución, dado que requiere del mejor recurso humano para brindar los mejores servicios a los usuarios del servicio de salud. Estima que debería ser una prioridad para que la Caja cuente con un Plan de Trabajo que integre acciones de corto plazo y mediano plazo, así como las acciones estratégicas. Más de un 95% de los funcionarios que integran la Dirección de Administración y Gestión de Personal, esta avocadas a atender día a día además de la gestión común y normal, algunos aspectos que se están trabajando, por ejemplo, el clima organizacional, hay una unidad que realiza estudios pero no están produciendo impacto en ese aspecto, en toda la Institución. Recuerda que el Proyecto que se denomina Desarrollo de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos, se concibió en los años 2011-2012 y a finales del año pasado, la Junta Directiva de ese momento, conoció una serie de esfuerzos significativos que se vienen realizando. Es importante mencionar que los recursos humanos pueden ser fortalecidos, en el tanto sean los recursos humanos que se requieren para la mejor prestación de los servicios que requiere la población. En todos los aspectos de planificación que mencionó el licenciado Jiménez Carvajal, antes se debe tener claridad de cuál es la planificación estratégica que tiene la Institución, cuál es el modelo de prestación de servicios. Destaca que este proyecto está siendo ajustado y en los próximos días se va a conocer, además, producto de las reuniones realizadas en el Hotel Bouganvillea, se determinó los grandes componentes que tiene el Programa de Fortalecimiento del Seguro Social, el Proyecto de Recursos Humanos es uno de sus proyectos estratégicos.

El Director Barrantes Muñoz agradece al señor Prospero el informe presentado. Dado que se está conociendo, es difícil procesarlo en un espacio tan corto. Sin embargo, deja una serie de preocupaciones, relacionadas con los grandes temas que se empezaron a desarrollar, en el taller que realizó esta Junta Directiva la semana anterior y, en ese sentido, no se puede más que integrar al mapa que se construye de problemas y de situaciones, que se están abordando en el proceso, de atender los grandes temas institucionales. De los tres acuerdos que se plantean al final, el último que se agrega no consta en el documento escrito y corresponde al acuerdo tercero que se está proponiendo. Sugiere que sea ubicado como primer acuerdo, porque se tendría que

analizar en términos de las implicaciones que tiene, en relación con el proceso que corresponde con el Programa de Fortalecimiento de la Seguridad Social y empata, con lo que señaló la señora Presidenta Ejecutiva, en el sentido de ser uno de los grandes ejes que el proceso debe tener y, al respecto, lo que desea, si es un acuerdo pero planteado es un asunto, en el que se deben analizar los alcances de ese acuerdo y las implicaciones que tiene, para todo el alineamiento que este proyecto debe tener desde el punto estratégico. En ese sentido, le parece que las intervenciones que se han producido de los señores Prosperí, del señor Auditor y de don Adolfo Gutiérrez, apuntan, precisamente, a la necesidad de que este tema, no se quede en un enfoque meramente de pura gestión administrativa de día a día, sino que adquiera la enorme relevancia que debe tener. El señor Auditor se refirió a temas importantes y cruzan con uno de esos aspectos que es el tema de cobol, es un tema que se ha venido haciendo referencia desde hace alrededor de ocho años. En la presentación, le llamó mucho la atención cuando se señala el origen de todo, en especial el de la situación de crisis de hace algunos años, muchos de los elementos que se señalan es lo indicado por el grupo de notables, por la Defensoría de los Habitantes, por la Contraloría General de la República, por el Auditor pero, ahora, el tema es cómo alinear lo planteado con el tema del Modelo de Salud, cómo alinearlos con los grandes temas estratégicos. En ese sentido, cree que no sería pertinente aprobar acuerdos de mero trámite, sino habría que solicitar mayor profundidad, en cuanto a los alcances que tendría este lineamiento para el proyecto, en relación con los ajustes de su propuesta en el enfoque, en términos de los actores que participen. Por otro lado, en la Institución se tienen contratados alrededor de 52.000 personas y sesenta sindicatos que son un actor de primera línea, no son meros receptores de lo que se vaya a resolver, sino que debe promover un espacio de diálogo, dado que así ubica un tema estratégico como es el CENDEISSS y, en este sentido, de repente será necesario profundizar más la discusión, de forma tal que se prioricen acciones de manera muy precisa para obtener resultados en corto, mediano y más largo plazo y poder realizar ajustes en el calendario total, de manera que se pueda hacer de este esfuerzo, un esfuerzo que, efectivamente, produzca el impacto que deba tener. Recuerda que dentro de uno de los grandes aspectos, dentro de la encerrona que hubo, se señaló este modelo.

El Director Alvarado Rivera, solicita disculpas porque no logró estar en la presentación, pero con los aportes realizados por los señores Directores, el Auditor y el Dr. Prosperí, deja constando sus preocupaciones, don Rolando lo apuntó, continúa realizando planeamientos estratégicos, pero no hay acciones concretas y no se operativiza lo que se ha indicado. Por otro lado, lo que indicó el señor Auditor está en el informe y, reiteradamente, lo ha indicado y después de ocho años, resulta que el tema cobol continúa siendo un tema de preocupación. Por ejemplo, el problema de las planillas y el de los recursos humanos, porque no se tiene la capacidad, ni la gestión para que se solucionen esos problemas. Recuerda que don Guillermo Abarca, ha estado en la Institución por años ocupando ese puesto, pero la situación continúa siendo igual. Entonces se deben cuestionar quiénes son los responsables de actuar en esta Institución, para que la situación cambie, de lo contrario no se logran resultados positivos, aunque cada cuatro años se realicen planeamientos estratégicos, en términos de lo que se debe hacer y lo más preocupante, es que esta Junta Directiva es la que al final, asume las responsabilidades de la inacción de la administración. Reitera su preocupación, porque el Órgano Colegiado está para dar directrices, se ejecuten y se produzca un acto efectivo de las propuestas y acuerdos tomados en la Junta Directiva, de lo contrario no se puede continuar realizando análisis sobre análisis, que no conllevan a ningún resultado, porque se continúa teniendo los mismos problemas y, además, se responsabiliza a la Junta Directiva por la inacción de la administración. Le parece que el tema de continuar analizando a la Institución, se está convirtiendo en lo absurdo, porque la administración tiene los

mismos funcionarios administrándola por años y no solucionan la problemática que se puntualiza. Repite, le preocupa cuando se tienen informes de Auditoría relacionados con el tema de tecnología, de las disponibilidades médicas; aclara que el tema no es de hoy, sino que se tienen años de analizar la situación. Considera que se llegó al punto en el que no se debe continuar analizando la situación, si no hacer que se cumpla con el elemento estratégico y de responsabilidad y establecer fechas para su cumplimiento. De modo que cuando se presente de nuevo el tema y no se cumplió, se determine quiénes son los responsables de ese incumplimiento; de lo contrario se va a continuar en estas discusiones, en términos de qué es lo que se debe hacer en la Institución. Le parece importante que se conozca quiénes son los responsables de la inoperancia de en la Institución, no porque esta Junta Directiva o las anteriores no hayan realizado su trabajo, sino porque no se tiene quién dirija y administre, efectivamente, la Institución. Espera que en estos cuatro años se logre avanzar en tres o cuatro temas que produzcan impacto en la Institución, porque no se puede continuar indicando lo que se debe hacer, sino que se cumpla. De nuevo manifiesta su preocupación, dado que tiene conocimiento de que se han realizado inversiones por montos de alrededor de cuatrocientos y quinientos millones de colones en programas tecnológicos, que no funcionan, se desechan y la inversión se desaprovecha y existen responsables, pero nunca se determina esa responsabilidad.

La doctora Sáenz Madrigal hace un resumen de los puntos tratados por los Miembros de la Junta Directiva. Agradece a la OPS y al grupo que ha estado trabajando en el tema. Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes, aclara que es un proyecto de la Institución con el apoyo de la OPS. Además, hace referencia a tres aspectos indicados por los Miembros de la Junta Directiva; no cabe duda de que el tema de recursos humanos es un tema estratégico y de gran preocupación, pero solo el licenciado Barrantes Muñoz, en su intervención, manifestó su preocupación sobre el tema. Le parece que preocupa y por ese motivo se deben ocupar, o sea, se debe pasar de la preocupación a la ocupación. El segundo tema se relaciona con un planeamiento que hizo el doctor Prospero, en el sentido de que siendo un proyecto que se relaciona con recursos humanos y el hecho de que esté ubicado en la Gerencia Administrativa no le da la fuerza de coordinación, por lo que se debería ubicar en la Presidencia Ejecutiva. En fin, reconociendo que es un proyecto estratégico, que requiere de la coordinación intergerencial, considera que podría ser una decisión y un acuerdo de la Junta Directiva, más que un asunto de mero trámite de dar por recibido el informe, el hecho de definir su ubicación en la Presidencia Ejecutiva. Le parece que unido a ello, tal vez en la primera reunión, se logre presentar la identificación de acciones concretas que solicita don Renato, así como la articulación y la vinculación con los otros temas que se están planteando, es decir, cómo se deberían articular con el CENDEISSS y cómo hacerlo con esta visión que se está determinando del Modelo de Prestación. De manera que ello se pueda traer en una próxima sesión de la Junta Directiva y analizarlo con el grupo también, con lo cual se tendría mayor tranquilidad de que realmente se está avanzando en el tema, porque los productos de mediano plazo no es que no sean importantes, pero pareciera que no están ayudando a sentir que se realizan acciones concretas. Por ejemplo, los productos que están programados para los años 2015 y 2016 son necesarios y pertinentes. Sin embargo, el tema es que se deben realizar otras acciones y que, con el enfoque de ese grupo, se logren identificar algunas acciones de corto plazo, que le impriman ese redimensionamiento, porque se tiene la impresión de que al tema le falta esa articulación institucional. Para ilustración, el proyecto no se logra determinar con la parte de recursos humanos y financiera, dado que aún no tiene esa articulación. Por otro lado, conociendo el informe, se reconoce el enfoque estratégico y la importancia estratégica de este proyecto, por lo que se debe analizar si puede quedar ubicado a nivel de la Presidencia Ejecutiva

y que como primera tarea se presente una identificación de acciones concretas, para que esta Junta Directiva pueda ir tomando algunas acciones concretas. Además, refiere que, en el tema del cobol e incapacidades, existe un acuerdo previo de la Junta Directiva sobre el tema del cobol; no de este Órgano Colegiado con su actual conformación sino del anterior. Ha estado revisando el tema con la Gerencia Financiera, en términos de la importancia de trabajar el tema de las planillas, pero no se ha avanzado. Le parece que se puede presentar un reporte a esta Junta Directiva, para que se realice un análisis integral del tema.

En cuanto a la propuesta de acuerdo, el doctor Devandas Brenes manifiesta tener algunas inquietudes en cuanto al plazo. Ve la conveniencia de que se incorpore al acuerdo que se realice una revisión de ese plazo y de los recursos asignados para que se dé una aprobación definitiva. Por otro lado, no lo plantea como un acuerdo, pero observa la necesidad de que se realice un proyecto, en el sentido de que defina las responsabilidades de las unidades prestadoras de los servicios de salud.

La Presidenta Ejecutiva somete a aprobación la propuesta en términos de que se continúe con la estructuración del calendario, la especificación de las actividades y de los recursos.

Sobre el particular, la Directora Soto Hernández señala que es importante respetar, de alguna manera, las actividades que se vienen realizando, porque existen montos económicos y podría haber riesgos de por medio; reitera, hay que respetar ese cronograma. Por otro lado, no desea que se sienta mal don Luis Fernando Campos, ni don Guillermo Abarca, ni el licenciado Jiménez, por cuanto hay realizado un trabajo al que se le ha dado un giro diferente, pues la Junta Directiva desea que el tema se amplíe a otras áreas, lo cual no significa que lo que se ha realizado esté mal. Entiende a don Renato Alvarado porque fue funcionaria de la Caja y conoció la situación por varios años. Le parece que al desarrollo del proyecto le han faltado acciones concretas.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Alvarado Rivera que vota negativamente.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GA-20661-14 de fecha 23 de setiembre del presente año, que firma el Gerente Administrativo y contiene la propuesta de *“Modelo de organización y gestión en recursos humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social”*:

“La Junta Directiva, en la sesión N° 8630, celebrada el 21 de marzo de 2013, aprobó el Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS, conforme los términos que a la letra señala:

“ACUERDO PRIMERO: dar por recibida y aprobada la propuesta contenida en el “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”; iniciativa apoyada técnicamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Una copia del documento en referencia queda constando en la correspondencia de esta sesión.

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencias, con la coordinación de la Gerencia Administrativa en conjunto con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, para que procedan a ejecutar las acciones correspondientes para la implementación del Proyecto, conforme con los términos contenidos en él, y que, en forma semestral, la Gerencia a cargo del Proyecto, presente ante la Junta Directiva un informe sobre los logros concretos y avances en este proceso.”

El Proyecto aprobado por el órgano colegiado tiene como fin primordial el desarrollo de un proceso de fortalecimiento de la organización, gestión y planificación de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social, acorde con los requerimientos de la seguridad social y como base del fortalecimiento de la gobernanza institucional.

En este sentido, en atención a lo dispuesto, esta Gerencia procede a comunicar las acciones desplegadas para la puesta en marcha del “Proyecto Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)”, lo cual se podrá visualizar de manera detallada en el documento que se adjunta a la presente misiva.

Sobre el particular y para darlo a conocer ante la Junta Directiva, se adjunta para su conocimiento, los siguientes documentos:

- Informe Ejecutivo “Proyecto Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos (PDI-RRHH) en la Caja Costarricense de Seguro Social”.
- Alcance del Proyecto (PDI-RRHH).
- Cronograma del Proyecto.
- Acta de Aprobación del Alcance y Cronograma del Proyecto.

Tales documentos son el resultado de la labor efectuada -coordinaciones y negociaciones internas- entre la Dirección de Administración y Gestión de Personal, sus Jefaturas de Áreas, Subáreas, así como de las Unidades Contrapartes Técnicas Internas y las Contrapartes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)...”,

así como la nota de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, número DAGP-0923-2014, y con base en la recomendación del señor Gerente Administrativo, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por recibido y conocido el informe de avance del “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS” del período marzo 2013 a setiembre 2014.

Asimismo y en virtud de que se reconoce que se trata de un Proyecto estratégico, que requiere de la coordinación intergerencial, ubicar el “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”, en la Presidencia Ejecutiva, a efecto de que desde ahí se ejerza el liderazgo y la coordinación correspondiente.

ACUERDO SEGUNDO: que se debe adecuar el Proyecto en referencia, según las estrategias institucionales y alineadas con el Programa Fortalecimiento de la Equidad y la Sostenibilidad del Seguro de Salud.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores excepto por el Director Alvarado Rivera. Por tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

Se retiran del salón de sesiones el doctor Prospero R. y el doctor Cruz, los licenciados Abarca Agüero y Jiménez Carvajal.

Ingresan al salón el doctor Fernando Montenegro Torres, del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial, la doctora Rocío Machado y el doctor Alexo Esperanto, funcionarios del Banco Mundial.

ARTICULO 5º

La doctora Sáenz Madrigal comenta que, el lunes y martes de esta semana, estuvieron reunidos en el Ministerio de Hacienda con diferentes instituciones y considera pertinente que se haga una presentación a la Junta Directiva sobre las conversaciones que se han tenido en estos períodos.

Refiere el Director Gutiérrez Jiménez que en el momento en que se discutió el tema en la Junta Directiva pasada, se quiso dejar la oportunidad de que, independientemente, de la posición que pudieran tener algunos señores Directores, se entendía que era un asunto de cortesía, trasladar el tema, para que las nuevas autoridades de la Caja, pudieran abordarlo y definir lo que consideraran conveniente.

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

- i) Programa para el fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad. Principios. Setiembre 2014.

- ii)



iii)

Aspecto crítico: Cómo lograr articulación, integración y alto impacto ?



iv)

Proyecto fortalecimiento integral del Seguro de Salud. Noviembre 2013 – Marzo 2014

Equipos Técnicos (disponibilidad 100%)



v)

Actividades y productos de asistencia técnica del Banco Mundial

Contrato con Ministerio de Hacienda para revisar propuestas preliminares de CCSS de fortalecimiento del seguro de salud genera estas actividades y productos:

- 1 Asistencia técnica en tiempo real – Insumos discusiones técnicas
- 2
 - Talleres sobre herramientas asignación equitativa recursos
 - Dialogo sobre elementos de gestión integral (Argentina, País Vasco y Reino Unido) relevantes al modelo costarricense.
 - Discusión herramientas mejora supervisión y gestión central
- 3
 - Notas técnicas incluidas como anexos y una separada de análisis cuantitativo de producción servicios y talento humano
- 4
 - Reporte final con tres componentes correspondientes a los terminos de referencia del contrato. Se incluye resumen :
 - Orientado toma de decisiones
 - Escrito con los elementos clave de la revisión, recomendaciones y conclusiones de la asistencia técnica.

vi)



vii)



viii) **Artículo 11° de la Sesión N°8712**
24 de abril del 2014

Acuerdo Segundo: instruir al Gerente Administrativo para que presente el Plan de Gestión del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud a las autoridades entrantes como parte del proceso de transición de la nueva administración, sin menoscabo de los ajustes o variaciones que estas nuevas autoridades consideren pertinentes para su implementación.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

De seguido la presentación está a cargo del Lic. Fernando Montenegro Torres, del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial, quien, al efecto, se apoya en las láminas que se especifican:

a) **Fortalecimiento del Seguro de Salud**

Caja Costarricense de Seguridad Social
(CCSS)

Resultados y recomendaciones de asistencia técnica internacional contratada por
Ministerio de Hacienda - Gobierno de Costa Rica



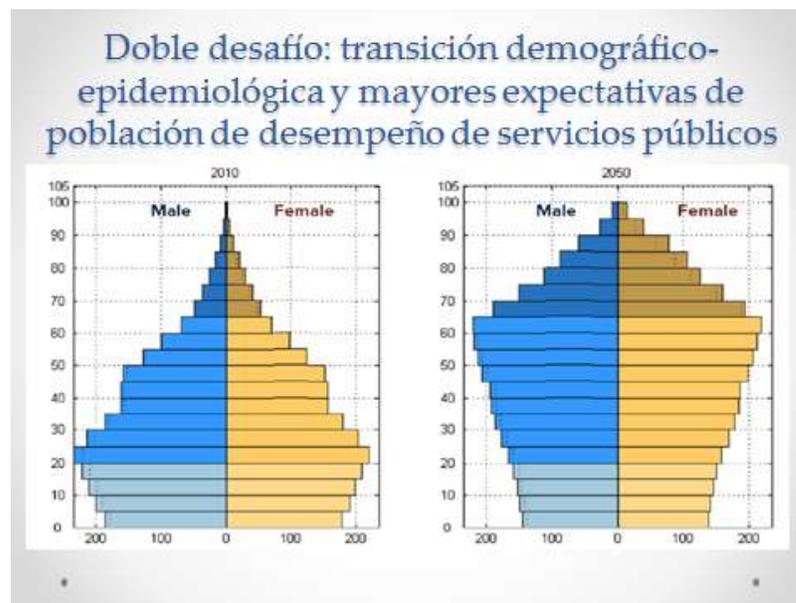
GRUPO BANCO MUNDIAL

San José de Costa Rica – Septiembre 2014

b) **Objetivos de asistencia técnica**

- ❖ Revisar y analizar las propuestas desarrolladas por equipos técnicos de la CCSS y dar recomendaciones para el fortalecimiento del seguro de salud.
- ❖ Proveer en tiempo real información e insumos para fortalecer las propuestas de mejora de la calidad, oportunidad, equidad y eficiencia de la Cobertura Universal de la Salud

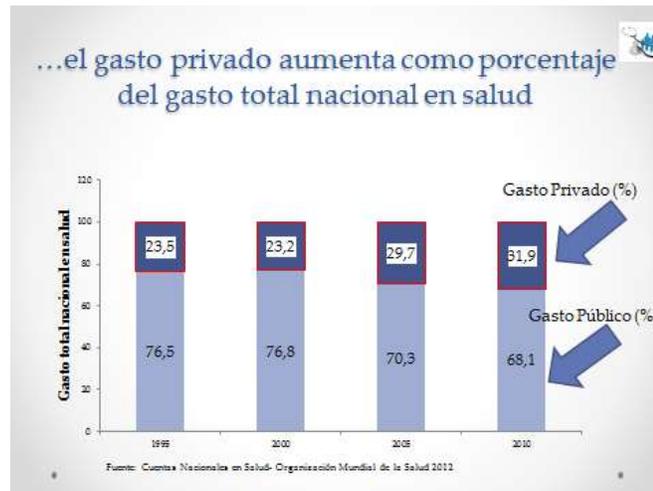
c)



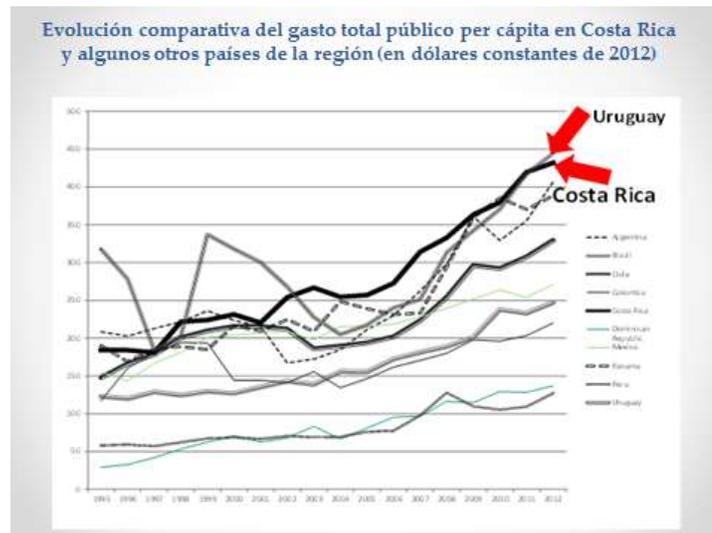
d)



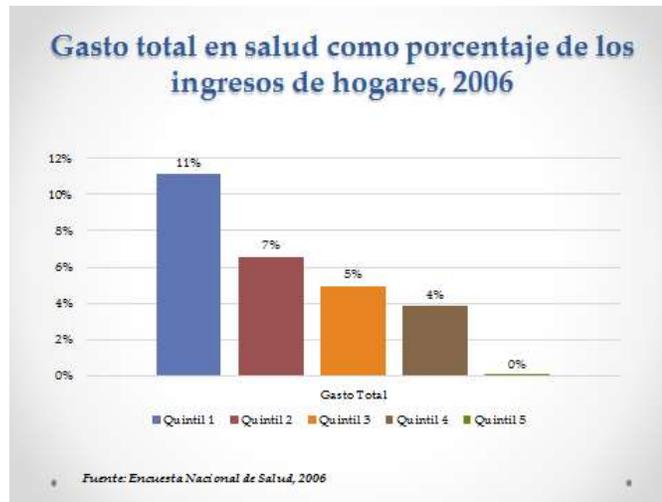
e)



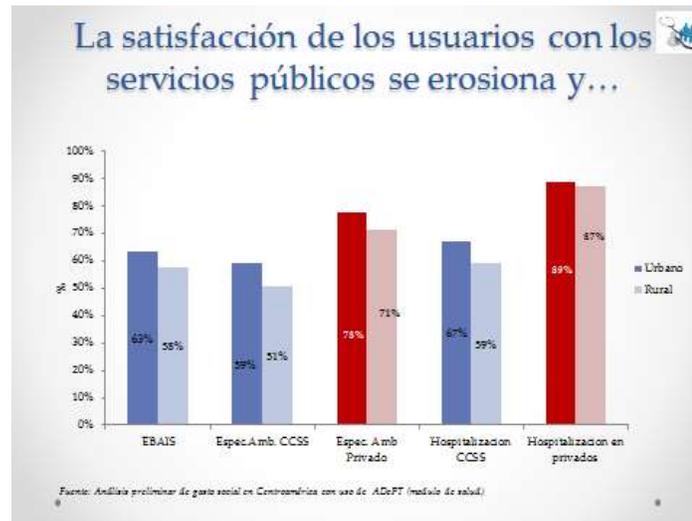
f)



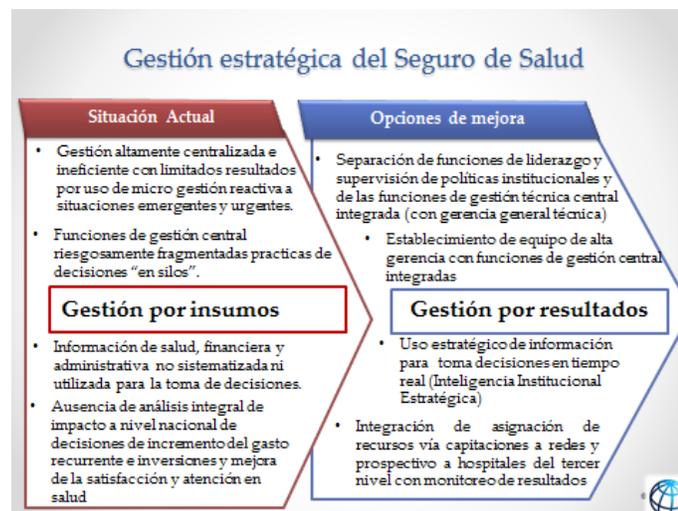
g)



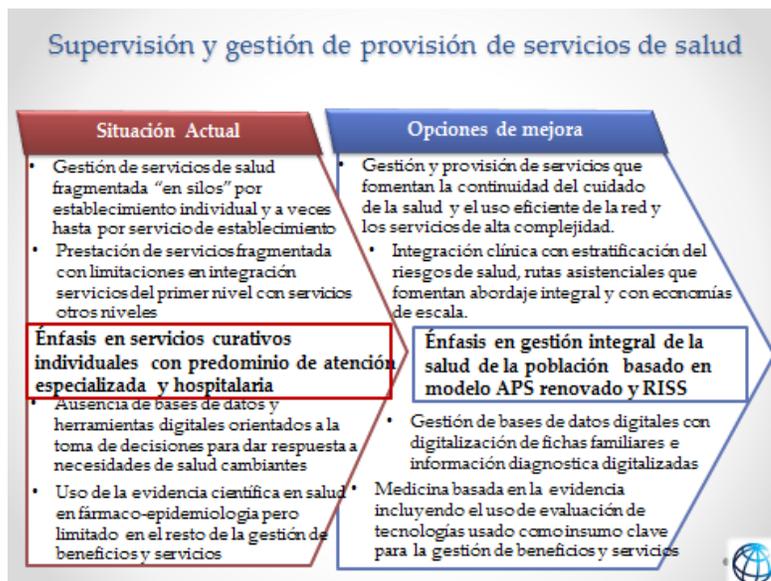
h)



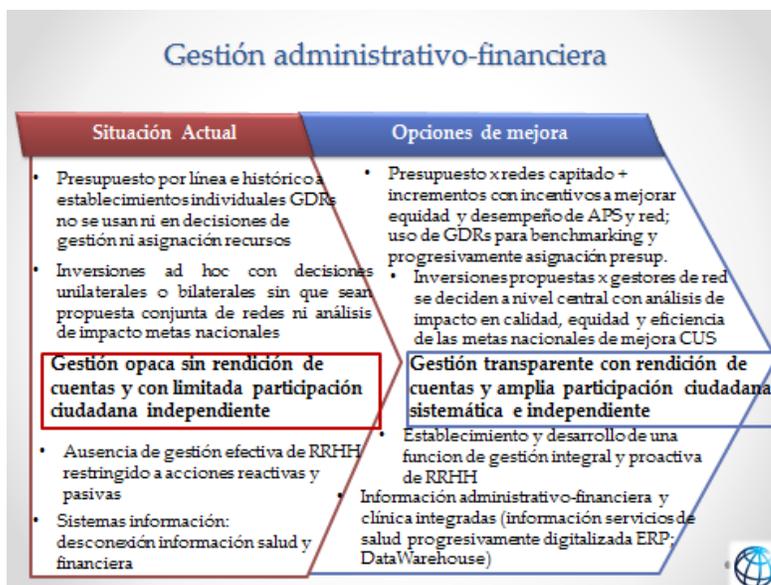
i)



j)



k)



El licenciado Montenegro Torres indica que va a presentar el resultado de la solicitud que hizo el Ministerio de Hacienda que es una versión técnica de las propuestas internas de la Caja, quien ha realizado varias propuestas internas de la mejora de la gestión tanto para la atención del paciente como para la sostenibilidad. El Ministerio de Hacienda contrató al Banco Mundial porque existía la inquietud de cómo esto encajaba con las políticas de mejora de la eficiencia y, sobre todo, de respuesta a lo que la opinión pública demandaba.

A propósito, en cuanto a una consulta del Director Devandas Brenes, sobre el gasto privado, tendiente a conocer si es un gasto en salud, el Dr. Montenegro Torres señala que incluye lo que se gasta en salud y no son contribuciones para la Caja, es gasto privado, de bolsillo y no es

cotización, esencialmente, son medicamentos y algunos gastos públicos, se tendría que determinar en qué se utiliza.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que esos gastos, son los que se denominan gastos de bolsillo, es lo que gasta la persona en el momento en que se le prestan los servicios. En el último estudio que realizó la Universidad de Costa Rica, se determinó que ese gasto es bastante bajo, si se compara con otros países, pero el 80% de él se debe a dos situaciones, las personas toman dinero para comprar medicinas y para consulta médica, esa información es del estudio previo, pero esos datos no se han actualizado. Lo que se plantea es que las personas del percentil más rico, gastan más recursos financieros en salud.

Continúa el Dr. Montenegro Torres y señala que el porcentaje del ingreso en colones puede ser poco, el problema es que con esos recursos se debe gastar en la compra de medicamentos. Comenta que en Costa Rica le sorprendió, que en la política pública, se determinan gastos tendientes a que el paciente tenga una satisfacción por una mejora en su salud y esas medidas que se aplican, pocos países en el mundo lo hacen. Repite Costa Rica lo hace contribuyendo con la Seguridad Social, para que exista un bienestar colectivo de forma muy seria, porque no se puede dejar de creer que porque se brindan más servicios, siempre va a ser mejor, de pronto no, como ilustración, está bien que se compren broncoscopios de última generación pero, obviamente, se debe trabajar en la prevención del tabaco.

Ante una consulta, señala la doctora Sáenz Madrigal que el informe fue remitido hace varios días al Banco Mundial, pero no había sido aprobado por los Gerentes del Banco y consideraron que no era conveniente circularlo, hasta que no tuviera el visto bueno. Fue parte de un proceso de trabajo que se venía realizando Banco Mundial-Ministerio de Hacienda, pero en el estudio trabajaron los grupos técnicos de la Caja, en la construcción de esos documentos, en lo personal no ha leído esta versión que fue aprobada por los Gerentes del Banco, pero tiene la posibilidad de que se le realicen cambios o modificaciones y como lo mencionó, la idea de la Misión del Banco Mundial, era reunirse con el Ministerio de Hacienda, por lo que el lunes y el martes pasados, participaron de la discusión. El lunes se realizó una presentación, muy resumida del estudio de la Carga de la Enfermedad. Se está en un proceso de identificar cuáles son los temas, hacia donde se debería apuntar y esta Junta Directiva, va a tener que revisar toda la información, junto con la otra que se está analizando para identificar puntos de mejora.

El Director Loría Chaves anota que el informe da una visión del trabajo que se ha venido realizando. Considera importante mencionar que la Junta Directiva pasada, respecto del tema, acordó no tomar un acuerdo, para que sea este Órgano Colegiado el que realice la valoración del tema con el Banco Mundial. Ve la conveniencia de esperar a que se les entregue la documentación, para que se analice y quizás en otro momento, se produzca otra discusión de fondo sobre el asunto y, eventualmente, se puedan tomar decisiones.

El Dr. Director Devandas Brenes manifiesta que la exposición ha sido muy interesante. Consulta cuál sería la interrelación de la Institución versus un eventual contrato del préstamo con el Banco Mundial, qué significa el contrato del préstamo y el compromiso que, eventualmente, asumiría la Institución con otros entes del Gobierno. Existe una gran coincidencia con lo que se ha expresado en la Junta Directiva, en cuanto a los problemas de gestión y estratégicos. Repite, le gustaría conocer cuál es la interrelación, porque si ese informe, una vez aprobado por los

Gerentes del Banco Mundial, forma parte del Contrato del Préstamo, cual es la facultad de esta Junta Directiva para tomar decisiones en esos campos.

Responde la doctora Sáenz Madrigal que el documento es un informe diagnóstico, en el que se incluye cuáles son los problemas que se determinan y cuáles son los puntos de mejora, que desde el trabajo que se realizó, se está planteando. No significa que es la estructura de un préstamo, es un estudio técnico profundo, que se realizó entre funcionarios de la Caja y del Banco Mundial y es como la fotografía en donde está la Institución.

Adiciona el Dr. Montenegro Torres que al apoyo del Banco Mundial se le denomina la cooperación técnica, no se relaciona con préstamos, pero es importante que se conozca que se les solicitó colaboración, para que se evaluara lo que se venía desarrollando en la Caja. Un informe próximo contendrá más detalles e insumos que permitirían a la Junta Directiva tomar una decisión. Por otro lado, es importante identificar un potencial préstamo que sería el espíritu que los representantes del Banco Mundial, analizaron el día lunes, es entender que se desea hacer en la Caja, se tienen que tomar decisiones de sus programas nacionales, pero no pueden sustituir las decisiones de la Junta Directiva. Reitera que el informe está hecho como un insumo, desde la administración anterior. El lunes y martes, los representantes del Banco Mundial se reunieron con el Gobierno, quién clarificó que se necesita que la cooperación del Banco Mundial, esté alineada en lo que es asistencia técnica y el préstamo sería, para fortalecer los tres pilares de la realidad nacional y, luego, que las instituciones autónomas. Entiende que el Gobierno identificará las áreas prioritarias, sea para suscribir préstamos o asistencia técnica. Le parece que se reunirán con el Vicepresidente de la República y el Ministro de Hacienda, para identificar cuáles serán las prioridades que se pretende, sean financiadas y qué, cómo asistencia técnica. El proceso está relacionado con esa fase de diálogo prospectivo, es cerrarlo como insumo de la Caja y no se relaciona con las decisiones, en términos de la suscripción del préstamo. Se debe negociar para determinar que se desea hacer, sugiere que en este momento se tienen instrumentos apropiados para hacerlo y se apoyen los programas nacionales. El Programa se denomina Financiamiento de Apoyo a Programas Nacionales, pero debe existir un programa nacional, porque no se conoce en qué se está trabajando, dado que no existe un Programa Nacional, que la Junta Directiva haya aprobado. Sin embargo, ese instrumento va a permitir un programa real, la Junta Directiva del Banco Mundial, no permite hacer un programa en nombre del Gobierno. La Institución tiene avanzada una gestión y se desconoce en qué va a concluir el programa, es una opción que si se tiene es útil, porque utiliza indicadores de resultados que si se quiere, se denomina programa por resultados y los desembolsos se planifican en función de los resultados e indicadores. Por otro lado, un flujo de caja que, por ejemplo, permita que el primer año, exista un plan de digitalización, para lo cual se van a requerir cien millones de dólares. Al tener todas las ideas se analizan los resultados, los desembolsos no tienen una fecha, porque no se tiene certeza, de lo que puede suceder.

El Director Fallas Camacho agradece la presentación y señala que se presentó un diagnóstico de la situación de la Caja, pero el objetivo es conseguir una estructura coherente, dado que se está buscando cual es la estructura organizacional, cuáles son los niveles de complejidad y refiere que se tienen cinco ejes. La competencia y responsabilidad de cada una de las unidades que están funcionando en el sistema, cómo se interactúan entre ellas, como se fortalecen de manera apropiada, se considera relativamente “más fácil”. El problema es convencer a la población que se adapte y acepte ese esquema que se está proponiendo, es la gran dificultad que se tiene, porque

se ha dado una cultura muy ideológica, el gran problema es encontrar esa aceptabilidad con la población y por el gremio médico. Se ha realizado mercadeo, por los servicios de salud de alta sofisticación. Considera que esta Institución, busca determinar cómo se definen los servicios de salud, que se le debe brindar a la población, inclusive, la Caja desde hace un tiempo atrás, ha insistido en la necesidad de fortalecer el Primer Nivel de Atención Primaria, cuando hace unos años se indicaba que se debería tener cautela con la Geriátrica, era porque los recursos financieros, no se dirigían para atender el problema. Le preocupa porque hoy día se actúa igual, por ejemplo, cuando se hace referencia al Primer Nivel de Atención, se debe determinar de forma integral, porque nada se hace con fomentar a las personas a auto examinarse, es un problema que trasciende más allá, es un problema de capacidad institucional, no se encuentra una pronta solución al problema, es un tema de discusión, que va más allá y se debe determinar con mucha entereza e información.

El Dr. Montenegro considera que no es un problema de cultura, cuando se analiza el comportamiento de las personas, le preocupa las personas de alto ingreso, dado que son las que menos se adaptan, menos se automedican y no buscan atención médica. El problema no es que las personas no asistan a la consulta médica, por ejemplo, si tienen que ir a un EBASIS, se deben levantar a las cuatro de la mañana, las personas tienen razón. Es cierto que la gestión no se sustituye, no existe una decisión de la Junta Directiva que solucione esa situación, es un problema de veinte años, dado que no se está monitoreando, revisando y la clave, es monitorear, para determinar si se avanza o no, es entender cuál es el problema. Existen problemas de gestión permanente que la Junta Directiva no puede solucionar, como ilustración, las citas telefónicas y algunas políticas generales que son importantes. Como ilustración, la cirugía menor ambulatoria, es un proceso que no se discute hoy, pero se determina que en este país no está sistematizada. Qué se debe hacer para disminuir las listas de espera, dado que se conoce que existe un problema de hospitales y se debe apoyar, pero hoy día, se deben buscar soluciones que permitan hacerlo. Sin embargo, la gestión técnica no soluciona la problemática de la noche a la mañana, es una lucha constante. Los indicadores de resultados se deben modificar constantemente, con lo que se produce un cambio en los resultados de la población, pero lo importante es que la salud del paciente está mejorando. La Caja ha realizado una serie de acciones interesantes, pero aisladas y no se va a modificar la situación en cuatro años, pero la visión, fundamentalmente, es que estos indicadores son los que se quieren medir y conocer la lista de espera para cáncer de próstata, en cuánto se va a reducir, dado que son un problema de disfuncionalidad de varios niveles del sistema.

La Dra. Sáenz Madrigal agradece al Dr. Montenegro Torres su presentación y refiere que en la reunión que se mencionó, que tuvo lugar los días lunes y martes, se consultó sobre algunas prioridades de cooperación técnica y, básicamente, se puntualizó en lo que se analizó. Por ejemplo, el Sistema Financiero, el tema de un análisis externo del EDUS que redimensione en donde está y determinar el comportamiento de toda la Institución. Son contenidos de cooperación técnica, no se relaciona con un contrato de préstamo. Producto del análisis se realizó una propuesta como Caja y en el momento en que el Gobierno gestione con el Banco Mundial, se van a establecer las prioridades. En esa línea, se negoció y van acotadas a esas preocupaciones que se conocen y, como urgencia, tener un apoyo y un avance. Dado que, si en el futuro va a existir un préstamo, éste debe responder a las necesidades que como Junta Directiva, se establezcan y se consideren que es donde el Banco Mundial puede aportar porque, si se alcanza ese punto, es porque se tiene el Plan Estratégico Institucional y en el que el Banco

Mundial contribuye al igual que lo hace la OPS (Organización Panamericana de la Salud) o cualquier otra agencia de cooperación.

Se toma nota.

Los licenciados Picado Chacón y Campos Montes, el doctor Montenegro Torres, la doctora Machado y el doctor Esperanto se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 6°

Se guarda un minuto de silencio por el licenciado Alexis Valverde Castillo (q.d.D.g.), funcionario del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), Oficinas Centrales, quien falleció en el día de hoy en la mañana.

Se dispone, asimismo, expresar las condolencias a la familia doliente.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 7°

Se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 19.106, Proyecto Ley Juntas de Salud*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.107-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-543-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa).

Se ha recibido el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número GM-SJD-5598-2014 de fecha 8 de setiembre en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-057-14 del 14 de agosto del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 14 de agosto del 2014, suscrito por la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

En la exposición de motivos del proyecto, se indica que durante el período 2012-2013, transcurrieron las investigaciones de múltiples actores realizadas en torno a la crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA), existiendo la necesidad de reforzar el papel que juegan las Juntas de Salud para que cumplan adecuadamente su rol estratégico en materia de fiscalización y participación ciudadana en la gestión de las políticas, la planificación y presupuestación de los recursos en los distintos niveles de atención en salud.

Al respecto, se señala que no existe una normativa independiente ni tampoco una política que integre y regule de forma efectiva y adecuada las funciones que deben cumplir las Juntas de

Salud, y que por el contrario, existen divisiones a lo interno de la institución en torno a si se les fortalece o en su lugar se debilita la injerencia de los representantes de las mismas.

Asimismo, se señala que diversos informes han dejado claro en sus recomendaciones que en razón del marco jurídico existente, es decir, la Ley N° 7852. De desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CAJA, las Juntas de Salud fueron creadas con una estructura normativa débil y un fin que en la práctica se encuentran imposibilitadas para cumplir.

De igual manera, que desde el año 2012, con la presentación del Informe de Minoría presentado por la diputada Carmen Granados Fernández y el diputado Gustavo Arias Navarro se planteó la necesidad de conformar una gran mesa nacional de diálogo para discutir al menos 5 puntos críticos o ejes de cambio (que son factibles de ser reconstruidos mediante reformas y nueva legislación), con el fin de generar las condiciones para fortalecer la CAJA y la participación ciudadana, siendo uno de los ejes que se plantearon, la creación de una ley que regule, específicamente, el funcionamiento de las Juntas de Salud.

Aunado a esto, que a inicios del 2013, se empezó a desarrollar la estrategia para la realización de estos encuentros ciudadanos, surgiendo el proyecto **“Canto-Regio-Nal: Propuestas para fortalecer la Caja”**, el cual tuvo como objetivo general alcanzar un gran acuerdo nacional en el que se involucren la mayor cantidad de actores sociales y políticos, con el fin de validar las reformas legales necesarias para fortalecer la CAJA y darle sostenibilidad a los regímenes administrados por la institución.

En ese sentido, con la presente iniciativa se indica que se concluye el citado proceso, la cual ha sido validada, reformulada y homologada por diversos sectores de la población, así como presentada ante las autoridades nacionales de salud salientes y entrantes, con el fin de integrarla al ordenamiento jurídico lo más pronto posible.

Finalmente, dicha propuesta se encuentra conformada por catorce artículos y un transitorio

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 el Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. Criterio Técnico: Gerencia Financiera.
3. Criterio Técnico: Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud.
4. Criterio legal: Acuerdos Junta Directiva de la Gerencia Médica.

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.”¹

En particular para la Caja se ha dicho:

“(…)“...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 (...).”²

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.**”³

³Destacado 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.”⁴

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

¹ Dictamen de la Procuraduría General de la República número C 130-2006.

² 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.

³ 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.

⁴ OJ-86-2012.

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.”⁵

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 fiscalizar el cumplimiento de condiciones técnicas, profesionales, higiénicas en orden a las prestaciones de salud que proporcionan diversas entidades públicas o privadas.”⁶

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,⁷ a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.”

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 apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población.”⁸

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.”⁹

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

⁸ Sala Constitucional, resolución número. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

⁹ 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.

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.”¹⁰ Destacado no corresponde al original.

Ahora bien, referente a las Juntas de Salud, resulta conveniente hacer mención, a lo señalado por el Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa en el Informe Jurídico del 18 de agosto de 2014, a saber:

“...Como primer elemento a considerar, es preciso tener presente que las juntas de salud, son creadas en la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, Ley N° 7852 de 30 de noviembre de 1998. En dicho cuerpo normativo se establece el capítulo II referido a las juntas de salud, las cuales surgen en dicha ley como una de las respuestas del legislador a tres problemas, que según su diagnóstico, tenían la Caja al momento de la aprobación de la ley: a) El centralismo administrativo, donde la respuesta fue la desconcentración; b) Baja productividad, eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y prestación de los servicios de salud, cuya respuesta del legislador fue la creación del compromiso de gestión como instrumento para alcanzar una mayor eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y en la prestación de servicios y, c) La participación utilitarista (solo en beneficio de la Caja), sin oír al usuario y sin control por parte de éste sobre la gestión institucional y la calidad y oportunidad de los servicios. En este último caso, la respuesta del legislador fue la creación de las juntas de salud, como “entes auxiliares” de los centros de salud, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.

En síntesis, esas Juntas son creadas como entes auxiliares de los centros asistenciales con el propósito de participar en la mejora de la prestación de sus servicios y en la mejora del desempeño en general.

Las juntas de salud representan la participación de la sociedad civil en el sistema de salud, por lo que su contribución en la identificación de problemas, necesidades y propuestas llena una necesidad democrática y cívico-social. Fueron creadas con el objetivo de contribuir en el fomento y la mejoría de la atención integral en salud que requieren los habitantes de la República.

(...)

La Procuraduría General de la República³ ha destacado la función auxiliar o de colaboración de las juntas de salud, de la siguiente manera: “Concretamente, las Juntas tienen por función colaborar con los directores hospitalarios en la elaboración de los anteproyectos presupuestarios y en la definición de las políticas

¹⁰ Resolución número 10562 del 25 de julio de 2007. En igual sentido, ver votos números 9312-2008, 18855-2008, 18452-2008 y 17250-2008.

del centro médico, amén de ser un órgano de vigilancia en relación con el cumplimiento de los compromisos de gestión.

(...)

En otro orden de ideas, parece necesario hacer referencia a los alcances de la autonomía con la cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social, ello con el objeto de analizar las atribuciones que tienen las juntas de salud dentro del actuar de esa institución, las cuales en todo momento debe respetar su autonomía. Por esta razón, los actos de las juntas de salud son solo opiniones y recomendaciones carentes de fuerza vinculante.

(...)

De la cita se desprende, que el concepto de autonomía gravita en la actividad que lleva a cabo la Caja Costarricense de Seguro Social, a un grado que se le permite establecer sus propios objetivos, así como el establecimiento de su organización para dar cumplimiento a las funciones que el ordenamiento jurídico le asigna. Esta autonomía es importante, ya que fue el constituyente el que consagró a la Caja, la máxima autonomía para llevar a cabo sus funciones.

Tal como se señaló anteriormente, la CCSS, ha incorporado a las juntas de salud, como un elemento organizativo muy importante, que se convierte en auxiliar de los hospitales y de las clínicas, cuya conformación y funcionamiento, según lo establecido, requiere de una participación activa de los funcionarios de salud locales y de los asegurados, además de que se convierte en una organización que se integra de manera significativa al quehacer institucional...”.

SOBRE EL PROYECTO DEL LEY

El proyecto de ley que consta en el expediente N° 19.106 propone integrar y regular las funciones que cumplen las juntas de salud, creadas en un inicio mediante la ley N° 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, promoviendo el papel de fiscalización y participación ciudadana en la definición de políticas, la planificación y la presupuestación, en la atención de la salud.

El proyecto de ley deroga los artículos 2, 3, 4 y 5 de la Ley N° 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y propone las siguientes modificaciones:

Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social	Proyecto de Ley de Juntas de Salud
Artículo 2 “Créanse las Juntas de Salud, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la	Artículo 1 “Créanse las juntas de salud, como entes auxiliares de los hospitales, clínicas y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, para mejorar la atención de la salud, el

participación ciudadana...”.	desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana a nivel nacional y local”.
<p>Artículo 3 “Las Juntas de Salud estarán constituidas por siete miembros:</p> <p>a) dos representantes patronales de la zona de atracción del Centro de Salud. b) Tres asegurados de la zona de atracción del centro del Centro de Salud, que no sean empleados de este. c) Dos representantes de las asociaciones pro hospitales o pro clínicas...”.</p>	<p>Artículo 6 “Por cada ebais del país existirán comités de salud que estarán integrados por siete miembros inscritos en el ebais respectivo. A estas personas les aplicarán los mismos requisitos, limitaciones y prohibiciones que para ser miembro de una junta de salud”.</p> <p>Artículo 7 “Las juntas de salud estarán conformadas por un representante de cada comité de salud de los ebais que conformen el área de salud, con un mínimo de siete integrantes...”.</p> <p>Artículo 8 “Las juntas de salud de los hospitales y los CAIS, estarán conformadas por un representante de cada una de las juntas de salud del área de influencia o atención del hospital o CAIS, con un mínimo de siete integrantes...”.</p>
<p>Artículo 4 “Los miembros de la Junta de Salud ejercerán sus cargos AD HONOREM. Su nombramiento podrá ser revocado mediante resolución tramitado el debido proceso, que han incurrido en una falta de conformidad con las disposiciones generales de la Institución”.</p>	<p>Artículo 11 “Los miembros de la junta de salud ejercerán sus cargos ad honórem. Su nombramiento podrá ser revocado mediante resolución de la Junta Directiva de la Caja, cuando se compruebe, una vez terminado el debido proceso, que han incurrido en una falta de conformidad con las disposiciones generales de la institución”.</p>
<p>Artículo 5 “Los integrantes de las Juntas de Salud permanecerán en los cargos dos años, contados a partir de la fecha de su designación y podrán ser reelegidos. Deberán reunir los siguientes requisitos:</p> <p>a) Ser mayores de edad. b) Domiciliarse dentro del área de atracción del respectivo hospital o</p>	<p>Artículo 12 “Los integrantes de las juntas de salud serán nombrados durante el período de las elecciones municipales, permanecerán en los cargos cuatro años, contados a partir de la fecha de su designación y podrán ser reelegidos alternativamente. Deberán reunir los siguientes requisitos:</p> <p>a) Ser mayores de edad y de</p>

clínica. c) Disponer de tiempo para atender los compromisos que demande el nombramiento.”	reconocida honorabilidad. b) Poseer idoneidad para ocupar el puesto. c) Domiciliarse dentro del área de atracción del respectivo hospital o clínica. d) Disponer de tiempo para atender los compromisos que demande el nombramiento”.
--	--

En este sentido, a partir de la eliminación de los artículos citados de la ley Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y la modificación de los mismos en el proyecto de ley en mención, se tienen las siguientes consideraciones al respecto:

Se incluye dentro del papel de las juntas de salud a las áreas de salud (la ley Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social no menciona a las áreas de salud, limitándose a hospitales y clínicas).

- Además, se especifica que su papel como auxiliares radica en centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y que la promoción de la participación ciudadana sería tanto a nivel local como nacional.
- Se modifica la constitución de las juntas de salud, de modo que se crean los comités de salud y un representante de cada comité de salud de los EBAIS que conforman estos comités y que integrará la junta respectiva.
- Se faculta a la Junta Directiva de la CCSS para revocar a los miembros de las juntas de salud, cuando se compruebe que se ha incurrido en una falta de conformidad con las disposiciones generales de la institución, siguiendo el debido proceso.
- Se amplía el período por el cual se designa a los integrantes de las juntas de salud, pasando a 4 años. Como requisitos para ser miembro de una junta de salud se adiciona la honorabilidad y poseer idoneidad para ocupar el puesto. Sin embargo, el proyecto de ley no define honorabilidad e idoneidad, ni el mecanismo a usar para comprobar estos requisitos, por lo que los mismos deben ser definidos ya sea en la ley o en los reglamentos y disposiciones que defina la Junta directiva de la CCSS mencionados en el Transitorio Primero del proyecto de ley.

Debido a que el proyecto de ley deroga los artículos 2, 3, 4 y 5 de la ley N° 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, mismos que constituyen el Capítulo II de la ley mencionada, capítulo correspondiente a las Juntas de Salud, y debido a que existe un reglamento para las juntas de salud, denominado Reglamento de las Juntas de Salud, cuyo objeto, según su artículo 1, es el desarrollo de las disposiciones relativas a las juntas de salud a la luz de la ley N° 7852, se crea inseguridad jurídica con respecto a la aplicación de dicho reglamento. Por lo anterior, se sugiere que el proyecto de ley derogue el Reglamento de las Juntas de Salud e indique que se cree un nuevo reglamento, el cual venga a desarrollar las disposiciones relativas a las juntas de salud de conformidad con la nueva normativa.

El artículo 8 del proyecto de ley indica que en el caso de las juntas de salud de los hospitales, las mismas estarían conformadas por un representante de cada una de las juntas de salud del área de influencia o atención del hospital. En este sentido, no estaría clara la conformación de las juntas de los hospitales nacionales y especializados, hospitales en los cuales la atención se brinda a pacientes provenientes de todo el país. La conformación de las juntas de salud tampoco se encuentra clara en el proyecto de ley para ciertas unidades especializadas, las cuales no se encuentran adscritas a un área de salud, si no a la Gerencia Médica, dentro de las que se encuentran: Laboratorio Nacional de Citología, Programa Nacional del SIDA, Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Oftalmológica, Laboratorio de Pruebas de Paternidad Responsable y Banco Nacional de Sangre.

Como aspectos presupuestarios se menciona en el inciso a) del artículo 4, la potestad de las juntas de salud de colaborar en la elaboración del anteproyecto de presupuesto y las modificaciones presupuestarias y en el b) el velar por la ejecución correcta del presupuesto. Si bien es cierto, ambas funciones se encuentran contempladas dentro de la ley 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, la redacción de las mismas no es clara, y en todo caso se sugiere que el papel de las juntas de salud sería el de analizar y recomendar más no la coadministración de los recursos.

De este modo, mediante participación de la ciudadanía en las juntas de salud se fomenta los principios de participación y transparencia.

Participación

Las Nuevas Normas Técnicas sobre presupuesto público N-1-2012-DC-DFOE señalan que los presupuestos deben de presentar el principio de participación, definido el mismo como:

“En las diferentes fases del proceso presupuestario se debe propiciar la aplicación de mecanismos idóneos para que se consideren las opiniones de las personas que conforman la organización y de la ciudadanía”.

En este sentido el establecimiento de las juntas de salud promueve la participación mediante la integración de la ciudadanía en la gestión de políticas, planificación y presupuestación de los recursos en la atención de la salud.

Transparencia

En cuanto al artículo 5 del proyecto de ley, se faculta a las juntas de salud a solicitar información de las actividades de planificación, presupuestación y ejecución. Lo anterior promueve el principio de transparencia y es acorde con el artículo 9 del Reglamento de Juntas de Salud. Adicionalmente, la CCSS se ha dado a la tarea de fomentar el principio de transparencia. Una de las medidas tomadas ha sido el poner a disposición del público en general mediante la página web institucional información financiera, estadística, de gestión, acuerdos de Junta Directiva, licitaciones, planes anuales de compras, entre otros. De modo que el establecimiento de las juntas de salud se encuentra en línea con lo anterior.

El inciso c) del artículo 4 del proyecto de ley señala como una de las funciones de las juntas de salud el ser vigilantes de que se cumplan con los compromisos de gestión. En este sentido, se sugiere la eliminación de dicho inciso, pues los mismos ya no se suscriben, según lo establecido en la Metodología Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS (en acato a lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 5° de la sesión N° 8596, celebrada el 16 de agosto de 2012):

“La evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud, como herramienta permanente de mejora, se mantendrá con una temporalidad anual. Durante los dos primeros años se evaluarán las metas de la Prórroga del Compromiso de Gestión 2012-2013.

A partir del tercer año, las intervenciones estratégicas que se evalúen tendrán metas institucionales para periodos de cinco años...”.

El artículo 9 del proyecto de ley señala que el departamento respectivo de la Caja deberá financiar el desarrollo de la Asamblea Nacional de juntas de salud, la cual se llevará a cabo cada cuatro años. Adicionalmente, en el artículo 13 se indica que las juntas de salud deberán contar con servicios de asistencia administrativa y técnica básicos, oficina para reuniones, recursos tecnológicos, acceso a la información relevante de la clínica, hospital o CAIS según corresponda y apoyo económico equitativo y exclusivo para gestiones recomendadas en esa ley, así como recibir capacitaciones en asuntos de su interés y vinculadas directamente con sus funciones. En relación con lo anterior, es importante señalar que el financiamiento de dicha asamblea y de los otros recursos mencionados estaría condicionado con las posibilidades de infraestructura, recursos humanos y financieros, lo cual es acorde con el inciso e) del artículo 9 del Reglamento de las juntas de salud, el cual señala como atribuciones de las juntas de salud contar con recursos dentro de las posibilidades reales y las reglas de la institución y del establecimiento donde se encuentren.

En resumen, se considera que el proyecto de ley promueve los principios de transparencia y participación ciudadana. Sin embargo, se debe entender que el papel de las juntas de salud debe ser de fiscalización y participación más no de coadministración.

OBSERVACIONES AL ARTICULADO DEL PROYECTO DE LEY

De seguido procedemos a realizar las observaciones de forma específica a cada uno de los artículos propuestos en el presente proyecto de ley:

ARTICULO PROYECTO DE LEY	OBSERVACIONES
<p>ARTÍCULO 1.- Créanse las juntas de salud, como entes auxiliares de los hospitales, clínicas y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana a nivel nacional y local.</p>	<p>La norma propuesta reproduce en parte lo ya establecido en el párrafo primero del numeral 2 de la Ley N° 7852. Mantiene, que las juntas de salud son entes auxiliares de los hospitales, clínicas, pero amplía esa cobertura a las áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y la participación ciudadana a nivel nacional y local. Valga mencionar, que el Reglamento de las juntas de salud, (Art. 3), a</p>

<p>Las juntas de salud son entes auxiliares de los establecimientos de salud en particular y de la Caja en general, para la consecución de los fines constitucionales y legales impuestos a esta en el campo de la salud.</p>	<p>diferencia de la Ley N^a 7852 sí incluye la participación de las Juntas en las áreas de salud.</p> <p>Tal como lo dijo la Procuraduría General de la República, las Juntas son auxiliares, por lo tanto, son organizaciones colaboradoras de la CCSS, y no deben afectar las competencias de la administración activa de los centros de salud ni sustituirla, así que podemos concluir que, por ser meramente auxiliares y colaboradoras, no lesionan la autonomía de la CCSS.</p> <p>En igual sentido, el artículo propuesto, es una transcripción del artículo 3 del Reglamento N^o 7825, Reglamento Juntas de salud, de 15 de enero de 2004, con la salvedad de que la propuesta en estudio no incluye la frase “Las Juntas de salud son instancias de participación social.</p>
<p>ARTÍCULO 2.- Para los propósitos de la presente ley, las siglas y acrónimos que se indican a continuación deberán entenderse de la siguiente manera:</p> <p>CAIS: Centro de Atención Integral en Salud</p> <p>CCSS o Caja: Caja Costarricense de Seguro Social</p> <p>Ebais: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 3.- Son fines de las juntas de salud, los siguientes:</p> <p>a) Fomentar la salud integral de los habitantes del territorio nacional.</p> <p>b) Contribuir al mejoramiento de la atención pública de la salud.</p> <p>c) Velar por la eficiencia y eficacia en la gestión de los servicios públicos de salud, procurando que estos se orienten a la satisfacción de las necesidades razonables en salud de los ciudadanos.</p> <p>d) Participar en actividades de promoción de la salud.</p>	<p>La propuesta de ley se refiere a los fines de las juntas de salud, los cuales, tal como se señala en el primer artículo, se circunscribe a fines de colaboración, tal como se desprende de los verbos “Fomentar, Contribuir, participar, y promover”.</p> <p>Esta norma reproduce en forma total lo dispuesto en el numeral 3 del Reglamento antes señalado emitido por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>

<p>e) Promover la participación social como estrategia para lograr la construcción social de la salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 4.- Las juntas de salud tendrán las siguientes funciones:</p> <p>a) Colaborar con los directores de los hospitales y las clínicas, en la elaboración de los anteproyectos y las modificaciones presupuestarios de estos centros, conforme a las asignaciones presupuestarias y los límites que fije la Junta Directiva de la Caja.</p> <p>b) Velar por la ejecución correcta del presupuesto aprobado.</p> <p>c) Vigilar que se cumplan los compromisos de gestión cualitativos y cuantitativos, que garanticen el cumplimiento del principio de calidad plena de la atención en salud en el respectivo centro de salud, según lo dispuesto en el ordenamiento jurídico aplicable a la Caja.</p> <p>d) Emitir criterio respecto de los candidatos al cargo de director general de un hospital o clínica, antes del nombramiento.</p> <p>e) Participar en la definición de las prioridades y políticas generales del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa y de promoción e incentivos para los trabajadores del centro de salud, acorde con las políticas de la Caja.</p> <p>f) Informar a las personas aseguradas y velar por el respeto de sus derechos a través de la promoción de la digitalización en el respectivo centro de salud.</p>	<p>Este artículo contempla lo referente a funciones que corresponden a las juntas de salud.</p> <p>Cabe señalar que en parte esas funciones son reproducidas de lo que dispone el artículo 2 de la Ley N° 7825 vigente.</p> <p>De igual modo, son reproducidos los incisos a), b), d) y e) del artículo 7 del Reglamento N° 7825, Reglamento de Juntas de Salud.</p> <p>En las funciones aquí estipuladas debe quedar claro que la participación de las juntas de salud es pasiva y no activa ya que si no generaría afectación a la autonomía con que goza la CCSS.</p> <p><u>Para que no hayan interpretaciones erróneas, recomendamos que en los incisos d) y e) de este artículo 4, se incluya que tanto el criterio externado como la definición de prioridades y políticas generales no es vinculante para la Caja Costarricense del Seguro Social, porque si se interpretara lo contrario, se estaría lesionando la autonomía que ostenta la Caja ya que generaría una coadministración lo cual no resulta viable.</u></p> <p>Además, en cuanto al inciso c) se debe hacer la observación que actualmente la figura de compromisos de gestión no es utilizada.</p> <p>Respecto al inciso f), debe redactarse mejor, por cuanto no se entiende en qué consiste la información que proporcionarán las Juntas a las personas aseguradas.</p>

<p>g) Coordinar acciones de defensa y traslado de denuncias de las personas aseguradas con las Contralorías de Servicios de la Caja, la Contraloría General de la República, el Ministerio Público y la Defensoría de los Habitantes.</p> <p>h) Cualesquiera otras funciones y atribuciones que, por medio del reglamento respectivo, se les encomienden y no afecten la administración correcta de los centros de salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 5.- Las autoridades de la Caja y sus distintos departamentos incluyendo auditoría interna y las direcciones de cada centro de salud, clínica, hospital o CAIS, deberán brindarle información los representantes de las juntas de salud cuando la soliciten y enviarles informes semestrales sobre las actividades de planificación, presupuestación y ejecución llevadas a cabo.</p> <p>Las recomendaciones u observaciones que emitan las juntas de salud deberán ser analizadas y contestadas oportuna y previamente a la toma de decisiones finales por parte de la dirección del centro de salud respectivo.</p>	<p>Esta norma, dispone la obligación de las autoridades de la Caja y sus distintos departamentos de suministrar información cuando sea solicitada por los representantes de las Juntas mencionadas. La disposición no parece necesaria dado que es una obligación de los entes públicos el brindar información cuando la misma sea de interés público.</p> <p>No así, es lo establecido en el mismo artículo en relación a <u>la obligación que se impone a las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, como a sus departamentos, de enviarles información en forma semestral, sobre aspectos relacionados con acciones de planificación, presupuesto así como ejecución de obras. Esta última obligación, la cual tendría que ejecutarla la Caja cada semestre, podría atentar contra la autonomía del ente de salud señalado, conforme se ha hecho referencia anteriormente.</u></p> <p>Lo anterior por cuanto vendrá a incidir directamente en la autonomía de gobierno que caracteriza a la Institución de Seguridad Social señalada.</p> <p><u>En relación al segundo párrafo, éste forma parte del derecho a una pronta respuesta; aunque sí recomendamos que quede claro en el texto, que esas recomendaciones y</u></p>

	<p><u>observaciones no tiene carácter vinculante para la CCSS.</u></p> <p><u>Otro aspecto que es importante modificar, es el término de que sean contestadas “previamente”, ya que ello puede ocasionarle un problema de gestión a la Caja, por lo que se recomienda su modificación.</u></p> <p><u>Es importante que los legisladores tengan claro que las juntas de salud no tienen autoridad sobre las acciones de la Caja y sólo pueden sugerir y eventualmente reclamar.</u></p>
<p>ARTÍCULO 6.- Por cada EBAIS del país existirán comités de salud que estarán integrados por siete miembros inscritos en el EBAIS respectivo. A estas personas les aplicarán los mismos requisitos, limitaciones y prohibiciones que para ser miembro de una junta de salud.</p>	<p>Este artículo presenta varias omisiones, <u>toda vez que no define lo que se entenderá por Comité de Salud</u>, aspecto que es de suma importancia para la aplicación de la norma.</p> <p>Además, no indica el número de comités de salud que corresponderá a cada Ebais, aspecto que requiere ser aclarado.</p> <p>Se indica la existencia de “comités de salud”, no obstante, no se precisa las atribuciones o competencias que se le asignarán, naturaleza jurídica, forma de designación o nombramiento de sus integrantes; en fin, hay una ausencia de elementos en torno a esta figura organizativa que la harán inaplicable.</p> <p>Es claro, que este artículo hace referencia a una nueva estructura, cuya única característica señalada en la propuesta es la remisión a los requisitos, limitaciones y prohibiciones que aplican a los miembros de las juntas de salud, las cuales se contemplan en el artículo 12 de la iniciativa. De ahí, que recomendamos se dé en esta propuesta, una regulación más amplia a estas organizaciones, a efectos de eliminar esas lagunas.</p> <p><u>Respecto a la definición de “comités de salud”, actualmente no existe definición de ellos y no encuentran asidero jurídico dentro de la estructura organizativa de la CCSS. En la actualidad operan como organizaciones</u></p>

	<p>civiles que prestan colaboración a los hospitales nacionales en diferentes labores que les pueda asignar su Director, nos encontramos en presencia de organizaciones pro-salud que fueron contempladas anteriormente por el Ministerio de Salud, pero que como se indicó, en la actualidad cumplen una función de apoyo en diferentes programas de salud.</p> <p>A la fecha, de acuerdo con el <i>Inventario y Análisis de Establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social</i>, al año 2013, existen aproximadamente 1.014 Ebais en todo el país, cuya integración prevista sería del 7 miembros, para un total de integrantes de Comités de Salud, de 7.098 integrantes (sólo para Áreas de Salud, puesto que como se dirá la integración de Juntas de Salud en CASI y hospitales se trata por aparte), es decir, se pasaría de una integración actual en Áreas de Salud, de 103 sedes de Áreas cada una con una sola Junta de Salud para 721 integrantes de Juntas de Salud a 7.098 integrantes de Comités de Salud; lo que haría altamente costoso y complejo los mecanismos de elección correspondientes, máxime cuando su regulación en la actualidad no se encuentra adecuadamente establecida en la CCSS, por lo que sería demasiado riesgoso promover y permitir su oficialización a través de una Ley, tomando en cuenta las reglas administración de riesgos vigentes. Además no se observa el valor agregado de este tipo de organización, por el contrario se considera que toda mejoría en el sentido de aumentar el interés y participación en la prestación de servicios de salud, debe concentrarse a la integración, mecanismos de elección y divulgación masiva de juntas de salud, garantizando la implementación de una estrategia promovida actualmente por la misma Caja, para mejorar los mecanismos de participación y cobertura de participación del usuarios en servicios de salud brindados a la población, bajo reglas de equidad e igualdad vigentes.</p>
--	---

<p>ARTÍCULO 7.- Las juntas de salud estarán conformadas por un representante de cada comité de salud de los EBAIS que conformen el área de salud, con un mínimo de siete integrantes.</p> <p>Si la cantidad de ebais del área de salud es inferior a siete, los otros miembros serán elegidos mediante votación por parte de los asegurados inscritos en las áreas de salud según el procedimiento que establezca el reglamento respectivo que deberá emitir la Junta Directiva de la Caja</p>	<p>Tal y como se indica, en el mismo primer párrafo se establece que las juntas de salud estarán conformadas por representantes de cada comité de salud, con un mínimo de siete miembros. No obstante, en este artículo tampoco se define, como se mencionó en el artículo anterior, el número de los comités que pueden constituirse por cada Ebais. De allí que, ante esa indefinición cuantitativa, puede suceder que la junta de salud quede integrada por más de siete miembros, ya que ello dependerá del número existente de comités de salud existentes en cada Ebais.</p> <p>En el mismo sentido, se llama la atención de la inconveniencia de la redacción, dado que la norma queda abierta al indicarse la forma de la conformación de las juntas de salud con un mínimo, ello no obsta, para que puedan ser más sus integrantes, en consecuencia la redacción requiere ser mejorada.</p> <p><u>Recomendamos por tanto, que se establezca un número fijo de integrantes de las juntas de salud y no un número mínimo, como lo pretende el párrafo primero del artículo 7.</u></p>
<p>ARTÍCULO 8.- Las juntas de salud de los hospitales y los CAIS, estarán conformadas por un representante de cada una de las juntas de salud del área de influencia o atención del hospital o CAIS, con un mínimo de siete integrantes.</p> <p>En caso de que el hospital o el CAIS respectivo no cuente con al menos siete juntas de salud para efectos de nombrar a los representantes respectivos, el restante de miembros serán nombrados mediante votación por parte de los asegurados inscritos en las áreas de salud de influencia del hospital o CAIS, de conformidad con el procedimiento que disponga el reglamento respectivo que será emitido por la Junta Directiva de la Caja.</p>	<p>Nuevamente el uso de la figura del CAIS en la redacción, resulta inconveniente, ya que no toda Área de Salud conforma un CAIS, quedando la duda si el resto de Área de Salud estarían excluidas de integrar las Juntas de Salud, lo que a todas luces implicaría un trato discriminatorio para los sectores usuarios de los servicios de salud. La integración por hospital y CAIS como se dijo, harían que haya Juntas de salud, muy grandes y otras con menor integración, dejándose de lado la integración de Juntas de Salud en Hospitales Nacionales y Hospitales y Centros de Salud Especializados. No se regula adecuadamente la conformación de Juntas de Salud para Hospitales Periféricos, Regionales y Nacionales y Especializados, de acuerdo con el nivel de adscripción correspondiente, de manera que en estos casos la forma de designación propuesta no procede.</p>

	<p>El texto propuesto no resulta equitativo para todas las juntas de las unidades médicas adscritas al hospital o CAIS, pues existirán designaciones para integrar las Juntas de Salud en CAIS y hospitales escogidas mediante votación directa de asegurados y otra por representación de la Junta de Salud perteneciente al Área de Salud correspondiente, lo cual podría afectar un tema de igual de participación. Además no garantiza una adecuada coordinación para la integración entre Juntas de Salud que se requiere para el cumplimiento de funciones</p>
<p>ARTÍCULO 9.- Cada cuatro años se realizará una Asamblea Nacional de juntas de salud donde participarán todos los representantes de las juntas de salud. Esta actividad será organizada y financiada por el departamento respectivo de la Caja, para efectos de rendir cuentas y elegir a los representantes a la Junta Directiva de la Caja.</p>	<p>El artículo 9 pretende la realización, cada cuatro años, de una Asamblea Nacional de juntas de salud, <u>donde participarán todos los representantes de las juntas de salud, esto con el fin de elegir representantes a la Junta Directiva de la Caja</u>, actividad ésta que deberá ser organizada y financiada por esa institución.</p> <p>Se desprende del artículo, que la realización de esa Asamblea, tiene como fin “elegir a los representantes a la Junta Directiva de la Caja”. Como se puede precisar la idea es inconclusa y no se comprende su sentido ni alcance, dado que entre otras cosas no se precisa el número de los mismos que podrán integrar la Junta Directiva, tampoco se establece la forma de elección. Es importante destacar, que la conformación de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se encuentra regulada en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, Ley N° 17 del 22 de octubre de 1943, que en su artículo 6 (...)</p> <p>La disposición anterior pese a ser extensa, es clara en cuanto a que dispone quienes conforman la Junta Directiva del ente de salud que se indica, por lo que se precisa, en forma expresa, que los directores son parte de los sectores ya establecidos en la normativa señalada. <u>De modo, que no se indica que los miembros de las juntas de reiterada mención, formen parte del órgano</u></p>

	<p><u>director como lo pretende la propuesta.</u></p> <p>La propuesta de ley, al no establecer modificación alguna al artículo 6 de la Ley N°17, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, para incluir a un representante de las juntas de salud como miembro o miembros (si pretenden más de un representante) de la Junta Directiva de la CCSS, hace inoperante la aplicación del artículo 9 propuesto y peor aún, no consigue fortalecer el papel de las juntas, que supuestamente pretende lograr esta iniciativa.</p> <p>Por otro lado, el artículo 9 impone una obligación organizativa y financiera a la Caja Costarricense de Seguro Social, que consiste en la organización y financiamiento de la Asamblea Nacional, que celebrarán cada cuatro años, las juntas de salud, en la que participan la totalidad de sus representantes. <u>Esta obligación que se estipula, violenta la autonomía financiera de la Caja al imponerle por ley un gasto- costo para la celebración de Asambleas de esas organizaciones civiles, por lo que puede, eventualmente tornar inconstitucional la norma por violar el principio de autonomía que tiene dicha institución.</u></p> <p>Finalmente, no se precisa en la propuesta quien es el representante o los representantes, ni la forma en que debe ser designado; éste es un aspecto que merece ser enmendado y aclarado.</p>
<p>ARTÍCULO 10.- Los miembros de juntas de salud no podrán ser empelados de ninguno de los centros de salud de la zona de atracción del área de salud, hospital o CAIS según corresponda.</p> <p>Tampoco, podrán estar nombrados en la misma junta de salud familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.</p> <p>Se prohíbe a los miembros de las juntas de salud cobrar o aceptar dinero o cualquier otro tipo de contribución o dádiva de los</p>	<p>De igual forma, este artículo establece una limitación a quienes aspiren a formar parte de una junta de salud, misma que alcanza hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad con respecto a los integrantes de la Junta señalada. En igual sentido, se establece una prohibición a los integrantes de la Juntas, respecto a recibir retribución alguna, sea cobrar o recibir dinero, por parte de los usuarios, cuando se han brindado servicios por parte de la institución.</p> <p>Este artículo establece una limitación para los empleados de los centros de salud de las zonas</p>

<p>usuarios por la prestación de los servicios institucionales así como utilizar los recursos asignados para fines distintos a los dispuestos en la presente ley y por la Administración.</p>	<p>del área de salud, hospital o CASI, para ser miembros de la junta de salud.</p> <p>Se considera inoportuno que se violente el numeral 33 de la Constitución Política, que consagra el principio de igualdad, dado que los citados empleados se encuentran en una situación diferente a los demás asegurados.</p> <p>Cabe señalar, que la limitación no parece violentar el principio de racionalidad, por cuanto lo que hace es evitar una situación eventual de conflicto de intereses.</p> <p>El párrafo segundo de este artículo resulta impreciso y requiere de una mejor construcción, por cuanto no se entiende si se refiere a la consanguinidad o afinidad con las personas ya electas en la junta o con los funcionarios del área de salud. Este aspecto en particular, será ampliado en la sección de Técnica Legislativa.</p>
<p>ARTÍCULO 11.- Los miembros de la junta de salud ejercerán sus cargos ad honórem. Su nombramiento podrá ser revocado mediante resolución motivada de la Junta Directiva de la Caja, cuando se compruebe, una vez tramitado el debido proceso, que han incurrido en una falta de conformidad con las disposiciones generales de la institución.</p>	<p>El numeral 11 dispone que quienes ejercen funciones como integrantes de la juntas de salud, lo harán en forma ad honorem. De igual forma, se establece la posibilidad de que la Junta Directiva de la CCSS pueda revocar esos nombramientos cuando se ha incurrido en falta según las disposiciones que se tienen establecidas por parte de la institución. Sobre el artículo 11 de la propuesta, es una copia literal del artículo 4 de la ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de CCSS.</p> <p>Pese a que existe una norma vigente idéntica en la ley citada anteriormente, nos permitimos hacer el siguiente comentario. No se encuentra en el proyecto de ley ninguna norma que establezca una relación jerárquica de las juntas de salud respecto a la CCSS, por lo que no existe razón alguna para que sea la Caja la que remueva a un miembro de esas juntas.</p>
<p>ARTÍCULO 12.- Los integrantes de las juntas de salud serán nombrados durante el período de las elecciones municipales, permanecerán en los cargos cuatro años, contados a partir de la fecha de su designación</p>	<p>El artículo 12 regula el nombramiento de los miembros de las juntas de salud, mismo que es coincidente con la celebración de las elecciones municipales; asimismo, dispone que el ejercicio del cargo será por cuatro</p>

<p>y podrán ser reelegidos alternativamente. Deberán reunir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ser mayores de edad y de reconocida honorabilidad. b) Poseer idoneidad para ocupar el puesto. c) Domiciliarse dentro del área de atracción del respectivo hospital o clínica. d) Disponer de tiempo para atender los compromisos que demande el nombramiento. e) Estar debidamente asegurados por la Caja Costarricense del Seguro Social mediante cualquier mecanismo dispuesto por el ordenamiento jurídico. 	<p>años, contados a partir de su designación. Cabe señalar que se establecen en este numeral los requisitos para quienes pretendan aspirar a un puesto en las juntas de salud. El artículo es impreciso y poco claro, ejemplo de ello es la frase que señala que “serán nombrados durante el período de elecciones municipales”. Otra omisión de regulación que surge en este artículo, es a quien corresponde la organización del proceso, forma de elección, designación, plazos entre otros, lo que conduce a que la norma sea insuficiente para llevar a cabo un proceso como el pretendido. En cuanto a los requisitos que se establecen a los miembros de las juntas de salud, se reproducen los contenidos en el artículo 5 de la ley actual de reiterada cita, adicionándose únicamente dos nuevos requisitos, como son los mencionados en los incisos b) y e).</p>
<p>ARTÍCULO 13.- Para cumplir con sus labores las juntas de salud deberán contar con servicios de asistencia administrativa y técnica básicos, oficina para reuniones, recursos tecnológicos, acceso a la información relevante de la clínica, hospital o CAIS según corresponda y apoyo económico equitativo y exclusivo para las gestiones encomendadas en esta ley, según lo disponga el reglamento respectivo que deberá emitir la Junta Directiva de la Caja.</p> <p>Además, podrán recibir capacitaciones en asuntos de su interés y vinculadas directamente con la índole de sus funciones.</p>	<p>Esta norma pretende exigir a las Juntas de contar con todos los implementos administrativos, técnicos y de infraestructura, así como de infraestructura adecuada, con el fin de llevar a cabo las competencias establecidas en este proyecto. De igual modo, se establece la posibilidad de que las juntas de reiterada cita, puedan recibir capacitaciones en los asuntos que puedan ser de su interés.</p> <p>El artículo propuesto no es claro, por cuanto no indica expresamente quien financiará esos gastos, aunque parece deducirse que será la CCSS la que deberá proveerlas; de allí que sea necesario que el legislador aclare lo dispuesto en este artículo.</p> <p><u>En caso de que el legislador considere que deberá ser la CCSS la que financie esos gastos de las juntas, se incurriría en una eventual violación a la autonomía del ente encargado de la seguridad social, por cuanto le impondría una serie de obligaciones que debe cumplirlas en favor de las juntas de salud, en detrimento de su autonomía.</u></p>

<p>ARTÍCULO 14.- Deróganse los artículos 2, 3, 4 y 5 de la Ley N.º 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p> <p>TRANSITORIO PRIMERO.- En un plazo máximo de tres meses contados a partir de la publicación de la presente ley, la Junta Directiva de la Caja emitirá los reglamentos y las disposiciones necesarios para regular los procedimientos de proposición y elección de los miembros de esas juntas, asimismo, su funcionamiento.</p>	<p>Este artículo pretende derogar, en forma expresa, los numerales 2,3, 4, y 5 de la Ley N° 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, disposiciones que contemplan la creación de las juntas de salud.</p>
---	---

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, es positivo, siempre y cuando, el rol de las Juntas de Salud, se circunscriba a la de una organización auxiliar de los hospitales, clínicas y áreas de salud, en pro de la mejora en la atención de salud y la promoción de la participación ciudadana. Además, se respete la autonomía dada por el constituyente a la institución, toda vez que, tal y como quedó evidenciado en los artículos 4, 5, 8, 9 y 13, se podría lesionar la misma. Por lo que se recomienda que el proyecto de ley es loable, sin embargo, se debe solicitar a la Asamblea Legislativa tomar en consideración las observaciones realizadas, dado que no se concuerda con la totalidad del contenido de las disposiciones del proyecto de Ley”.

La licenciada Coto Jiménez, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al criterio en consideración:

- i) **PROYECTO DE LEY N° 19106 LEY JUNTAS DE SALUD**
CONSULTANTE: COMISION PERMANENTE DE ASUNTOS SOCIALES
OBJETIVO PROYECTO: PROPONE INTEGRAR Y REGULAR LAS FUNCIONES QUE CUMPLEN LAS JUNTAS DE SALUD, CREADAS MEDIANTE LA LEY DE DESCONCENTRACION DE HOSPITALES, PROMOVRIENDO EL PAPEL DE FISCALIZACION Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA DEFINICION DE POLITICAS, PLANIFICACION Y PRESPUESTO EN ATENCION DE SALUD.

ii) Criterio



iii) OBSERVACIONES AL CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

ART. 1 CREACION: ESTABLECER LEY DESCONCENTRACION, SE AMPLIA LA COBERTURA A LAS AREAS DE SALUD (REGLAMENTO JUNTAS DE SALUD) Y PARTICIPACION CIUDADANA A NIVEL NACIONAL Y LOCAL.

ART. 2 SIGLAS

ART.3 FINES: FOMENTAR LA SALUD, CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO ATENCION, PROMOCION DE LA SALUD Y PROMOVER PARTICIPACION SOCIAL.

ART.4 FUNCIONES. EN LAS FUNCIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PROYECTO DE LEY DEBE QUEDAR CLARO QUE LA PARTICIPACIÓN DE LAS JUNTAS DE SALUD ES PASIVA Y NO ACTIVA YA QUE SI NO GENERARÍA AFECTACIÓN A LA AUTONOMÍA CON QUE GOZA LA CCSS. EL ART. 5 RJS "(...)Los criterios que emita la Junta de Salud, no serán vinculantes para la Administración, sino que tendrán carácter Recomendativo."

PARA QUE NO HAYAN INTERPRETACIONES ERRÓNEAS, SE RECOMIENDA QUE EN DICHAS FUNCIONES COMO LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES Y POLÍTICAS GENERALES, SEAN RECOMENDATIVAS PARA LA CAJA, YA QUE SI SON VINCULANTES GENERARÍA UNA COADMINISTRACIÓN, LA CUAL CONTRAVIENE LA AUTONOMÍA CONSTITUCIONAL.

iv) ART. 5 CCSS INFORMES SEMESTRALES

INFORMACION PUBLICA (PLANIFICACION ,PRESUPUESTOS Y EJECUCIÓN) NO OBSTANTE, ES UNA OBLIGACION A LA CCSS QUE ATENTA CONTRA LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL.

ART.6 COMITES DE SALUD EBAIS

NO DEFINE LO QUE SE ENTENDERÁ POR COMITÉ DE SALUD, NO SE PRECISA LAS ATRIBUCIONES O COMPETENCIAS QUE SE LE ASIGNARÁN, NATURALEZA JURÍDICA, FORMA DE DESIGNACIÓN O NOMBRAMIENTO DE

SUS INTEGRANTES; EN FIN, HAY UNA AUSENCIA DE ELEMENTOS EN TORNO A ESTA FIGURA ORGANIZATIVA QUE LA HARÁN INAPLICABLE.

ART. 7 Y 8 CONFORMACION JS AREAS DE SALUD , HOSPITALES (representantes de los comités y representantes de JS área influencia)

NORMA QUEDA ABIERTA AL INDICAR QUE SERAN “MINIMO 7 INTEGRANTES” SE RECOMIENDA QUE SEA UNA NUMERO FIJO.

v) ARTICULO 9 ASAMBLEA NACIONAL Y FINANCIAMIENTO CCSS (4años)

LA REALIZACIÓN DE ESA ASAMBLEA, TIENE COMO FIN “ELEGIR A LOS REPRESENTANTES A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA”. COMO SE PUEDE PRECISAR LA IDEA ES INCONCLUSA Y NO SE COMPRENDE SU SENTIDO NI ALCANCE, DADO QUE ENTRE OTRAS COSAS NO SE PRECISA EL NÚMERO DE LOS MISMOS QUE PODRÁN INTEGRAR LA JUNTA DIRECTIVA, TAMPOCO SE ESTABLECE LA FORMA DE ELECCIÓN. ES IMPORTANTE DESTACAR, QUE LA CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SE ENCUENTRA REGULADA EN LA LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, CCSS, LEY Nº 17 DEL 22 DE OCTUBRE DE 1943.

EL FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD ACARREA UN IMPACTO FINANCIERO A LA INSTITUCIÓN, VIOLANDO LA AUTONOMÍA DE LA CAJA AL IMPONERLE POR LEY UN COSTO PARA LA CELEBRACIÓN DE ASAMBLEAS DE ESAS ORGANIZACIONES CIVILES.

ARTICULO 10 IMPEDIMENTO NOMBRAMIENTO EN JS

EMPLEADOS DE LOS CENTROS DE SALUD, FAMILIARES HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD EN UNA MISMA JS. ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO DE JS.

ARTICULO 12 NOMBRAMIENTO DE MIEMBROS JS Y REQUISITOS

NOMBRADOS DURANTE EL PERÍODO ELECCION MUNICIPAL (4AÑOS) Y REELEGIDOS ALTERNATIVAMENTE. EL ARTICULO ES OMISO EN SEÑALAR ORGANIZACIÓN DEL PROCESO, FORMA DE ELECCION, DESIGNACION. LOS REQUISITOS SON LOS MISMOS ESTABLECIDOS EN LA LEY DE DESCONCENTRACION, SALVO LA IDONEIDAD Y ESTAR DEBIDAMENTE ASEGURADO CCSS.

vi) ARTICULO 13 SERVICIOS

ESTA NORMA PRETENDE EXIGIR A LAS JUNTAS DE CONTAR CON TODOS LOS IMPLEMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, ASÍ COMO DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN ESTE PROYECTO. EL ARTÍCULO PROPUESTO NO ES CLARO, POR CUANTO NO INDICA EXPRESAMENTE QUIEN FINANCIARÁ ESOS GASTOS. Y DE PRESUMIRSE QUE SEA LA CCSS, ESTO ACARREARIA UN ROCE DE LEGALIDAD.

ARTICULO 14 DEROGATORIA ARTICULOS DE LA LEY DE DESCONCENTRACION

TRANSITORIO PLAZO 3 MESES LA JD CCSS EMITA LOS REGLAMENTOS Y DISPOSICIONES NECESARIAS.

vii) Recomendación:

- La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, es positivo, siempre y cuando, el rol de las Juntas de Salud, se circunscriba a la de una organización auxiliar de los hospitales, clínicas y áreas de salud, en pro de la mejora en la atención de salud y la promoción de la participación ciudadana. Esto respetando la autonomía dada por el constituyente a la institución, toda vez que, tal y como quedó evidenciado en los artículos 4, 5, 8, 9 y 13, se podría lesionar la misma. Por lo que se recomienda que el proyecto de ley es loable, sin embargo, se debe solicitar a la Asamblea Legislativa tomar en consideración las observaciones realizadas, dado que no se concuerda con la totalidad del contenido de las disposiciones del proyecto de Ley.

viii)

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por el Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19.106 “JUNTAS DE SALUD”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, comunicar a la Comisión consultante, que el proyecto es loable, sin embargo y por la argumentación contenida en el oficio de la Gerencia Médica GM-SJD-5598-2014, se solicita que se tomen en consideración las observaciones realizadas, dado que no se concuerda con la totalidad del contenido de las disposiciones del proyecto de Ley N° 19.106 consultado.

Respecto de las juntas de salud, expresa el Director Alvarado Rivera que ese tema no se debería analizar todavía. Le parece que la Asamblea Legislativa y la Caja se deberían oponer a cualquier propuesta, porque esas organizaciones deben ser definidas con claridad, en términos de qué es lo que se desea de ellas. Hoy en día son un órgano facultativo como de consulta, pero no se tiene definida su participación y menos aún, después de que se concentraron nuevamente los hospitales a la Caja. Considera que la Institución se debe oponer a que se realice cualquier reforma, porque es un estudio que debe realizar la Caja, para resolver la situación. Por ejemplo, se podría determinar, después de realizar un análisis, que las juntas de salud se van a eliminar, pero podría ser factible que continúen, se les otorguen más potestades y se reorganicen, para que sean un órgano de representación ciudadana ante los hospitales, entre otros.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que al leer las funciones de las juntas de salud, le parece que deben ser analizadas en el entorno que se desea funcionen. La propuesta de acuerdo indica que el criterio es positivo, siempre y cuando el papel que desempeña la junta de salud, se circunscriba a una organización auxiliar, pero ese aspecto no se indica en las funciones y, como ilustración, en la Asamblea Legislativa quien lea el criterio solo va a leer las dos primeras líneas, para que se termine indicando que es positivo y van a indicar que la Caja avaló el Proyecto de Ley, inclusive, en el punto h) del artículo 4, se indica cuáles son las funciones y el citado punto, tiene uno de los “peores” defectos que presentan los proyectos en la Asamblea Legislativa, se indica cualesquiera otras funciones y atribuciones, que por medio de Reglamento respectivo se les encomienden. A partir del punto g) es taxativo, mientras que el punto h) indica que es cualesquier otra función, porque no indica otro aspecto, solo indica otra función y el artículo 4)

establece que las juntas de salud, tendrán las siguientes funciones, no puede ser que el punto h) indique cualquier otra función, porque no corresponde al artículo 4, pero esas aseveraciones las tiene cualquier cantidad de proyectos que se envían a la Asamblea Legislativa, al ser taxativo se debe tener muy claro, cuál es el papel que se quiere que desempeñe esa instancia. Menciona que ha interactuado con diferentes junta de salud, con personas muy activas y muy dinámicas y, en particular, la Junta de Salud del Hospital San Juan de Dios, le llamó mucho la atención, que las personas tienen mucha voluntad para participar, pero con una baja capacidad de participación real en los procesos. Entonces, no conoce cuál es el papel que deben tener, de ser así prefiere que no se envíe un criterio, dado que no se tiene claridad del papel que desempeñan esos órganos. Por lo que concuerda con la propuesta del licenciado Alvarado Rivera, en términos de que se indique que se está trabajando en el asunto.

Comenta la doctora Sáenz Madrigal que las juntas de salud han estado manifestando su preocupación y la necesidad de que se fortalezcan, de modo que la presión que hacen es en términos de que se fortalezca su papel, se está trabajando en el tema y no existe una claridad. Del Proyecto de Ley le preocupan aspectos, el primero, en el artículo 1°, se establece crear las junta de salud, pero el tema es que están creadas y se parte de hecho que no existieran y al final, emite el artículo 14° que deroga el artículo 2°, 3° y 4°, pero desde el inicio del planteamiento, no se determina una modificación a la Ley anterior y parte como si no existiera la Junta de Salud. Como segundo punto, considera que se debe analizar, el tema de la creación de las Juntas de Salud en los EBASIS, no es que no existan sino que hay comités de salud, pero la mayor preocupación es el tema del artículo 13°, en el que se establece que para cumplir con sus labores, las juntas de salud deben contar con servicios de asistencia administrativa y técnica básicos, oficinas para reuniones, recursos tecnológicos, acceso a la información relevante, entre otros aspectos. De acuerdo lo establecido en el respectivo Reglamento, en muchos hospitales los directores han asignado un espacio para que las juntas de salud se reúnan, le preocupa que quede como un mandato, que es obligatorio y que se les tiene que asignar un espacio y, luego, se produzca una demanda de recursos. En términos generales, otro aspecto sobre puntos que la Junta de Salud ha planteado, es que se nombre un representante en la Junta Directiva. Se ha estado trabajando con las juntas de salud y uno de los aspectos que reconocen, es que no son las personas que se establecieron en la Ley, dado que existen representaciones de todo el país, por ejemplo, existen Redes regionales, la Región Norte, la Región Brunca, la Región Central, entre otras. Entonces, una representación de esa Red, se reúnen con la doctora Villalta cada dos meses y se da seguimiento a un plan de trabajo. Uno de los temas que plantearon fue la representación en la Junta Directiva, de modo que la primera pregunta que surgió, fue en términos de cómo se va a elegir esa representación y, segundo, si se tiene el mecanismo de elección para realizarlo, o se debe promover un cambio constitucional porque la definición de la Junta Directiva de la Caja no es fácil de resolver. Las juntas de salud están en un proceso de análisis y reflexión, que lo que estaba planteando se debería gestionar, pero la Asamblea Legislativa envió la consulta del Proyecto de Ley y le parece que se distorsiona un poco ese proceso. Reconoce que existen juntas de salud fuertes, donde hay personas que tienen un alto grado de comunicación con el director del centro, pero algunas, en las que casi no existe participación de la comunidad y más bien, el trabajo es que se fortalezcan. Aclara que el Proyecto de Ley, no surge de la Caja y le preocupa algunos planteamientos que le asignan obligaciones a la Caja.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que dividiría el tema en dos partes. Está de acuerdo con lo indicado por doña Marielos Alfaro y don Renato Alvarado, en términos de que no se emita un

criterio respecto del Proyecto de Ley y se indique que a lo interno de la Caja, se está desarrollando el papel que deben cumplir las juntas de salud. Como segundo punto, de la poca experiencia que ha desarrollado como Director de esta Junta Directiva y como Presidente de una junta de salud durante muchos años, tiene la mejor intención de que se favorezcan, como concepto pero enmarcada dentro de un papel muy claro y específico para lo que están creadas estas juntas de salud, por ejemplo, algunas juntas de salud son muy buenas, otras regulares y otras, que no comprendieron cuáles fueron sus funciones y, eventualmente, se desnaturaliza su creación. Le parece que se debe fortalecer las juntas de salud, pero que se defina el papel que desempeñan.

El Director Barrantes Muñoz reitera su posición en que las juntas de salud existen y no se deben crear por Ley. Considera que el objetivo de las juntas de salud es importante para la Institución; el Proyecto de Ley le remite a la Caja la reglamentación, el gran tema, con el esfuerzo que se realiza en este momento de proyección estratégica, cual es el papel que desempeña. La participación ciudadana en el Modelo de Salud sería importante porque marcha bien en la medida que la participación ciudadana sea efectiva, de calidad, de repente habría que proyectar si de repente, todo el esquema de la Contraloría de Servicios se articula con la participación ciudadana, de tal manera que se superen las juntas de salud, que surgieron dentro del marco de la desconcentración, para ubicarlas en el marco de la visión estratégica. Por ejemplo, en el nivel primario no se tiene ningún problema en ubicar a las juntas de salud, por el contrario, es muy importante la participación ciudadana en los diferentes niveles, pero considera que esta Ley podría generar rigidez a la Institución. Está de acuerdo con lo planeado por doña Marielos Alfaro y don Renato Alvarado, en el sentido de que la Caja se oponga al Proyecto de Ley pero que lo justifique por las razones, por las cuales se cree que la Ley, más bien puede resultar inconveniente a los propósitos de la Institución, de tener su propio desarrollo y de tener participación ciudadana en el Modelo de Salud.

Anota el Director Devandas Brenes que puede ser que el Proyecto de Ley contenga una serie de aspectos que se consideren convenientes, pero existe un tema de fondo. En primer lugar, en Costa Rica se tiene que avanzar hacia un gobierno de naturaleza participativa, porque así está establecido en la Constitución Política en el artículo 9°, esa Reforma que se introdujo en el artículo 9° de la Constitución Política no ha tenido el desarrollo jurídico necesario, porque es una reforma, relativamente, nueva pero de una gran potencia para fortalecer el desarrollo democrático del país. En este sentido, las juntas de salud han mostrado un avance significativo en el desarrollo del artículo 9° Constitucional. Le preocupa que el destino de las juntas de salud, quede sujeto a las decisiones de la Junta Directiva de la Institución, dado que en cualquier momento una Junta Directiva con una visión distinta, puede restringir el papel que desempeñan las juntas de salud. Por ejemplo, en el pasado se promovió algunas reformas al Reglamento de la Ley de Desconcentración y, prácticamente, se desaparecía el papel que desempeñaban las juntas de salud. Por este motivo, existe una propuesta legislativa en el sentido de darles una estabilidad legal mayor, y aun así le otorga a la Caja; siendo una Ley de carácter general, la facultad reglamentaria que podría bien habérsela eliminado, porque si no se hubiera señalado en el Proyecto de Ley que la Caja tiene la facultad reglamentaria y la reglamentaría el Poder Ejecutivo, al tener la Junta Directiva esta facultad, incluso, en el documento se indica que toda la parte administrativa, conforme lo que se establezca en el reglamento, es la Junta Directiva quien reglamentaría, a lo que las juntas de salud tienen derecho o no, en materia de apoyo. Lo que no podría la Junta Directiva de la Caja, es modificar las facultades que las juntas de salud tienen,

porque estarían definidas por la Ley; en este sentido, considera que el esfuerzo legislativo por garantizar y dar estabilidad a esa participación, es muy importante y apoyaría la propuesta de recomendación o de acuerdo que realiza la Gerencia Médica, en el término de que se tome en cuenta los criterios que señala la Caja, pero apoya que las juntas de salud sean fortalecidas, desde el punto de vista legal.

La Directora Alfaro Murillo menciona que quedó pendiente otro ejemplo para justificar, por qué no está de acuerdo con la propuesta, es que el punto g) del tema de funciones, se debe leer con calma, porque dice: “coordinar acciones de defensa y traslado de denuncias de las personas aseguradas a las Contralorías de Servicio, a la Contraloría General de la República, al Ministerio Público y a la Defensoría de los Habitantes”. No tiene imaginación de lo que significa y cree en la participación ciudadana, pero bien planteada dentro de la instancia que corresponda. Le preocupa que en ese punto g) las convierta en fiscalizadoras para el tema sancionatorio interno, verdaderamente, considera que si en algún momento se pueda llegar a esta situación, pero como Miembro de la Junta Directiva, está en contra del Proyecto de Ley, sin más planteamiento que este y sin haber analizado el papel que se considera, deben cumplir en los centros médicos. Reitera su voto en contra.

Recuerda la Directora Soto Hernández que hace unos años, en este salón de sesiones, en el período que fue Presidente Ejecutiva el Dr. Rodolfo Piza, quien luchó por la Ley N° 7852, Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, se indicó que se crearan las juntas de salud, como entes auxiliares de los hospitales y clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la proposición de la participación ciudadana. Por situaciones de la vida, le correspondió ser la Presidenta de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres y le parece, que las juntas de salud en algunos centros hospitalarios se salieron de las manos, por ejemplo, en ese Hospital se relacionaba con el Dr. Ramírez Beirute, que era el Director y coordinaba con los Barrios del Sur. En esos nombramientos que son de pueblo, las personas empiezan a buscar la parte política, claro ejemplo de que quieren ser Miembros de la Junta Directiva de la Caja, se producía una entrega, un voluntariado y aquel civismo por la Institución se desvanece en un porte político. La Asamblea Legislativa se manifiesta creando una Ley, le parece que existe y no hay que eliminarla, sino que se analice, porque la Ley N° 7852 no permite que se eliminen, sino que se redacte un perfil de las juntas de salud a lo interno, o sea, en búsqueda de que sean en beneficio de la Institución. Considera que cuando se proyectó en la creación de las juntas de salud, fue muy sanamente, pero si no se logró el objetivo fue por una gestión inadecuada de algunos líderes y, en consecuencia, apoya que continúen las juntas de salud como están constituidas.

Respecto del punto g) a que hizo referencia la Ing. Alfaro Murillo, señala don Mario Devandas está vigente y la Ley establece que la junta de salud, coordina acciones de defensa y traslado de denuncias de las personas aseguradas a las Contralorías de Servicios de la Caja. Aclara que no es que en el Proyecto de Ley se esté agregando, ese aspecto lo contiene la Ley vigente, pero además para cumplir lo que se indica ahí, no hace falta que se establezca en la Ley, es que cualquier ciudadano puede pedirle a la Contraloría de Servicios de la Caja, a la Contraloría General de La República, inclusive, es una obligación presentar al Ministerio Público cualquier denuncia que se considere ser un delito y solicitar ayuda de la Defensoría de los Habitantes, podría ser que se elimine de la Ley, pero no se le puede negar a ningún ciudadano y menos a una junta de salud constituida por ciudadanos y que fue electa. En cuanto a un aspecto indicado que señaló doña

Mayra Soto y solicita que se reflexione, cuando indicó que las juntas de salud se le salió de las manos, por ejemplo, a algún director de un centro, se trata que si se van a convertir en organismo sujetas a las decisiones de los administradores y directores, no cumplirían el papel que deben desempeñar, dado que son coadyuvantes pero no son órganos dependientes de un director, ni de una unidad, no coadminstran, a pesar de que la Ley las faculta para opinar sobre el nombramiento del director, dado que recomiendan su nombramiento, que si bien es cierto es un acto de coadministración, está establecido en la Ley. No se trata que las juntas de salud dependan del director o administrador, todo lo contrario, se trata de que la ciudadanía se empodere y defienda sus derechos; ahora, si un miembro de una junta de salud se extralimita, en el documento se indica que puede ser destituido. Por último, el hecho que un ciudadano trabaje en una junta de salud y desarrolle aspiraciones políticas, es lo más sano del mundo, se trata de que los ciudadanos aprendan de la función pública y se desarrollen en las diversas instancias políticas y a la vez, se le ofrezca a la ciudadanía un instrumento para que interese en los asuntos públicos.

El Director Loría Chaves indica que reconoce la importancia de las juntas de salud en el sistema del Seguro Social y se reconoce que son una herramienta, una instancia válida para la fiscalización de los servicios médicos que se brindan a la ciudadanía. Además, representan a las diferentes comunidades, para fiscalizar la eficiencia y la buena marcha de los médicos de cada comunidad y no existe ninguna discrepancia. Comparte con el licenciado Rolando Barrantes que existe una discusión que no se ha terminado, en términos del papel que desempeñan las juntas de salud y el de la Contraloría de Servicios, es importante se analice el tema para definir sus funciones y el papel que desempeñarán. En segundo lugar, los aspectos que la Ley planteó y que la Junta Directiva pasada quería modificar, es el período de nombramiento de las juntas de salud, dado que el plazo es por dos años y se considera que no son convenientes, porque cada año y medio se deben organizar las elecciones, es un desgaste muy grande, existen comunidades participativas y otras todo lo contrario. Es un tema que se debe dimensionar, dado que existen juntas de salud robustas y con una gran perspectiva de su trabajo y otras, quieren coadministrar y algunas están bien ubicadas cuando se refieren a su fortalecimiento, en términos de que la Caja les asigne recursos y se les asigne presupuesto. Le parece que la Institución les debe dar formación a la juntas de salud, de manera que les permita competir para realizar su trabajo de fiscalización, así como en materia de presupuesto, para que tengan conocimiento y logren analizar el tema. Estima que es una obligación de la Institución formar a las juntas de salud para que logren interpretar los estados financieros y el presupuesto. Por otro lado, otra competencia que tiene la Caja es formar la junta de salud en el tema de políticas públicas en salud, porque cada comunidad tiene diferentes problemas de salud y las políticas de hoy, son fundamentales para orientar el trabajo de los centros de salud, por ejemplo, cuando se hace referencia al fortalecimiento de la Institución, tengan claro a lo que se está haciendo referencia. Por otra parte, no comparte el criterio de que las juntas de salud recomienden al director cómo administrar. Considera importante que la Junta Directiva tome un acuerdo tendiente a cómo fortalecer las juntas de salud, por ejemplo, se enteró de que en el Hospital de Puntarenas, la junta de salud pretendía administrar, en ese sentido no está de acuerdo con el Proyecto de Ley.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y refiere que dentro de este contexto es importante el análisis que se está realizando. Como ilustración, hace un tiempo atrás una persona de nacionalidad inglesa, realizó un estudio sobre lo que era la participación social en salud, Li Morgan, fue una tesis de doctorado en el London School y el CENDEISSS (Centro de Desarrollo

Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) la tradujo. Se realiza un análisis de la participación de salud de los tiempos inmemoriales, como a finales de los años de 1980 e inicios de los años 1990, pero hace una clasificación de la evolución de la participación social en salud, dado que siempre es un elemento que contribuye a la participación ciudadana pero, no necesariamente, debe ser el responsable de toda la transformación de la participación y se considera que es un insumo fundamental, en el momento de revisar el papel que desempeñan las juntas de salud.

El Subgerente Jurídico interviene y refiere que el artículo 11° constitucional, cuando hace referencia a la rendición de cuentas por parte de la administración pública, en el año 2001, en la reforma, establece: la Ley señalará los medios para que este control de resultados y rendición de cuentas, opere como un sistema que cubra todas las instituciones públicas. Existe un mandato constitucional de que ese legislador, es competente para indicar qué controles y cómo se rinden las cuentas y no existe duda que las juntas de salud son un mecanismo de control y rendición de cuentas de la administración pública. Lo que el legislador hace en pleno es el ejercicio de las competencias que vienen dadas, específicamente, para estos temas sobre la Constitución Política. Como otro punto, en algún momento desde la Dirección Jurídica se cuestiona la constitucionalidad de las Contralorías de Servicio, porque de alguna manera es una organización con un paralelismo complicado y la Sala Constitucional indicó que no, que era un tema constitucional y que esa fórmula de fiscalización podía existir; de manera que en el análisis de ese párrafo constitucional, casi se entendería que convivir con las juntas de salud tal y cual el legislador lo regula. Por otra parte, al realizar una revisión del Reglamento actual de las juntas de salud, el artículo 7°, en el inciso h – i) señala que las competencias de las juntas de salud que contiene y además, el punto g) son competencias que son dadas por el Reglamento propio, que hoy está vigente en la Institución, por ejemplo, el Reglamento de Juntas de Salud que emitió la Caja en el punto d), cuando se hace referencia de los directores indica: emitir criterio respecto de los candidatos al cargo de director general del establecimiento de salud, entre otros. En ese aspecto, señala que esta disposición legislativa se puede o no compartir sobre unos detalles, pero tiene toda la rigurosidad jurídica, desde el punto de vista constitucional del caso y cuando se observan estos desgloses de competencias, son las mismas que están dadas por disposición y Reglamento de la Caja.

Indica la Directora Alfaro Murillo que el tema se puede afinar en el Proyecto de Ley, en el punto g), se puede indicar que la Caja está de acuerdo con el artículo 11° Constitucional, pero se hace la siguiente reflexión con el análisis de este proyecto. Considera que ha sucedido en muchos casos y no se puede continuar así, cuando se analiza proyectos de esta naturaleza y cuando se indica que no se ha definido como Junta Directiva, cual es el papel que se desea, que se estará apoyando para una reformulación de la Ley, eso sucede con todo lo que llega a la Asamblea Legislativa, son 57 Diputados generando iniciativas, no se puede tomar esta iniciativa e, indicar que es una reforma a la Ley de Desconcentración de las Clínicas y Hospitales de la Caja. Cada tema que aparece en estos Proyectos de Ley, llevan a una realidad y es que se requiere una definición de esta Junta Directiva de la Institución, en términos de qué quiere en cada caso, el problema es que en la agenda de hoy, se tienen catorce o quince temas que requieren una definición, de lo que esta Junta Directiva piensa en esos temas, de la simple revisión de un proyecto, no tiene por qué matricularse con un Proyecto de Ley. Está de acuerdo en que se busca fortalecer las juntas de salud, pero en este Proyecto de Ley no se determina ese refuerzo. De manera que es desaprovechar el esfuerzo en indicar que la Junta Directiva está de acuerdo con el Proyecto de

Ley, pero a pesar de creer en el fortalecimiento, como lo indicó don José Luis Loría, el tema de capacitación, lo cual responde a algo más. Refiere que tendría la aspiración de un Proyecto de Ley que verdaderamente reformule el tema de las juntas de salud, pero con la visión de esta Junta Directiva y lo que se quiere de las juntas de salud, dado que requieren más trabajo. Sugiere que el tema se coloque en la agenda y se le indique a la administración que entregue una propuesta y se analice el tema, en términos de un proyecto de ley que elaboró una persona y desconoce si esa persona tiene conocimiento del tema, dado que de un pronto a otro, se está analizando un proyecto de ley, que en el fondo considera no resuelve nada de la problemática que se conoce de las juntas de salud. Por lo cual no le parece que los Proyectos de Ley, que lleguen de la Asamblea Legislativa, les consuma tiempo al discutir y analizar si se circunscriben en que sea el Proyecto de Ley que se requiere, cuando la mayoría que se han analizado, contienen deficiencias y se debe emitir un criterio. Deja constancia de que la posición que asume de aquí en adelante, es votar todos los Proyectos de Ley negativos, dado que si se vota positivo, se debe tener muy claro lo que se busca con el Proyecto, e indicar que el Proyecto de Ley se analizó en detalle y que los Miembros de la Junta Directiva, comparten la visión política, ideológica y operativa que tienen esos Proyectos de Ley y en la mayoría, de los casos que han venido, no los comparte porque considera que son insuficientes, en algunos casos, inclusive, erráticos.

La doctora Sáenz Madrigal considera que los Miembros de la Junta Directiva, han expresado su visión y comparten la necesidad de fortalecer las juntas de salud, pero no comparten la propuesta de este Proyecto de Ley, porque no está reflejando con claridad el reforzamiento que se pretende o se busca para las juntas de salud. Por otro lado, aún requiere un ajuste con el trabajo que se hace a nivel de la Junta Directiva.

El Director Fallas Camacho que no tiene definido si quiere o no las Juntas de Salud, porque no se tiene certeza de qué deben hacer. Se ha hecho referencia de que son fiscalizadores, coadyuvantes, no se conoce si es esto lo que se quiere, por lo que es importante clarificar y definir, si se desea fortalecer las juntas de salud para los siguientes aspectos, mientras tanto no está de acuerdo con la redacción del Proyecto de Ley.

Refiere el licenciado Alvarado Rivera que se debe definir qué se va a votar, si no se está de acuerdo y se considera que se debe indicar a la Asamblea Legislativa que, en definitiva, no están de acuerdo con la reforma y se argumente el motivo. Considera que son dos votaciones.

El doctor Devandas Brenes refiere votar a favor del Proyecto de Ley, dado que le parece que es una buena práctica. Por otro lado, le parece que cuando se envíe el criterio a la Asamblea Legislativa, se mencione si algún Director dejó constancia de su voto, o sea, se indique en la comunicación que se envía a la Asamblea Legislativa.

Respecto de la segunda propuesta del acuerdo, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que se aclare la posición de que están de acuerdo con el fortalecimiento de las juntas de salud, pero que, les parece inconveniente que un Proyecto de Ley venga a acarrear las condiciones en este momento, cuando los que conocen cómo funciona y los efectos que se debe prever, y dado esto que se está trabajando en eso.

Al respecto, refuerza la doctora Sáenz Madrigal que no es un rechazo al fortalecimiento de las juntas de salud, si no al fondo del Proyecto. Por otro lado, se somete a votación los acuerdos presentados por la Gerencia Médica y se aprueban.

Insiste el licenciado Alvarado Rivera que las juntas de salud se crearon en relación con la desconcentración. Conoce que pueden existir independientes, pero si existe una desconcentración, cual es la concepción jurídica de tener una desconcentración y las Juntas de Salud. No se puede dejar de lado, porque a pesar que se podrían tener las juntas de salud, independientemente, que estuviere la desconcentración o no, hay que entender la lógica jurídica que las creó.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que cuando se retrotrae el tema de la desconcentración, lo que se elimina es, básicamente, el beneficio de los directores médicos, pero las competencias están desconcentradas, la Ley no se ha derogado, lo que se elaboró fue una parte de esa Ley y no es que no está vigente. Le preocupa más por el tema práctico. Así mismo a raíz de las juntas de salud refiere que, en el momento, en que se presenta la propuesta, se debe revisar todo el tema integral dentro de la Caja.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Devandas Brenes que vota en forma negativa. Indica don Mario que apoya la propuesta de acuerdo que ha presentado la administración.

Por lo tanto, habiendo deliberado sobre el particular y considerando que en este momento se está trabajando en el estudio de las Juntas de Salud y la propuesta contenida en el Proyecto de ley en consulta podría no resultar pertinente a los propósitos de la Institución, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que no se pronuncia sobre el Proyecto citado.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores salvo por el Director Devandas Brenes. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 8º

Se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente número 18.269, Proyecto Ley Orgánica del Colegio de Profesionales en Terapias Alternativas de Costa Rica*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.103-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-509-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio Nº GM-SJD-5597-2014, del 4 de setiembre en curso, que literalmente se lee así, en lo conducente:

“En atención al oficio JD-PL-061-14 del 14 de agosto del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 14 de agosto del 2014, suscrito por la señora Ana Julia Araya Alfaro, Jefe de Área de la Comisión

Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

Esta Gerencia ha determinado que la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos, con el expediente 16.636, tramitó el proyecto Ley Orgánica del Colegio Nacional en Terapias Alternativas, el cual fue archivado el 19 de mayo de 2011 por haber acaecido el período cuatrienal.

No obstante lo anterior, el proyecto de ley se presenta nuevamente, con el objetivo de que de la creación de un ente público no estatal, como lo es un colegio profesional, en el cual se pueda regular las actividades profesionales en las áreas de terapias alternativas y complementarias; a fin de llevar un control adecuado de la formación profesional de sus miembros.

En su momento, durante la tramitación del citado expediente 16.636, se establecieron algunas objeciones por parte, especialmente, del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en tanto que de parte de otras entidades, como el Ministerio de Salud, hubo total anuencia en la necesidad de crear el citado colegio profesional.

De esta forma, la presente iniciativa pretende promulgar la Ley Orgánica del Colegio de Profesionales en Terapias Alternativas de Costa Rica, con el objetivo de incorporar dentro de este órgano corporativo a los profesionales en las siguientes terapias alternativas, todas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud: aromaterapia, digitopuntura o acupresión, fitoterapia o herbolaria, homeopatía, terapia tradicional china, naturopatía, terapias florales y terapia reiki.

En Costa Rica resulta pública y notoria la existencia de profesionales en áreas específicas de terapias alternativas y complementarias, que han sido consideradas como opciones por la población para la atención de la salud.

II. 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: Dr. Hugo Chacón Ramírez. Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

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”¹¹

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 entorno 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”¹²**. –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 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”¹³.

¹¹Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

¹² Página 36 del Tomo III de la Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

¹³ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

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° 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N° 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

SOBRE EL FONDO DEL PROYECTO DE LEY.

El presente proyecto de ley pretende, tal y como se indica en la exposición de motivos, regular, de manera responsable, integral, coordinada y sistemática, las actividades de los profesionales, con grado mínimo de licenciatura en las áreas de terapias alternativas y complementarias, de tal manera que el ejercicio de estas quede solo en manos de personas que hayan cursado sus estudios formales en una universidad y que el diploma respectivo le haya sido reconocido por parte del Consejo Nacional de Rectores o del órgano correspondiente, según se trate de universidades extranjeras o nacionales.

En ese sentido el Colegio que se pretende crear, le corresponderá la fiscalización del ejercicio profesional que se le encomienda.

Resulta importante traer a colación que la Organización Mundial de la Salud reconoce actualmente dentro de la lista de terapias alternativas o complementarias, las siguientes:

1.- Terapias alternativas: se construyen en torno a terapias completas de teoría y práctica, que han evolucionado de manera separada y antes del enfoque del naturópata convencional. Ejemplos de terapias terapéuticas alternativas occidentales son la homeopatía y la naturopatía. Ejemplos de otras terapias no occidentales son la terapia china tradicional (digitopuntura) y ayurveda.

2.- Enfoque sobre la mente y el cuerpo: utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Algunas técnicas que se consideraron terapia complementaria y alternativa anteriormente se han formalizado (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes y terapia cognitiva y conductual). Otras técnicas para la mente y el cuerpo aún se consideran terapia complementaria y alternativa, incluida la meditación, la oración y la curación mental.

3.- Terapias biológicas: emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos, el uso de productos de hierbas.

4.- Métodos de manipulación y basados en el cuerpo: métodos del masaje de terapias alternativas basado en una manipulación con extractos de esencias de plantas terapéuticas que se relaciona con bienestar del estado de la salud de las personas, para una mejor evolución del cliente, como un complemento de uso externo.

En razón de esto, el Ministerio de Salud mediante el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento, ha reconocido la terapia alternativa y complementaria como establecimientos a fines a la salud:

*“27. **Establecimientos afines a la salud:** aquellos que están a cargo de profesionales o de técnicos afines a ciencias de la salud, quienes están debidamente autorizados por los respectivos colegios profesionales o en su defecto registrados en el Ministerio de Salud, donde se realizan actividades de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, en forma ambulatoria o se realicen prácticas invasivas a las personas usuarias de estos servicios.*

En la denominación de establecimientos afines a la salud se incluyen los siguientes:

- a - Establecimientos con servicios de optometría.*
- b - Establecimientos con servicios de quiropraxia.*
- c - Establecimientos con servicios de terapia física.*
- d - **Establecimientos con servicios de terapias alternativas y complementarias***
- e - Establecimientos de estética, cosmetología, peluquería y salas de belleza.*
- f - Establecimientos de tatuajes y perforaciones corporales*
- g - Centros de acondicionamiento físico.*
- h - Centros o salas de bronceado.*
- i - Laboratorios de optometría*
- j - Aquellas actividades nuevas que según el procedimiento indicado en el Artículo 10° de este Decreto fueran clasificadas como establecimientos de salud afines. Se excluyen de esta definición las droguerías y fábricas o laboratorios farmacéuticos. (El subrayado y negrita no es del original)*

Dado lo anteriormente expuesto, se considera que la propuesta de proyecto de ley consultada contribuye a profesionalizar, regular y a fiscalizar el ejercicio de este tipo de oferta terapéutica, de modo que sea provista por profesionales con títulos universitarios debidamente reconocidos por la instancia competente, garantizando dichos servicios a la población dentro de un marco regulatorio.

En ese sentido y una vez analizado el proyecto de ley de forma integral, no se observa que su articulado roce con las funciones encomendadas a la Caja constitucionalmente, motivo por el cual no se encuentra objeción al mismo.

CONCLUSIÓN.

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, no implica ningún roce de legalidad que atente contra las competencias de la Institución, más bien contribuye a profesionalizar, regular y a fiscalizar el ejercicio de los profesionales en terapias alternativas y complementarias a nivel nacional”.

La licenciada Coto Jiménez se refiere al criterio en consideración, con base en las láminas que se especifican:

- a) **PROYECTO DE LEY N° 18269 LEY ORGANICA DEL COLEGIO DE PROFESIONALES EN TERAPIAS ALTERNATIVAS DE COSTA RICA**
CONSULTANTE: COMISION PERMANENTE DE ASUNTOS SOCIALES
OBJETIVO PROYECTO: CREACION DE UN ENTE PUBLICO NO ESTATAL, COMO LO ES UN COLEGIO PROFESIONAL, QUE REGULE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EN LAS AREAS DE TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.
- b) Exposición de motivos:
 - EXPEDIENTE ANTERIOR 16,636 ARCHIVADO POR ACAECIDO EL PLAZO CUATRIENAL. MS EXTERNO ANUENCIA A LA CREACIÓN DEL COLEGIO.
 - Se incorporen a los profesionales en las siguientes terapias alternativas, todas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud: aromaterapia, digitopuntura o acupresión, fitoterapia o herbolaria, homeopatía, terapia tradicional china, naturopatía, terapias florales y terapia reiki.
 - En Costa Rica resulta pública y notoria la existencia de profesionales en áreas específicas de terapias alternativas y complementarias, que han sido consideradas como opciones por la población para la atención de la salud.
- c) Criterio:
 - Terapias reconocidas por la OMS.
 - MS, reconoce como establecimientos afines de la salud la terapia alternativa y complementaria.
 - Se considera que la propuesta de proyecto de ley consultada contribuye a profesionalizar, regular y a fiscalizar el ejercicio de este tipo de oferta terapéutica, de modo que sea provista por profesionales con títulos universitarios debidamente reconocidos por la instancia competente, garantizando dichos servicios a la población dentro de un marco regulatorio.

En ese sentido y una vez analizado el proyecto de ley de forma integral, no se observa que su articulado roce con las funciones encomendadas a la Caja constitucionalmente, motivo por el cual no se encuentra objeción al mismo.

d) Recomendación y propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18269 “LEY ORGANICA DEL COLEGIO DE PROFESIONALES EN TERAPIAS ALTERNATIVAS DE COSTA RICA” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 18.269.

La licenciada Coto Jiménez señala que las terapias a las que hace referencia son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sea la aromaterapia, la digitopuntura, acupresión, filoterapia, fitoterapia o herbolaria, homeopatía, terapia tradicional china, naturopatía, terapias florales y terapia reiki. En Costa Rica se hace referencia, dado que es público y notorio que existen establecimientos o áreas específicas que brindan este tipo de terapias alternativas o complementarias. Como lo indicó, las terapias son reconocidas por la OMS y el Ministerio de Salud las ha reconocido en el Reglamento de Funcionamiento, como establecimientos afines a la salud y se considera que la propuesta del proyecto consultado, contribuye a lo que es la profesionalización, la regulación y fiscalización del ejercicio de este tipo de oferta terapéutica. De modo que sea provista por profesionales con títulos universitarios reconocidos por las instancias competentes, garantizando que esos servicios que se brindan a la población, estén dentro de un marco regulado y, en ese sentido, no se observa que el articulado vaya a tener ningún roce con las funciones, ni con la legalidad. Por lo que no se encuentra ningún tipo de objeción para el presente proyecto.

Ante una inquietud, del Director Fallas Camacho tendiente a conocer si el Proyecto de Ley, se incluye en la Ley de Incentivos Médicos, señala la Lic. Coto que lo que pretende es crear el Colegio Profesional. No incluye ningún articulado en el que se establezca una relación con la citada Ley.

La señora Presidenta Ejecutiva pregunta si el Proyecto de Ley, incluye alguna relación con profesionales en ciencias médicas.

Responde la licenciada Coto Jiménez que no, dado que son como terapias complementarias.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta su preocupación, en cuanto a que se incluyen los Centros o Salas de Bronceado, que están cuestionadas desde el punto de vista de posibles efectos dañinos contra la salud.

Al respecto, señala la licenciada Coto Jiménez que las terapias a las que se hace referencia en el Proyecto de Ley, son las que establece el Ministerio de Salud dentro del Reglamento de Funcionamiento, así se toman como afines a la salud, pero el proyecto en sí, es solamente para estas terapias alternativas.

El Director Loría Chaves considera que el Proyecto de Ley es bueno, porque según su percepción, el Colegio podría ser más riguroso y más estricto en la definición del perfil académico de la formación del profesional. Llama la atención en que dentro de la discusión es importante que se trata de promoción de la salud y, además, debería existir un equipo de personas en la Caja, que discute y analice el tema de la prestación de los servicios alternativos de medicina en la Caja porque, efectivamente, existen personas que quieren los medicamentos químicos y deberían tener derecho de escoger otras opciones terapéuticas. Por ejemplo, hay países como Francia que un 40% de la prestación de los servicios médicos los hacen en terapia alternativa. Su preocupación es que no se produzca un rezago, dado que es un tema en el que se debería avanzar, es decir, que se empiece a analizar dentro de la Caja, la posibilidad de que la Institución más adelante, introduzca modelos de prestación de servicios de medicina alternativa. Hace un llamado sobre todo a la Presidencia Ejecutiva, para que valore ese aspecto, porque le parece que es importante que en un futuro, van a ser una demanda de muchos sectores.

Refiere la doctora Sáenz Madrigal que de acuerdo con lo que conoce de la Ley de Colegios Profesionales, lo que hace es agrupar profesiones y aquí no está agrupando. Lo que está agrupando son oficios y terapias, significa que agrupa similares, los médicos, las enfermeras, los agrónomos, entre otros. En ese sentido, el Proyecto de Ley no hace ninguna referencia, como ejemplo, no indica si son psicólogos, por lo que tiene una duda de fondo del perfil, no son enfermeras, no son psicólogos, no son nutricionistas. Le preocupa esa parte, dado que desde la perspectiva de salud pública, la Ley General de Salud califica las terapias alternativas y por eso se dan permisos de funcionamiento, como una actividad comercial, pero es distinto a este que no está regulando a una profesión, si no a unas terapias.

Al respecto, explica la licenciada Coto Jiménez que dentro del Proyecto de Ley, lo que se previene es que más bien todos los profesionales, en terapias de esa naturaleza, sean inscritos y reconocidos por parte del Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP), dentro del Proyecto se establece que sea la instancia competente que reconozca los títulos universitarios, para que queden incorporados al Colegio.

La señora Presidenta Ejecutiva le preocupa que es una delegación que el Estado le está cediendo a ese grupo profesional, para que regule la práctica del ejercicio profesional, o sea, es la función de un Colegio Profesional. No significa que las personas puedan ser técnicas, pero es un grupo que es como homogéneo al interior.

El Director Alvarado Rivera comparte con la Dra. Sáenz Madrigal el tema del Colegio Profesional y cuál es su carácter, además, cómo está reglado y quiénes aplican esas terapias. Desconoce si existe la Universidad de la Aromaterapia, por ejemplo, o de la Orinoterapia. Repite, desconoce que exista una Universidad de esa naturaleza y si existen especialidades con títulos en esas terapias. Le parece que el convertir a estas medicinas alternativas o tratamientos alternativos en un Colegio, les da potestades de exigir la contratación en la Institución de profesionales en terapias alternativas y si existe un problema fundamental en la Institución, es cuáles son los tipos de profesionales que se necesitan para atender la problemática de la salud pública y, en ese sentido, existe gran cantidad de terapias alternativas, que no tienen ninguna estadística, ni ninguna comprobación científica, para que se puedan asumir como una verdadera terapia. Le preocupa que se produzca la apertura de ese Colegio y de esas terapias alternativas, porque se les estaría concediendo la autoridad de tener que habilitarlas en la Institución, dado que

serían reconocidas como Colegio y como terapias que estarían, jurídicamente con una fortaleza que los va a llevar, probablemente, mediante recursos, a tener que contratar profesionales de esa naturaleza. Reitera su preocupación, porque la Sala Constitucional, eventualmente, puede determinar que se debe contratar esos profesionales. No está de acuerdo, en que exista un Colegio que agrupe terapias de esa naturaleza. Si el Ministerio de Educación, les concede el permiso de funcionamiento, como una actividad comercial, en buena hora, pero si se institucionaliza, no traería beneficios para la Caja.

La Directora Alfaro Murillo menciona que en este caso, se determina claramente que se establecen requisitos ligados a los títulos de los que serán profesionales y se establece como grado mínimo la licenciatura, es decir, es en términos del ámbito de la profesión. Aunque esa no es su preocupación, porque el artículo 5° lo deja explícito, tanto que si se analiza el artículo 4°, el último párrafo indica que los profesionales en Ciencias de la Salud, denominense médicos, enfermeras, entre otros, que tengan alguna especialidad en terapias alternativas, podrán mantener su condición de agremiados en el Colegio Profesional respectivo. O sea, les permite continuar en su Colegio y si fuera un profesional en Ciencias de la Salud y al estar agremiado en un Colegio Profesional, continuaría en ese Colegio, no se le tiene que genera una autorización extra para ejercer en su Colegio, es decir, para pertenecer al Colegio. Lo que si los autoriza, es que aún en otros Colegios puedan ejercer dichas terapias sin necesidad de incorporarse a este Colegio. Evidentemente, como todo Colegio que regula la profesión, establece las diferencias con otros, entonces, la parte interesante es que si se continúa realizando un análisis del tema, relacionado con miembros activos, en lo que corresponde a los objetivos del Colegio, se indica que no tenía relación con esta instancia y si la tiene, lo que sucede es que en asuntos jurídicos y, que le corrijan los abogados, hay que saber leer entre líneas, porque este proyecto en la parte de las funciones del Colegio indica que es para “defender los derechos de las personas miembros del Colegio en materia laboral, así como salarial y de estabilidad económica”, pero se indicó que el tema no se relaciona con la Caja, o con el régimen de salarios especiales y lee el punto d) que se refiere: y tiene claro el mandato en la defensa laboral y la estabilidad económica y de acceso a todos los espacios, evidentemente, que se relaciona con la Caja. Luego, indica que “colaborar con el Estado, las Instituciones de Educación Superior en general, diversificada y superior, así como los Centros de Investigación y el Desarrollo de Terapias Alternativas, con el propósito de atender las necesidades del país”. Consulta dónde se atienden las necesidades de salud del país, en esta instancia y, además, señala: “colaborar con el Estado”, cuando se lee el punto h) se indica que cuando ingresa al sistema, es lo que se lee y así se podría continuar con el análisis del texto, pero como se indica tiene un sesgo. En lo particular, cree que la respuesta que se envíe, tiene que ser muy cautelosa y muy bien fundamentada con respecto del tema.

El Director Devandas Brenes señala que la medicina tradicional o la medicina alternativa es una realidad en Costa Rica. Como ejemplo, basta con que se resfríe una persona y se le indica que tome jugo de limón con miel de abeja y, en los jardines de las casas, hay sembrada Juanilama y otras yerbas. El problema es que en este momento, cualquier persona abre un consultorio y es peligroso, además, porque pueden estafar a las personas. Le parece que en el momento en que se establezca un Colegio Profesional y se obligue para que la persona pueda ejercer, como ilustración, una terapia, se debe tener un título universitario y estar colegiada; entonces, se empieza a ordenar y a regular la materia. De manera que se establece un marco de mayor seriedad en el desarrollo de un aspecto que es una realidad, porque si niega, lo que se está propiciando más bien es que continúe el desorden. Considera que este es un espíritu regulador,

para que se vaya tomando un carácter cada vez más serio. Hay muchos médicos que son homeópatas o practican la medicina alternativa y, precisamente, se está creando otro Colegio. Realiza la observación a los señores Directores que la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó este año la estrategia mundial sobre medicina tradicional para los años 2014 al 2023, donde recomienda a los países que, incluyan la medicina tradicional alternativa en los sistemas de salud pública, porque en el plazo inmediato puede implicar un costo, dado que se, eventualmente, se deben ir contratando, pero a mediano y largo plazo, sobre todo en el consumo de medicamentos, podría significar un sensible ahorro para los sistemas de salud. Como ilustración, en algunos EBASIS de la Caja, se están dando servicios de medicina alternativa, o sea, que eso no es una novedad y más bien se tiene que determinar cómo se regula.

La señora Presidenta Ejecutiva reitera su preocupación respecto del tema de los Colegios Profesionales que agrupan profesiones o formaciones académicas similares, dado que en este caso está agrupando profesiones de diferente índole, por ejemplo, una persona puede ser psicólogo, médico, entre otros, y además, practicar medicina alternativa como está sucediendo. Concuere con don Mario Devandas en que, efectivamente, se está dando la situación e, inclusive, genera gastos en la Caja como Salud y no se cuantifica como parte del gasto en salud, es una de las deficiencias que existe en el momento de definir los gastos en salud, de modo que requiere una regulación. Su gran preocupación y es de fondo y jurídica, es si es pertinente que una ley agrupe terapias y no profesiones, una cuestión de fondo y no de forma, es distinto al Colegio de Nutricionistas y de Enfermeras. La ley establece las terapias alternativas y complementarias y en el fondo, le preocupa que el mismo título no esté dirigido al ejercicio de una profesión sino a un tipo de terapia. Determina la conveniencia de que se revise, por si está equivocada. Está de acuerdo con el planteamiento de don Mario Devandas, la OMS ha reconocido la necesidad de incorporar la medicina tradicional en los Sistemas de Salud y menciona que, en el caso de Tailandia, los masajes son parte de la primera consulta, las personas entran la primera vez a consulta y antes de que lo atienda un médico, se le aplica un masaje, es decir, existe, pero el planteamiento de un Colegio Profesional de Terapias Alternativas, le preocupa y no está en contra de las terapias alternativas, la fomenta y, además, son una realidad, pero el tema es que el criterio que está solicitando la Asamblea Legislativa como Caja, es en términos de si están de acuerdo, o consideran como Institución que un Colegio de Terapias Alternativas, es lo que se debería de legislar en este país. Le parece que se debe buscar más justificación.

El Subgerente Jurídico indica que en Costa Rica, lo que no es inconstitucional es legal, o sea, lo que no está contra la Constitución Política se puede legislar, lo señala como un punto de partida del tema. Respetuosamente, lo que se plantea, o sea, lo ortodoxo de agremiar profesionales bajo un Colegio, bien puede el legislador disponer otra cosa, en tanto no contravenga la Constitución Política. En este momento no conoce si la Asesoría Legal lo analizó desde ese punto de vista, pero le parece, que una disposición de esta naturaleza no contraviene la Constitución Política. Frente a este planteamiento, lo que la Caja debe hacer analizar todos los Proyectos de Ley, para determinar qué vinculación tiene lo que se está regulando con la Caja, o si la puede afectar directa o indirectamente, pero la Caja tiene que opinar sobre los Proyectos de Ley. Le parece que éstos hacen el trabajo de la Junta Directiva interminable, pero puede ser atractivo, y lo señala con un enorme respeto para la Junta Directiva. Le parece que debe ser así, existen muchos criterios para hacerlo, pero para indicarlo de alguna manera, no es el negocio de la Junta Directiva de la Caja, no es el negocio de la Caja, emitir criterio de todos los proyectos de Ley, por ejemplo,

alguien podría por su campo de especialización, estar de acuerdo con un proyecto de ley, pero no tiene una incidencia directa en el negocio de la Caja. Aclara que comenta el tema, porque en principio no solo es inconstitucional, sino que habría que determinar cuál es su vínculo directo o cómo afecta, potencialmente, a la Caja en su quehacer, porque si roza con la Caja, es válido indicarlo, porque no se está de acuerdo, pero si es simplemente porque la técnica legislativa o porque en su quehacer, se entiende que no debería estar ahí, puede ser que la Junta Directiva se llene de opiniones y de proyectos de ley que, eventualmente, no son propiamente su negocio, en la ruta de acción de lo que debe ser la Junta Directiva.

La doctora Sáenz Madrigal somete a votación el criterio.

A propósito de una consulta del Director Loría Chaves tendiente a conocer si el criterio se debe votar el día de hoy, la Secretaria de la Junta Directiva indica que se puede solicitar prórroga a la Asamblea Legislativa.

Ante una inquietud, aclara la doctora Sáenz Madrigal que la discusión de hoy es sobre el Proyecto de la Ley Orgánica del Colegio de Profesionales en Terapias Alternativas de Costa Rica, para lo cual se toman en consideración los informes de la Gerencia Médica y el criterio es de no oposición al citado Proyecto.

La Directora Alfaro Murillo señala que, en general, en esta Junta Directiva, no se oponen a los Proyectos de Ley y son complacientes.

El Director Barrantes Muñoz señala que no se opone a las terapias en absoluto, pero habría que considerar la figura de la creación del Colegio, dado que se crea el Colegio. Se supone ese aspecto implicaría que la Caja tiene que estar obligada a realizar el ejercicio profesional, pero si se tiene una profesión determinada, entonces no hace falta la formación en este campo. Por ejemplo, podría ser un excelente médico y un pésimo homeópata, de manera que es ahí donde hay una inconsistencia. Por lo tanto, si se va en una línea de profesionalización que sea consistente, pero coincide con lo que podría ser un Colegio de Terapeutas. Sí se quiere organizar y regular el servicio de este tipo de prestación de servicios alternativos de salud, lo mejor es promover la seriedad del profesional y se incorpore al Colegio respectivo.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución seguidamente se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Devandas Brenes y Loría Chaves que votan en forma negativa pues, conforme lo han planteado en la parte deliberativa, apoyan el Proyecto en consulta y concuerdan con el criterio de la Gerencia Médica.

Por lo tanto, con base en deliberado sobre el particular, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que emite criterio de oposición al Proyecto de ley consultado, que se tramita bajo el expediente N° 18.269 y en el que se agrupa terapias, oficios y no profesiones.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores excepto por los Directores Devandas Brenes y Loría Chaves que votan negativamente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 9º

Se presenta la consulta formulada en cuanto al *Expediente número 18.690, Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo (PIDE)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 18 de los corrientes, número PE.45.956-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CTE-275-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa.

Se recibe la comunicación firmada por la señora Gerente Médico, Nº GM-SJD-5637-2014, fechada 18 de setiembre del año en curso, que en adelante se transcribe:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 18 de setiembre 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 02 de octubre del 2014”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante 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.

La doctora Villalta Bonilla y la licenciad Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes; la licenciada Martha Baena Isaza y el licenciado Robert Harbotle Quirós, Asesores de la Gerencia Administrativa.

ARTICULO 10º

Se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 19.166, Proyecto ley de impuesto a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.106-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-503-2014, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Pensiones, Médica y Administrativa.

Se ha distribuido el criterio unificado de la Gerencia Administrativa contenido en el oficio número GA-20665-14, de fecha 24 de setiembre en curso que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

I. “Antecedentes

Mediante oficio CAS-503-2014 suscrito por la licenciada Ana Julia Araya A., Jefa de Área Departamento de Comisiones de la Asamblea Legislativa, solicita el criterio de la Institución, sobre el texto consulta *Impuestos a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes" expediente 19.166.*

En oficio P.E. 39.100-14, la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, Licda. Mónica Acosta Valverde, remite la solicitud mencionada a la Secretaria de Junta Directiva, Emma Zúñiga Valverde, misma que mediante nota JD-PL-060-14, de fecha 14 de agosto del año 2014, solicita a la Gerencia Administrativa, Medica y de Pensiones externar criterio referente al expediente mencionado.

II. Resumen proyecto

La iniciativa es impulsada por el Diputado Luis Alberto Vásquez Castro, se compone de 12 artículos y sus incorporación de nuevos tramos con tasas impositivas a las tarifas Impuesto sobre la renta, es decir sobre salarios mayores ₡3.384.000,00, para llevar a cabo este objetivo, pretende reformar el artículo 33 de la Ley N° 7092, Ley del Impuesto sobre la Renta del 19 de mayo de 1988 y sus reformas, modificando la escala de tarifas. Por otra parte, propone la creación del “Sistema de apoyo a las Redes de Asistencia a los indigentes y Farmacodependientes”, como un mecanismo para financiar e impulsar proyectos, públicos y privados, de apoyo a los indigentes y farmacodependientes. Indica que mediante este Sistema, se podrán financiar obras de infraestructura, alimentación, apoyo físico, médico y psicológico para los indigentes y farmacodependientes.

III. Análisis Legal

Habiéndose realizado por parte de la Asesorías de las Gerencia encargadas, el análisis integral del articulado y las motivaciones del proyecto de ley, ruego considerar los siguientes aspectos relacionados con la iniciativa:

La estructura impositiva se caracteriza por su complejidad y en ella coexisten cerca de cien impuestos y varios regímenes de exenciones.

En este sentido, tenemos los impuestos directos que recaen sobre las personas físicas y jurídicas y las tarifas se establecen dependiendo del nivel de ingresos. Los principales impuestos directos aplicables en nuestro país son los que se detallan a continuación:

- a) Impuestos sobre ingresos y utilidades.
- b) Impuestos sobre la propiedad.
- c) Impuestos aplicables a las planillas.

Impuesto sobre la renta.

Este impuesto en Costa Rica tuvo su primera aparición en noviembre de 1931 por medio de la Ley No. 40 que establece el impuesto cedular de ingresos. Como corolario de todos surge la

Ley No. 837 del 20 de diciembre de 1946, la cual fue reformada muchas veces para ser ajustada así al sistema económico imperante de la época hasta culminar con la promulgación de la Ley N° 7092 del 21 de abril de 1988, que ha sido modificada por varias Leyes, con el propósito de adecuar dicha ley a los principios de Justicia tributaria.

Este tipo de tributo está conformado actualmente por tres diferentes impuestos que son: El impuesto a las utilidades, el impuesto sobre las remesas al exterior y el impuesto sobre las rentas percibidas **por el trabajo personal dependiente o por concepto de Jubilación o Pensión**. Mismo que es el objeto del proyecto en estudio, en el cual propone modificar la escala actual de tarifas contempladas en el artículo 33 de la Ley 7092:

Actual	Propuesto
a) Las rentas de hasta ¢752.000,00 mensuales no estarán sujetas al impuesto.	a) Las rentas de hasta ¢752.000,00 mensuales no estarán sujetas al impuesto.
b) Sobre el exceso de ¢752.000,00 mensuales y hasta ¢1.128.000,00 mensuales, se pagará el diez por ciento (10%).	b) Sobre el exceso de ¢752.000,00 mensuales y hasta ¢1.128.000,00 mensuales, se pagará el diez por ciento (10%).
c) Sobre el exceso de ¢1.128.000,00 mensuales y hasta ¢3.384.000,00 mensuales se pagará el quince por ciento (15%).	c) Sobre el exceso de ¢1.128.000,00 mensuales y hasta ¢3.384.000,00 mensuales se pagará el quince por ciento (15%).
	d) Sobre el exceso de ¢3.384.000,00 mensuales y hasta ¢5.640.000,00 mensuales se pagará el veintitrés por ciento (23%).
	e) Sobre el exceso de ¢5.640.000,00 mensuales y hasta ¢9.024.000,00 mensuales se pagará el treinta y cuatro por ciento (34%).
	f) Sobre el exceso de ¢9.024.000,00 mensuales se pagará el cincuenta por ciento (50%).
	g) Las personas que obtengan rentas de las contempladas en los incisos b) y c) del artículo 32 pagarán sobre el ingreso bruto, sin deducción alguna, el quince por ciento (15%).

Habiendo analizado la naturaleza del impuesto mencionado, es importante transcribir algunos aspectos abordados legalmente por las asesorías legales:

"... Según se desprende de la lectura del citado proyecto, el legislador pretende la creación de una ley con el fin de reformar la escala de tarifas de la Ley No. 7092 del Impuesto sobre la Renta de mayo de 1988 y sus reformas, con el fin de financiar la atención de los Indigentes y Farmacodependientes, sector de la población que no ha sido atendido por el Estado de manera debida, y han sido principalmente Organizaciones No Gubernamentales las que han atendido esta población.

Como se extrae del análisis de la propuesta de ley, específicamente en el artículo 3, en relación con la creación del Sistema de Apoyo a las Redes de Asistencia a los Indigentes y Farmacodependientes, indica que estará constituido por todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, sin embargo es importante indicar que, el citado proyecto no hace mención expresa de la CCSS, ni la integra en ninguno de sus órganos, (sistema de apoyo y consejo de apoyo)...." ... Bajo esa tesis, se considera que el presente proyecto de Ley no roza con la autonomía de administración y gobierno con la que goza la Caja, ya que lo propuesto no trasciende el quehacer, las competencias y la razón de ser de la Caja Costarricense de Seguro Social" Gerencia Médica GM-SJD-5562-14.

*"...Pese a que dicho proyecto no afectaría directamente a los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, pues mantiene los tramos exentos de la aplicación del impuesto sobre la renta -punto a del artículo 1- y los rangos bajos -en cuanto al 10% y 15%-, **que son los porcentajes máximos que se aplican en las pensiones de IVM**, puesto que a las pensiones de IVM se le aplica TOPES máximos, sin embargo, debe tomarse en consideración que al cambiarse la **tasa impositiva** de la forma propuesta en el pago de los salarios denominados de lujo, puede llegar a tener una consecuencia directa o indirecta en la recaudación del seguro de salud y pensiones.*

Lo anterior, por cuanto existe un riesgo de que el aumento en la tasa impositiva reduzca los ingresos de los seguros sociales (esto se conoce como el efecto "LAFFER", el cual indica que ha ciertos niveles de aumento de las tasas impositivas la recaudación esperada más bien puede disminuirse). Gerencia de Pensiones GP-37.067-2014.

"El artículo 6 hace referencia a la conformación del Consejo de Apoyo a los Indigentes y Farmacodependientes. Debido a las funciones que se estipulan en el artículo 7 específicamente lo determinado en los incisos c), d) y e) se sugiere valorar la posibilidad de que la CCSS tenga al menos un representante en este Consejo. En conclusión y al vista del proyecto "Ley de impuesto a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes" este no modifica los tramos exentos y bajos del impuesto de renta, sino que se están incorporando nuevos tramos con tasas impositivas

mayores, de forma que mantenga la condición actual y solo se tasa en mayor proporción a los ingresos mayores, es decir, es una reforma progresista, en el tanto que con los recursos adicionales que se obtengan se financia la creación de un fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes.

Desde la óptica de la CCSS, se pueden identificar dos efectos fundamentales. Por un lado, el riesgo potencial de generar un mayor incentivo para que los trabajadores con salarios altos sub-declaren ante los seguros sociales administrativos por la institución, aunque una proporción importante de ellos, son propios de empleados públicos donde esta conducta no puede ejecutarse. Por otro lado, desde la inversión en la salud de la personas, y de acuerdo con el artículo 2 del proyecto de ley con estos recursos se pretende mejorar las condiciones socioeconómicas de este grupo poblacional y con ello se podría esperar un uso menor de algunos servicios y atenciones de salud otorgados por la CCSS, en el tanto que según Carmelo Mesa Lago, la CCSS es el principal proveedor independientemente del nivel de ingreso pero cuando las personas enferman “el grado de utilización fue más elevado entre los pobres (89%), seguido de los indigentes (83%) y fue el más bajo entre los no pobres (79.5%)”¹⁴. Gerencia Financia GF-40.679-2014.

Es necesario admitir algún grado de riesgo y por tanto deben fortalecerse las medidas las medidas de control sobre los posibles efectos que el aumento de las tasas de impuesto que gravan las rentas de trabajo pueda tener sobre distintas formas de evasión de impuestos siendo las contribuciones a la Seguridad Social uno de los tipos de impuestos cuya recaudación eventualmente podría verse afectada por la medida...” “... se estima fundamental que la institución fortalezca las medidas contra la evasión que ha venido implementando” Dirección Actuarial y Económica DAE-768-14.

IV. Conclusiones

La propuesta del proyecto versa sobre la incorporación de nuevos tramos con tasas impositivas a las tarifas del artículo 33 de la Ley 7092 Impuesto sobre la renta, es decir sobre salarios mayores €3.384.000,00.

Se pretende que dicha recaudación sea dada a organizaciones encargadas de población indigente y farmacodependiente.

El proyecto no encuentra oposición en las diferentes asesorías de las Gerencia de la Institución, en especial el áreas de Pensiones y Financiera que dentro del análisis realizado no expone oposición alguna”.

La licenciada Baena Isaza, con el apoyo de las láminas que se especifican, se refiere al criterio en consideración:

¹⁴ Mesa Lago, Carmelo: **Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean**. OPS. 1992. Pág. 104

- a) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Administrativa.

Proyecto de Ley:

“Impuestos a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a indigentes y farmacodependientes”.

GA-20665-14.

- b) Antecedentes:

- Diputado Luis Alberto Vásquez Castro.
- Se compone de 12 artículos. Incorpora nuevos tramos con tasas impositivas a las tarifas del Impuesto sobre la renta.
- Recaudos financiarán instituciones de apoyo a farmacodependientes e indigentes.

- d) Principal reforma

art. 33 ley impuesto sobre la renta

Actual	Propuesto
a) Las rentas de hasta ₡752.000,00 mensuales no estarán sujetas al impuesto.	a) Las rentas de hasta ₡752.000,00 mensuales no estarán sujetas al impuesto.
b) Sobre el exceso de ₡752.000,00 mensuales y hasta ₡1.128.000,00 mensuales, se pagará el diez por ciento (10%).	b) Sobre el exceso de ₡752.000,00 mensuales y hasta ₡1.128.000,00 mensuales, se pagará el diez por ciento (10%).
c) Sobre el exceso de ₡1.128.000,00 mensuales y hasta ₡3.384.000,00 mensuales se pagará el quince por ciento (15%).	c) Sobre el exceso de ₡1.128.000,00 mensuales y hasta ₡3.384.000,00 mensuales se pagará el quince por ciento (15%).
	d) <u>Sobre el exceso de ₡3.384.000,00 mensuales y hasta ₡5.640.000,00 mensuales se pagará el veintitrés por ciento (23%)</u>
	e) <u>Sobre el exceso de ₡5.640.000,00 mensuales y hasta ₡9.024.000,00 mensuales se pagará el treinta y cuatro por ciento (34%)</u>
	f) <u>Sobre el exceso de ₡9.024.000,00 mensuales se pagará el cincuenta por ciento (50%)</u>
	g) <u>Las personas que obtengan rentas de las contempladas en los incisos b) y c) del artículo 32 pagarán sobre el ingreso bruto, sin deducción alguna, el quince por ciento (15%)</u>

- d) Análisis:

Pensiones, Financiera, Médica, Administrativa, Dirección Actuarial:

En el análisis realizado por parte de las diferentes asesorías de las Gerencias consultadas, en especial las áreas de Pensiones y Financiera, no se manifiesta oposición alguna al Proyecto.

e) Propuesta de acuerdo:

Conocido el oficio CAS-503-2014 suscrito por la licenciada Ana Julia Araya A., Jefa de Área Departamento de Comisiones de la Asamblea Legislativa, solicita el criterio de la Institución, sobre el texto consulta *expediente número 19.166, Proyecto Impuestos a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes*. Con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en oficio GA-20665-14 de la Gerencia Administrativa, la Junta Directiva acuerda comunicar a la Comisión consultante, que este Órgano Colegiado no encuentra oposición al proyecto mencionado, que pretende reformar el artículo 33 de la ley 7093 de Impuesto sobre la Renta para utilizar los fondos impulsando proyectos de apoyo a indigentes y farmacodependientes.

A propósito de una consulta, señala la licenciada Baena Isaza que en lo esencial, el Proyecto de Ley incorpora un tramo, con tasas impositivas de tarifas en los impuestos sobre la renta y los recursos financieros que se recauden, se financie a instituciones de apoyo a farmacodependencias e indigentes. Actualmente existen tasas establecidas, así como los montos sobre los cuales se tasan los impuestos sobre la renta. El Proyecto de Ley propone que a partir de los excesos, como lo denomina la Ley, sobre el monto de tres millones trescientos ochenta y cuatro mil colones hasta los que pasen de nueve millones tenga una tasa diferente.

Ante una inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, anota la licenciada Baena Isaza que si la pensión califica sobre estos montos, se tasaría el máximo que corresponde a un 15%, pero aumenta entre el 23% y el 50%, si alcanza un monto superior a nueve millones de colones. Por otro lado, se analizó el Proyecto de Ley y no se presentó oposición en el caso de la distribución de los recursos que se recaudan. Además, lo que se busca es que esos recursos financieros se distribuyan entre organizaciones que atienden farmacodependientes e indigentes y la Caja podría estar incluida, pero es un Fondo Fiduciario para que se administren los recursos recaudados. Por otra parte, se analizó e impacto que podría producir a nivel financiero de la Institución. Repite que el destino de los recursos financieros recaudados se distribuiría, tanto en Instituciones públicas o privadas, que demuestren que manejan personas de esa naturaleza, pero no se analizaron incidencias especiales en cuanto al Sistema de Salud.

La Directora Alfaro Murillo anota que seguirá en la línea de lo que planteó en los proyectos anteriores y pregunta en qué está de acuerdo la Institución con este Proyecto de Ley, dado que cuándo se indica que la Caja está de acuerdo con el Proyecto de Ley, no lo está, o que no se opone. Cada Proyecto de Ley tiene establecida una normativa sobre diversas temáticas, a pesar de que se circunscriben en un texto, con una orientación se hace referencia a varios aspectos. Primero, si se indica que la Institución está de acuerdo con un impuesto y le parece bien que sea un 23% o un 34% y un 50%, pregunta si se tiene criterio para pronunciarse sobre los porcentajes; además, si se han analizado los intervalos en los que se planteó el incremento o el impuesto y la respuesta es en términos de que no se conoce esa información. Cuando se hace referencia a los intervalos no se tienen los insumos, hasta el punto donde se indica que son tres millones trescientos ochenta y cuatro mil colones de donde salieron esas cifras y corresponden a un 23% y a partir de un 34% hasta llegar a un 50% y, además se indica: “y las personas que obtengan renta de las contempladas en los inciso b) y c) del artículo 32°, pagarán sobre el bruto el 15%”. Se trata de un articulado complejo, profuso, de carácter tributario donde se establecen rangos y

categorías, sobre las cuales tienen que tener la información de sustento para conocer si son las que corresponden y más aún, tener conciencia de ese 23%, 34% y 50 y, luego, el inciso g) el 15%, como se sustentaron. Entonces, cuando se indica que la Institución no se opone al Proyecto de Ley, lo que se está indicando como Junta Directiva de la Caja, ella lo determinó y lo entiende perfectamente y no se opone. Consulta si los Miembros de la Junta Directiva, tienen el conocimiento tributario para partir de que esas cifras son correctas, no el fondo, porque podrían estar de acuerdo en el fondo de establecer un impuesto a ingresos de esa naturaleza, el tema de la información es la que no manejan. Adicionalmente, se crea el sistema de apoyo a las redes de asistencia de indígenas y farmacodependientes y, evidentemente, esa creación implica la creación de un Consejo que está establecido, en el artículo 5° del Consejo Rector de Apoyo a los indigentes y farmacodependientes Este Consejo lo integran los Ministerios de la Presidencia, de Planificación Nacional, la Junta de Protección Social, el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, esas instituciones están en la Comisión Mixta de Atención Indígena y, además, la Caja no está. Entonces, por qué estar de acuerdo con un Proyecto de Ley en que además van a recoger recursos financieros y se distribuirán esos recursos y no está incluida la Caja. Continúa leyendo las funciones del Consejo y en el punto 7) se está creando una instancia, que va a tomar decisiones en relación con estos fondos y no hace referencia de que se le asignarán recursos a la Caja, ese aspecto lo define el fondo y, seguramente, no se le asignarán recursos a la Institución, pero si está incluida la Junta de Protección Social y otras instituciones, que hoy administran fondos suficientes para distribuir en el Sistema de Atención Social de este país. Ante esos argumentos, en este momento está en una absoluta imposibilidad, de votar un Proyecto de Ley de esa naturaleza donde no se tiene claro si la Caja se opone o no. Le parece que en este momento lo más importante es indicar no se tiene el criterio, ni se conoce los fundamentos que generaron esta propuesta y, por tanto, no se manifestará el criterio y estima que es lo más razonable que se puede hacer. Manifiesta que este tema, es una materia muy compleja. Por otra parte, justifica su voto negativo no porque entiende la complejidad conceptual y operativa de un Proyecto de Ley como estos, sino que no tiene los elementos suficientes para votar positivo. Cree que la conclusión razonable de una Junta Directiva como esta, sería en términos de que no se tiene suficiente criterio y no se van a pronunciar.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación por la forma en que está redactada la propuesta de acuerdo. Le parece que el proyecto como tal, tiene unas contradicciones con algunos lineamientos que el nuevo Gobierno está planteando en la materia, para disminuir la pobreza, es decir, uno de los argumentos que más se está dando, es que todos los recursos para ese fin, están diseminados en más de veinte organizaciones y crean una más. Por otro lado, no tiene criterio para que se grave la pensión de un pensionado y no se podría hacer. Comenta que el día de ayer se reunió con los pensionados de las universidades que, además, fueron los que más apoyaron al Gobierno y manifestaron su preocupación, porque les parece que establecen reglas sin criterios técnicos. Por ejemplo, cuando se indica que se le establece un 50% para que se disminuya la pensión y no es lo mismo, indicar que ganan cinco millones de colones y con los rebajos, gana dos millones y medio de colones, pero de acuerdo con el Proyecto de Ley, tasan la imposición sin diferenciar si los pensionados son de la Corte Suprema de Justicia o del Magisterio Nacional y se podrían afectar muchas personas. Como ilustración, cuando una persona se pensiona con un salario de tres millones de colones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), se le paga una pensión de millón quinientos mil colones, se está empobreciendo y se está teniendo a una persona adulta mayor, con menos ingresos y,

eventualmente, con una enfermedad crónica. Reitera su preocupación y antes de tomar una decisión le gustaría conocer a qué pensionados se estaría afectando, de qué sectores son, de qué instituciones, cuánto tiempo trabajaron y cuánto aportaron. No estaría de acuerdo en votar positivo ese Proyecto de Ley.

Por consiguiente, con base en lo deliberado y con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en el citado oficio número GA-20665-14, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que, del estudio integral del texto, no se desprenden los elementos técnicos o metodológicos utilizados para la propuesta de regulación que permitan realizar un análisis objetivo, razón por la cual la Institución no puede emitir criterio.

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 11º

Se tiene a la vista la consulta respecto del Expediente número 19.092, *Proyecto Código de normas de conducta del servidor público*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 11 de los corrientes, número PE.45.868-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CG-331-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Administrativa, contenido en el oficio número GA-20637-2014 de fecha 22 de setiembre en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“Proyecto de Ley:

“Código de Normas de Conducta del Servidor Público.” Expediente Nº 19.092

I. Antecedentes

Mediante oficio CG-331-2014 suscrito por la licenciada Erika Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno de la Asamblea Legislativa, solicita el criterio de la Institución, sobre el texto consulta *expediente número 19.092, Proyecto Código de Normas de Conducta del Servidor Público*.

En oficio P.E. 45.868-14, la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, Licda. Mónica Acosta Valverde, remite la solicitud mencionada a la Secretaria de Junta Directiva, Emma Zúñiga Valverde. Misma que mediante nota JD-PL-064-14, de fecha 11 de setiembre del año 2014, solicita a la Gerencia Administrativa externar criterio referente al expediente mencionado.

II. Resumen proyecto

La iniciativa es impulsada por la Diputada Yolanda Acuña Castro, propone la creación de un código de ética que rija para todos los funcionarios públicos del país, señala la exposición de

motivos que Costa Rica es el único país de Latinoamérica que carece de legislación sobre la ética en la función pública.

El Proyecto retoma el texto presentado en el año 1995, por la fracción del Partido Liberación Nacional a iniciativa del exdiputado Ottón Solís Fallas y que fuera archivado por el transcurso del plazo reglamentario sin que se obtuviera nuevo dictamen.

III. Análisis Legal

Habiéndose realizado por parte de la Asesoría Legal de la Gerencia y la Dirección Bienestar Laboral el análisis integral del articulado y las motivaciones del proyecto de ley, ruego considerar los siguientes aspectos relacionados con la iniciativa:

De previo al análisis del articulado, es importante señalar algunas apreciaciones sobre los códigos de ética:

La ética está vinculada a la moral y establece lo que es bueno, malo, permitido o deseado respecto a una acción o una decisión. El concepto proviene del griego *ethikos*, que significa “carácter”. Puede definirse a la ética como la ciencia del comportamiento moral, ya que estudia y determina cómo deben actuar los integrantes de una sociedad.¹⁵

Un código, por su parte, es una combinación de signos que tiene un determinado valor dentro de un sistema establecido. En el derecho, se conoce como código al conjunto de normas que regulan una materia determinada. Un código de ética, por lo tanto, fija normas que regulan los comportamientos de las personas dentro de una empresa u organización. Aunque la ética no es coactiva (no impone castigos legales), el código de ética supone una normativa interna de cumplimiento obligatorio. El principal objetivo de estos códigos es mantener una línea de comportamiento uniforme entre todos los integrantes de una empresa¹⁶

Es decir, los códigos de ética tienen como finalidad establecer un marco ético, de principios y de valores, que deben prevalecer en las actuaciones que realizan los funcionarios, como guías y norte en el cumplimiento de sus actividades, a fin de procurar el bien común, no representa normas de conducta, sino más bien un instrumento de valores compartidos que el funcionario reconoce como propios y que son utilizados en el ejercicio de su función.

Es en tales líneas que consideramos que la propuesta de regulación del proyecto, rebasa los alcances requeridos para un código de ética, que en tesis de principio establece parámetros o principios deontológicos, de concientización e identificación de funcionario con la entidad que represente y no como una normativa represiva o sancionatoria.

Exponemos a continuación algunos artículos de la propuesta legislativa, que no solo no responden al espíritu de una normativa ética, sino que además podría presentar conflictos con normativa vigente del país:

¹⁵ <http://definicion.de/codigo-de-etica/> consultada en fecha 22 de setiembre 2014

¹⁶ *Ibídem*

Artículo 14: El mencionado ítem, señala el deber de excusarse de participar en actos que ocasionen conflictos de interés, es importante señalar que se trata de un comportamiento ya regulado tanto en materia penal como civil con los motivos de recusación y abstención, se trata más de una conducta legal que ética, por lo que no se considera necesario establecerla en la normativa propuesta.

Artículo 15, 16, 17 y 18: correspondiente al capítulo de prohibiciones, tal como se ha venido mencionando, debería de establecerse parámetros éticos generales y no conductas específicas, mismas que ya están debidamente en otras normativas de carácter sancionador, como la Ley General de Administración Pública, Ley Contra el Enriquecimiento Ilícito, ley control interno entre otras.

Capítulo VI: Sanciones, en la misma línea anterior el código de ética no debe establecer de forma específica las sanciones como el proyecto de ley pretende, el carácter sancionatorio de la norma debe estar establecido en cada falta y esta a su vez debidamente tipificada en la normativa correspondiente.

Capítulo VII: De la Comisión de Ética. Se contempla la creación de Comisiones de Ética y les asigna potestades para juzgar y sancionar, lo que entrarían en un conflicto de competencias con las diversas formas y entes encargados actualmente de valorar los temas de incumplimiento de normas jurídicas y disciplinarias.

También es necesario considerar que ya existen comisiones de ética y valores (creadas mediante el Decreto Ejecutivo No. 23944-JC publicado en la Gaceta No. 25 del 03 de febrero de 1995) pero cuya conformación y funciones vienen dadas mediante los lineamientos de la Comisión Nacional de Rescate de Valores y son distintos, en algunos casos, de los señalados en este proyecto de ley.

A pesar de que en la presentación del proyecto se destaca la importancia de atender el elemento preventivo o formativo, en las funciones de la comisión ética del proyecto, artículo 26, únicamente se señala como tarea en este tema divulgar y promover los principios éticos del servicio público entre los funcionarios de la institución, para lo cual tampoco se dispone de un órgano nacional que pueda darles dirección, y orientación técnica, como lo hace la Comisión Nacional de Rescate de Valores.

Es decir, la aprobación de este proyecto implicaría la existencia simultánea de dos tipos de Comisiones de Ética en las instituciones, unas (las actuales), dedicadas a la formación, gestión y fortalecimiento de la ética en las instituciones y otras (las que crearía este proyecto), en franca competencia con los órganos disciplinarios existentes establecidos en la ley general de Administración Pública, lo que sería contraproducente.

Capítulo VIII: La Participación ciudadana en el control del ejercicio de la función pública. Se trata de un tema ya regulado y de competencia de otras instancias como la Defensoría de los Habitantes, Contralorías de Servicios entre otros, no es materia de un código de ética.

IV. Conclusiones

Los códigos de ética tienen como finalidad establecer un marco ético, de principios y de valores, que deben prevalecer en las actuaciones que realizan los funcionarios, como guías y norte en el cumplimiento de sus actividades.

Las restricciones y sanciones del ámbito administrativo y disciplinario jurídicos, no deben ser materia del código de ética, puesto que se encuentran abarcados en normas legales.

El Sistema Nacional de Ética y Valores, es el encargado actualmente de promover y conducir técnicamente la gestión ética en las instituciones públicas, siguiendo los lineamientos de la Comisión Nacional de Rescate de Valores, la creación de la Comisión de ética propuesta, generaría duplicidad de funciones y competencias ...”.

La licenciada Baena Isaza se refiere al criterio en consideración, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Administrativa
Proyecto de Ley:
“Código de Normas de Conducta del Servidor Público.” Expediente N° 19.092.
GA-20637-14.
- ii) Antecedentes.
- iii) Análisis.
 - Prohibiciones y sanciones.
 - Ley General Administración Pública.
 - Ley Contra el Enriquecimiento Ilícito.
 - Ley control interno.
 - Creación de Comisiones de Ética.
 - Ya existen.
 - Comisión Nacional Rescate de valores.
 - Participación ciudadana en el control.
 - Ya está normado Defensoría de los Habitantes, Contralorías de Servicios.
- iv) De los Códigos de Ética.
 - Tienen como finalidad establecer un marco ético, de principios y de valores, que deben prevalecer en las actuaciones que realizan los funcionarios, como guías y norte en el cumplimiento de sus actividades.

Las restricciones y sanciones del ámbito administrativo y disciplinario jurídicos no deben ser materia del código de ética, puesto que se encuentran abarcados en normas legales.

v) Propuesta de acuerdo:

- Conocido el oficio CG-331-2014 suscrito por la licenciada Erika Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno de la Asamblea Legislativa, mediante el cual solicita el criterio de la Institución, sobre el texto del *expediente número 19092, Proyecto Código de Normas de Conducta del Servidor Público*. Con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en oficio GA-20637-14 de la Gerencia Administrativa, la Junta Directiva acuerda comunicar a la Comisión consultante, que este Órgano Colegiado se opone el proyecto mencionado, en virtud de que la propuesta se aleja de los parámetros que rigen los códigos de ética que establecen principios éticos y valores deontológicos más no sanciones, adicionalmente establece duplicidad de funciones y competencias con otros organismos de estado.

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la licenciada Martha Baena Isaza, Asesora de la Gerencia Administrativa, con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en el citado oficio número GA-20637-14, la Junta Directiva –por mayoría, en virtud de que votan negativamente los Directores Devandas Brenes y Gutiérrez Jiménez- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que este Órgano Colegiado se opone el proyecto mencionado, en virtud de que la propuesta se aleja de los parámetros que rigen los códigos de ética que establecen principios éticos y valores deontológicos más no sanciones; adicionalmente establece duplicidad de funciones y competencias con otros organismos de Estado.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Devandas Brenes y Gutiérrez Jiménez que votan en forma negativa. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 12°

Se tiene a la vista el *Expediente número 19.070, Derogatoria de leyes caducas o históricamente obsoletas para la depuración del ordenamiento jurídico (tercera parte pensiones)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación recibida por el correo electrónico, enviada por la Master Georgina García Rojas, Asesora Parlamentaria, Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio a las Gerencias Médica y Administrativa.

Se recibe el criterio unificado de la Gerencia Administrativa, contenido en el oficio número GA-20578-14, de fecha 12 de setiembre en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

I. “Antecedentes

El 25 de agosto de 2014 la Máster Georgina García Rojas, Asesora Parlamentaria del Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa consulta a la Caja el proyecto de ley mencionado en el asunto.

Mediante oficio JD-PL-062-14 del 5 de setiembre de 2014 la Secretaria Junta Directiva solicitó a las Gerencias Médica y Administrativa, externar criterio y que esta última remita el criterio unificado para la sesión del 18 de setiembre de 2014.

El contenido del Proyecto de Ley mencionado ya había sido consultado a la Caja el 8 de agosto de 2013, por la Comisión de Depuración de Leyes nombrada por el Directorio Legislativo de la Asamblea Legislativa. En aquella oportunidad la Gerencia de Pensiones, a través del oficio GP 33.773-13 del 18 de setiembre de 2013 consolidó el criterio respectivo y dispuso:

“...I. Criterio de la Dirección Financiera Administrativa

La Dirección Financiera Administrativa mediante oficio DFA-1677-2013, recibido el 10 de setiembre del 2013, traslada el criterio emitido por la Asesoría Legal de esa Dirección, mismo que fue emitido mediante oficio DFA-1603-2013, los cuales se adjuntan, siendo que al respecto se señaló:

“Conclusiones y Recomendaciones:

Con vista en las consideraciones expuestas a lo largo del presente documento, y estudiados los textos de las normas facilitadas por la Gerencia de Pensiones, esta asesoría legal concluyendo nuevamente que las leyes bajo estudio no tienen relación con los procesos sustantivos que se desarrollan en la Dirección Financiera Administrativa y por ende, no se presenta objeción alguna a la propuesta suministrada por la comisión legislativa, toda vez que las mismas corresponden a pensiones otorgadas por el Estado a cargo del erario público”.

I. Criterio de la Dirección de Calificación de la Invalidez

La Dirección de Calificación de la Invalidez mediante oficio DCI-640-2013, recibido el 10 de setiembre de 2013, presenta el criterio respecto al texto en consulta y cita lo señalado por la Asesoría Legal de esa Dirección mediante oficio CL-07 de fecha 5 de setiembre de 2013, siendo que al respecto se señaló:

“Conclusión:

- 1. Las Leyes sometidas a análisis son anteriores a la fecha de creación de la institución.*
- 2. La Comisión de Depuración de Leyes solicitó criterio a la institución por cuanto dichas leyes regulan materia que actualmente es competencia de la institución.*
- 3. La Dirección de Calificación de la Invalidez no está en posición de emitir criterio en cuanto a la derogatoria o permanencia de dichas leyes en razón de que las mismas no tienen relación alguna con el quehacer de esta dependencia y su derogatoria o subsistencia no afecta en nada las funciones ejecutadas.*

Recomendación:

Las suscritas recomiendan indicar a la Gerencia de Pensiones, que dichas leyes, no están dentro del ámbito de competencia de esta Dirección, pues dichas competencias no contemplan el otorgamiento, aumento, prorroga o restablecimiento de pensiones, ni la creación de impuestos, rentas u obras destinadas a la atención de la salud”.

II. Criterio de la Dirección de Inversiones

La Dirección de Inversiones mediante oficio DI-1341-2013 de fecha 11 de setiembre del 2013, el cual se adjunta, presenta el criterio respecto al texto en consulta, siendo que sobre el particular se señaló:

“(...) le comunico que nuevamente se analizó de forma integral los textos de las leyes remitidas en consulta por parte de la Comisión de Depuración de Leyes de la Asamblea Legislativa, dando como resultado que en su mayoría corresponden a decretos relacionados al tema de beneficio de pensión vitalicio, construcción de puentes, creación de nuevos cantones y asignación de recursos, asimismo en su mayoría corresponden a leyes decretadas antes de la creación de la Institución.

Por lo anterior, no se encuentra relación con el tema de inversiones en valores del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”.

III. Criterio de la Dirección de Prestaciones Sociales

La Dirección de Prestaciones Sociales mediante Memorando DPS-559-2013 de fecha 12 de setiembre de 2013, señaló:

“(...) relacionado con el análisis y criterio de la Comisión de Depuración de Leyes, se informa que se revisaron las leyes enviadas y ninguna es competencia de esta Unidad”.

IV. Criterio de la Dirección Administración de Pensiones

La Dirección Administración de Pensiones mediante oficio DAP-1435-2013 de fecha 13 de setiembre del 2013, traslada los criterios emitidos por la Asesoría Legal de esa Dirección mediante oficios SACI-0658-2013/DAP-AL-138-2013, DAP-AL-137-2013, DAP-AL-139-2013-ACICP-570-2013, los cuales se adjuntan, siendo que al respecto se señaló:

“(...) Las 140 leyes que se han analizado fueron promulgadas hace más de 100 años. En su mayoría, se refieren a otorgamientos de pensiones (a soldados sobrevivientes de la Campaña Nacional de 1856 y 1857, a personas que ejercieron cargos militares, a sus viudas e hijos, a ex-servidores del Gobierno, a sus viudas e hijos, a personas que trabajaron en la Fábrica Nacional de Licores, a sus viudas e hijos, a personas que trabajaron en la enseñanza pública, a personas por su extrema pobreza, por avanzada edad, por incapacidad para el trabajo, etc.)

Algunas de esas pensiones se pagarían con fondos del Tesoro Público, y en otros casos, se desconoce de dónde provendrían los fondos para cubrirlas en razón de que las leyes no lo indican. Por otra parte, existen casos en donde se otorgaron pensiones por un plazo determinado, -por ejemplo, 4 años-, por lo que habiéndose cumplido el plazo para el cual se establecieron las pensiones, podría considerarse que las normas que las otorgaron, ya se encuentran derogadas automáticamente.

A pesar de que lo relativo al ingreso, custodia, gasto, inversión y traslado del Tesoro Público es de interés de todos los ciudadanos, debe tenerse en cuenta que la CCSS se creó en 1941, y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte se creó hasta en 1947, por lo

que, a criterio de esta Dirección, la derogatoria de las leyes analizadas de ninguna manera afecta este Régimen. Además, lo más probable es que las personas a quienes esas leyes beneficiaron, ya se encuentren fallecidas.

En razón de lo expuesto, no existe razón alguna para recomendar criterio de oposición ante la eventual derogatoria de las leyes analizadas”.

V. Criterio de la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones

La Asesoría Legal de este Despacho, mediante oficio ALGP-538-2013, suscrito por la Licda. Laura Monge Chaves, abogada y la Licda. Lorena Barquero Fallas, Asesora Legal, presentan el criterio requerido, siendo que al respecto señalaron:

“IV. Conclusiones:

Del análisis de las leyes remitidas para consulta, se concluye:

- 1. Que se trasladaron para análisis 140 leyes, por lo que al respecto, las mismas pueden dividirse en dos grupos, el primero, las leyes que se refieren a la creación de centros hospitalarios, tales como el Hospital San Juan de Dios, su financiamiento, la construcción del Hospital Junta Caridad Naranjo y la construcción del edificio para enfermos contagiosos, siendo que el criterio relativo a dicho grupo corresponde al ámbito de competencia de la Gerencia Médica.*
- 2. Que en el listado remitido por la Comisión de Depuración de Leyes se señala que la ley 40 de fecha 12 de julio de 1905, colección de leyes de 1905, Semestre: 2, Tomo 2, pág. 41, asigna una pensión, no obstante revisada la misma, se determina que el texto se refiere a la creación de un nuevo cantón en la provincia de Heredia, que se denominará cantón de San Isidro, por lo que no tiene relación alguna con pensiones.*
- 3. Que el grupo que se refiere a las pensiones concedidas a particulares, sean estas vitalicias, de restablecimiento de pensiones, las pensiones otorgadas a músicos de Bandas Militares, las pensiones otorgadas a soldados sobrevivientes de la Campaña Nacional y a los educadores, una vez revisadas y analizadas las mismas, se comprueba que la fecha de aprobación oscila entre 1826 a 1913 cuando ni siquiera se había creado la Caja Costarricense de Seguro Social.*
- 4. Que es hasta el 1 de noviembre de 1941, que el Poder Legislativo mediante Ley n° 17 crea la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de aplicar el Seguro Social obligatorio e incrementar el voluntario, posteriormente, se incorpora en la Constitución Política de 1949, en el artículo 73 que la administración y gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma y el 12 de mayo de 1961 por medio de la ley N° 2737 se reforma el artículo 73 de la Constitución Política, reforma en la que se dispuso que la administración y el gobierno de los seguros sociales estarían a cargo de una institución autónoma **denominada Caja Costarricense de Seguro Social.***

5. *Que al menos respecto al tema de pensiones la aplicación de las leyes sometidas a consulta correspondió a otras instituciones del Estado y no a la Caja por cuanto a la fecha de emisión de las mismas, la institución no se había creado.*
6. *Que respecto a la solicitud de emitir criterio en cuanto a si se recomienda la derogación o no de las leyes remitidas para estudio, es menester señalar que dado que dichas leyes se establecieron antes de la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, no se podría emitir criterio respecto a si procede o no su derogación, por lo que lo oportuno es que se consulte a la institución estatal a la cual correspondió la aplicación de las mismas.*

Así las cosas, esta Asesoría considera pertinente que esa Gerencia recomiende a la Junta Directiva que acuerde comunicar a la Comisión de Depuración de Leyes que en cuanto al tema de pensiones, resorte de esa Gerencia, dado que la fecha de aprobación de las leyes remitidas a consulta, oscila entre 1826 a 1913 cuando ni siquiera se había creado la Caja Costarricense de Seguro Social, las mismas no son de aplicación en la Caja Costarricense de Seguro Social por lo que lo procedente es que se consulte a la institución estatal a la cual correspondió la aplicación de las mismas la procedencia o no de su derogación”.

VI. Criterio de la Gerencia Médica

Por su parte, la Gerencia Médica mediante oficio GM-39053-AA-13 de fecha 13 de setiembre del 2013, presentado ante la Gerencia de Pensiones el 18 de setiembre de 2013, el cual se adjunta, presenta el criterio respectivo en el que se exponen las siguientes consideraciones:

“(...) si bien es cierto, se promulgaron leyes, anteriores a la difusión de Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, referente a la creación de hospitales, los cuales fueron administrados por la Junta de Protección Social. La Asamblea Legislativa con la promulgación de la Ley Nº 5349 de 24 de setiembre de 1973, integró los servicios de salud a nivel nacional, realizando así, el traslado de los Hospitales que administraba la Junta de Protección Social, a la Caja Costarricense del Seguro Social. Véase que el Artículo 8, de ese mismo cuerpo legal, señala: “... Esta ley es de orden público, deroga todas las disposiciones legales anteriores en cuanto se le opongan y rige a partir de su publicación...”.- La cursiva no es del original-

En virtud de lo anterior, esta Gerencia, no considera necesario, pronunciarse al respecto, ya que, la Ley número 5349, derogó las disposiciones legales, que habían fundado hospitales”.

VII. Criterio de la Gerencia Administrativa.

La Gerencia Administrativa mediante oficio GA-28232-13 de fecha 16 de setiembre del 2013, presentado ante la Gerencia de Pensiones el 18 de setiembre de 2013, el cual se adjunta, presenta el criterio respectivo en el que se exponen las siguientes consideraciones:

“Esta Gerencia considera que el listado de leyes indicado, al tratarse de normas anteriores a la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, y al versar exclusivamente sobre tópicos de Pensiones y Hospitales, constituyen temas que escapan a las competencias de ésta dependencia, y en este sentido informa que esta dependencia no tiene observaciones al respecto...”

II. Objeto del proyecto

El proyecto de ley pretende derogar 139 leyes caducas o históricamente obsoletas con el fin de depurar el ordenamiento jurídico costarricense. Se trata principalmente de leyes del período de 1826 a 1913 relacionadas con el otorgamiento de pensiones, y la creación, financiamiento de hospitales nacionales.

III. Acuerdo de la Junta Directiva, artículo 7° de la sesión N° 8662, celebrada el 19 de setiembre de 2013.

Respecto del oficio N° GP 33.773-13 del 18 de setiembre de 2013 de la Gerencia de Pensiones por medio del cual se unificó los criterios con relación al proyecto de ley consultado, la Junta Directiva en el artículo 7° de la sesión N° 8662, celebrada el 19 de setiembre de 2013, dispuso:

“...comunicar a la Comisión de Depuración de Leyes que, respecto del tema de pensiones, la fecha de aprobación de las leyes remitidas en consulta, oscila entre 1826 a 1913, sea normas anteriores a la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que dichas leyes no son de aplicación en la Institución, siendo lo procedente que la Comisión de Depuración de Leyes consulte a la institución estatal a la cual correspondió su aplicación la pertinencia o no de su derogación. Asimismo, dado que la Asamblea Legislativa con la promulgación de la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973 integró los servicios de salud a nivel nacional, realizando así el traslado de los hospitales que administraba la Junta de Protección Social a la Caja Costarricense del Seguro Social, dicha Ley derogó las disposiciones legales que habían fundado hospitales. Por último, se aclara que en el listado remitido por la Comisión de Depuración de Leyes se señala que la Ley 40 de fecha 12 de julio de 1905 asigna una pensión; no obstante, revisado su texto, se determina que se refiere a la creación de un nuevo cantón en la Provincia de Heredia, sea el Cantón de San Isidro, por lo que la norma consultada no tiene relación con el ámbito de competencia institucional...”

Por su parte, la Gerencia Médica mediante oficio GM-AJD-5607-2014 del 8 de setiembre de 2014 concluyó:

“...Con base en lo expuesto, esta Gerencia encuentra que el proyecto de ley aquí consultado, no contiene ningún roce de legalidad ni interfiere con las competencias institucionales, por lo que no existe motivo alguno para oponerse al mismo ...” ...”

El licenciado Harbotle Quirós presenta el criterio en consideración, con base en las siguientes láminas:

I) **PROYECTO DE LEY “DEROGATORIA DE LEYES CADUCAS O HISTÓRICAMENTE OBSOLETAS PARA LA DEPURACIÓN DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO (TERCERA PARTE PENSIONES)”**

Expediente Legislativo 19.019

Promueve Gloria Bejarano Almada

GA-20578-2014.

II) Proyecto de ley:

- a) Fue consultado a la Caja el 8 de agosto de 2013, por la Comisión de Depuración de Leyes designada por el Directorio Legislativo.
- b) La Junta Directiva en el artículo 7 de la sesión Nº 8662 del 19 de setiembre de 2013, dispuso que se trata de normas anteriores a la creación de la CAJA, inaplicables a la Institución.

III) Objetivo del Proyecto:

Derogar 139 leyes caducas o históricamente obsoletas con el fin de depurar el ordenamiento jurídico costarricense.

- Se trata de leyes de 1826 a 1913 relacionadas con el otorgamiento de pensiones, y la creación, financiamiento de hospitales nacionales.

IV) Propuesta de acuerdo:

- Con relación a la consulta realizada a la Caja por la Asesora Parlamentaria del Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa sobre el proyecto de ley “DEROGATORIA DE LEYES CADUCAS O HISTÓRICAMENTE OBSOLETAS PARA LA DEPURACIÓN DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO (TERCERA PARTE PENSIONES)”, la Junta Directiva acuerda: no objetar el proyecto de ley mencionado, por cuanto el mismo no contiene ningún roce de legalidad, ni interfiere con las competencias institucionales. En ese sentido, se reitera, en lo pertinente, lo dispuesto por este órgano colegiado en el artículo 7 de la sesión Nº 8662, celebrada el 19 de setiembre de 2013.

Por lo tanto, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del licenciado Robert Harbotle Quirós, Asesor de la Gerencia Administrativa, la Junta Directiva –en forma –unánime- **ACUERDA** comunicar a la instancia consultante que no objeta el Proyecto de ley mencionado, por cuanto no contiene ningún roce de legalidad, ni interfiere con las competencias institucionales. En ese sentido, se reitera lo dispuesto por este órgano colegiado en el artículo 7º de la sesión Nº 8662, celebrada el 19 de setiembre del año 2013, una copia del cual se remite.

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

Se retiran del salón de sesiones los licenciados Campos Montes y Harbotle Quirós, y la licenciada Baena Isaza.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Miguel Pacheco Ramírez, Gerente de Pensiones, y la licenciada Alejandra Salazar Ureña, abogada de la Gerencia de Pensiones.

ARTICULO 13°

Se presenta la consulta en cuanto al *Expediente número 19091, Proyecto interpretación auténtica del artículo 38° de la Ley 7302, creación del Régimen General de Pensiones con cargo al presupuesto nacional, de otros regímenes especiales y reforma a la Ley número 7092 del 21 de abril de 1988 y sus reformas, Ley del impuesto sobre la renta del 15 de julio de 1992*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.102-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, suscrita por la señora Noemy Gutiérrez Medina, de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

Se tiene la a vista el criterio de la Gerencia de Pensiones, en el oficio número GP-37.112-14, del 9 de setiembre del año en curso, suscrito por el señor Gerente de Pensiones que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“Antecedentes

Mediante nota de fecha 13 de agosto del 2014, la Sra. Noemy Gutiérrez Medina, Comisión de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, comunica que en la sesión N° 16 del 12 de agosto del año 2014, se aprobó moción para que se consulte a la Institución respecto al Proyecto de Ley Interpretación auténtica del artículo 38 de la Ley N.° 7302, Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y reforma a la Ley N.° 7092 de 21 de abril de 1988 y sus reformas, Ley del Impuesto sobre la Renta, de 15 de julio de 1992”, expediente N.° 19.091

La Secretaría de Junta Directiva mediante oficio JD-PL-058-14 de fecha 14 de agosto del 2014 solicita a la Gerencia de Pensiones externar criterio en torno al proyecto consultado para la sesión de Junta Directiva del 21 de junio del 2014.

Mediante oficio N° GP-36.232-14 del 19 de agosto del 2014 se sometió a consideración de la Junta Directiva solicitar a la comisión consultante un plazo adicional de 15 días hábiles para emitir el criterio solicitado.

A efecto de atender lo requerido, esta Gerencia mediante misiva N° GP-36.211-14 solicitó a la Dirección Administración de Pensiones y a la Asesoría Legal del despacho analizar el texto del proyecto objeto de consulta y emitir el criterio técnico-legal correspondiente.

Asimismo, la Dirección Administración de Pensiones estimó pertinente consultar a la Dirección Actuarial y Económica.

VIII. Texto del proyecto de ley en consulta

El texto vigente del artículo 38 de la Ley N° 7302 señala que

Texto actual
ARTÍCULO 38.- A partir de la vigencia de esta Ley, todas las personas que se incorporen a trabajar por primera vez en el Poder Ejecutivo y en el Poder Legislativo, en el Tribunal Supremo de Elecciones, en las municipalidades, en las instituciones autónomas, en las demás instituciones descentralizadas y en las sociedades anónimas propiedad del Estado, solamente podrán

pensionarse o jubilarse mediante el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, sin perjuicio de que puedan acogerse a sistemas complementarios de pensiones. Se exceptúa de esta disposición a los funcionarios que ingresen a laborar en el Magisterio Nacional, en el Poder Judicial y a los Presidentes de la República, quienes quedan protegidos por su respectivo régimen de pensiones y jubilaciones.

El texto del proyecto de ley en consulta, -el cual interpretaría de manera auténtica el artículo 38 vigente de la Ley N° 7302-, establece:

Interpretación propuesta

ARTÍCULO ÚNICO.-

Interprétese de manera auténtica el artículo treinta y ocho de la Ley N.º 7302, “*Creación del Régimen General de Pensiones con Cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y Reforma a la Ley N.º 7092 del 21 de abril de 1988 y sus reformas. Ley del Impuesto sobre la Renta, del 15 de julio de 1992*”, en el sentido que los empleados y funcionarios de la Asamblea Legislativa que ingresaron a laborar a la institución antes de la vigencia de esta Ley, podrán tramitar su pensión o jubilación por medio de la Ley N.º 148, sin más trámite que estar cotizando para este régimen al momento de solicitar la pensión o jubilación y cumplir con las cuotas y edad correspondientes.

IX. Criterio Técnico-Legal de la Gerencia de Pensiones

Una vez analizados los criterios de la Dirección Administración de Pensiones, la Dirección Actuarial y Económica y la Asesoría Legal de este Despacho, -mismos que fueron emitidos mediante los oficios adjuntos DAP-1483-2014 del 03 de setiembre del (DAP-AL-109-2014/ACICP-782-2014), DAE-752-14 del 02 de setiembre del 2014, ALGP 487-2014 del 01 de setiembre del 2014 y ALGP-513-2014 del 08 de setiembre del 2014, respectivamente)-, es criterio de esta Gerencia, tal y como lo expone la Dirección Administración de Pensiones en el documento presentado, el siguiente:

A. La constitucionalidad del Proyecto de Ley que se consulta

El Proyecto de Ley que se analiza, aunque en principio no afecta directamente el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en opinión de esta Gerencia, tiene serios roces de constitucionalidad según se explica a continuación:

1. Violación al principio de seguridad jurídica, los principios de igualdad y no discriminación y el principio de razonabilidad

Las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar son personas que deben pensionarse por el Régimen General de Pensiones, que fue creado por la Ley N° 7302,

‘Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y Reforma a la Ley N° 7092 del 21 de abril de 1988 y sus reformas, - Ley del Impuesto sobre la Renta-’ (Ley Marco de Pensiones), publicada en La Gaceta N° 134 del 15 de julio de 1992.

El espíritu de la Ley N° 7302, fue:

- a. Ordenar el Sistema Nacional de Pensiones unificando unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, *-con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de Pensiones del Poder Judicial y el Régimen de los Presidentes de la República-*, ya que se determinó que *“los regímenes especiales de pensión no son viables financieramente, su sistema privilegiado de beneficios es injustificable desde un punto de vista de equidad, su costo para el Estado es enorme y creciente, su impacto en la distribución del ingreso es regresivo, los mismos provocan un efecto de demostración perverso para el resto de la seguridad social y tienen el potencial para desestabilizar la economía del país.”*¹⁷, y en el mismo sentido, que *“los distintos regímenes de pensión para funcionarios y empleados de la Administración Pública, adolecen de uniformidad en los requisitos de edad, tiempo de servicio y cálculo del monto; lo que ha originado desigualdad en los beneficios que se conceden y, más grave aún, con un costo económico muy alto para el erario público.”*¹⁸
- b. Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, *-menos los que ingresaran al Magisterio Nacional y al Poder Judicial, y los Presidentes de la República-*, 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-*.

El artículo 1 de la N° 7302 crea el Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional e indica que el otorgamiento de todas las jubilaciones y pensiones de los regímenes contributivos que tengan como base la prestación de servicio al Estado, originada con anterioridad a la entrada en vigencia de dicha ley y cuyo pago esté a cargo del Presupuesto Nacional, se ajustará en lo sucesivo a ese Régimen. No obstante, el Proyecto que se analiza pretende interpretar el artículo 38 de manera aislada al resto de la ley de marras, ya que si bien es cierto, ese artículo establece que todas las personas que a partir de la vigencia de la ley citada se incorporen a trabajar por primera vez en el Poder Legislativo, -que es el que interesa para el Proyecto que se analiza-, (y otras instituciones que señala), se pensionarán por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el Proyecto omite el hecho de que conformidad con el artículo 1, las personas que estuvieran trabajando en dicho Poder y las demás instituciones que el artículo cita, antes de que la Ley N° 7302 entrara en vigencia, deberán pensionarse según las reglas creadas para el Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, y no por reglas de regímenes

¹⁷ **Estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país**, que fue realizado en 1988 por Carmelo Meza Lago, Catedrático de Economía de la Universidad de Pittsburg y Consultor para "Development Technologies, Inc."

¹⁸ Exposición de motivos del proyecto de ley presentado a la Asamblea Legislativa por el Presidente de la República y el Ministro de Hacienda de ese momento, Rafael Ángel Calderón Fournier y Rodolfo Méndez Mata, respectivamente.

que quedaron extintos al promulgarse la ley, -como pretende el Proyecto al señalar que estas personas tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148-.

Lo anterior evidentemente violentaría **el principio de seguridad jurídica**¹⁹ y propiciaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello, infringiendo también **los principios de igualdad y no discriminación**²⁰, y **el principio de razonabilidad**²¹, ya que la Sala Constitucional ha manifestado que la existencia de regímenes especiales de pensiones no es en sí misma inconstitucional²²; sin embargo, también ha indicado claramente que **resulta constitucional únicamente cuando los mismos se fundamenten en criterios de razonabilidad**.

2. Violación al principio de la buena y sana administración de los fondos públicos

El **principio de la sana administración de los fondos públicos** implica para las Instituciones Públicas, la obligación de velar por la correcta utilización de los recursos, en acatamiento a elementales principios de lógica, sana administración, discrecionalidad, justicia y conveniencia de conformidad con lo que estipula la Ley General de la Administración Pública, en especial en los artículos 15 y 16.1, 66, 113, 190 y siguientes. Esto, como potestad de imperio, y deber público irrenunciable, intransmisible e imprescriptible. (En términos más sencillos, el principio de la sana administración de los fondos públicos implica para la Administración, la obligación de utilizar los fondos públicos de manera responsable.)

Los requisitos de edad y tiempo de servicio necesario para pensionarse, así como el cálculo del monto de la pensión establecidos por la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda) son distintos y mucho más favorables para los empleados públicos que los del Régimen General de Pensiones creado por la Ley N° 7302. Por ello, de aprobarse este Proyecto de Ley se otorgaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello, y existiría una carga financiera más para las arcas públicas estatales, lo que ocasionaría un impacto económico para la Hacienda Pública.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que la aprobación de la Ley No. 7302 fue antecedida por un **estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país**, que fue realizado en 1988 por Carmelo Meza Lago, Catedrático de Economía de la Universidad de Pittsburg y Consultor para "Development Technologies, Inc.", el cual **recomendó el cierre definitivo de los regímenes especiales**. (Ver detalles del estudio actuarial citado en oficios DAP-1483-2014 del 03 de setiembre del (DAP-AL-109-2014/ACICP-782-2014), y ALGP 487-2014 del 01 de setiembre del 2014.)

¹⁹ (...)

²⁰ (...)

²¹ (...)

²² Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Sentencia No. 846-92 de las 13:30 hrs. de 27 de marzo de 1992.

Dicho estudio, al hablar de regímenes especiales de pensiones se refiere a todos los que son distintos al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte), -es decir, el Régimen de Hacienda, el del Magisterio Nacional, el del Poder Judicial, el de los trabajadores del Ministerio de Obras Públicas y Transportes, el de los trabajadores de Telecomunicaciones, etc., y señala que al momento de realizarse, funcionan diecinueve de ellos, de los cuales diez son contributivos y nueve totalmente financiados por el Estado.

También en violación del principio de la buena y sana administración de los fondos públicos, la aprobación de este Proyecto de Ley podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales eventualmente desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares, perjudicando aún más la Hacienda Pública.

B. Efecto directo del Proyecto para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Algunas de las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar, -las cuales según la normativa vigente, deben pensionarse por las reglas del Régimen General de Pensiones (Ley N° 7302), en algunos períodos hicieron aportes para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y según la Ley N° 148, la CCSS estaría obligada a realizar un cálculo actuarial para trasladar esos fondos a ese régimen especial, con perjuicio financiero para el fondo de Invalidez, Vejez y Muerte.

C. Conclusiones

A criterio de esta Gerencia, el Proyecto de ley que se analiza presenta **roces de constitucionalidad, ya que violenta los principios de seguridad jurídica, igualdad y no discriminación, razonabilidad y buena y sana administración de los fondos públicos,** por las siguientes razones:

1. Pretende beneficiar a personas que deben pensionarse por el Régimen General de Pensiones, que fue creado por la Ley N° 7302, publicada en La Gaceta N° 134 del 15 de julio de 1992, permitiendo que tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148, y violentando el espíritu de la Ley N° 7302, cuyos objetivos fueron:
 - a. Ordenar el Sistema Nacional de Pensiones unificando unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, *-con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de Pensiones del Poder Judicial y el Régimen de los Presidentes de la República-*, ya que se determinó que *“los regímenes especiales de pensión no son viables financieramente, su sistema privilegiado de beneficios es injustificable desde un punto de vista de equidad, su costo para el Estado es enorme y creciente, su impacto en la distribución del ingreso es regresivo, los mismos provocan un efecto de demostración perverso para el resto de la seguridad social y tienen el potencial para desestabilizar la economía del país.”*²³, y en el mismo sentido, que *“los distintos regímenes de pensión para funcionarios y*

²³ **Estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país**, que fue realizado en 1988 por Carmelo Meza Lago, Catedrático de Economía de la Universidad de Pittsburg y Consultor para "Development Technologies, Inc."

empleados de la Administración Pública, adolecen de uniformidad en los requisitos de edad, tiempo de servicio y cálculo del monto; lo que ha originado desigualdad en los beneficios que se conceden y, más grave aún, con un costo económico muy alto para el erario público."²⁴

- b. Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, *-menos los que ingresaran al Magisterio Nacional y al Poder Judicial, y los Presidentes de la República-*, 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-*.
2. **Los requisitos de edad y tiempo de servicio necesario para pensionarse, así como el cálculo del monto de la pensión establecidos por la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda) son distintos y mucho más favorables para los empleados públicos que los del Régimen General de Pensiones creado por la Ley N° 7302. Por ello, de aprobarse este Proyecto de Ley se otorgaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello, y existiría una carga financiera más para las arcas públicas estatales, lo que ocasionaría un impacto económico para la Hacienda Pública.**
 3. Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales eventualmente desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares, perjudicando aún más la Hacienda Pública.
 4. Algunas de las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar, *-las cuales según la normativa vigente, deben pensionarse por las reglas del Régimen General de Pensiones (Ley N° 7302), en algunos períodos hicieron aportes para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y según la Ley N° 148, la CCSS estaría obligada a realizar un cálculo actuarial para trasladar esos fondos a ese régimen especial, con perjuicio financiero para el fondo de Invalidez, Vejez y Muerte.*

X. Recomendación

Una vez analizados los criterios de la Dirección Administración de Pensiones, la Dirección Actuarial y Económica y la Asesoría Legal de este Despacho, *-mismos que fueron emitidos mediante los oficios adjuntos DAP-1483-2014 del 03 de setiembre del (DAP-AL-109-2014/ACICP-782-2014), DAE-752-14 del 02 de setiembre del 2014, ALGP 487-2014 del 01 de setiembre del 2014 y ALGP-513-2014 del 08 de setiembre del 2014, respectivamente)-*, de manera respetuosa se recomienda a esa estimable Junta Directiva comunicar a la comisión consultante **criterio de oposición al proyecto de ley consultado** con fundamento en los términos que se consignan en la siguiente propuesta (...).

²⁴ Exposición de motivos del proyecto de ley presentado a la Asamblea Legislativa por el Presidente de la República y el Ministro de Hacienda de ese momento, Rafael Ángel Calderón Fournier y Rodolfo Méndez Mata, respectivamente.

La licenciada Salazar Ureña, con el apoyo de las láminas que se especifican, se refiere al criterio en consideración:

- a) “Interpretación auténtica del artículo 38 de la Ley N.º 7302, “*Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y reforma a la Ley N.º 7092 de 21 de abril de 1988 y sus reformas, -Ley del Impuesto sobre la Renta-*, de 15 de julio de 1992”
Expediente N° 19.091.
GP- 37.112-14.
- b) Criterios que fundamentan el emitido por la Gerencia de Pensiones (GP- 37.112-14)
1. Dirección Administración de Pensiones (DAP-1483-2014 [DAP-AL-109-2014-ACICP-782-2014]).
 2. Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones (ALGP 487-2014 y ALGP 513-2014).
 3. Dirección Actuarial y Económica (DAE-752-14).
- c) Ley N° 7302, objetivos
Ordenar el Sistema Nacional de Pensiones unificando unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, -con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de Pensiones del Poder Judicial y el Régimen de los Presidentes de la República-, ya que se había determinado que:
- *los regímenes especiales de pensión no son viables financieramente,*
 - *su sistema privilegiado de beneficios es injustificable desde un punto de vista de equidad,*
 - *su costo para el Estado es enorme y creciente,*
 - *su impacto en la distribución del ingreso es regresivo,*
 - *los mismos provocan un efecto de demostración perverso para el resto de la seguridad social*
 - *tienen el potencial para desestabilizar la economía del país*
- d) Ley N° 7302, objetivos
1. *adolecían de uniformidad en los requisitos de edad, tiempo de servicio y cálculo del monto; lo que ha originado desigualdad en los beneficios que se conceden, con un costo económico muy alto para el erario público.*
 - b. Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, -*menos los que ingresaran al Magisterio Nacional y al Poder Judicial, y los Presidentes de la República-*, 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-.
- e) LEY N° 7302, Artículo 1
Crea el Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional.
- Indica que el otorgamiento de todas las jubilaciones y pensiones de los regímenes contributivos que tengan como base la prestación de servicio al Estado, originada con

anterioridad a la entrada en vigencia de dicha ley y cuyo pago esté a cargo del Presupuesto Nacional, se ajustará en lo sucesivo a ese Régimen.

- f) Texto actual del artículo 38 de la ley N° 7302
ARTÍCULO 38.- A partir de la vigencia de esta Ley, todas las personas que se incorporen a trabajar por primera vez en el Poder Ejecutivo y en el Poder Legislativo, en el Tribunal Supremo de Elecciones, en las municipalidades, en las instituciones autónomas, en las demás instituciones descentralizadas y en las sociedades anónimas propiedad del Estado, solamente podrán pensionarse o jubilarse mediante el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, sin perjuicio de que puedan acogerse a sistemas complementarios de pensiones. Se exceptúa de esta disposición a los funcionarios que ingresen a laborar en el Magisterio Nacional, en el Poder Judicial y a los Presidentes de la República, quienes quedan protegidos por su respectivo régimen de pensiones y jubilaciones.
- g) Texto DEL PROYECTO EN CONSULTA, -EL CUAL INTERPRETARÍA DE MANERA AUTÉNTICA EL ARTÍCULO 38 VIGENTE de la ley N° 7302-:
ARTÍCULO ÚNICO.-
Interprétese de manera auténtica el artículo treinta y ocho de la Ley N.º 7302, “*Creación del Régimen General de Pensiones con Cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y Reforma a la Ley N.º 7092 del 21 de abril de 1988 y sus reformas. Ley del Impuesto sobre la Renta, del 15 de julio de 1992*”, en el sentido que los empleados y funcionarios de la Asamblea Legislativa que ingresaron a laborar a la institución antes de la vigencia de esta Ley, podrán tramitar su pensión o jubilación por medio de la Ley N.º 148, sin más trámite que estar cotizando para este régimen al momento de solicitar la pensión o jubilación y cumplir con las cuotas y edad correspondientes.
- h) Análisis técnico – legal.
El Proyecto que se analiza:
- Pretende interpretar el artículo 38 de la Ley N° 7302 de manera aislada al resto de la ley de marras.
- Omite el hecho de que conformidad con el artículo 1, las personas que estuvieran trabajando en el Poder Legislativo y las demás instituciones que el artículo cita, antes de que la Ley N° 7302 entrara en vigencia, deberán pensionarse según las reglas creadas para el Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, y no por reglas de regímenes que quedaron extintos al promulgarse la ley, -como pretende el Proyecto al señalar que estas personas tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda)-.
- i) Análisis técnico – legal.
A criterio de esta Gerencia, el Proyecto de ley que se analiza presenta roces de constitucionalidad, ya que violenta los principios de seguridad jurídica, igualdad y no discriminación, razonabilidad y buena y sana administración de los fondos públicos, por las siguientes razones:

- ✓ Pretende beneficiar a personas que deben pensionarse por el Régimen General de Pensiones, que fue creado por la Ley N° 7302, permitiendo que tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda), -la cual fue derogada tácita y parcialmente, en cuanto a las disposiciones contrarias al marco unificador previsto en la Ley N° 7302, y violentando el espíritu de la Ley N° 7302.
- j) Análisis técnico – legal.

Los requisitos de edad y tiempo de servicio necesario para pensionarse, así como el cálculo del monto de la pensión establecidos por la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda) son distintos y mucho más favorables para los empleados públicos que los del Régimen General de Pensiones creado por la Ley N° 7302. Por ello, de aprobarse este Proyecto de Ley se otorgaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello, y existiría una carga financiera más para las arcas públicas estatales, lo que ocasionaría un impacto económico para la Hacienda Pública.

- k) Análisis técnico – legal.

Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales eventualmente desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares, perjudicando aún más la Hacienda Pública.

4. Algunas de las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar, -las cuales según la normativa vigente, deben pensionarse por las reglas del Régimen General de Pensiones (Ley N° 7302), en algunos períodos hicieron aportes para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y según la Ley N° 148, la CCSS estaría obligada a realizar un cálculo actuarial para trasladar esos fondos a ese régimen especial, con perjuicio financiero para el fondo de Invalidez, Vejez y Muerte.

- l) Se recomienda
MANIFESTAR
CRITERIO DE OPOSICIÓN AL PROYECTO DE LEY.
- m) Propuesta de acuerdo:

Conocida la consulta de la Comisión de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, respecto al proyecto de ley referido la Junta Directiva con fundamento en la recomendación de la Gerencia de Pensiones en oficio GP-37.112-14 y el criterio técnico jurídico DAP-AL-109-2014/ACICP-782-2014 presentado por la Dirección Administración de Pensiones con el oficio DAP-1483-2014, los pronunciamientos legales de la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones ALGP 487-2014 y ALGP-513-2014 y el criterio de la Dirección Actuarial contenido en oficio DAE-752, los cuales se adjuntan y forman parte de este criterio, ACUERDA:

n) Propuesta de acuerdo:

Manifiestar criterio de oposición al proyecto de Ley “Interpretación auténtica del artículo 38 de la Ley N.º 7302, Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y reforma a la Ley N.º 7092 de 21 de abril de 1988 y sus reformas, Ley del Impuesto sobre la Renta, de 15 de julio de 1992”, Expediente N° 19.091, con base en los siguientes argumentos:

o) Propuesta de acuerdo:

El Proyecto de ley que se analiza presenta roces de constitucionalidad, ya que violenta los principios de seguridad jurídica, igualdad y no discriminación, razonabilidad y buena y sana administración de los fondos públicos, por las siguientes razones:

1. Pretende beneficiar a personas que deben pensionarse por el Régimen General de Pensiones, que fue creado por la Ley N° 7302, publicada en La Gaceta N° 134 del 15 de julio de 1992, permitiendo que tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda) y violentando el espíritu de la Ley N° 7302, cuyos objetivos fueron:

p) Propuesta de acuerdo:

a. Ordenar el Sistema Nacional de Pensiones unificando unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, -con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de Pensiones del Poder Judicial y el Régimen de los Presidentes de la República-, ya que se determinó que “los regímenes especiales de pensión no son viables financieramente, su sistema privilegiado de beneficios es injustificable desde un punto de vista de equidad, su costo para el Estado es enorme y creciente, su impacto en la distribución del ingreso es regresivo, los mismos provocan un efecto de demostración perverso para el resto de la seguridad social y tienen el potencial para desestabilizar la economía del país.”, y en el mismo sentido, que “los distintos regímenes de pensión para funcionarios y empleados de la Administración Pública, adolecen de uniformidad en los requisitos de edad, tiempo de servicio y cálculo del monto; lo que ha originado desigualdad en los beneficios que se conceden y, más grave aún, con un costo económico muy alto para el erario público.”

q) Propuesta de acuerdo:

b. Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, -menos los que ingresaran al Magisterio Nacional y al Poder Judicial, y los Presidentes de la República-, 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-.

r) Propuesta de acuerdo:

Los requisitos de edad y tiempo de servicio necesario para pensionarse, así como el cálculo del monto de la pensión establecidos por la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943

(Ley de Pensiones de Hacienda) son distintos y mucho más favorables para los empleados públicos que los del Régimen General de Pensiones creado por la Ley N° 7302. Por ello, de aprobarse este Proyecto de Ley se otorgaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello, y existiría una carga financiera más para las arcas públicas estatales, lo que ocasionaría un impacto económico para la Hacienda Pública.

s) Propuesta de acuerdo:

Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales eventualmente desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares, perjudicando aún más la Hacienda Pública.

4. Algunas de las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar, -las cuales según la normativa vigente, deben pensionarse por las reglas del Régimen General de Pensiones (Ley N° 7302), en algunos períodos hicieron aportes para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y según la Ley N° 148, la CCSS estaría obligada a realizar un cálculo actuarial para trasladar esos fondos a ese régimen especial, con perjuicio financiero para el fondo de Invalidez, Vejez y Muerte.

Por tanto, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Alejandra Salazar Ureña, Abogada de la Gerencia de Pensiones, la Junta Directiva, con fundamento en la recomendación de la Gerencia de Pensiones contenida en el citado oficio número GP-37.112-14 y el criterio técnico jurídico DAP-AL-109-2014/ACICP-782-2014 presentado por la Dirección Administración de Pensiones con el oficio número DAP-1483-2014, los pronunciamientos legales de la Asesoría Legal de la Gerencia de Pensiones ALGP 487-2014 y ALGP-513-2014 y el criterio de la Dirección Actuarial contenido en la nota número DAE-752, los cuales se adjuntan y forman parte de este criterio -en forma unánime- **ACUERDA** manifestar criterio de oposición al *Proyecto de Ley “Interpretación auténtica del artículo 38 de la Ley N° 7302, Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, de otros Regímenes Especiales y reforma a la Ley N° 7092 de 21 de abril de 1988 y sus reformas, Ley del Impuesto sobre la Renta, de 15 de julio de 1992”*, Expediente N° 19.091, con base en los siguientes argumentos:

El Proyecto de ley que se analiza presenta **roces de constitucionalidad, ya que violenta los principios de seguridad jurídica, igualdad y no discriminación, razonabilidad y buena y sana administración de los fondos públicos**, por las siguientes razones:

1. Pretende beneficiar a personas que deben pensionarse por el Régimen General de Pensiones, que fue creado por la Ley N° 7302, publicada en La Gaceta N° 134 del 15 de julio de 1992, permitiendo que tramiten su pensión o jubilación por medio de la Ley N° 148, y violenta el espíritu de la Ley N° 7302, cuyos objetivos fueron:
 - a. Ordenar el Sistema Nacional de Pensiones unificando unos 19 regímenes especiales de pensiones que existían con cargo al Presupuesto Nacional, -con excepción del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, el Régimen de

Pensiones del Poder Judicial y el Régimen de los Presidentes de la República-, ya que se determinó que “los regímenes especiales de pensión no son viables financieramente, su sistema privilegiado de beneficios es injustificable desde un punto de vista de equidad, su costo para el Estado es enorme y creciente, su impacto en la distribución del ingreso es regresivo, los mismos provocan un efecto de demostración perverso para el resto de la seguridad social y tienen el potencial para desestabilizar la economía del país.”²⁵, y en el mismo sentido, que “los distintos regímenes de pensión para funcionarios y empleados de la Administración Pública, adolecen de uniformidad en los requisitos de edad, tiempo de servicio y cálculo del monto; lo que ha originado desigualdad en los beneficios que se conceden y, más grave aún, con un costo económico muy alto para el erario público.”²⁶

- b. Propiciar que en adelante, todos los funcionarios que ingresaran a laborar al sector público, -menos los que ingresaran al Magisterio Nacional y al Poder Judicial, y los Presidentes de la República-, 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-.
2. **Los requisitos de edad y tiempo de servicio necesario para pensionarse, así como el cálculo del monto de la pensión establecidos por la Ley N° 148 de 23 de agosto de 1943 (Ley de Pensiones de Hacienda) son distintos y mucho más favorables para los empleados públicos que los del Régimen General de Pensiones creado por la Ley N° 7302. Por ello, de aprobarse este Proyecto de Ley se otorgaría privilegios odiosos que distan mucho de los derechos otorgados a otros pensionados del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, sin una justificación razonable para ello y existiría una carga financiera más para las arcas públicas estatales, lo que ocasionaría un impacto económico para la Hacienda Pública.**
 3. Podría generar aspiraciones e iniciativas similares en otros colectivos, las cuales, eventualmente, desembocarían en la presentación de proyectos de ley similares, perjudicando aún más la Hacienda Pública.
 4. Algunas de las personas a las que el Proyecto pretende beneficiar, las cuales -según la normativa vigente- deben pensionarse por las reglas del Régimen General de Pensiones (Ley N° 7302), en algunos períodos hicieron aportes para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y según la Ley N° 148, la Caja estaría obligada a realizar un cálculo actuarial para trasladar esos fondos a ese régimen especial, con perjuicio financiero para el fondo de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

²⁵ **Estudio actuarial de los sistemas de pensiones del país**, que fue realizado en 1988 por Carmelo Meza Lago, Catedrático de Economía de la Universidad de Pittsburg y Consultor para "Development Technologies, Inc."

²⁶ Exposición de motivos del proyecto de ley presentado a la Asamblea Legislativa por el Presidente de la República y el Ministro de Hacienda de ese momento, Rafael Ángel Calderón Fournier y Rodolfo Méndez Mata, respectivamente.

El licenciado Pacheco Ramírez y la licenciada Salazar se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero; el licenciado Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial, y la licenciada Ivonne María Ruiz Barquero, funcionaria de la Gerencia Financiera.

ARTICULO 14°

De acuerdo con lo encargado (artículo 9° de la sesión número 8735 del 8 de setiembre del año 2014) se presenta el informe de la Comisión ad hoc, en relación con la reunión con organizaciones con quienes se han suscrito convenios aseguramiento.

El licenciado Picado Chacón señala que la base mínima contributiva es un concepto que representa un nivel de ingreso que fija un piso de contribución, con los Seguros de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), procurando una relación entre aportes y beneficios, que permita la sostenibilidad financiera en el tiempo de ambos Seguros. La base se fija tanto para los trabajadores asalariados, independientes, voluntarios y Convenios Colectivos y, eventualmente, la que se define por medio de esta propuesta, no solo afecta a los trabajadores independientes o voluntarios, sino que si existe un trabajador asalariado que reporta menos de los actuales ciento sesenta mil colones, el sistema lo obliga a cotizar sobre ese monto. Por otro lado, la Base Mínima Contributiva es utilizada para el cálculo del reporte de los asegurados por cuenta del Estado, de manera que cada vez que se aumenta, se está aumentando la factura del Estado. La normativa de la base mínima contributiva está contenida en el Reglamento del Seguro de Salud, en el que el artículo 63° hace referencia al monto del salario de ingreso, que se anota en la planilla y no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo; además, en el artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, hace referencia a la cotización mínima. Como antecedente, menciona que la relación porcentual entre la Base Mínima Contributiva y la pensión mínima del RIVM ha tenido esta trayectoria; en el año 2005, representaba el 52.6%, es decir, la Base Mínima Contributiva con respecto de la pensión mínima, era un 52.6% o al revés, la pensión mínima con respecto de la Base Mínima y, después, dado que no se fueron realizando los ajustes a la Base Mínima, a la misma velocidad de la pensión mínima, sucedió que la pensión mínima, termina siendo una proporción más elevada de la Base Mínima Contributiva. Cuando se indica un 100% es el momento, donde lo que las personas contribuyen como Base Mínima Contributiva, era exactamente lo mismo que se estaba recibiendo como pensión mínima y ese aspecto en términos de Regímenes de Pensiones, significa que la tasa de reemplazo era el 100%. El Régimen trabaja con tasas de reemplazo entre el 50% y el 60% y alcanzan esta relación y, conforme se ha ajustado la Base Mínima Contributiva, hoy en día la pensión mínima es un 80% de la base mínima. Lo que se pretende es que en los años subsiguientes, esa relación vaya disminuyendo y alcance un rango que se entiende como un rango aceptado de la tasa de reemplazo. Lo anterior, fundamentado en el tema y en el interés de fortalecer financieramente el RIVM, en esta relación desproporcionada que existe entre la Base Mínima Contributiva y la pensión mínima. Luego, de una serie de análisis y exámenes de la situación, la Junta Directiva en la Sesión N° 8679 del 18 de noviembre del año 2013, tomó el siguiente acuerdo: *“en el mes de agosto de los restantes años, y hasta el 2019, la Gerencia Financiera, en coordinación con la Dirección Actuarial, deberá presentar a Junta Directiva el ajuste en la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, acorde con la Base Mínima*

Contributiva establecida para los restantes años y hasta el año 2019” (la negrita no corresponde al original). Básicamente, lo que se está indicando es que se aplicara la tabla propuesta a partir del 1° de enero del año 2014, dado que la relación entre la Base Mínima Contributiva y el salario mínimo legal de un trabajador calificado, había llegado a un 57.6% y en el mes de octubre del año 2014, tendría que empezar a regir una relación del 64% y 65%, en ese sentido, se refiere de una relación de la Base Mínima Contributiva, con respecto del salario mínimo legal, que en este momento es de un monto alrededor de doscientos setenta mil colones y, después, lo que la Junta Directiva aprobó, fue un programa de ajustes, hasta que el primero de octubre del año 2019, la relación fuera del 100%, es decir, que si fuera hoy, las personas estarían contribuyendo sobre doscientos setenta mil colones mínimo. Entonces, en cumplimiento del acuerdo, se presenta a consideración de la Junta Directiva la propuesta y se reitera lo que ha sido la relación entre la Base Mínima Contributiva y el salario mínimo de un trabajador no calificado en el año 2010, era un 53%, los ajustes el primero de enero del año 2014, lo aumentó a un 57.6%, pero el acuerdo de la Junta Directiva, con la tabla que se presentó anteriormente, implicaría que se produzca un aumento al 64.7%. Destaca que en este momento, la Base Mínima Contributiva tiene tres ajustes al año, o sea, en los meses de enero y julio de cada año, se ajusta la Base Mínima Contributiva para que la relación con el salario mínimo no se pierda. Entonces, los ajustes de la Base Mínima Contributiva se realizan en los meses de enero, julio de cada año para mantener la relación y en el mes de octubre es el momento para ajustar la relación. Los primeros convenios se suscribieron en el año 1984 y el primero se realizó con Unión de Pequeños y Medianos Agricultores Nacionales (UPANACIONAL) y es una afiliación voluntaria al Seguro de salud. En el año 2000 producto de la Ley de Protección al Trabajador, se establece como obligatoria la afiliación de las personas que ingresan a los Convenios en Salud y en el RIVM, o sea, los afiliados tienen que cotizar para los dos Regímenes. Por otro lado, a partir del año 2005 con la obligatoriedad de afiliación por la Ley de Protección al Trabajador (LPT), corresponde que los afiliados a los Convenios tuvieran que obligatoriamente al RIVM. En el año 2010, conforme un acuerdo de la Junta Directiva producto de un criterio de la Dirección Jurídica, se unificaron las Bases Mínimas Contributivas para todos los trabajadores. Destaca que en el tema de aseguramiento, existe la modalidad de trabajador independiente voluntario e individual, sobre los cuales existe una difícil cobertura y se producen mayores costos de recaudación y cobro, por ejemplo, cuando se hace referencia a un aseguramiento colectivo, se elabora una sola planilla y la morosidad la cubre el convenio; es decir, si el convenio tiene 10.000 afiliados y 50 no pagan, tienen un reserva para pagar sobre esos cincuenta afiliados. Además, tiene la particularidad de que todos están al día porque en el momento en que queden morosos, todos van a estar en esa situación. Los convenios minimizan los costos de recaudación y cobro para la Caja, dado que existe una persona que se encarga de recaudar esos fondos. Por otro lado, la distribución de los asegurados en este momento son 198.585 trabajadores independientes a título individual, 178.000 asegurados voluntarios y 178.594 asegurados en materia de convenios. En cuanto a la propuesta de ajuste con vigencia del primero de octubre de este año, se tiene que hoy en día, la Base Mínima Contributiva está en ciento sesenta mil quinientos veinticinco punto ochenta y tres colones y se traslada la relación de 64.75%, implica que la base sea de ciento ochenta mil ciento treinta y nueve cuarenta y siete colones y de acuerdo al Reglamento que regula el aseguramiento de los trabajadores independientes, toda persona que aunque sea independiente y no alcanza ganar los ciento ochenta mil colones, no obligatoria la cotización sobre ese monto, si no voluntaria, pero la preocupación es que algunos trabajadores independientes toman la decisión de no asegurarse. La propuesta es en términos de aumentar de 57% a 74.75%, lo que se procura en esta propuesta es que para las categorías 1 y 2 que tienen el 99% que se analizó, sobre todo en materia de

convenios, el costo sea 0, o sea, que este aumento no lo sientan económicamente y para ello, lo que se debe hacer es que las tasas de contribución, el balance entre estado y trabajador debe ser modificado. Hoy en día, la primera categoría en la Base Mínima Contributiva para el seguro de salud, el Estado contribuye con un 8% y el trabajador con el 4%, para que el costo sea cero, el Estado tiene que contribuir con más del 8% y el trabajador con menos del 4%. Por ejemplo, el incremento el ingreso de referencia en 12.2% para todas las categorías, siempre que aumentan la base mínima, las cinco categorías, los ingresos de las personas que están comprendidas, los estimula en la misma proporción de un 12.2%. En el caso de RIVM existe una particularidad, porque la relación se continúa manteniendo en 74.75%, pero a partir del 1° de enero próximo, por el 0.5% más de contribución, hay una escala nueva, no para modificar esta relación sino para cambiar las tasas de contribución. Destaca que si se aprueba la modificación de la Base Mínima Contributiva en el mes de octubre próximo, la estimación del aumento de ingreso, representa cuatro mil trescientos millones de colones adicionales, para el próximo año representaría veintitrés mil millones de colones adicionales, con un promedio para los siguientes años de alrededor de setenta y tres mil millones de colones y aumentará año con año.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, dado que el elevar el monto de la Base Mínima Contributiva, se le podría estar dejando de cobrar a las personas en un momento determinado, porque el salario es inferior al monto que se está estableciendo y se está castigando a no poder pagar sobre ese monto y, eventualmente, se traslada a la informalidad. Por otro lado, su tesis es que se está presentando un problema en términos de si se aplica el mismo porcentaje, se promueve que las personas dejen de reportar los montos reales de sus ingresos. Reitera su preocupación, porque se proyecta mayor recaudación y más bien se estaría provocando que las personas que reciben más ingresos, de alguna manera difieran.

A propósito de una inquietud de Directora Alfaro Murillo tendiente a conocer si los trabajadores independientes que reciben ingresos por dos millones de colones tienen convenios, señala el Gerente Financiero que existen ciento doce convenios, se tiene la lista de ellos, sin embargo, algunos están catalogados como los rentistas, que son los de ingresos más elevados.

Recuerda la ingeniera Alfaro Murillo que el otro día solicitó la información respecto de los convenios de esa naturaleza que existen y pregunta cuándo estará preparada.

Al respecto, el licenciado Picado Chacón indica que el día de mañana se le enviará electrónicamente.

Ante una inquietud del licenciado Gutiérrez Jiménez, aclara el Gerente Financiero que se está estimando es que para un trabajador independiente que recibe un millón novecientos siete mil colones, el costo incremental es de cuarenta y un mil colones.

El licenciado Gutiérrez Jiménez entiende que en los escenarios de los primeros sectores tiene sentido el aumento, porque se requiere recaudación y es lo que se desea abordar y producirá impacto positivo sobre las finanzas. Sin embargo, por ejemplo, en la última parte se le establece a una persona que percibe ingresos por dos millones y medio de colones y tres millones de colones, significan alrededor de cuatrocientos mil colones, ese es el aspecto que le parece desproporcionado, porque además se está proyectando que se van a recuperar y en la realidad, lo que se está promoviendo es que las declaraciones sobre sus ingresos, eventualmente, no sean

reales. Incluso, se lo comentaba a don Luis Guillermo López e indicó que tenía sentido, o sea, entre los primeros grupos del 12% y después, se podría producir una degradación de ese 12%, conforme se vaya aumentando para que no se promueva, que las personas que más ganan más recursos indiquen que ganan menos.

Señala la Directora Alfaro Murillo que el aumento en el aporte no es del afiliado, es del Estado y del patrono, entonces, el trabajador recibe el beneficio, pero todos los demás pagan. Por ejemplo, el patrono paga por un monto que no está verdaderamente pagando, el Estado tampoco.

Aclara el Gerente Financiero que el subsidio del Estado aplica para el trabajador independiente y asegurado voluntario y tiene esa lógica.

El Director Gutiérrez Jiménez le pregunta a don Gustavo que cuánto es de los setecientos cincuenta mil millones que tiene que ver con este aparte de rubro de lo que les deben.

En relación con una consulta de don Adolfo Gutiérrez, responde el licenciado Picado Chacón que en lo que corresponde a la cuota complementaria del trabajador independiente, voluntario y convenios, son los aporte en que el Estado ha venido pagando de manera más oportuna, incluso, este año para el presupuesto del año 2015, se incluyeron casi catorce mil millones de colones adicionales.

Interviene el Director Alvarado Rivera y señala que ha defendido la política que ha venido desarrollando los Convenios Agrícolas, dado que tiene una connotación particular y diferente. Por ejemplo, en el campo en que una persona está afiliada a convenios independientes, no tiene un salario fijo, no se le puede aplicar una cotización sobre él, porque el sector presenta situaciones particulares donde se tienen ingresos elevados y bajos, dado que las actividades agrícolas no son siempre actividades estables, como ilustración, el tema ambiental puede provocar que esos trabajadores no tengan realmente ingresos y cuando se indica trabajadores son realmente independientes, no tienen un patrón que les pague un salario, dado que son salarios del campo, viven estrictamente de los que produce su finca y su parcela, entre otros. Por otro lado, las personas de los Convenios de la Unión de Pequeños y Medianos Agricultores Nacionales (UPA) y la Unión de Productores Independientes y Actividades Varias (UPIAV), han manifestado que no quieren que el Estado los tenga en esa condición, porque es una posición muy fácil para la Caja, indicar que va a elevar la Base Mínima Contributiva y no se van a afectar, porque se le trasladará el diferencial al Estado. Entonces, solicitan una negociación donde puedan contribuir con un porcentaje que puedan pagar. Además, están determinando un aspecto, en el sentido de que esa solución es para este aumento, pero en la proyección que se tiene para el año 2019, se producen aumentos continuos y si la lógica, es la que se está aplicando para este aumento, sería trasladarle al Estado el costo cada vez más elevado, cuando existe una voluntad del sector de ir pagando y cotizando aunque sea de manera diferenciada. Insisten en que se produzca una negociación para determinar cómo pueden avanzar en esa contribución, pero no de la manera en que se está realizando en este momento. Considera que es importante que se le conceda un espacio para negociar al sector de UPA (Unión de Productores Agropecuarios) y UPIAV y esos convenios. Por otra parte, ve la conveniencia de que la Dirección Jurídica elabore un estudio en el que se determine que conforme con la Ley, no puede existir una diferenciación, pero en esta situación del Sector Agropecuario, no conoce las consideraciones legales que se pueden hacer, pero existe una realidad de que esos trabajadores, no tienen un salario fijo como

para que pueda ir creciendo como lo está haciendo. Hace referencia a algunos aspectos que le preocupan del sector agropecuario, por ejemplo, tiene la tasa de desempleo más elevada, también, tiene el índice de pobreza más alto elevado, entonces, les cuesta hacer frente a deudas, pagos y cotizaciones de la Caja sin que se produzca una diferenciación. Hace referencia a las solicitudes y las inquietudes que manifiesta el sector, considera que lo prudente es determinar cómo se puede negociar ese esquema y no se le traslade toda la carga al Estado, porque va a ser insostenible y para la Institución no tiene mucha lógica, porque las organizaciones podrían dejar de realizar un trabajo de recaudación y como lo indicó don José Luis Loria, recaudan recursos para la Institución, en lugares donde no puede llegar. Le preocupa que si esas organizaciones continúan realizando esa labor de recaudación, pudiera existir la probabilidad de que muchas personas dejen de cotizar y la Caja no podría cobrar y, eventualmente, se estaría poniendo en riesgo esas personas que dejan de cotizar. Por otro lado, no es justo que desaprovechen la oportunidad y la posibilidad de tener una pensión, dado que realizaron un esfuerzo importante. Menciona que en el año 2000, le correspondió realizar un gran esfuerzo para que esas personas se incorporaran al RIVM para cotizar, porque tenían gran resistencia, pero en una negociación se lograron convencer de que se afiliaran al RIVM. Por otra parte, si el sector está anuente a pagar, cree que lo oportuno sería que se produzca una negociación para determinar si se puede realizar de alguna manera un cobro diferenciado, donde sientan que es equitativo y se puedan ir ajustando los pagos en el tiempo y de una manera distinta.

Sobre la reunión que se realizó con los pequeños agricultores, señala el Director Loría Chaves que, además participaron los licenciados Picado Chacón y Luis Guillermo López. Comparte con el licenciado Alvarado Rivera en términos de que las personas que están incorporadas a los convenios, son personas agrícolas que su condición salarial es muy incierta y existe mucha incertidumbre, dado que viven de lo que se cosecha y en muchas ocasiones se tienen que esperar un año, para tener resultados de las cosechas, o mínimo seis meses, por lo que para algunas personas, se les dificulta hacerle frente a este compromiso con la Caja. Por ejemplo, una organización como UPIAV en Pérez Zeledón, recoge la recaudación de 12.000 personas y algunas están dentro de las montañas y, además, de recaudar esos recursos, tienen que pagar y si tres personas quedaron en deuda tienen que pagar, de lo contrario, los que forman parte del convenio quedan morosos. Por lo que se debe reconocer que el trabajo que realizan es muy valioso y la Caja no podría hacerlo. Le preocupa que las personas que forman parte de los convenios son 67.000 personas, pero los contribuyentes del sistema son cuatrocientos mil 400.000 personas, si se toma la decisión de ajustar la base mínima contributiva porque, eventualmente, se resolvería un problema de 67.000 personas y no se estaría cobrando a todo el grupo, se trata de un tema de sostenibilidad financiera de la Caja, es decir, estas decisiones o se pueden postergar, justamente, por la postergación, se produjo un rezago, o sea, cuando ingresaron en el año 2010, la base mínima contributiva era de ciento dos mil colones y la pensión en ciento veinte mil colones. Concuera con don Renato de que se debe promover una negociación con los sectores de los convenios. Sugiere que esta Junta Directiva instruya a la Gerencia Financiera para que promueva una negociación con los sectores e informe a la Junta Directiva del proceso, para que se atiendan las demandas de los esos sectores y se busque las soluciones a la problemática. No comparte el aumento de la base mínima contributiva, por el impacto que puede producir a la Caja, en su sostenibilidad financiera.

Aclara el Gerente Financiero que se trata de alrededor de 430.000 personas y el 85% no se relaciona con los convenios, la decisión de que no se ajuste la Base Mínima Contributiva en un

15%, producirá impacto en el 85% de esas personas, pero no aumentará la Base Mínima Contributiva para facturar al asegurado por cuenta del Estado, ni aumentará para que las personas de los sectores privado y público que estén realizando un reporte en la planilla por menos ingresos, o sea, no realizar al aumento citado, implica cifras de alrededor de diez mil millones de colones, o sea, se dejarían de percibir en las finanzas de la Institución.

Entiende el señor Loría Chaves que los campesinos están anuentes a pagarle a la Caja y le parece que se les debe dar un espacio para la negociación. Por otra parte, para su concepto la Institución es la que mejor representa la distribución de la riqueza en el país, porque se da una cotización tripartida, el patrono, el trabajador y el gobierno. Cuando se hace referencia a que sería un aporte más, no se está precarizando los campesinos, ni los indigentes se está promoviendo que el Estado participe, más en esa carga como una forma de distribuir la riqueza. Cree que lo importante es permitir que se produzca una negociación, por lo que le parece que la propuesta de la Gerencia Financiera es viable, es legítima y, considera que el impacto que se producirá sino se toma una decisión, para mantener la sostenibilidad financiera de la Caja es importante y lo deja constando en actas.

La señora Presidente Ejecutiva señala que la aplicación del aumento de la Base Mínima Contributiva, es una decisión que se tiene que tomar, aunque había sido una decisión previa de la Junta Directiva anterior, respecto del mecanismo en el que se va a aplicar para los trabajadores voluntarios e independientes. Le parece que ese tema no está en discusión y es una decisión que se debe tomar, en la línea de la base contributiva, en esa gradualidad de personas que están tanto como trabajadoras independientes y voluntarias, dado que tienen características distintas a las personas de los convenios, que no solamente son minorías, si no que tenían un trato diferenciado. Valora el esfuerzo realizado para la presentación, pero deja por fuera los estratos más pobres que serían el tema de los convenios, los más inestables y los que tienen mayor grado de incertidumbre. Manifiesta su preocupación por lo que indicó don Renato Alvarado y así lo indicaron los pequeños agricultores cuando se reunió con ellos en Pérez Zeledón. En ese sentido, le parece que existe un tema de dignidad y cree que es el que se debe traer a colación. Los agricultores sienten que ellos son los pobres de los más pobres, quieren sentir que están contribuyendo al Sistema de Salud Solidario, que no pueden contribuir como los otros por las características propias de su sector, es un aspecto distinto, pero no quieren que los vean como asegurados por el Estado y lo indica claramente, porque le quedó clarísimo, que no quieren ese aumento de cuota del Estado. Tradicionalmente lo que había hecho la Institución, antes de tomar la decisión del aumento de la Base Mínima Contributiva, era realizar una negociación con los agricultores, pero se promovió su aumento e ingresaron en el grupo, siendo que de alguna manera tienen características distintas. Le parece que cualquier decisión que se vaya a tomar, tiene que estar dirigida, primero a reconocer que es un grupo que quiere, desea y ha contribuido al Sistema Solidario, pero quieren que se les reconozca que no son un trabajador independiente como cualquiera, ni están en extrema pobreza para que el Estado los subsidie. Hace hincapié en que los agricultores le transmitieron que quieren ser dignamente contributivos del Sistema, no quieren ser beneficiados por el Estado, porque trabajan y aportan y si lo hacen, por qué se va a establecer un tope con el que no van a poder contribuir, como hasta ahora lo están haciendo.

Anota el señor Loría Chaves que de hecho los convenios y los trabajadores independientes están subsidiados por el Gobierno, aclara que más bien sería en términos de que el Gobierno da un aporte, para que esas personas tengan los derechos a la Seguridad Social. Le preocupa y aunque

conoce que este no es el caso pero, eventualmente, en gobiernos anteriores no se tomaron decisiones, a veces por cálculos políticos. Por ejemplo, en el año 2010 se estableció una Base Mínima contributiva muy baja y fue uno de los problemas que se acumuló y fue un aspecto que produjo la crisis financiera de la Institución. De modo que si la propuesta es técnica y si se ha realizado un análisis, incluso, se ha postergado porque se supone que se debió haber alcanzado el equilibrio en el año 2016 y, ahora, será, en el año 2019, donde se cumple con el objetivo de alcanzar al salario mínimo. Le parece que si existen propuestas técnicas que indican que es necesario ajustar la Base Mínima Contributiva, para mantener la sostenibilidad financiera de la Caja, no se deben postergar las decisiones, no significa que tenga que tomar hoy, pero que no se posterguen por mucho tiempo.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que en el año 2010 las circunstancias eran otras y fue la propuesta que técnicamente se recomendó, así que indicar ahora que la Base Mínima Contributiva era muy baja o muy elevada, fue lo que técnicamente se podía en ese momento, bajo las circunstancias que se daban. Por otro lado, cuando se hace referencia a un 12%, se aprueba con la intención de que produciría impacto, principalmente, los dos primeros niveles y esa era la justificación. Solicita al licenciado López que realice una explicación de cómo se concibe el 12% y si en la medida que sube la plataforma de la escala, mantiene su fundamento o no.

Al respecto, señala el licenciado López que es importante tener presente, que el año pasado se tomó una decisión para prolongar la sostenibilidad financiera del Régimen y corregir distorsiones en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; por otro lado, con el Seguro de Salud, ir aumentando, progresivamente, la Base Mínima Contributiva y, entonces, la decisión que se tomó fue asumir o abordar esa gradualidad en el tiempo, de tal forma que en algún momento la Base Mínima Contributiva, se equipare al salario mínimo legal, como indicador para el cálculo de los beneficios. Al pasar del 57.70% al 74.75% el resultado es un incremento de un 12%. De tal manera que se proyectó que ese incremento se lograra transmitir a la Base Mínima Contributiva, de tal forma que siempre estuviese por encima de los mínimos de protección que ofrece el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Llegó un momento en que la pensión mínima representaba más del 100% de la Base Mínima Contributiva, lo que significa el 100% de la tasa de reemplazo, o sea, representa alrededor de un 40% ó 50% de la tasa de reemplazo, porque se calcula con fundamento en el promedio de los últimos doscientos cuarenta meses cotizados, lo que correspondía al 100% del último, por ejemplo, era como si se estuviera dando una pensión equivalente al 100% del último salario. Ese aspecto era inconsistente, sobre todo por la gran cantidad de personas que se encuentran en la Base Mínima Contributiva. Existen estudios que marcan niveles de evasión muy grandes, principalmente, en los dos primeros niveles de evasión. En la escala contributiva se puede identificar que en esas dos primeras categorías tienen el 97% del total de los trabajadores independiente, el otro 3% de trabajadores está diluido en las tres categorías y se podría determinar que a partir de ellas, son personas que se adecuan un poco más a los ingresos que, efectivamente, está percibiendo. Por otro lado, ese 12.5% de incremento es producto del incremento en esa Base Mínima Contributiva. Es fundamental continuar con esa trayectoria de incremento en la Base Mínima Contributiva, al margen de los ajustes que se puedan realizar para efecto de hacerla viable en el tiempo.

El licenciado Gutiérrez Jiménez pregunta si el 12% pierde su “razón de ser” cuando se va escalando, porque si se tiene un 97% de evasión en los primeros, lo lógico es que se aplique el

12%, porque se pretende producir impacto y conforme se eleva la Base Mínima Contributiva, pierde su sentido conceptual y no crece de fundamento que se le aplique al que gana más del 12%.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que existe un 12% que es el porcentaje con el cual se eleva la escala mínima contributiva. El otro aspecto se refiere a la cuota del Seguro Social o la prima del seguro. La cuota que paga todos los trabajadores por planilla con el Patrono y el Estado es un 15%, entonces lo que se establece al indicar el 12% que es el de prima de la cuota del Seguro a los que ganen seis salarios y más, son dos veces el 12% y lo que explicó don Adolfo Gutiérrez, es el primer 12% y lo que señala don Adolfo es que con el segundo 12%, el resultado es un 24%.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que cuando se le aplica el 12% a los seis salarios mínimos y más, no tiene razón porque su fundamento cómo nació era para ser aplicado. En la información se determina que se produce impacto en el 1% y 2% y ahí adquiere su fundamento, pero cobrar el 12% sobre los montos ubicados en la parte superior, no tiene sentido. Además, en todo régimen cuando se va a cobrar algo, conforme se gana más, los montos se empiezan a degradar. Por ejemplo, Don Luis Guillermo como Director Actuarial indicó que la Base Mínima Contributiva, se podía dejar en el mismo monto que está actualmente y se indexa con el 0.05% en enero, porque en esos montos se produce poca evasión y, entonces, la indexación se da ahí mismo. No tendría problema en que se evalúe si es conveniente un porcentaje ahí, o no degradado, lo que no tiene sentido es que a una persona que está cotizando, con un monto elevado, se tome tres millones de colones como promedio razonable en algunos profesionales, para producir impacto en trescientos sesenta y seis mil colones, que es una suma muy importante y, ese aspecto, bajo su tesis, lo que se hace es que se cree que se va a cobrar, pero, eventualmente, lo que se podría es desincentivar que la persona índice que como ingreso recibe un monto inferior o que no tenga capacidad para pagar. Su propuesta es que a partir de lo que don Guillermo López indicó, desde el punto de vista actuarial, se estime conveniente que en los últimos grados no se aplique el 12% igual, dado que no tiene fundamento, porque como se está aplicando al principio el 12%, al final también se aplica el 12%, pero no se ha presentado ninguna razón técnica para hacerlo, como primer punto. Segundo, que se deje sin el 12% o aplicar una graduación que no determina cuál es, pero que sea mucho menor del 12%

El Director Devandas Brenes señala que este análisis es muy importante y él ha sido uno de los que desde afuera de la Junta Directiva, denunció que la Base Mínima Contributiva, era muy baja y le produjo satisfacción cuando se enteró que iba a ser incrementada. Por otro lado, cuando se analizan los ingresos totales del Sector Salud, los trabajadores que cotizan por medio de las planillas y las empresas y el 4% del Estado, constituyen el 80% de los ingresos del sector; o sea, los trabajadores que cotizan por medio de las planillas aportan con las empresas el 80% de los ingresos, pero esos trabajadores son el 26% de la población, entonces, el otro 74% se está financiando con un 10% de los ingresos que genera la Caja por otros conceptos y 10% que aporta el Estado. Por lo que, le parece importante que la Ley de Protección al Trabajador, incluya la obligatoriedad de los trabajadores independientes de cotizar para ir ampliando la cobertura de cotización. Por otro lado, el incremento de la base mínima contributiva tiene, además, el propósito de generar más ingresos para la Caja, porque se eleva para el trabajador independiente, pero también para el asegurado por el Estado, de manera que se va a incrementar la factura del Estado y los ingresos de la Caja. Tiene además otro propósito, en términos de que

los empleadores tenían y siguen teniendo un incentivo, para indicarle a un trabajador formal que se asegure por cuenta propia, como si fuera independiente, por ejemplo, le indica que le paga el seguro y el trabajador independiente se siente atraído; sin embargo, se está provocando un daño para el trabajador, sobre todo en su pensión; entonces, el elevar la Base Mínima Contributiva tiende a eliminar ese incentivo. Por otra parte, el promedio de ingreso de los trabajadores que cotizan por medio de planillas es de cuatrocientos mil colones, aproximadamente. Le parece que en realidad ese debería ser el techo de la Base Mínima Contributiva, no el salario mínimo que es el que se está estableciendo como techo, porque si no se cotiza sobre el ingreso promedio de los trabajadores que cotizan por planilla, el sector asalariado y las empresas están subsidiando al resto de la seguridad social. Cuando se pone la Base Mínima Contributiva en ciento sesenta mil colones y, por ejemplo, se presenta una persona a la ventanilla de la Caja para optar por el seguro y señala que sus ingresos son de ciento veinte mil colones, se le indica que debe pagar el seguro sobre ciento sesenta mil colones o no se asegura, pero si esa persona indica que no tiene ningún ingreso, es asegurada por el Estado. Le parece que se tiene una contradicción, si se flexibiliza que las personas se aseguren por el ingreso que declara, se estimula la informalidad aparente y si no aceptan, se está impidiendo que alguna persona que quiere pagar sobre una suma, no lo pueda pagar. Ahí existe una paradoja que no tiene solución.

Interviene el Director Alvarado Rivera y anota que ése tema es fundamental, porque qué es lo que va a suceder si la Caja aplica la fuerza, para que aquellos que quieren pagar el seguro, pero no cumplen con la Base Mínima Contributiva; es probable que se vayan y no es cierto que el Estado los asegura ni se van a tener cotizando, sino que se van a desaparecer y a quedar en la informalidad. Recuerda que el otro día don Rolando Barrantes indicó que a lo mejor queriendo recaudar más, no se va a lograr, porque se va a fomentar más la informalidad y se produce menos recaudación; de ahí que insistió en el tema de cuántos trabajadores realmente tiene el país y cuántos trabajadores están afiliados a la Caja cotizando.

El doctor Devandas Brenes subraya una paradoja. La Caja es una Institución aseguradora que presta además los servicios de salud, la prima que se paga es para cubrirse de un riesgo de enfermedad, en esos términos es como cualquier seguro, como es el Instituto Nacional de Seguros (INS), en el que se cancela una prima por el automóvil para que la persona se cubra de un riesgo. Si el riesgo no se produce, pero se está pagando a cobertura del riesgo. Pregunta en qué consiste la solidaridad en la Caja. No en que paga y no usa, porque eso sería aplicable a todos los seguros. Paga el seguro del INS, por ejemplo, si una persona no choca en cinco años, estaría contribuyendo con los que si chocan. La solidaridad en la Caja consiste en que, independientemente, del monto de la prima o de la cuota, tiene todas las coberturas y esto es lo que diferencia a la Caja del INS, porque en el INS las coberturas dependen de lo que pague. Como ilustración, si se pagan cien colones, tiene tantas coberturas y si se cancela un millón de colones tiene otras coberturas. En la Caja si una persona paga cien mil colones, tiene todas las coberturas y si cancela un millón de colones tiene, igualmente, todas las coberturas, para él es el principio de solidaridad. Por otro lado, existe el tema de los convenios y entiende el papel positivo que han desempeñado, porque les ha permitido ampliar la cobertura y se le brindan servicios de salud a un sector muy importante de la población. Se ha dado en el pasado y es una lucha que hay que dar, que un sector firma un convenio y, luego, empieza a afiliarse personas que no pertenecen al sector. Por ejemplo, en un convenio agrícola se encuentran trabajadores de otra naturaleza, que podría distorsionar un poco. El otro tema, que es su preocupación es si los trabajadores cubiertos por un Convenio están declarando sus ingresos reales, porque,

eventualmente, se podría estar dando una discriminación negativa, en el sentido de que, efectivamente, 50 agricultores apenas logran cubrir la cuota y otros tiene ingresos más elevados y están cotizando como si tuvieran ingresos muy bajos, en virtud del convenio. El otro tema al que se refirió don Adolfo Gutiérrez, en términos de que cuando un trabajador independiente se le establece una cuota, el problema que tienen es que ese trabajador no tiene empleador, en un trabajador asalariado la cuota es tripartita, empleador, trabajador y Estado, en un trabajador independiente es bipartita, el trabajador y el Estado que paga el 4% del 1%. El tema es que el trabajador independiente, en alguna medida es su empleador y, en ese sentido, debería ir cubriendo parte del seguro, el asunto es que si se le establece un 12% y se lo ha planteado a don Gustavo, puede ser muy fuerte. Como ejemplo, un matrimonio de trabajadores independientes que reciben diez millones de colones, entonces, tienen que contribuir con el 12% sobre los diez millones de colones, pero además, ese matrimonio de trabajadores independientes y profesionales pagan el impuesto sobre la renta muy elevado, en ese sentido, le parece que se debe reflexionar de cómo establecer una cuota que, obviamente, no podría ser del 5.5%, como si fuera un trabajador asalariado, pero que no sea tan peligroso, porque lo ha indicado en otras oportunidades, uno de los grandes peligros que atraviesa la Caja, y por lo cual se tiene que trabajar mucho para mejorar la calidad de los servicios, son los servicios que le están brindando a los sectores medios del país, dado que los sectores medios altos del país, son los que más cotizan y podría ser que son los que menos servicios están recibiendo. Como ilustración, se tiene un hogar de diez millones de colones que paga un millón doscientos mil colones mensuales de la Seguridad Social y no acude a los servicios de la Institución, salvo que sean enfermedades muy complejas o de alto costo. Es su reflexión sobre tema, para que se vaya incorporando a la construcción de una política institucional. En principio está de acuerdo en que se inicie la negociación con los trabajadores de convenios y establecer especial atención a la insatisfacción que algunos de ellos han expresado, en términos de que no se tenía claro todo el programa de aumentos, el cual llegaba de un momento a otro en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), sin que estuvieran al tanto de que ese aumento venía.

El Director Barrantes Muñoz indica que hasta ahora tiene a mano el oficio de referencia, porque llegó hoy en la mañana. Hubo una explicación amplia, pero hasta ahora está analizando el documento. Los trabajadores que cotizan por medio de convenios en la regulación reglamentaria no los determina y pregunta si son trabajadores independientes.

Responde el licenciado Picado Chacón que sí.

El licenciado Barrantes Muñoz manifiesta una inquietud tendiente a conocer si para efectos de regulación de los convenios, se rigen por el Reglamento de Trabajadores Independientes.

Sobre el particular, el Subgerente Jurídico aclara que la Dirección Jurídica realizó un señalamiento, en términos de que los convenios son formados por un grupo de trabajadores independientes, que tienen a fin es una actividad pero en lo que corresponde a la cotización y demás, deben cotizar con las reglas generales propias para cualquier trabajador independiente institucional. El que estén agremiados bajo un convenio por sí mismo, no les da una condición especial para pagar una cuota diferenciada, en relación con las reglas que establece la reglamentación interna, pero se realizó un señalamiento que es una regla que viene de la propia constitución, donde existe un elemento objetivo y de peso diferenciable para algún grupo, ahí se puede realizar un trato diferente, pero la administración debe a emerger ese elemento y que tenga

tal peso, que amerite se les otorgue un trato diferente, en tanto no se logre, es un contribuyente más, común y corriente como un trabajador independiente solo que agrupado.

El licenciado Barrantes Muñoz indica que para su entendimiento, en este sentido rige lo dispuesto en el Reglamento para Trabajadores Independientes que señala: *“que la contribución que corresponde al trabajador independiente, estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva, con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumida por el Estado como cuota complementaria. Asimismo, y en forma adicional el Estado deberá aportar el 10.25%, sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes”*. Menciona que más allá del tema su sentido de dignidad, está claro cómo aplica la norma y no tendrían que tener ningún régimen especial distinto.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que no tiene problema en que se evalúe el tema, le preocupa lo que algún Director ha expresado, en términos de que se debe tener cautela, primero en crear una excepción, porque no es solo asignarla, sino que debe tener un fundamento y un basamento jurídico, para crearla y hacerla tal. Segundo, estos convenios si bien favorecen a gremios, también se pueden producir abusos, entonces, llama la atención en el tema de control. Aclara que no significa que está en contra o a favor de lo que están discutiendo, como bien lo indicó don Mario Devandas, en algún momento se ha prestado para que personas que están dentro de esas características, ingresen al sistema con características muy diferentes de la mayoría, o sea, existen unos contribuyentes más iguales que otros y ha contribuido a deterior el sistema.

El Director Loria Chaves aclara a que existe una filtración que es realizada constantemente por parte de la Dirección de Inspección y, también como bien lo planteó don Renato Alvarado, en la reunión que se realizó, el principio está establecido en los convenios donde se indica que deben estar supervisados y no se incluya una persona que no tenga derecho. Repite, la Dirección de Inspección de la Caja, ha revisado y, por ejemplo, hace dos años informó que se habían excluido de los convenios, una gran cantidad de personas porque no les correspondía estar en ellos. Propone que donde se produce más discrepancia que es el 12% de las otras categorías, tiene dudas, por ejemplo, si paga sobre dos millones de colones, entonces, sugiere que la Dirección Actuarial revise ese aspecto, junto con la Gerencia Financiera y lo presenten de hoy en ocho días, para definir el tema y se someta a votación.

El Gerente Financiero manifiesta estar de acuerdo en lo que plantea don José Luis Loría. Considera que se ha producido muchos comentarios sobre el tema de la escala en los puntos 3, 4 y 5. Refiere que se podría presumir como sucede en toda la escala, de que hay niveles de subdeclaración importantes, no porque se reporte un millón y medio de colones, se tenga que suponer que se está reportando correctamente y, lo otro, es que cuando les aumenta el ingreso de referencia, tienen la posibilidad de solicitar un estudio para que se les adecúe el ingreso, según lo que realmente devengan y ese proceso lo realiza la Dirección de Inspección y el estudio lo realiza de oficio. Es un tema que cuando se ha analizado el argumento, se tendría que partir del principio de que el que reporta un millón y medio de colones, está lo reporta adecuadamente y es un complicado aseverarlo.

A don Adolfo Gutiérrez Jiménez le parece que el problema no es ese, sino que se parte de que el 12% que se aplica a los dos primeros niveles, ese fundamento también para los de niveles superiores y no es cierto. Técnicamente, lo indicó el señor Actuario, lo que servía para el 12%, en los dos primeros niveles, conforme se incrementa pierde su naturaleza.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que otro aspecto es que se tiene una discusión sobre el 2% de afiliados, el 98% son categorías uno y dos, se cree que debe existir un acuerdo, por lo menos para el primero de octubre de este año de que se realice el aumento y el ajuste. Está de acuerdo con el planteamiento del señor Loría Chaves, pero 8 días considera que es un período corto, para replantear la propuesta. Propone que se apruebe el ajuste para las categorías 1 y 2 y queden pendientes de aprobación las 3, 4 y 5, hasta tanto se realice el estudio y en un plazo de 3 meses, se pueda tener una propuesta y un análisis sobre las implicaciones.

El Director Devandas Brenes propone que el ajuste se realice para todas las categorías de acuerdo con la propuesta y, posteriormente, se realice el estudio de esas categorías, porque significaría una, eventual, reducción de los ingresos para la Institución.

Sobre el particular, el licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque de acuerdo con lo que señaló el licenciado López, ese 12% no tiene fundamento para las categorías superiores de la escala; dado que ese porcentaje se había establecido para producir impacto en el 97% conformado por dos categorías y el resto, se está copiando pero carece de fundamento. Por lo que aplicarle un 12% a las categorías superiores, sería inconveniente. Reitera su preocupación, en términos de que se le aplique el 12% a esas categorías y, luego, se le elimine. Sugiere que se aplique a las dos categorías iniciales de la escala y el estudio quede pendiente.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y sugiere que se analice la propuesta en forma integral y comunicarle a la UPIAV que se está analizando el caso. Le preocupa que el incremento en la Base Mínima Contributiva sea a partir del 1° de octubre de este año y en una semana, no se va a tener el estudio completo. Una opción que se planteó fue aprobar el incremento en las categorías uno y dos y que se realice un estudio a partir de la tres, cuatro y cinco de la escala, se realice un estudio se retrase la aplicación del aumento en ese grupo, pero implica un costo.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que ese grupo representa alrededor del 2% y 3% y el monto que dejaría de percibir la Institución, sería de alrededor de seis mil quinientos millones de colones y para los meses de octubre, noviembre y diciembre, sería de alrededor de doscientos cincuenta millones de colones y trescientos millones de colones.

La doctora Sáenz Madrigal señala que se debe tomar una decisión. La primera opción es aprobar el incremento para las categorías uno y dos y se realice un estudio para las categorías tres, cuatro y cinco de la escala. La opción dos es aplicar la propuesta sin modificaciones y la opción tres, promover un espacio de negociación con la UPIAV, no aplicar el estudio y se determine la gradualidad para las categorías tres, cuatro y cinco de la escala.

El señor Loría Chaves manifiesta su preocupación, porque la decisión sobre el tema se ha tardado y el 12% que se está aumentando a la Base Mínima Contributiva, produce que se incrementen todas las categorías. Le parece que la tesis está fundamentada, o sea, la Base Mínima Contributiva está bien, pero las categorías están muy por encima de lo mínimo y considera que

no se ocupa que se aumenten en un 12%, por ejemplo, podría ser un 7%. Le parece que se podría aprobar el aumento de las dos primeras categorías y en quince días se presente un estudio de las categorías tres, cuatro y cinco y, además, se instruya a la Gerencia Financiera, promover un análisis relacionado con los convenios.

Al respecto, el Gerente Financiero está de acuerdo pero técnicamente es difícil definir. Cuando se presente la propuesta se le asignará un número específico para cada categoría y estarán entre el 0% y el 12.2% que se está aplicando. Pero indicar que a la categoría tres, cuatro y cinco le corresponde, por ejemplo, el 8%, el 6% o el 4% es difícil, porque es un tema de información. Por otro lado, aunque se tarde el estudio quince días, lo que se va a afectar es un mes de facturación. El 12% se propone porque lo que se está buscando un vínculo que alcance al 100% del salario mínimo legal.

Considera el Director Alvarado Rivera que se debe realizar un análisis que permita determinar la diferenciación con el sector agropecuario, dado que se hace una referencia, en general del trabajador independiente. En ese sentido, insistió en que se debería realizar un trato diferenciado, porque las condiciones del sector agropecuario son distintas. Hace hincapié en que se debe realizar un trabajo, que permita realizar la diferenciación, aunque el criterio de la Dirección Jurídica señale que no puede existir.

Interviene el licenciado Barrantes Muñoz y señala que la norma permite un espacio para que se realice la diferenciación y esa base es la capacidad contributiva que se tenga, lo que sucede es que no existe la forma de que se logre definir, es lo que técnicamente entiende. La contribución mínima es una sola para todos, pero algunos la pueden cubrir por completo y otros no. Esa brecha es lo que significa un tema, que hasta ahora no se logra determinar.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que el mecanismo de recaudación es un aspecto distinto.

Sobre el particular, indica el licenciado Alvarado Rivera que se puede realizar el trabajo de buscar, cuáles son los requerimientos que se tienen para la fortaleza jurídica, tener los convenios y tener las diferenciaciones. Insiste en que el tema agrícola es fundamental, porque se pueden determinar otras actividades que se tienen en la Caja por medio de convenios. Le parece que es más sencillo, porque se pueden establecer cuáles son los ingresos base de esos sectores. Como ejemplo, el convenio con los taxistas, es más fácil que se establezcan, porque se tienen instrumentos de trabajo y se tiene más bases que se establezcan, pero cuando no se tiene seguridad del ingreso, existe exposición a tantas modificaciones, como ilustración, los cambios climáticos, deben tener la posibilidad de que exista la justificación jurídica suficiente, para poder tener la diferenciación.

A propósito de una inquietud, anota el Gerente Financiero que los acuerdos que se están proponiendo, no solamente se refieren al ajuste de la Base Mínima Contributiva a partir del mes de octubre de este año, sino como aumenta el 0.5% del RIVM. Además, se está planteando un tema a partir del mes de enero próximo, para dar la naturaleza a los acuerdos y se ajustaría la redacción. El acuerdo es en términos de instruir a la Gerencia Financiera, para que en conjunto con la Dirección Actuarial, realice un análisis sobre la situación de ingresos de referencia, categoría tres, cuatro y cinco, a efecto que se proponga a la Junta Directiva, ajustes no porcentuales en un plazo de quince días o, eventualmente, se propongan opciones o escenarios.

Lee la propuesta de acuerdo tres, que se refiere a que si la persona está en la categoría dos, muy cerca de la tres, el 12.2% lo estimula a la categoría tres, se ubicará en la categoría tres, es decir, incrementar la Base Mínima Contributiva de los ingresos de referencia, de los límites inferiores superiores, de las categorías de ingreso de la escala contributiva de los trabajadores. Lo que se eliminaría es incrementar la base y los límites inferiores superiores, porque los ingresos de referencia, fueron plantearon anteriormente para que tuvieran uno y dos, cada vez que varíe el salario mínimo legal del trabajador no calificado genérico. Los aumentos que se realizarían en enero y julio del próximo año y aplicaría para todos ingresos de referencia, porque si el salario mínimo aumenta 11.5%, si todos los ingresos de referencia de las cinco categorías tienen que aumentar 12.5%, porque de lo contrario la relación no existe y estaría fundamentado el en el principio que esos ingresos de tres, cuatro y cinco, lo menos que llega a aumentar es lo mismo que el salario mínimo.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que quede claro que no se saltan categorías de la escala.

Al respecto, señala el Gerente Financiero que los salarios que están en la primera o segunda categoría, y se les aplicaría el aumento del 12.2%.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio firmado por el Gerente Financiero, número GF-40.628-14/DAE-817-14 del 22 de setiembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“Con el fin de promover la sostenibilidad financiera de los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte y de continuar con el avance hacia una mayor equidad en la contribución global entre las diferentes modalidades de aseguramiento que ofrece la Institución, se ha establecido como meta de mediano plazo, la equiparación al 2019, de la Base Mínima Contributiva que se utiliza para el cálculo de las cotizaciones de trabajadores independientes y asegurados voluntarios afiliados individual o colectivamente, con el salario mínimo legal del trabajador no calificado; último que se establece mediante Decreto Ejecutivo y se actualiza semestralmente.

En esta línea, a continuación se presentan los aspectos más relevantes de este proceso de equiparación gradual, así como la respectiva propuesta de ajuste para el presente año.

I ANTECEDENTES

De conformidad con las potestades que la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y los Reglamentos del Seguro de Salud y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, le confieren, la Junta Directiva de la Institución, ha venido realizando ajustes a la Base Mínima Contributiva y escalas de contribución de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, afiliados individual y colectivamente. Tal como se mencionó, tales ajustes tienen como propósito fortalecer los ingresos por contribuciones de ambos seguros y favorecer la equiparación global contributiva entre las modalidades de aseguramiento institucionales. Los ajustes más recientes consisten en los adoptados en el mes de noviembre de 2013 y se transcriben seguidamente.

En el artículo 2° de la sesión N° 8679, celebrada por la Junta Directiva el 18 de noviembre del 2013, se establece en el punto 2, lo siguiente:

“2. Encargar a la Gerencia Financiera para que, en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, presenten, en un plazo máximo de ocho días, el ajuste en la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, acorde con la Base Mínima Contributiva establecida a partir del 01 de diciembre del año 2013. Asimismo, en el mes de agosto de los restantes años, y hasta el 2019, la Gerencia Financiera, en coordinación con la Dirección Actuarial, deberá presentar a Junta Directiva el ajuste en la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, acorde con la Base Mínima Contributiva establecida para los restantes años y hasta el año 2019” (la negrita no corresponde al original)

- Por otra parte, en el artículo 26°, de la sesión número 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, la Junta Directiva de la Institución, establece el siguiente cronograma de ajuste en la base mínima contributiva:

Fecha de Ajuste	Relación % BMC / SML
01 de Enero del 2014	57.70%
01 de Octubre del 2014	64.75%
01 de Octubre del 2015	71.80%
01 de Octubre del 2016	78.85%
01 de Octubre del 2017	85.90%
01 de Octubre del 2018	92.95%
01 de Octubre del 2019	100.00%

Donde:

BMC es la Base Mínima Contributiva y corresponde al Ingreso Mínimo de Referencia del Trabajador Independiente.

SML es el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico, vigente en todo momento.

Así las cosas, para el mes de octubre de 2014, la Base Mínima Contributiva, estaría ubicándose en un 64.75% del salario mínimo de ley establecido para el trabajador no calificado.

- Por otra parte, el Transitorio XI del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, establece ajustes quinquenales para las contribuciones que realiza el sector asalariado a favor de este seguro, la cual se establece en 0.5 puntos porcentuales (pp),

que se distribuyen entre patrono, trabajador y Estado como tal y vienen aplicándose desde el 2009 y finalizarán en el 2035. Históricamente, estos ajustes quinquenales han venido replicándose en las contribuciones de los asegurados independientes y voluntarios, para evitar mayores rezagos en los esquemas de contribución de estos últimos, que gozan de una base mínima de contribución menor.

El próximo ajuste quinquenal establecido vía reglamentaria, rige a partir del 01 de enero de 2015.

II DICTAMEN TÉCNICO

- El presente dictamen técnico tiene como fundamento el oficio de la Dirección Actuarial N° DAE-739-14 del 01 de setiembre de 2014, mediante el cual dicha Dirección remite el documento “Proceso de Ajuste en Escala Contributiva Para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, período Octubre 2014 – Setiembre 2015”, en donde propone realizar los siguientes ajustes principales a la base mínima y escala de contribución:
 1. Que la Base Mínima Contributiva se ubique en un 64.75% del Salario Mínimo de Ley del Trabajador no Calificado Genéricos, a partir del 01 de octubre del presente año.
 2. Que a partir de enero de 2015, se aumente el porcentaje de contribución global al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que se realiza por parte de las modalidades de aseguramiento señaladas, en 0.5 puntos porcentuales distribuidos de la siguiente forma a saber: 0.17 puntos porcentuales al afiliado, 0.17 puntos porcentuales al porcentaje complementario del Estado y 0.16 puntos porcentuales al porcentaje correspondiente al Estado como tal, el cual pasaría de 0.41% en el que se ubica en la actualidad a 0.57%. Lo anterior para las categorías de ingreso de comprendidas entre la 1 y la 4 (ambas inclusive) pero que para la categoría 5, se apliquen los 0.34 puntos porcentuales al afiliado.
- En atención a la propuesta anterior, la Gerencia Financiera conjuntamente con la Dirección Actuarial, y considerando aspectos de índole redistributivo, de forma que para las categorías 1 y 2 que corresponden a menores ingresos, el efecto de aumento de la Base Mínima Contributiva sea compensado, en términos promedio, por el Estado, ha incorporado ajustes en los porcentajes de contribución e ingresos de referencia correspondientes al afiliado y al Estado, a aplicarse el 01 de octubre de 2014, para dichas categorías, a saber:

Porcentajes de contribución para primera y segunda categoría de ingreso de la escala contributiva de trabajadores independientes y asegurados voluntarios afiliados individual y colectivamente, a partir de octubre de 2014

Categoría / ingreso de referencia		Seguro de Salud				Seguro de I.V.M			
		Ingreso de referencia	% Cotización Afiliado	Cuota del Afiliado	Ajuste en pp	Ingreso de referencia	% Cotización Afiliado	Cuota Afiliado	Ajuste en pp
Primera categoría	Vigente	160,525.83	4.00	6,421.03		160,525.83	4.25	6,822.35	
	Con ajuste	180,139.47	3.56	6,421.03	0.44	180,139.47	3.79	6,822.35	0.46
Segunda categoría	Vigente	212,494.00	6.00	12,749.64		215,103.00	6.00	12,906.18	
	Con ajuste	238,457.31	5.35	12,749.64	0.65	241,385.08	5.35	12,906.18	0.65

- De esta forma los ajustes en las escalas de contribución serían los siguientes:

**Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios
para el período Octubre 2014- Diciembre 2014**

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56%	8.44%	12%	3.79%	3.80%	7,59%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35%	6.65%	12%	5.35%	2.24%	7,59%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00%	5.00%	12%	6,59%	1,00%	7,59%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00%	3.00%	12%	7,09%	0,50%	7,59%
5	De 6 SM y más	12.00%	0.00%	12%	7,59%	0,00%	7,59%

Nota: Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.41% Seguro de IVM hasta el 31 de diciembre del 2014 respectivamente.

**Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y
Asegurados Voluntarios para el período Enero- Setiembre 2015**

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56%	8.44%	12.00%	3.96%	3.97%	7,93%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35%	6.65%	12.00%	5.52%	2.41%	7,93%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00%	5.00%	12.00%	6.76%	1.17%	7,93%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00%	3.00%	12.00%	7.26%	0.67%	7,93%
5	De 6 SM y más	12.00%	0.00%	12.00%	7.93%	0.00%	7,93%

Nota: Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.57% Seguro de IVM hasta el 30 de setiembre del 2015, respectivamente.

- Cabe destacar que todas las categorías de ingreso, la Base Mínima Contributiva y los límites superiores e inferiores de la escala contributiva, continuarán aumentando conforme al comportamiento del Salario Mínimo del Trabajador No Calificado Genéricos, es decir, conforme a la actualización semestral de incrementos salariales establecida por la vía de Decreto Ejecutivo.
- Asimismo, se continuarán realizando los ajustes individualizados que correspondan sobre los ingresos de referencia de modo tal que se procure que aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.

III RECOMENDACIÓN

Considerando que:

- a. En aras de resguardar la sostenibilidad financiera de los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte y de avanzar en el proceso de equidad contributiva, las autoridades institucionales han venido llevando a cabo ajustes graduales en la base mínima contributiva, ingresos de referencia y porcentajes de cotización globales de las diferentes modalidades de aseguramiento que ofrecen ambos seguros.

- b. Mediante acuerdo de Junta Directiva de artículo 26°, de la sesión número 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013 se establecen los porcentajes de ajuste gradual de la Base Mínima Contributiva con el Salario Mínimo de Ley correspondiente al Trabajador No Calificado Genéricos, para el período enero 2014 - octubre 2019; siendo que a partir de Octubre del presente año y hasta el 30 de setiembre del 2015, se ha establecido que la base mínima de contribución sea equivalente a un 64.75% del salario mínimo señalado.
- c. A partir del mes de enero de 2015 y según se establece en el Transitorio XI del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, corresponde la aplicación de un aumento de 0.5 puntos porcentuales en el porcentaje de contribución global del sector asalariado, mismo que históricamente y con el fin de no acentuar el rezago contributivo de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, se ha venido replicando en las contribuciones de estas modalidades de aseguramiento.
- d. Con el propósito de generar un efecto progresivo en los segmentos de población de asegurados voluntarios y trabajadores independientes de menores ingresos, se ha propuesto variar los porcentajes de contribución para las categorías 1 y 2 de la escala correspondiente, de manera que para estos segmentos, el aporte del Estado compense, en promedio, el efecto del incremento en la Base Mínima Contributiva.

La Gerencia Financiera, conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica, recomienda lo siguiente:

1. Establecer las siguientes dos escalas contributivas para los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente. La primera rige a partir del 01 de octubre del 2014 y hasta el 31 de diciembre del 2014, mientras que la segunda rige a del 01 de enero del 2015 y hasta el 30 de setiembre del 2015.

**Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios
para el período Octubre 2014- Diciembre 2014**

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56%	8.44%	12%	3.79%	3.80%	7,59%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35%	6.65%	12%	5.35%	2.24%	7,59%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00%	5.00%	12%	6,59%	1,00%	7,59%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00%	3.00%	12%	7,09%	0,50%	7,59%
5	De 6 SM y más	12.00%	0.00%	12%	7,59%	0,00%	7,59%

Nota: Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.41% Seguro de IVM hasta el 31 de diciembre del 2014 respectivamente.

Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios para el período Enero- Setiembre 2015

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56 %	8.44 %	12.00 %	3.96 %	3.97 %	7,93%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35 %	6.65 %	12.00 %	5.52 %	2.41 %	7,93%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00 %	5.00 %	12.00 %	6.76 %	1.17 %	7,93%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00 %	3.00 %	12.00 %	7.26 %	0.67 %	7,93%
5	De 6 SM y más	12.00 %	0.00 %	12.00 %	7.93 %	0.00 %	7,93%

Nota: Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.57% Seguro de IVM hasta el 30 de setiembre del 2015, respectivamente.

- Incrementar los ingresos de referencia de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, al 30 de Setiembre del 2014 y fechas de corte subsiguientes, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva que se establezca, respecto a la Base Mínima Contributiva inmediatamente anterior.
- Para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.
- Incrementar la Base Mínima Contributiva, los ingresos de referencia y los límites inferiores y superiores de todas las categorías de ingreso de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, cada vez que varíe el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico. El incremento señalado deberá corresponder al mismo porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico que se establezca mediante Decreto Ejecutivo, en relación con el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico inmediatamente anterior”.

en atención a lo dispuesto por esta Junta Directiva, en el artículo 26° de la sesión N° 8682, celebrada el 28 de noviembre del año 2013 y de conformidad con la presentación efectuada por el señor Gerente Financiero, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar el ajuste en la Base Mínima Contributiva para los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26° de la sesión N° 8682, para que sea equivalente a un 64.75% del Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico vigente en cada momento, siendo que esta relación porcentual deberá mantenerse hasta el 30 de setiembre del año 2015. Esta disposición rige a partir del 01 de octubre del año 2014, tanto para el Seguro de Salud como para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Para tales fines:

1. Establecer las siguientes dos escalas contributivas para los trabajadores independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente. La primera rige a partir del 01 de octubre del año 2014 y hasta el 31 de diciembre del año 2014, mientras que la segunda rige a del 01 de enero del año 2015 y hasta el 30 de setiembre del año 2015.

Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios para el período Octubre 2014- Diciembre 2014

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56%	8.44%	12%	3.79%	3.80%	7,59%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35%	6.65%	12%	5.35%	2.24%	7,59%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00%	5.00%	12%	6,59%	1,00%	7,59%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00%	3.00%	12%	7,09%	0,50%	7,59%
5	De 6 SM y más	12.00%	0.00%	12%	7,59%	0,00%	7,59%

Nota: adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.41% Seguro de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte) hasta el 31 de diciembre del año 2014 respectivamente.

Escala Contributiva de Trabajadores Independientes y

Asegurados Voluntarios para el período Enero- Setiembre 2015

Categoría	Nivel de ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.6475 SM	3.56%	8.44%	12.00%	3.96%	3.97%	7,93%
2	De 0.6475 SM a menos de 2 SM	5.35%	6.65%	12.00%	5.52%	2.41%	7,93%
3	De 2 SM a menos de 4 SM	7.00%	5.00%	12.00%	6.76%	1.17%	7,93%
4	De 4 SM a menos de 6 SM	9.00%	3.00%	12.00%	7.26%	0.67%	7,93%
5	De 6 SM y más	12.00%	0.00%	12.00%	7.93%	0.00%	7,93%

Nota: adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.57% Seguro de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte) hasta el 30 de setiembre del año 2015, respectivamente.

- Incrementar los ingresos de referencia de las categorías 1 y 2 de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, al 30 de setiembre del año 2014, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva respecto de la Base Mínima Contributiva inmediatamente anterior.
- Para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.
- Incrementar la Base Mínima Contributiva, los ingresos de referencia y los límites inferiores y superiores de todas las categorías de ingreso de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, cada vez que varíe el Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico. El incremento señalado deberá corresponder al mismo porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico que se establezca mediante Decreto Ejecutivo, en relación con el Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico inmediatamente anterior.

ACUERDO SEGUNDO: con base en lo deliberado y con el objeto de que haya un espacio de negociación, instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección Actuarial y Económica, para que presenten alternativas de ajuste a los ingresos de referencia de los asegurados ubicados en las categorías 3, 4 y 5 de la escala contributiva de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, afiliados individual y colectivamente, con el fin de que se consideren sus niveles de ingresos superiores al Salario Mínimo de Ley para el Trabajador no Calificado Genérico y el costo incremental de sus aportes a los Seguros de Salud, y de Invalidez, Vejez y Muerte. Ambas dependencias deberán presentar a la Junta Directiva las opciones de ajuste solicitadas, en un plazo de 15 (quince) días, a partir de la fecha del presente acuerdo.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por unanimidad. Por lo tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

La licenciada Ruiz Barquero y el licenciado López Vargas se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Director a.i. de Presupuesto.

ARTICULO 15°

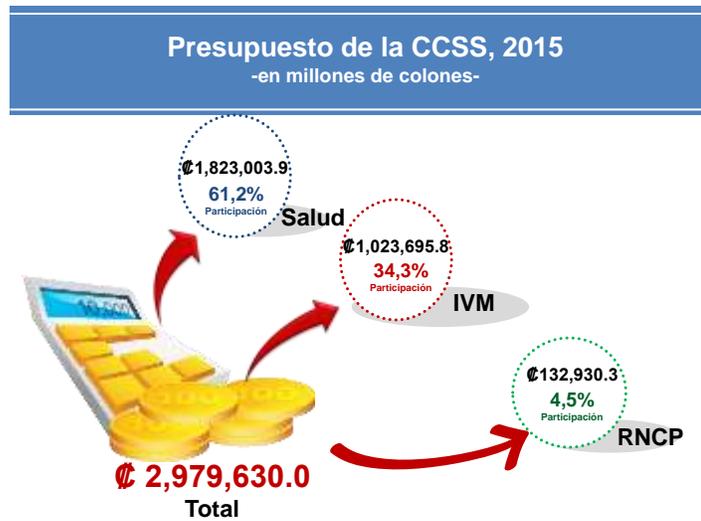
Se presenta el oficio N° GF-40.620-14 de fecha 19 de setiembre del año 2014, firmado por el Gerente Financiero, que contiene la propuesta para aprobar el presupuesto extraordinario N° 02-2014 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones.

La exposición está a cargo del licenciado Picado Chacón, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Administrativa
2015.
- ii) **Antecedentes**
Marco normativo.
 1. Ley 8131, Administración Financiera y Presupuestos Públicos.
 2. Normas Técnicas sobre Presupuesto Público
 3. (Contraloría General de la República N-1-2012-DC-DFOE)
 4. Política Presupuestaria 2014-2015
 5. (Artículo 13, Sesión 8660, 12 setiembre 2013)
 6. Normas Técnicas Específicas Plan Presupuesto de la CCSS e Instructivo Formulación Plan Presupuesto.
- iii)

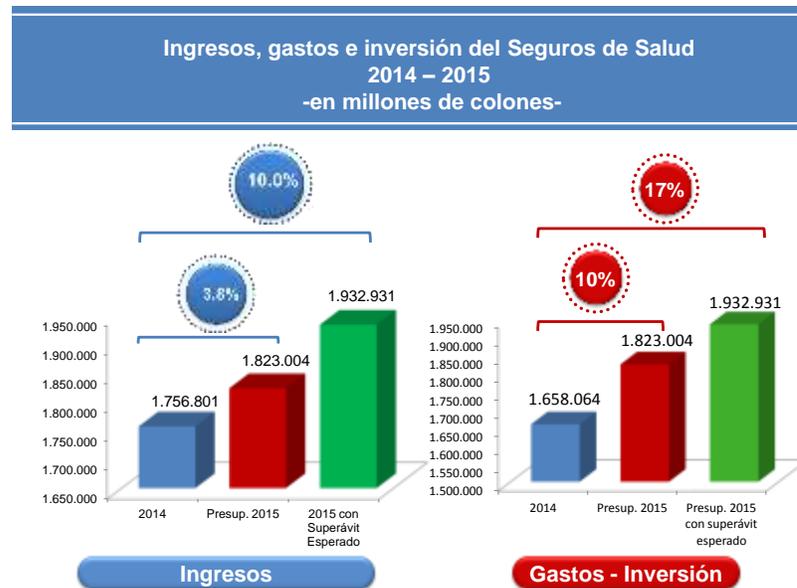


iv)



v) Seguro de Salud.

vi)



vii) Ingresos.

viii) Principales supuestos de los ingresos usados para la elaboración de la Propuesta de Presupuesto CCSS – 2015.

1. Estimación conservadora de los ingresos, conforme a las perspectivas económicas y del empleo.
 - a. Moderada recuperación económica, PIB 3.4% (BCCR).
 - b. Expectativa inflacionaria del 5% y posibles incrementos salariales.
 - c. Se mantiene la tasa de desempleo abierto en 8.5%.

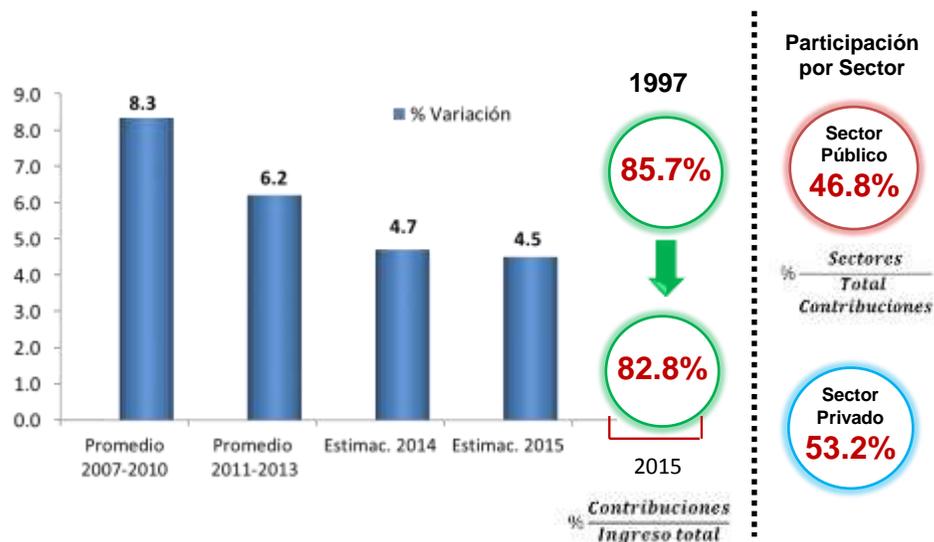
- d. Presupuestación de los ingresos sobre la base de la recaudación efectiva (artículo 1, sesión No. 8554)
- 2. Consideración de las transferencias a realizar por el Gobierno Central y otras instituciones.
- 3. Asignación de los recursos a las unidades ajustados a los ingresos reales (informes de Auditoría ASF-233-2011, ASF-444-2011 y otros.

ix)

Ingresos totales 2014 – 2015 -en millones de colones-				
Descripción	Estimación 2014	Proy. Presup 2015	% Crec.	% Partic. 2015
1) Ingresos Corrientes	1.618.140	1.762.949	8,9	96,7
a) Ingresos por Contribuciones	1.385.523	1.509.750	9,0	82,8
Sector Público	644.437	707.086	9,7	46,8
Sector Privado	741.086	802.664	8,3	53,2
b) Ingresos No Tributarios	63.917	59.710	(6,6)	3,3
c) Transferencias Corrientes	168.700	193.489	14,7	10,6
2) Ingresos de Capital	738	17.522	100,0	1,0
3) Financiamiento	137.924	42.533	(69,2)	2,3
Ingresos Totales	1.756.801	1.823.004	3,8	100,0

x)

**a) Porcentajes de variación reales de las contribuciones SEM
Periodo 2007- Estimación 2014**



xi)



xii)

C) Montos a transferir a la CCSS por el Gobierno y el FODESAF 2014-2015 - en millones de colones -

Descripción	2015	2014	% Crecimiento
Transferencias del Gobierno Central	373,043	335,959	11%
Contribución Patronal Gobierno Central	215,675	195,775	10%
Cuota Estado como Tal	31,932	26,552	20%
Gob. Central Cuota Trabajador. Independiente. y Convenios Especiales.	73,625	60,453	22%
Gobierno Central Sistema Penitenciario	4,966	3,514	41%
Exámenes de ADN	525	541	-3%
Atención asegurados por cuenta del estado (pob. Indig)	25,000	26,000	-4%
Ley de Tabaco	21,319	23,124	-8%
Transferencias FODESAF	35,376	25,941	36%
Total	408,419	361,900	12.9%

xiii)

Diferencia Ingresos – Egresos, período 2010– 2014 y distribución de los recursos CCSS -en millones de colones-



xiv) Gastos e inversiones.

xv)



xvi) **Aspectos relevantes de los gastos.**

Fortalecimiento de gastos operativos de los Centros de Salud (promedio de crecimiento de un 5,4%).

Inversiones

- Proyectos prioritarios para la GIT (fondo de Infraestructura).
- TIC y EDUS.
- Maquinaria y Equipo Institucional.

Optimización en subpartidas de Tiempo Extraordinario como lo establece la Política Presupuestaria 2015.

Previsión de ajuste salarial 5% para trabajadores de la institución.

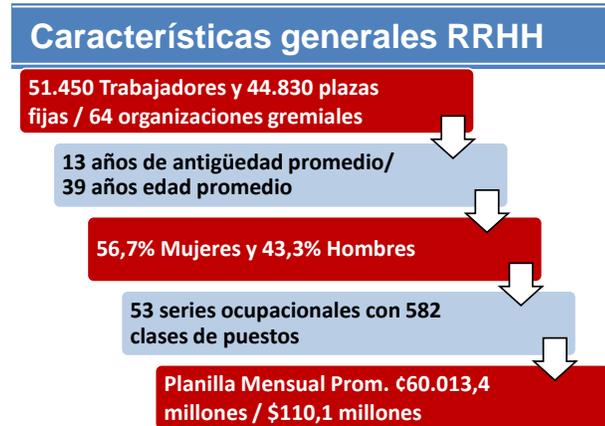
xvii)

Distribución de los gastos totales, 2014 – 2015
- en millones de colones-

Descripción	Estimación 2014	Proy. Presup 2015	% Crec.	% Partic. 2015
Gastos Corrientes	1.582.803	1.734.540	9,6	95,1
Remuneraciones	1.092.622	1.186.738	8,6	65,1
Servicios	148.952	158.014	6,1	8,7
Materiales y Suministros	235.513	246.191	4,5	13,5
Intereses y Comisiones	1.576	1.743	10,6	0,1
Transferencias Corrientes	100.453	106.963	6,5	5,9
Amortización	3.687	3.973	7,8	0,2
Cuentas Especiales	0	30.918	100,0	1,7
Gastos de Capital	75.261	88.464	17,5	4,9
Activos Financieros	57	67	17,5	0,0
Bienes Duraderos	75.204	88.397	17,5	4,9
Gastos Totales	1.658.064	1.823.004	9,9	100,0

xviii) Gastos de remuneraciones.

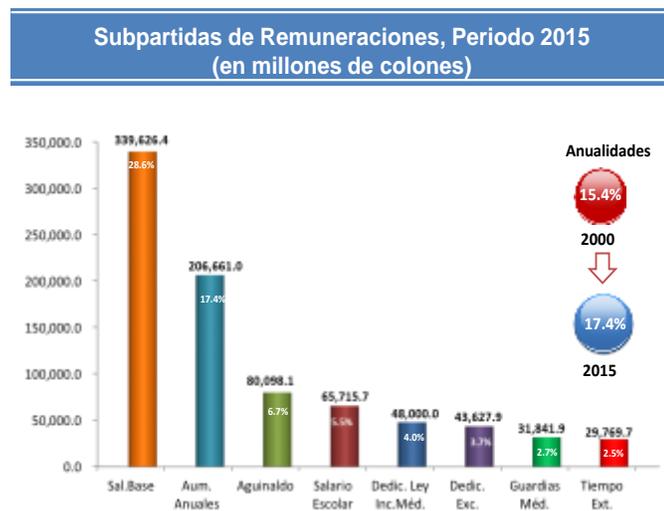
xix)



xx)



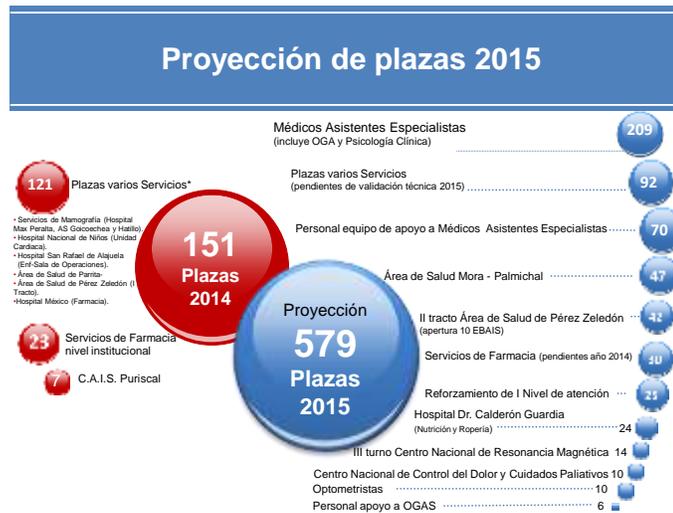
xxi)



xxii)



xxiii)



xxiv) Servicios no personales.

xxv)



xxvi) Materiales y servicios.

xxvii)



xxviii) Transferencias.

xxix)



xxx) Inversión y mantenimiento.

xxxi)

**Fortalecimiento de la inversión y mantenimiento.
Periodo 2011-Presupuesto 2015**

Concepto	Monto					Tasa de variación anual (%)				
	2011	2012	2013	Est. 2014	Presup. 2015	2011	2012	2013	2014	2015
A. Inversiones	26.969	27.656	45.544	75.204	88.398	-21,3%	2,5%	64,7%	65,1%	17,5%
Equipamiento	18.962	13.288	19.073	32.227	43.267	-5,4%	-29,9%	43,5%	69,0%	34,3%
Infraestructura	8.007	14.368	26.471	42.977	45.131	-43,8%	79,4%	84,2%	62,4%	5,0%
B. Mantenimiento^{1/}	21.720	23.040	27.406	30.452	39.337	25,3%	6,1%	19,0%	11,1%	29,2%
TOTAL	48.689	50.696	72.950	105.656	127.735	-5,7%	4,1%	43,9%	44,8%	20,9%

2.6 veces

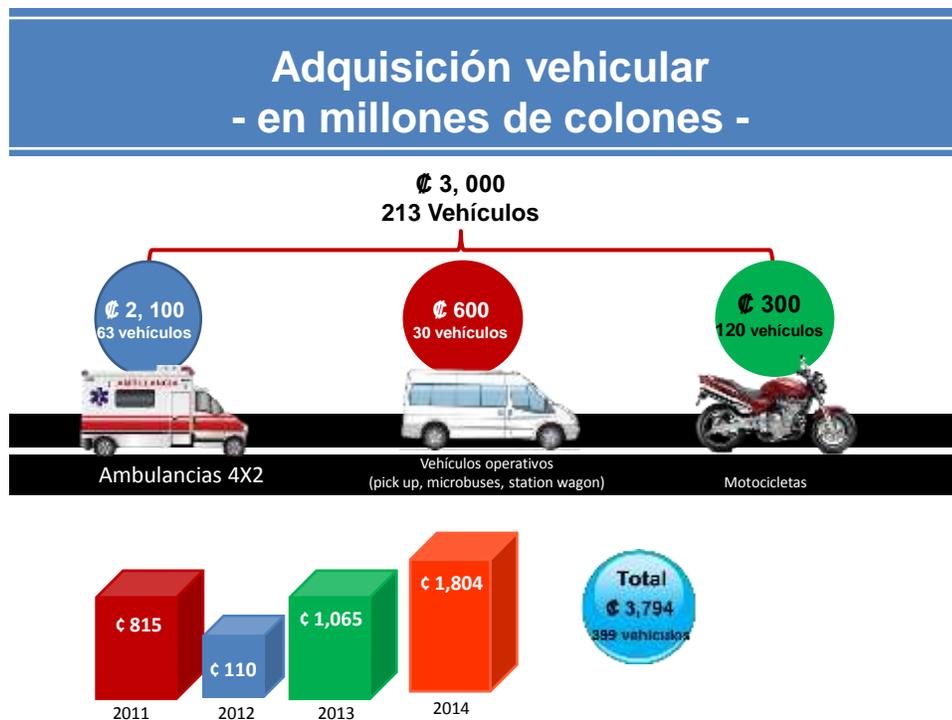
Nota: 1/ El mantenimiento incluye las subpartidas de materiales que se utilizan para el mantenimiento y repuestos.

xxxii) Fondos especiales.

xxxiii)

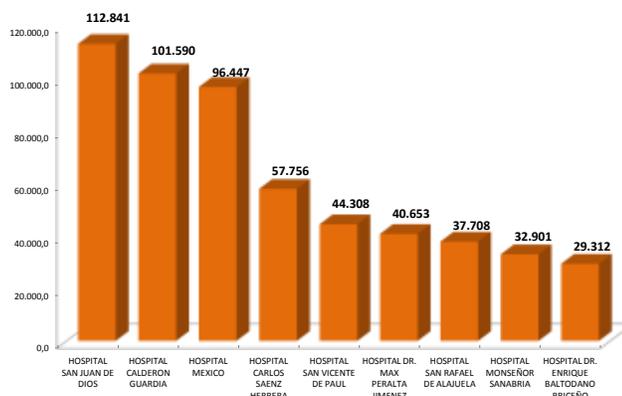
Seguro de Salud, Fondos especiales Año 2015 en millones de ¢		
Fondo	Monto	Propósito
Fondo de recuperación de infraestructura	5.000	Financiamiento de proyectos de mantenimiento de la infraestructura institucional
Fondo de adquisición de vehículos	3.000	Fortalecimiento y sustitución de vehículos de la flota institucional, para mejora de los servicios.
Fondo gastos de operación de nueva infraestructura	3.600	Gastos de operación relacionados a los nuevos proyectos de infraestructura, CAIS de Puriscal, A.S. Parrita y otros.
Atención Oportuna de las personas	473	Financiamiento de programas especiales aprobados por Junta Directiva para la disminución de listas de espera en los servicios de salud.
Seguridad a las personas	1.000	Financiamiento de proyectos relacionados a la mejora de seguridad a las personas, tales como sistemas de prevención de incendios, tanques de almacenamiento de combustibles, red eléctrica, entre otros.
Innovación tecnológica	400	Programas de investigación e innovación tecnológica orientados a la calidad de los servicios, la innovación en materia de salud y pensiones, tecnología, administración y el trato adecuado a las personas.
Prestaciones Legales	26.000	Provisión presupuestaria para el pago de las prestaciones legales de aquellos funcionarios(as) que se acogen a la pensión.
Indemnizaciones	3.000	Provisión presupuestaria para el pago de las resoluciones judiciales, contenciosos administrativos y otros.
TOTAL	42.473	

xxxiv)



xxxv)

Unidades con mayor Presupuesto, 2015 -en millones de ¢-



xxxvi)

Distribución de los gastos totales, 2014 – 2015 - en millones de colones-

Descripción	Estimación 2014	Proy. Presup 2015	% Crec.	% Partic. 2015
Gastos Corrientes	1.582.803	1.734.540	9,6	95,1
Remuneraciones	1.092.622	1.186.738	8,6	65,1
Servicios	148.952	158.014	6,1	8,7
Materiales y Suministros	235.513	246.191	4,5	13,5
Intereses y Comisiones	1.576	1.743	10,6	0,1
Transferencias Corrientes	100.453	106.963	6,5	5,9
Amortización	3.687	3.973	7,8	0,2
Cuentas Especiales	0	30.918	100,0	1,7
Gastos de Capital	75.261	88.464	17,5	4,9
Activos Financieros	57	67	17,5	0,0
Bienes Duraderos	75.204	88.397	17,5	4,9
Gastos Totales	1.658.064	1.823.004	9,9	100,0

xxxvii) Régimen de IVM.

xxxviii)

Presupuesto de Ingresos 2014-2015 (en millones de ¢)

Descripción	Estimación 2014	Estimación 2015	% Crec.	% Partic. 2015
Ingresos Corrientes	786.203	901.974	14,7	88,1
Ingresos por Contribuciones	591.403	682.061	15,3	75,6
Sector público	199.808	226.052	13,1	33,1
Sector privado	391.595	456.009	16,4	66,9
Ingresos no tributarios	146.544	149.497	2,0	16,6
Transferencias corrientes	48.255	70.416	45,9	7,8
Ingresos de Capital	28.402	31.721	11,7	3,1
Financiamiento	103.443	90.000	(13,0)	8,8
Ingresos totales	918.048	1.023.696	11,5	100,0



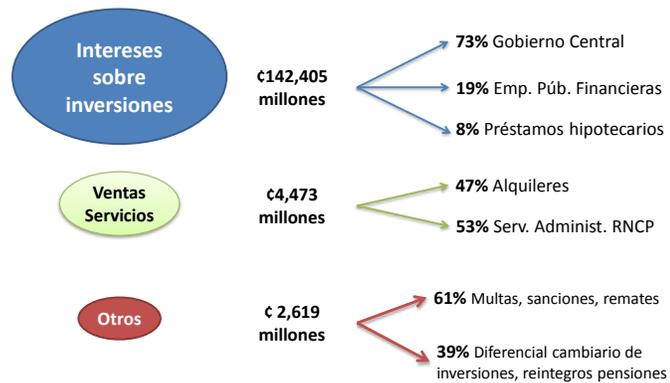
xxxix)

Transferencias incluidas en el Presupuesto de la República 2014 - 2015 - en millones de colones -

Descripción	2015	2014	% Crecimiento
Transferencias del Gobierno Central			
Contribución Patronal Gobierno Central	31,049	28,979	7%
Cuota Estado como Tal	50,462	30,044	68%
Gob. Central Cuota Trabajador, Independiente, y Convenios Especiales.	16,680	15,089	11%
Pago de Estipendios	125	125	0%
Total	98,316	74,237	32%

xl)

Ingresos No Tributarios del RIVM ₡149,497 millones A junio de 2015



xli)

Ingresos de Capital del RIVM ₡ 31,721 millones A junio de 2015



xlii)

Presupuesto de Gastos 2014-2015 (en millones de ¢)				
Descripción	Estimación 2014	Estimación 2015	% Crec.	% Partic. 2015
Gastos corrientes	788.693	869.863	10,3	85,0%
Remuneraciones	7.889	8.269	4,8	0,8%
Servicios	18.535	19.335	4,3	1,9%
Materiales y Suministros	162	149	(7,9)	0,0%
Intereses y Comisiones	5.210	8.421	61,6	0,8%
Tranferencias Corrientes	756.897	830.509	9,7	81,1%
Cuentas Especiales		3.180	100,0	0,3%
Gastos de Capital	148.904	153.833	3,3	15,0%
Activos Financieros	148.443	152.819	2,9	14,9%
Bienes Duraderos	461	1.013	119,6	0,1%
Gastos Totales	937.597	1.023.696	9,2	100,0

lxiii)



xliv)



xlv)

**Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Principales proyectos y actividades del presupuesto 2015**

Descripción	Monto (millones de €)
Créditos Hipotecarios	10,000.0
Mantenimiento de Edificio Jorge Debravo (escaleras, techo, instalación eléctrica, entre otros).	446.7
Comisiones y custodia sobre Títulos Valores.	420.0
Consultoría de Modernización Plataforma Tecnológica del Sistema Hipotecario de Crédito.	400.0
Equipos de Computo (servidores, switches, entre otros.)	355.0
Migración de Sistema de Control de Inversiones.	200.0
Mantenimiento Plataforma Tecnológica, Hardware y Sistemas de Información.	150.0
Construcc., adiciones y mejoras en inmuebles propiedad del IVM.	145.0
Ascensor y sistema contra incendios.	135.0
Consultoría para Valuación Actuarial del RIVM.	100.0
Mantenimiento equipos de comunicación, Central Telefónica IP y enlaces inalámbricos.	97.0
Total	12,448.7

Fuente: Proyecto Plan Presupuesto 2015, unidades de la Gerencia de Pensiones.

xlvi) Régimen no Contributivo de Pensiones.

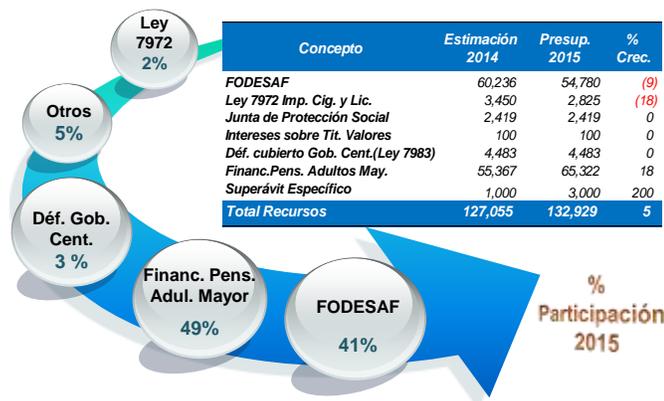
xlii)

**Base de Estimación de los Gastos
R.N.C.P.**



xlvi)

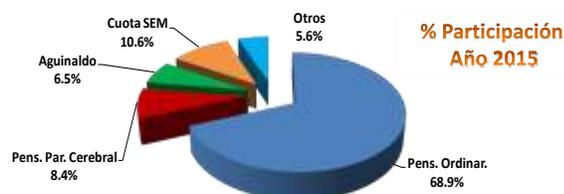
**Presupuesto de ingresos, Años 2014-2015
(millones de €)**



xlix)

PRESUPUESTO DE EGRESOS
Años 2014-2015 – (millones de ¢)

Concepto	Estimación 2014	Presupuesto 2015	% Crec.
Servicios	4.516	4.466	(1,1)
Gastos de Administrac.	4.516	4.466	(1,1)
Transf. Corrientes	121.801	125.535	3,1
Pensiones Ordinarias	89.019	91.575	2,9
Pens. Parálisis Cerebral	10.730	11.219	4,6
Aguinaldo	8.336	8.607	3,3
Cuotas CCSS	13.716	14.134	3,0
Cuentas Especiales	730	2.929	301,2
Total Recursos	127.047	132.930	4,6



- l) Propuestas de acuerdo Junta Directiva.
- li) Propuesta de acuerdo Junta Directiva.

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios GF-40.491 del 16 de setiembre del 2014 suscrito por la Gerencia Financiera, AFP-0625-2014 emitido por el Área de Formulación de Presupuesto, y el oficio DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación, con fecha 16 de setiembre de 2014, se acuerda:

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios GF-40.491 del 16 de setiembre del 2014 suscrito por la Gerencia Financiera, AFP-0625-2014 emitido por el Área de Formulación de Presupuesto, y el oficio DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación, con fecha 16 de setiembre de 2014, se acuerda:

Seguro de Salud	Régimen I.V.M.	Régimen No Contrib. Pens.	Total
¢1,823,003.9	¢1,023,695.8	¢132,930.3	¢2,979,630.0

- lii) Propuesta de acuerdo Junta Directiva.

Acuerdo segundo: Instruir a las unidades ejecutoras a acatar la normativa y lineamientos institucionales relacionados al Plan-Presupuesto, programando las actividades y ejecutando los recursos bajo criterios de razonabilidad, economicidad, priorización de necesidades y productividad del gasto, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de los regímenes que administra la Institución.

A propósito de una consulta del Director Alvarado Rivera, en términos de por qué se debe realizar una modificación presupuestaria para pagar servicios básicos como agua y luz, aclara el Gerente Financiero que es un presupuesto extraordinario, en el que se agregan recursos al presupuesto que no se tenían. Algunas partidas como servicios básicos, sobre todo por los aumentos de consumo y de las tarifas que se producen durante el año, la asignación presupuestaria en las partidas es insuficiente y se les tiene que estar incorporando recursos financieros. Por ejemplo, sucede con servicios básicos, con traslados y hospedajes, dada la demanda o el costo de los servicios, se tienen que ir ajustándolas en el tiempo.

El licenciado Alvarado Rivera solicita que antes de continuar, se establezca una política para la asignación presupuestaria de esas partidas, dado que le preocupa que se produzcan incrementos desmedidos que no se puedan cubrir, porque para realizar una modificación presupuestaria para cubrir esos servicios básicos, eventualmente, es porque el monto es excesivo.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que cuando se formuló el presupuesto para el año 2014, se solicitaron esos recursos, pero en ese momento, no se tenían esos recursos para asignarlos.

Agrega el licenciado Picado Chacón que la asignación presupuestaria se proyecta, con base en la evolución histórica de las partidas y se debe considerar que se trata de todo el país, y no solo, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) que provee la luz, dado que existen algunos lugares como en los Santos, en donde existen otras empresas y, en ocasiones, esas tarifas tienen distintos incrementos; además, las obras nuevas implica mayor consumo de electricidad y agua, por ejemplo. De tal manera que se aprovecha el presupuesto extraordinario, dado que se tienen ingresos adicionales, para financiar otras necesidades que van surgiendo.

Al Director Barrantes Muñoz le llama la atención que, en el presupuesto extraordinario, se presupueste un rubro que se denomina indemnizaciones por quinientos millones de colones y en el pasado, se presupuestaron seiscientos millones de colones, para un total de cien mil millones de colones, para el año 2014.

Sobre el particular, señala el licenciado Gómez Rodríguez que, por ejemplo, en el año 2009, se presupuestaron dos mil ciento ochenta y ocho millones de colones, en el año 2010 mil novecientos noventa y tres millones de colones, para el año 2011, se incrementó a tres mil veinticuatro millones de colones, en el año 2012 tres mil ochocientos sesenta y siete millones de colones y en el año 2013, se presupuestaron cuatro mil quinientos cincuenta y siete millones de colones. En este momento, se tiene un disponible de alrededor de tres mil millones de colones y de acuerdo con el comportamiento de los gastos, que se han venido presentando, se estimó conveniente presupuestar como previsión, para atender gastos de esa naturaleza, dado que existen resoluciones judiciales y sobre todo los contenciosos administrativos, que deben ser cancelados de inmediato.

Sobre el particular, el Director Loría Chaves señala que su voto para la partida de indemnizaciones no será positivo, dado que hace más de un año, solicitó un informe del listado de juicios que la Caja tiene, así como un inventario de los que se han perdido y no se ha recibido. Por ejemplo, recuerda que el año pasado, se resolvió un juicio de un trabajador de la Gerencia de Pensiones, al que se le pagaron trescientos millones de colones en prestaciones, por un reintegro al puesto, de acuerdo con lo que determinó el Tribunal, en un juicio laboral. Le parece que se

debe definir una política de establecer las responsabilidades del caso, por lo que solicitó una investigación, dado que considera que si una jefatura despide a un trabajador y se demuestra que hubo, por ejemplo, negligencia o una mala praxis, esa jefatura debería ser responsable de ese despido.

Sobre el particular, señala el Subgerente Jurídico que al licenciado Luis Fernando Campos, por el ser el jefe inmediato, la Dirección Jurídica le presentó hace alrededor de dos meses, un informe actualizado, porque se había presentado hace alrededor de un año, en el que se incluye información pormenorizada, de los juicios que se están litigando en los Tribunales. Por ejemplo, el caso que cita el señor Loría Chaves de la Gerencia de Pensiones, la Dirección Jurídica gestionó el caso hasta casación, se agotaron todas las instancias administrativas, pero no se puede evitar, si la administración activa realizó un despido improcedente, no se logra enderezar el juicio, por más diligencia que se realice en el proceso. Como ilustración, se tienen casos en el Tribunal donde se ha litigado, se agotan todos los recursos, se ha ido a casación y el Tribunal Contencioso Administrativo, indica que el Órgano Director realizó mal el procedimiento. Entonces, se ordena que se le instaure un procedimiento al Órgano Director. La Dirección Jurídica no puede enderezar esos aspectos. Luego, están todos los procesos que son gran cantidad. Como ilustración, hubo una sentencia de responsabilidad médica y carrera hospitalaria, los médicos demandaban en grupos de hasta cinco personas; eran juicios casi machoteros, porque el Tribunal tenía jurisprudencia y daba la razón, pero la administración no podía desembolsar todos los rubros que correspondían, entonces, hubo que litigar por una disposición administrativa. Además, existen los juicios de pensión por invalidez, que es copiosa la jurisprudencia donde la Medicatura Forense, no coincide con los parámetros que tiene establecidos la Gerencia de Pensiones, para denegar una pensión por invalidez. Entonces, la Corte Suprema de Justicia, termina concediendo la pensión, o sea, vía judicial y son temas que se definen por un asunto técnico en Medicatura Forense. Reitera, que se rindió un informe al Gerente Administrativo, en el que se detalla un balance de cuáles son los juicios que existen y, estima que con la información que tiene la Gerencia Financiera, se puede concluir parte del ciclo del informe, para que se determine, cuáles son los resultados y más importante aún, cuáles son las causas de los resultados de esos juicios.

Al respecto, indica el Director Loría Chaves que su preocupación, es en términos de que el informe se conozca en la Junta Directiva, para que se realicen las acciones, según corresponda.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que, para analizar el tema de indemnizaciones, está conformada una Comisión que analiza, cuál es la tendencia que se tiene.

Adiciona el Gerente Financiero que la observación realizada por don José Luis, se planteó en otro momento. Al respecto, existe un acuerdo de la Junta Directiva, que lo está atendiendo una Comisión liderada por la Gerencia Administrativa, donde se tiene que realizar un análisis de las causas y las situaciones. Por lo que toma nota de lo indicado y así lo informará a la Comisión, para que las incorpore en el informe y se concluyan los detalles del caso. Sobre el tema del Fondo de Indemnización, le indicó don Sergio Gómez, que la Contraloría General de la República exige, pero, además, en casi todos los juicios lo que se indica es que si no se cancela inmediatamente las indemnizaciones, se le suspende a la Caja cualquier modificación o movimiento presupuestario, que se gestione ante el Ente Contralor.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que el tema es muy serio y es el primero en querer conocer ese informe. Además, por su importancia, ve la conveniencia de que la Junta Directiva lo conozca. Como indica don José Luis Loría, se desaprovechan millones de colones en los juicios y ningún funcionario asume la responsabilidad, por haber tomado una mala decisión. Le parece que es muy importante y ha insistido durante años sobre el asunto, en términos de que las personas asuman la responsabilidad y no queden impunes sus decisiones.

Respecto de la información de los ingresos provenientes de la Junta de Protección Social, el Dr. Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque en la sesión anterior, defendió que se definieran las necesidades para que se priorizaran y se les asignaran los recursos financieros, a las que se van a cubrir. Le parece que la Junta Directiva debe tener injerencia sobre ese particular y propuso que se reglamentara, de manera que en el mes de agosto de cada año, se presente a la Junta Directiva, el proyecto de presupuesto para conocer qué se va a cubrir y que no. Además, con qué criterio se priorizaron esas necesidades, porque ese fue el análisis de fondo. Una vez discutido el problema de asignación del presupuesto, es una cuestión importante desde el punto de vista legal, pero no es lo fundamental. Para que la Junta Directiva dirija tiene que participar en el proceso de priorización de las necesidades y de su cobertura. Le preocupa que el presupuesto se asigne con base en un Plan Estratégico y en un Plan de Desarrollo de la Institución y no en la priorización de las necesidades institucionales. Consultó sobre las donaciones de la Junta de Protección Social y se le informó que, a veces las realiza a los Hospitales Regionales, dado que negocian con la Junta de Protección Social, y logran que les otorgue una asignación de recursos financieros. Le preocupa porque esas asignaciones con toda la buena fe que tienen, eventualmente, podrían crear un problema y provocar distorsiones, en la mejor administración de los recursos. Por ejemplo, en el momento en que ingrese una determinada máquina a un Hospital, los otros Hospitales empezarán a solicitar el mismo equipo, sin que, necesariamente, obedezca a una planificación de parte de la Junta Directiva. Conoce que cuando esas situaciones suceden, de acuerdo con lo que comentaron don Gustavo Picado y don Sergio Gómez, probablemente, existe alguna negociación y que la Gerencia Médica interviene, pero existen criterios que no se le pueden escapar y, eventualmente, podrían ocasionar distorsiones.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que, en ese sentido, la Gerencia Médica realiza un trabajo de coordinación con la Junta de Protección Social y, generalmente, se solicita al personal de la Caja.

Por otro lado, en materia de incidencia en el Plan Anual Operativo, indica el Gerente Financiero que se le solicitó el criterio, a la Dirección de Planificación Institucional y la licenciada Jiménez, se referirá al tema de referencia.

La licenciada Jiménez Vargas señala que estos movimientos presupuestarios coadyuvarán en el cumplimiento de algunas metas institucionales. Por ejemplo, la asignación de los mil millones de colones para el Programa de Compra de Medicamentos, favorece el cumplimiento del 98% de abastecimiento de los medicamentos médicos. Los dos mil ochocientos veinticinco millones de colones del Programa de Renovación de Infraestructura, con el reforzamiento de los nuevos servicios de hospitalización del Hospital de La Anexión, forman parte del portafolio de proyectos, razón por la cual contribuye al logro de esa meta. Los tres mil ciento sesenta y tres millones de colones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, colaboran en la meta de lo que es la rentabilidad real de las inversiones del RIVM. En lo que refiere al Régimen no Contributivo

(RNC), estos recursos favorecerían las dos metas que tienen, lo que corresponde al otorgamiento de las 2.500 nuevas pensiones y tener al final del 2014, 102.808 personas incluidas en el RNC.

Interviene el Auditor y señala que es satisfactorio el aumento de ingresos que fortalecen los ingresos del Seguro de Salud, en veinte mil millones de colones y que provienen de la contribución de asegurados voluntarios, alrededor de mil cuatrocientos cuarenta y seis millones de colones. Por otro lado, producto de la gestión de cobro realizada al Instituto Nacional de Seguros (INS), se está recibiendo un ingreso por cuatro mil millones de colones y el pago del Estado por el Convenio de la Deuda del Estado del año 2007, por intereses, alrededor de cinco mil millones de colones. Destaca que en las cuentas especiales que son fondos sin asignación presupuestaria, existe una suma significativa en el Seguro de Salud, por cercana a los nueve mil millones de colones, lo que incrementará el monto de las reservas. En el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), el aumento de ingreso es por seis mil millones de colones y, básicamente, se destina a inversiones, de manera que se adquirirían valores por un monto de tres mil cien millones de colones y a reforzar la partida, también sin asignación presupuestaria por dos mil ochocientos millones de colones y en el RNC, se tiene una situación similar, donde el aumento de los ingresos se está destinando a cuentas especiales, por una suma con destino específico sin asignación presupuestaria. Sobre las cuentas especiales en el Seguro de Salud, pregunta si va a reforzar las reservas o se financiarán gastos de operación, en el transcurso del año. En el RNC si se van a destinar esos recursos para el aumento de nuevas pensiones o se van a reforzar las reservas.

El licenciado Picado Chacón responde que en el tema del Seguro de Salud, lo que se debe hacer es reforzar las reservas, se trata de treinta y ocho mil millones de colones, son recursos de la Institución y es una posición muy satisfactoria que, probablemente, es una función que no se produce en el tiempo. A la fecha quedan reservas para satisfacer algunas necesidades y, se tienen los remanentes salariales y los propios de la nueva ejecución, con los que se cubrirán los gastos de fin de año, de manera que se cerrará el año con asignaciones globales, de alrededor de cuarenta mil millones de colones. Para el RNC quedan para la nueva política de extender el número de pensiones, en mil doscientas cincuenta millones de colones, más pensiones del RNC.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que el tema de la reserva, no le satisface y le parecer que se debe analizar, como Junta Directiva. Por ejemplo, se está analizando la propuesta de un presupuesto extraordinario y el ingreso de miles de millones de colones que no están siendo utilizados, dado que si un presupuesto está bien hecho, que es lo que se espera que suceda y sea razonable. En ese sentido, solicita se aclare el tema y lo que puede suceder para tener cuarenta mil millones de colones en reserva.

Sobre el particular, indica la doctora Sáenz Madrigal que el tema se agendará para que sea analizado en detalle.

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 los Directores Gutiérrez Jiménez y Alvarado Rivera. Asimismo, se deja constancia de que el Director Loría Chaves vota en forma positiva todos los renglones contenidos en el presupuesto, salvo lo que corresponde a indemnizaciones, dada la argumentación planteada en la parte deliberativa (en su momento solicitó información en cuanto al detalle de los juicios perdidos y señala que no se le suministró;

en ese sentido el Director Jurídico hace la aclaración que ha quedado constando en párrafos precedentes).

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GF-40.620-14 del 19 de setiembre del año en curso que firma el Gerente Administrativo y, en lo pertinente, literalmente se lee en estos términos:

“Para análisis y aprobación, se remite el documento de, Presupuesto Extraordinario 02-2014 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones.

Este documento corresponde cumple con los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República en las Normas Técnicas de Presupuesto Público (R-1-2012-DC-DFOE) y los lineamientos definidos a nivel interno de la CCSS en materia presupuestaria, tales como: Política Presupuestaria, Normas Técnicas Específicas del Plan-Presupuesto e Instructivo de Variaciones Presupuestarias.

Los movimientos incorporados en este presupuesto se derivan estimaciones realizadas por la Dirección de Presupuesto y los documentos planteados por las unidades ejecutoras que conforman la Institución, a través de los cuales se plantea el financiamiento de varias subpartidas para cubrir la programación física y financiera del presente período. Asimismo, se incorpora la transferencia de recursos de varias instituciones para la realización de proyectos y programas específicos.

El total del presupuesto se encuentra equilibrado en cada uno de los Seguros, en tanto el origen de los recursos coincide con la aplicación de ellos.

A continuación se resumen los principales movimientos incluidos en la modificación y se adjunta el documento de las justificaciones en donde se observan los cuadros de aumentos y rebajos realizados en cada una de las subpartidas.

I. ANTECEDENTES:

(Montos en millones de colones)

1. Seguro de Salud

Se incorpora la recalificación de varios rubros de ingresos para financiar varias subpartidas de operación. Asimismo, se incluye la transferencia de recursos por parte de varias instituciones y el primer desembolso del préstamo del BCIE, para el financiamiento de actividades y proyectos específicos.

I. Aumento de Ingresos

¢ 20,235.5

Se incrementan los siguientes rubros de ingresos:

1. Ingresos Corrientes**¢ 17,362.8****a) Contribuciones a la Seguridad Social****¢ 5,046.5**

- Se incorpora al presupuesto la suma de ¢3,600.0 en la subpartida Contribución Patronal Instituciones Descentralizadas No Empresariales y ¢1,446.5 en el rubro Contribución Asegurados Voluntarios, correspondiente al ajuste por recalificación de ingresos al comparar el presupuesto del primer semestre 2014 con los resultados reales mostrados en el mismo período.

b) Ingresos No Tributarios**¢ 8,937.3**

- Venta de Bienes y Servicios ¢4,017.8: se incrementa un monto de ¢4,000.0 en la subpartida Servicios Médico-Asistenciales de acuerdo a los resultados obtenidos a junio 2014 y el presupuesto correspondiente al primer semestre, derivado principalmente de la gestión de cobro de los servicios de salud prestados al INS. Por otra parte, se aumenta el rubro de Venta de Otros Servicios en ¢ 17.8, con recursos de la transferencia del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, según oficio DSG-647-2014 del 01 de agosto del 2014, por reestimación de los servicios de recaudación realizados al FODESAF.
- Ingresos de la Propiedad ¢4,919.5: se incorpora esta suma por Intereses Gobierno Central, derivados del convenio de pago de deuda suscrito con el Ministerio de Hacienda en el año 2007, por la atención de asegurados por el Estado.

c) Transferencias Corrientes**¢ 3,379.0**

- Transferencias Corrientes del Gobierno Central ¢2,909.9: se incrementa un monto de ¢2,880.5 derivado del convenio de pago de deuda suscrito con el Ministerio de Hacienda por la atención de asegurados por el Estado. Es importante mencionar que este monto más los ¢4,919.5 de intereses corresponden a los ¢7,800.0 millones establecidos en el convenio del año 2007 como transferencia para el período 2014. Asimismo, se incorpora al presupuesto la suma de ¢29.4 para el financiamiento del programa “Pruebas de Paternidad Responsable”, con recursos del Ministerio de Salud, según oficio DFBS-UF-1369-2014 del 30 de mayo de 2014.
- Transferencias Corrientes Órganos Desconcentrados ¢52.1: se aumenta el presupuesto en ¢52.1 para el Programa de Pacientes Fase Terminal, con recursos de la transferencia del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, según oficios DSG-647-2014 del 01 de agosto del 2014 y DSG-238-2014 del 18 de marzo del 2014.
- Transferencias Empresas Públicas Financieras ¢417.0: transferencia de la Junta de Protección Social para el proyecto de readecuación del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, según oficio GS-2406-2014 del 02 de setiembre de 2014.

2. Ingresos de Capital**¢ 47.7**

- Transferencia de Capital del Gobierno Central ¢47.7: para el pago de las obligaciones por concepto de amortización e intereses del préstamo ICO-ESPAÑA, según oficios DFC-1503-2014 / SGL-190-2014 del 04 de agosto del 2014 y DCP-367-2014 del 21 de julio del 2014.

3. Financiamiento**¢ 2,825.0**

- Endeudamiento Externo ¢2,825.0: se incorpora al presupuesto institucional el primer desembolso de los recursos provenientes del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), para el financiamiento del programa de “Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario”, según acuerdo de Junta Directiva, artículo 36°, sesión N°8687, del 19 de diciembre del 2013 y el oficio GIT-33411-2014 del 20 de junio del 2014.

I. Aumento de Egresos**¢20,235.5****1. Servicios****¢ 1,400.0**

- Servicios Básicos ¢600.0: refuerzo a las subpartidas de Servicios de Agua y Alcantarillado por ¢200.0, Energía Eléctrica por ¢400.0, como previsión para cubrir las necesidades planteadas por las unidades ejecutoras para finalizar el período, y de esta forma asegurar la prestación adecuada de los servicios a los usuarios.
- Gastos de Viaje y Transporte ¢800.0: refuerzo para cubrir el costo del transporte de los pacientes que requieren traslados y hospedajes para consultas, tratamientos y servicios especializados en un centro hospitalario y deben desplazarse desde su lugar de residencia.

2. Materiales y Suministros**¢ 4,000.0**

- Productos Químicos y Conexos ¢1,500.0: se incrementa la subpartida Productos Farmacéuticos y Medicinales para la adquisición de fármacos y medicinas tales como Bevacizumab 400 mg y 100 mg, Valganciclovir 450 mg, Lapanitib, Leuprorelina, inmonoglobulinas, -entre otros.
- Útiles, Materiales y Suministros Diversos ¢ 2,500.0: financiamiento a la subpartida de Útiles y Materiales Médicos, Hospitalarios y de Investigación, con el fin de cubrir necesidades planteadas por las unidades ejecutoras de salud para la compra de prótesis mamarias, stent coronarios, insumos del servicio de cardiología, angiografía y angioplastia coronaria, entre otros

- 3. Bienes Duraderos** **¢ 3,242.0**
- Construcciones, Adiciones y Mejoras: ¢3,242.0: sobresale el aumento por ¢ 2,825.0 con recursos del préstamo del BCIE, para el proyecto reforzamiento y el nuevo servicio de hospitalización del Hospital de la Anexión. Asimismo, se incluye el monto de ¢417.0 de la transferencia de la Junta de Protección Social, para el financiamiento del proyecto de readecuación del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

- 4. Transferencias Corrientes** **¢ 2,552.1**
- Otras prestaciones a terceras personas ¢2,000.0: se aumentan las subpartidas de subsidios por incapacidad como refuerzo para cubrir el pago de esta transferencia a los (as) asegurados (as) del Seguro de Salud que están incapacitados (as). Asimismo, se incorpora la suma de ¢52,1 para reforzar el Programa de Pacientes Fase Terminal, con recursos de la transferencia del FODESAF, según oficios DSG-647-2014 del 01 de agosto del 2014 y DSG-238-2014 del 18 de marzo del 2014.

- Indemnizaciones ¢500.0: se refuerzan los fondos institucionales como previsión para cancelar casos de indemnización por resolución judicial, administrativo o contenciosos que se presenten durante lo que resta del período.

- 5. Amortización e Intereses** **¢47.7**
- Sobresale el incremento en las subpartidas de Intereses Préstamos Externos por ¢8.2 y Amortización Préstamos Externos por ¢39.5: con el fin de realizar el pago de las obligaciones por concepto de amortización e intereses del préstamo ICO-ESPAÑA.

- 6. Cuentas Especiales** **¢8,993.7**
- Sumas con Destino Específico sin Asignación Presupuestaria ¢8,993.7: se aumenta la subpartida para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos.

2. Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Se incorporan la recalificación de varios rubros de ingresos, con base en los datos reales a junio 2014, con el fin de financiar la subpartida de adquisición de títulos valores. Asimismo se incluyen las Transferencias de Instituciones Públicas No financieras y Financieras, en atención al artículo 78, de la Ley 7983 de Protección al Trabajador.

I. Aumento de Ingresos **¢ 6,001.0**

Se incrementan los siguientes rubros de ingresos:

1. Ingresos Corrientes **¢ 6,001.0**

a) Contribuciones a la Seguridad Social **¢ 500.0**

- Se incorpora al presupuesto la suma de ¢ 500.0 en la subpartida Contribución Patronal Órganos Desconcentrados, correspondiente al ajuste por recalificación de ingresos al comparar el presupuesto del primer semestre 2014 con los resultados reales mostrados en el mismo período.

b) Ingresos No Tributarios **¢ 2,663.2**

- Venta de Bienes y Servicios ¢1,741.5: se incrementa la subpartida Alquiler de Edificios de acuerdo a los resultados obtenidos a junio 2014 y el presupuesto correspondiente al primer semestre, razón por el cual se recalifican los ingresos en este rubro.
- Ingresos de la Propiedad ¢771.7: se reincorpora esta suma por concepto de Intereses y Comisiones sobre Préstamos al Sector Privado, como resultado de la recalificación de los ingresos obtenido a junio 2014 y el presupuesto correspondiente al primer semestre.
- Otros Ingresos No Tributarios ¢150.0: se aumenta el rubro de Ingresos Varios No Específicos, como resultado de la recalificación de ingresos al comparar el presupuesto del primer semestre 2014 con los resultados reales mostrados en el mismo período.

c) Transferencias Corrientes **¢ 2,837.8**

- Transferencias Corrientes Instituciones Públicas No Financieras ¢37.0: se incrementa un monto de ¢37.0 de la transferencia realizada por Correos de Costa Rica, según Artículo 78 de la Ley 7983 de Protección al Trabajador.
- Transferencias Corrientes de Empresas Públicas Financieras ¢2,800.8: se aumenta este rubro por concepto de la transferencia realizada por el Banco de Costa Rica ¢1,616.1, Banco Crédito Agrícola de Cartago ¢175.3 y Banco Nacional ¢1,009.4, según Artículo 78 de la Ley 7983 para el fortalecimiento del Régimen.

I. Aumento de Egresos **¢ 6,001.0**

Con el incremento de los ingresos se financian los siguientes conceptos:

a) Desembolsos Financieros **¢ 3,163.2**

- Adquisición de Valores ¢ 3,163.2: se financia la subpartida de Adquisición de Valores de Gobierno Central, con recursos derivados de la recalificación de ingresos, como refuerzo para cubrir la adquisición de títulos valores a largo plazo, como parte de las acciones para capitalizar al Régimen de IVM.

b) Cuentas Especiales **¢ 2,837.8**

- Fondos sin Asignación Presupuestaria Específicos ¢ 2,837.8: se incrementa esta subpartida para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos.

3. Régimen No Contributivo de Pensiones

Se incorpora la transferencia de recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, según oficios DSG-N°647-2014 del 01 de agosto del 2014, y DSG-N°238-2014 del 18 de marzo del 2014 de FODESAF, para el programa “Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico”, como previsión para atender necesidades en el transcurso del período.

I. Aumento de Ingresos **¢ 2,073.0**

Se incrementa el siguiente rubro de ingresos:

1. Ingresos Corrientes **¢ 2,073.0**

- Transferencias Corrientes Órganos Desconcentrados ¢2,073.0: se incorpora la transferencia de recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, según oficios DSG-N°647-2014 del 01 de agosto del 2014, y DSG-N°238-2014 del 18 de marzo del 2014 de FODESAF, para el programa “Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico”, como previsión para atender necesidades en el transcurso del período.

I. Aumento de Egresos **¢ 2,073.0**

1. Cuentas Especiales **¢ 2,073.0**

- Sumas con Destino Específico sin Asignación Presupuestaria ¢2,073.0: Se incrementa esta subpartida para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos, recursos que se dispondrán como previsión para atender necesidades en el transcurso del período en el pago de las pensiones.

II. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante oficio AFP-631-2014 de fecha 19 de setiembre del 2014, suscrito por el Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto, se remite el Presupuesto Extraordinario 02-2014 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones, el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para las variaciones presupuestarias.

III. CONCLUSIONES

1. Los movimientos planteados corresponden a un Presupuesto Extraordinario de aprobación final por parte de la Contraloría General de la República.
2. Este Presupuesto Extraordinario varía el monto total del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones. En el Seguro de Salud destaca la incorporación de varias subpartidas de ingresos derivado del ajuste por recalificación de ingresos al comparar el presupuesto del primer semestre 2014 con los resultados reales mostrados en el mismo período. Asimismo, se incluyen recursos provenientes del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), para programa de “Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario Se incluyen también, los recursos a transferir por el FODESAF y la Junta de Protección Social para el financiamiento de programas específicos.
3. En el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte se incorpora la recalificación de ingresos de varios rubros, al comparar el presupuesto del primer semestre 2014 con los resultados reales mostrados en el mismo período.
4. En el Régimen No Contributivo de Pensiones se incorpora la transferencia de recursos proveniente del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, recursos que se dejan como previsión para atender necesidades en el transcurso del período.
5. El presupuesto se encuentra equilibrado, en tanto el total de ingresos es igual al total de egresos.
6. Mediante oficio AFP-633-2014, la Dirección de Presupuesto solicita a la Dirección de Planificación Institucional la incidencia en el Plan Anual Institucional de los movimientos incluidos en el presente presupuesto extraordinario.

IV. RECOMENDACIÓN

Con base en el dictamen técnico emitido por el Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto en oficio N° AFP-0631-2014, la Gerencia Financiera recomienda a la Junta Directiva la aprobación del Presupuesto Extraordinario N° 02-2014 correspondiente al Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones”,

con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios números GF-40.620-2014, suscrito por la Gerencia Financiera y AFP-631-2014 emitido por el Área de Formulación de Presupuesto, y teniendo los criterios técnicos, legales, normativos y de acuerdo a la viabilidad financiera la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA**

ACUERDO PRIMERO: aprobar el Presupuesto Extraordinario 02-2014 del Seguro de Salud, del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y del Régimen no Contributivo de Pensiones, por los montos indicados en el siguiente cuadro y los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de ingresos y egresos incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión, y teniendo presente el citado oficio número AFP-631-2014 del Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico:

Concepto	Salud	Invalidez, Vejez y Muerte	Régimen No Contributivo	Total CCSS
I) RECURSOS				
i Ingresos	20,235.5	6,001.0	2,073.0	28,309.5
TOTAL	20,235.5	6,001.0	2,073.0	28,309.5
II) APLICACION				
ii Egresos	20,235.5	6,001.0	2,073.0	28,309.5
TOTAL	20,235.5	6,001.0	2,073.0	28,309.5

ACUERDO SEGUNDO: en forma complementaria con el acuerdo precedente, dar por conocido y aprobar el criterio emitido por la Dirección de Planificación Institucional en el oficio número DPI-468-14, respecto de la incidencia producida por los movimientos incluidos en el presente presupuesto extraordinario, en las metas establecidas en el Plan Anual Institucional 2014.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

ARTICULO 16°

Por mayoría, dado que la Directora Alfaro Murillo y los Directores Gutiérrez Jiménez y Alvarado Rivera votan en forma negativa, **se declara la firmeza** de lo resuelto en el artículo 6° de la sesión número 8738, celebrada el 18 de setiembre en curso, en donde se aprobó el proyecto Plan-Presupuesto del año 2015 del Seguro de Salud, del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y del Régimen no Contributivo de Pensiones (oficio N° GF-40.491 del 16 de setiembre del año 2014).

Ingresan al salón de sesiones: doctora María del Rocío Sánchez Montero, Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red; Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; licenciada Jacqueline Castillo Rivas, Jefe del Departamento de Estadística de la Dirección Actuarial; ingeniera Susan Peraza Solano, Jefe de la Subárea de Soporte e Integración de Proyectos; licenciada Martha Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 17°

Conforme con lo previsto, se retoma la propuesta contenida en el oficio del 17 de setiembre del año 2014, número DPI-459-4, firmado por el Director de Planificación Institucional: metas institucionales por incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

La presentación está a cargo del doctor Ballesteros Harley, quien se apoya en las láminas que se especifican:

- i) Propuesta Metas Institucionales para incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

ii)

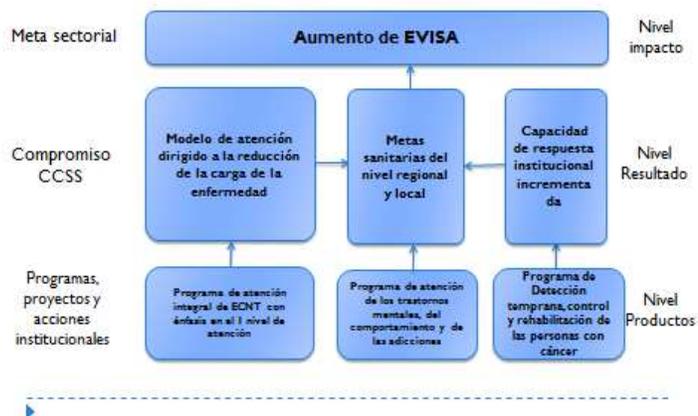


iii) Meta sectorial:

Objetivo Sectorial	Resultado	Indicador	Línea base	Meta del periodo 2015-2018 y anual
Mejorar el estado de salud de la población, mediante el acceso a servicios integrales de salud universales, solidarios y sostenibles con calidad	Población más longeva y saludable	Incremento de la esperanza de vida saludable	Promedio anual de incremento de años de vida saludable 0,145 (Valor de EVISA 2013: 69,74 años, aplicando el crecimiento promedio observado de 1990 a 2010)	2015-2018: Incrementar gradualmente hasta un 31% la tasa de crecimiento promedio acumulada de la EVISA (70,49 años en el 2018) 2015: 0,16 años 2016: 0,19 años 2017: 0,25 años 2018: 0,40 años Total de años aumentados: 1,01 años con respecto al año 2014

iv)

CCSS y el marco de acción sectorial



viii)

Opciones	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta 2015-2018
Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado.	Aumentar el nivel de cobertura y control de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles mayores de 20 años en el primer nivel de atención	Porcentaje de incremento en la cobertura de pacientes con hipertensión arterial (HTA)	HTA: 34%	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento del 6% en la cobertura de pacientes crónicos de HTA, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional
		Porcentaje de incremento en la cobertura de pacientes con diabetes mellitus (DM)	DM: 42%	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento del 6% en la cobertura de pacientes crónicos de DM, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional

ix)

Opciones	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta 2015-2018
Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado.	Aumentar el nivel de cobertura y control de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles mayores de 20 años	Porcentaje de incremento en la cobertura de pacientes con Dislipidemias	Dislipidemias: 40%	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento del 6% en la cobertura de pacientes crónicos de Dislipidemia, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional
		Porcentaje de incremento de pacientes con hipertensión arterial con control óptimo	HTA: 42%	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 6% en el control óptimo de las personas con enfermedades crónicas de HTA, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional

x)

Opciones	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta 2015-2018
Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado.	Aumentar el nivel de cobertura y control de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles mayores de 20 años	Porcentaje de incremento de pacientes con diabetes mellitus con control óptimo	DM: 42%	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 6% en el control óptimo de las personas con enfermedades crónicas de DM, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional
		Porcentaje de incremento de pacientes con dislipidemias con control óptimo	Dislipidemias: 40% en 2013	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 6% en el control óptimo de las personas con enfermedades crónicas de Dislipidemia, en el primer nivel de atención 2015: 1,5% 2016: 1,5% 2017: 1,5% 2018: 1,5% Primer Nivel de atención a nivel nacional

xi)

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Métra 2015-2018
Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado.	Aumentar el nivel de cobertura y control de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles mayores de 20 años	Prevalencia del consumo de frutas y vegetales mayor o igual a 5 porciones diarias en la población mayor o igual a 20 años.	22,3% en el año que ingresó a la línea base y 27 millones de frutas y verduras al día.	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un 25% que la población consuma frutas y vegetales, mayor o igual a 5 porciones diarias en la población mayor o igual a 20 años. 2015: 22,3% 2016: 23,64% 2017: 24,32% 2018: 25% Primer nivel de atención a nivel nacional
		Porcentaje de incremento de población mayor de 20 años realizando actividad física moderada o alta	48,1% de Población mayor de 20 años realizan actividad física moderada o alta	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se incremente en un 5% la población de 20 años y más que realice actividad física moderada y alta. 2015: 50,35% 2016: 51,8% 2017: 52,85% 2018: 54,3% Primer nivel de atención a nivel nacional

xii) Programa Institucional de atención de los trastornos mentales, del comportamiento y de las adicciones

xiii)

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Métra 2015-2018
Desarrollar la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento en la red de servicios	Servicios de salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento	Número de Áreas de Salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y/o con trastornos mentales y del comportamiento	1 Área de Salud (Cusco - Catedral)	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se cuente con 39 Áreas de Salud ejecutando acciones para la prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento Incrementar en 30 las Áreas de Salud del PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2015: 5 Áreas de Salud 2016: 14 Áreas de Salud 2017: 15 Áreas de Salud 2018: 9 Áreas de Salud

xiv)

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Métra 2015-2018
Desarrollar la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento en la red de servicios	Servicios de salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento	Número de equipos interdisciplinarios conformados en establecimientos de salud	1 equipo interdisciplinario (Área de Salud Cusco - Catedral)	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se cuente con 20 equipos interdisciplinarios conformados en establecimientos de salud para la atención oportuna de adicciones salud mental Incrementos en 20 equipos interdisciplinarios, en establecimientos de salud del SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2015: 2 equipos 2016: 3 equipos 2017: 4 equipos 2018: 5 equipos Perú (Cusco) 1) San Felipe de Arequipa 2) Arequipa (Santiago) 3) Arequipa (San Mateo) 4) Arequipa (San Mateo) 1 equipo interdisciplinario (Área de Salud Cusco - Catedral) 1) San Martín 2) Arequipa (San Mateo) 3) Arequipa (San Mateo) 4) Arequipa (San Mateo) 5) Arequipa (San Mateo) Perú (Cusco) 1) Arequipa (San Mateo) 2) Arequipa (San Mateo) 3) Arequipa (San Mateo) 4) Arequipa (San Mateo) 5) Arequipa (San Mateo) 6) Arequipa (San Mateo) 7) Arequipa (San Mateo) 8) Arequipa (San Mateo) 9) Arequipa (San Mateo) 10) Arequipa (San Mateo) 11) Arequipa (San Mateo) 12) Arequipa (San Mateo) 13) Arequipa (San Mateo) 14) Arequipa (San Mateo) 15) Arequipa (San Mateo) 16) Arequipa (San Mateo) 17) Arequipa (San Mateo) 18) Arequipa (San Mateo) 19) Arequipa (San Mateo) 20) Arequipa (San Mateo) Perú (Cusco) 1) Arequipa (San Mateo) 2) Arequipa (San Mateo) 3) Arequipa (San Mateo) 4) Arequipa (San Mateo) 5) Arequipa (San Mateo) 6) Arequipa (San Mateo) 7) Arequipa (San Mateo) 8) Arequipa (San Mateo) 9) Arequipa (San Mateo) 10) Arequipa (San Mateo) 11) Arequipa (San Mateo) 12) Arequipa (San Mateo) 13) Arequipa (San Mateo) 14) Arequipa (San Mateo) 15) Arequipa (San Mateo) 16) Arequipa (San Mateo) 17) Arequipa (San Mateo) 18) Arequipa (San Mateo) 19) Arequipa (San Mateo) 20) Arequipa (San Mateo)

xv)

Objetivo	Resultado	Indicador	Unidad	Meta 2015-2018
Desarrollar la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento en la red de servicios.	Servicios de salud ejecutando acciones de promoción, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento.	Número de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental implementados en hospitales institucionales.	4. (H. Regionalista M. Chacabuco, H. Casapueblo y H. Lomas)	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se implementen 4 servicios de Psiquiatría y Salud Mental adicionales en Hospitales. Incrementar en 2 Hospitales del SEGURO Y TERCER MILI DE ADECUACIÓN 2015: 1 Servicio 2016: 1 Servicio 2017: 1 Servicio 2018: 1 Servicio A continuación se presenta lista de hospitales a implementar: H. San Carlos H. Monseñor González (Fundamental) H. San Fernando H. Soledad Pardo

xvi) Programa de Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer

xvii)

Objetivo	Resultado	Indicador	Unidad	Meta 2015-2018
Incrementar la cobertura de las personas con cáncer mediante la detección temprana, control y rehabilitación.	Aumento de la detección temprana y el control de cáncer en las áreas de salud de elevada mortalidad.	Porcentaje de incremento de cobertura del diagnóstico de mujeres de 35 años y más.	33.4% en PAP en mujeres de 35 y más años	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento en la cobertura del PAP de un 33% a nivel nacional 2015: 3,75% 2016: 3,75% 2017: 3,75% 2018: 3,75% A nivel nacional
		Número de mamografías realizadas.	117.111 (No se conoce el dato correspondiente a la cobertura en el rango de 45 a 69 años)	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre 200.000 mamografías a nivel nacional con defensas mujeres de 45 a 69 años. 2015: 140.533 (20%) 2016: 143.938 (42%) 2017: 175.000 (49,4%) 2018: 200.000 (70,77%) A nivel nacional
		Porcentaje de cobertura de la prueba de VPH en mujeres de 30 a 64 años.	0	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre una cobertura del 45 % en la prueba del VPH en mujeres de 30 a 64 años en la región Obisparto. 2015: 0 % (Implementación) 2016: 30% 2017: 7 % 2018: 10% Región Obisparto

xviii)

Objetivo	Resultado	Indicador	Unidad	Meta 2015-2018
Incrementar la cobertura de las personas con cáncer mediante la detección temprana, control, rehabilitación y cuidados paliativos.	Aumento de la detección temprana y el control de cáncer en las áreas de salud de elevada mortalidad.	Porcentaje de casos de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana.	0	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 10% en la proporción de casos de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana a nivel nacional 2015: 0% (Implementación de fase base) 2016: 3% 2017: 3% 2018: 6% A nivel nacional
		Porcentaje de cobertura de (gestión) de cáncer de colon en personas de 45 a 75 años.	0	2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 10% en la cobertura de manejo de cáncer de colon en personas de 45 años a 75 años. 2015: 0% (Implementación de fase base) 2016: 4% 2017: 3% 2018: 6% A nivel Nacional
	Aumento de la cobertura del proceso de rehabilitación orientada a mitigar los efectos del tratamiento del cáncer.	Porcentaje de cobertura del proceso de rehabilitación en personas con cáncer por cáncer.	0	2015-2018: Que al finalizar el 2018 se logre una cobertura del 20% en el proceso de rehabilitación en personas con cáncer por cáncer (fase base y parte del 2017) 2015: 0% (Implementación de fase base) 2016: 0% (Implementación del programa) 2017: 5% 2018: 14%

xix) Conclusión del análisis.

La Institución cuenta con programas que han contribuido alcanzar los indicadores de esperanza de vida y mortalidad que se tienen hasta el momento, por lo que se deben mantener para no bajar la guardia y adicionalmente atender aquellos problemas que contribuyan a incrementar la esperanza de vida saludable

xx) Propuesta de acuerdo:

Conocida la propuesta técnica expuesta por la Presidencia Ejecutiva, relacionada con las Metas Institucionales para incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, esta Junta Directiva acuerda:

- ☞ Aprobar dicha propuesta e instruir a la Presidencia Ejecutiva para que sea remitida al Ministerio de Salud como aporte de la Institución al Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.
- ☞ Instruir a las Gerencias y sus unidades adscritas en coordinación con la Dirección de Planificación Institucional, para que procedan a incluir e implementar estas metas en los planes tácticos gerenciales y planes-presupuesto y rendir cuentas sobre sus logros.

A propósito de una consulta, el doctor Sánchez Alfaro señala que los programas prioritarios, contribuyen con el gran indicador de la Esperanza de Vida Saludable y son el resultado de la lectura del análisis de situaciones de salud, de la Carga de la Enfermedad y de los factores de riesgo que se señalan en la Carga de la Enfermedad. En este caso, la estructura plantea un objetivo como fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas, no transmisibles en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado. El resultado que se pretende es aumentar el nivel de cobertura de estos pacientes, con enfermedades crónicas y el control óptimo de ellos. En ese sentido, evitar las complicaciones futuras y se va a medir por medio de dos indicadores: el porcentaje de incremento en la cobertura de pacientes, en este caso con Dislipidemias y el porcentaje de incremento de pacientes con Hipertensión Arterial, con control óptimo. Para cada una de las enfermedades crónicas transmisibles, existe un indicador de aumento de la cobertura y un indicador de control óptimo, se tiene la línea de base para cada uno de ellos. En el caso de Dislipidemias, se está cubriendo el 40% de los usuarios y en el caso de Hipertensión, se está logrando controlar el 62% de los pacientes. Las metas están desagregadas por cada uno de los años. Ambas metas corresponden al Primer Nivel de Atención, esa es la estructura y así está para los tres programas prioritarios, tanto para cáncer, como para enfermedades mentales y crónicas.

Sobre el particular, el Director Alvarado Rivera pregunta por qué el 6% de la cobertura, en términos de si es una meta muy ambiciosa o poco ambiciosa.

Responde el doctor Sánchez Alfaro que en principio, es una meta ambiciosa y se relaciona con la tendencia del aumento de la cobertura que han tenido en los últimos años, dado que se determinó que ha habido un descenso en la cobertura de esos pacientes, por lo que se ha querido frenarlo y aumentar la cobertura. En esa línea, se están solicitando algunos recursos, para poder equiparar el descenso y se inicie el ascenso.

El licenciado Alvarado Rivera manifiesta que esa situación no le satisface, porque si se trata de una recuperación de lo que se tenía, dado que se desmejoró la cobertura, la meta muestra poca expectativa de crecimiento, o sea, es poco ambiciosa. Le parece que las metas debería estar más en proyección del verdadero crecimiento y se proyecten procesos ambiciosos de cobertura. Considera que, anualmente, 1.5% en la cobertura es un porcentaje muy bajo, dado que no se determina el esfuerzo de corregir aquellos aspectos que anualmente son deficientes, para ir incrementando la cobertura. Cree que se debería analizar ese aspecto, porque si lo que se quiere es mejorar la salud y la longevidad de las personas, la meta debe ser en proyección del crecimiento.

La doctora Sáenz Madrigal retoma la preocupación de don Renato Alvarado y aclara que uno de los temas que se ha determinado, es que en el primer año la meta podría ser un 1.5% y se debe establecer un mayor énfasis para el los años 2016 y 2017, no es que se deba aumentar en 1.5%, como si fuera un indicador estándar, dado que en salud no lo es. Se deben repartir las metas, puede ser que al final sea el 6%, pero que se determine que existe una gradualidad en el esfuerzo que se está realizando a nivel institucional.

Interviene el doctor Ballesteros Harley y aclara que las metas tienen esa revisión y ajuste entre los períodos. Por lo que se está realizando un gran esfuerzo en el monitoreo y la evaluación del avance de estos programas, en relación con la capacidad instalada que se tiene, se realizan los ajustes que sean necesarios.

El doctor Sánchez Alfaro agrega que en la cobertura nacional, alrededor de un 1.000.000 de habitantes son personas hipertensas. En el caso de diabéticos, son alrededor de 400.000 mil personas y el determinar metas de control, se realiza un gran esfuerzo.

Sobre el particular, interviene la licenciada Castillo Rivas y aclara que al hacer referencia de un 1.5%, se han empleado recursos que se utilizan para estudiar y atender las personas con enfermedades crónicas y es un gran esfuerzo que realiza la Institución, en el presupuesto y en la atención. Dado que, usualmente, se tiene que determinar no solamente la atención que se realiza en el Primer Nivel de Atención, sino trasladar esa persona al Segundo y Tercer Nivel de Atención. Al establecer en 1.5% la cobertura, se está haciendo referencia a alrededor de 20.000 personas, que van a demandar esfuerzos y se reflejarán en esos niveles de atención.

Al Director Alvarado Rivera le parece que se debe mejorar la parte de la organización para que se brinde un mejor servicio. Si se plantean metas, significa un incremento en los recursos que se requieren, de manera que las necesidades se deben integrar, porque puede que a la meta se le establezca un indicador muy elevado y no se tengan los recursos financieros disponibles. Considera que deben estar muy claros para que la justificación de que no se alcanzó la meta, sea porque no se tenían los recursos financieros suficientes. Le preocupa la definición de las metas porque, le parece que no están integradas con las necesidades y la asignación presupuestaria, ni con los recursos disponibles, en términos de infraestructura, especialistas y medicamentos, entre otros.

Abona la señora Presidenta Ejecutiva que dentro del trabajo presentado, se mapearon las zonas donde existe menos cobertura y las contrastaron con los recursos que tiene la Institución. El esfuerzo está dirigido a cubrir las zonas de menor cobertura. Pareciera poco pero el esfuerzo que

realiza la Institución es muy grande. Le parece que podría existir una gradualidad en el alcance de la cobertura, el de calidad no, porque el esfuerzo que se produce para alcanzarla, la persona tiene que tener tres citas en el año y si al mismo tiempo se debe aumentar la cobertura, la Institución debe realizar un esfuerzo significativo, para que los equipos locales funcionen. Por lo menos, ser eficientes en la parte de la cobertura y conservadores en la de calidad.

Aclara el doctor Sánchez Alfaro que no, necesariamente, al paciente se le deben asignar tres citas al año, sino que además, los valores de presión arterial deben estar normales, así como la glicemia y los de Dislipidemias, para que se considere como un control óptimo. Ese trabajo no es fácil, dado que se deben realizar demasiadas intervenciones para que se logre.

El Director Devandas Brenes consulta cuál es el grado de satisfacción que se tiene, utilizando este método de planificación, porque desde afuera de la Institución, se tiene la impresión de que en la Caja no se planifica. Si los aspectos no están claras, por ejemplo, cómo se asignan los recursos. Si en el pasado la Carga de la Enfermedad se ha estudiado por zonas y edades, entre otros indicadores, se orientaría en qué acciones y como se tendría que organizar la estructura de la Institución, para cumplir con las metas. Su preocupación es que al formar parte del Plan de Desarrollo a qué está obligada la Institución y si es imperativo. Por ejemplo, se indicó que se pueden realizar modificaciones al PAO, se pregunta si se puede modificar la estructura o se tienen que sujetar a lo que el Plan Nacional de Desarrollo establece. Por otro lado, le parece importante que se conozca, que la Junta Directiva está muy interesada en definir un Plan Estratégico, se tienen documentos y los insumos son muy buenos, pero no se tiene concreto, porque no se tienen definidas las necesidades, por ejemplo, de hospitales, equipamiento, la formación de Especialistas, de técnicos, entre otros. Por otra parte, justifica que su voto será positivo, en el entendido de que el tema está en la agenda y, eventualmente, dentro de un mes o dos, se esté solicitando que se presente de nuevo el tema en la Junta Directiva, para que se revise todo lo que se está haciendo, porque se podría modificar.

El Director Loría Chaves comparte lo señalado por don Mario Devandas, dado que en cada administración que dirige la Caja tiene una perspectiva de cómo se desea que se realicen los proyectos, por ejemplo. Como ejemplo, recuerda que en la gestión del Dr. Doryan Garrón, se había conformado un equipo estratégico de planificación y cada Gerente, tenía sus planificaciones. Por todo lado, existían gran cantidad de Unidades de Planificación y el trabajo que se hizo, todavía no se ha terminado, porque fue un proceso de integrar esas Unidades, dado que la Institución es una y se requiere unificar el tema de planificación. Manifiesta su satisfacción de los resultados que se han obtenido. Considera que don Róger Ballesteros, con su equipo ha realizado un enorme esfuerzo y no ha sido fácil, ni ha terminado. Cree que se está realizando un proceso y está convencido de que la doctora Sáenz Madrigal, va a profundizar y la situación mejorará. En un principio de la gestión resentía esos aspectos, pero poco a poco se va consolidando un equipo importante en la Caja, que le de unidad al tema de la planificación, dado que es fundamental. Repite, le parece que el trabajo que se ha realizado es bastante bueno, espera que se mejore y se consolide en el tiempo.

A propósito de una inquietud respecto del tema del cáncer, el doctor Sáenz Delgado señala que la evaluación del impacto que se produce en cuanto a la enfermedad del cáncer, está dada por dos Instituciones fuera de la Caja, el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC), ahí se tiene la serie de la tendencia de mortalidad y la incidencia, le corresponde

registrarla al Registro Nacional de Tumores, que maneja el Ministerio de Salud. Faltaría lo que corresponde a la parte de la estadía, un aspecto que no ha sido evaluado para indicar si se está realizando bien la parte del pronóstico, pero se está contemplando en la nueva versión del instrumento que está desarrollando el Registro Nacional de Tumores, para registrar el estadio de la enfermedad. Por otro lado, se presentan los nuevos retos, dado que si no existiera tendencia en el cáncer, por ejemplo, el cáncer de estómago, ha disminuido un poco y el cáncer de cérvix, ha disminuido, considerablemente. Se presentan nuevos tipos de cáncer como el de mama, el de colon y el de próstata viene creciendo. Son cánceres que se pueden intervenir, por lo que se está planteando esa intervención específica como medida de diagnóstico.

Ante una inquietud del Dr. Devandas Brenes, señala la doctora Sáenz Madrigal que los Planes Nacionales de Desarrollo, son bastante rígidos en sus formatos, pero no en sus contenidos. En este caso, la Institución elaboró y definió las metas, de manera que es la Caja, la que por medio del monitoreo y la evaluación, no solo revisa las metas y lo que se propuso. De manera que si se determina que hace falta agregar algún aspecto a lo que se planteó, se ajusta el plan y se reorienta, dado que al ser un Plan Nacional de Desarrollo, cualquier cambio que se le tenga que realizar, debe ser justificado. La Caja tiene la libertad de plantear y ha tenido todo el grupo técnico para hacerlo, con base en el estudio de la Carga de la Enfermedad y con la evidencia científica, ir definiendo cuáles son los aspectos que se considera que se pueden ir abordando en esa línea. Considera que a pesar de la rigidez del Plan Nacional de Desarrollo, ha habido una libertad técnica muy consolidada del grupo, que una vez que realizó el estudio de la Carga de la Enfermedad, inició el proceso de traducirlo en el Plan Anual Operativo de la Institución.

El licenciado Balletero Harley manifiesta que la elaboración de las metas institucionales por incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, ha sido un gran esfuerzo institucional, dado que el Plan lo ha realizado históricamente con lineamientos muy generales. La parte importante es cómo se logra unifica, en términos de resultados y ese es el gran esfuerzo institucional, es un gran reto de cómo se mejoran esas formulaciones y su calidad. Así como se logran integrar, eficientemente, esta relación de los programas con el presupuesto y con los resultados que la Institución tiene que conseguir.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y recuerda que el Dr. Devandas Brenes, en varias ocasiones ha referido que no conoce que exista un Plan Estratégico y que existen una serie de esfuerzos, pero parecieran que no están coordinados para determinar y tomar decisiones. Le parece que el Dr. Balletero como Director de Planificación desde hacer varios años, ratifique si lo que percibe don Mario Devandas es correcto o no, de lo contrario sería el primero en solicitar que se indique cuál es el Plan Estratégico. Como ilustración, en la gestión del Dr. Doryan Garrón y en la de la Dra. Balmaceda Arias, se indicó que las decisiones en lo técnico responden a las necesidades y al Plan Estratégico.

El Director Devandas Brenes refiere que a la Junta Directiva, se le realizó una presentación muy rápida del tema de la Carga de la Enfermedad y no ha habido oportunidad de analizar y discutir. Por ejemplo, le llamó la atención los problemas renales que se presentan en San Carlos y en la Zona Chorotega, al asociarlo con un Plan Estratégico, no se determina qué medidas se van a implementar en la Región Chorotega para atender esa enfermedad, incluso, al analizar esos problemas renales, le parece que se debe proyectar si los trasplantes de riñones se continuarán realizando en el Hospital México o en San Carlos. De igual forma se debe plantear, la situación a

la que hizo referencia el Dr. Sáenz Delgado, respecto del cáncer de cérvix que afecta a las mujeres en ciertas zonas del país; en ese sentido, se va integrando el sistema. Por ejemplo, cómo van a trabajar los EBAIS de esa zona y las Clínicas intermedias; son aspectos fundamentales que permiten planear, como ilustración, el trabajo que se realiza en la Gerencia Financiera y en la de Infraestructura, para determinar donde se construirá y cuántos EBAIS, en términos de que se fortalecerá determina zona del país, de manera que el presupuesto responderá a esas necesidades.

En cuanto al Plan Estratégico Institucional Reajustado, señala el Dr. Ballesteros es el que está vigente hasta la fecha y fue aprobado por la Junta Directiva. Ahora, ese Plan está sujeto al diseño de un nuevo Plan, que es el mandato que se está esperando de la Junta Directiva. Luego, desciende a un nivel en el que se desarrollan los Planes Tácticos Gerenciales, en los que se tiene que ir realizando, la parte de diseño e implementación de las acciones y se complementan con los Planes Operativos de las unidades. De modo que confirma que existe un Plan Estratégico que responde a un trabajo permanente que garantiza que existe una comunicación de los planes y es un esfuerzo que se realiza cuando se definen las metas.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que se tiene el Plan Estratégico Institucional Reajustado 2013-2016 y contiene los ejes y las macropolíticas que rigen, pero el Plan está en macro, o sea, no se comprende el documento, porque está elaborado en un nivel superior. Lee la primer macropolítica que se refiere a los miembros de la Junta Directiva:

“Las autoridades institucionales establecerán un direccionamiento y conducción adecuada mediante el fortalecimiento de sus procesos de toma de decisión, planificación y rendición de cuentas en todos los niveles de la organización, de manera, que permita un funcionamiento eficaz y eficiente de la Institución y el cumplimiento de sus fines”.

Por otro lado, lee los objetivos estratégicos del tema de planificación:

1. *“Fortalecer el direccionamiento estratégico Institucional”* y señala que la Junta Directiva estará de acuerdo.
2. *“Incrementar la capacidad de la organización para la gestión por resultados y la rendición de cuentas”.* Indica que en ese sentido, va a estar de acuerdo los Miembros del Órgano Colegiado.
3. *“La Institución brindará los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales con criterios de calidad y oportunidad para la satisfacción de las necesidades de los usuarios según la capacidad institucional en apego a la legislación vigente”.*

Reitera la Ing. Alfaro Murillo que el documento está en macropolíticas y macroestrategias, o sea, el Plan Estratégico Institucional existe, pero no es lo que quieren los Miembros de la Junta Directiva, es decir, que sea entendible.

Al Director Barrantes Muñoz le parece muy oportuno que se haya presentado este tema hoy, porque genera aportes adicionales a los Miembros de la del Órgano Colegiado. Le parece que se están presentando algunos matices adicionales a lo que se indicó hace una semana, en el sentido de que no permite a la Junta Directiva, desarrollar el proceso de planificación. Lo interpreta como de un mínimo de metas, que se están enviando al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y el propósito es que se apruebe en este día. Como lo señaló

don Mario Devandas y, en ese aspecto coinciden, este Plan se tiene que relacionar con el presupuesto, con el modelo de gestión y el financiero, dado que es lo que permitirá que las macropolíticas que señala la Ing. Alfaro Murillo sean concretas. Esta Junta Directiva tiene que establecer lineamientos, basados en un insumo fundamental que el Estudio de la Carga de la Enfermedad, es un tema fundamental y es la novedad para que esas macropolíticas, puedan ingresar en una etapa que no sea contingente; como ilustración, en el momento de la crisis que sufrió la Institución hace unos años, si se analiza la justificación de esas políticas, existen claras manifestaciones de que fue una apuesta a un esfuerzo de sobrevivencia institucional. De modo que se estaría en otra etapa, donde se supera esa visión contingencial, frente a una situación de crisis, para definir una visión de largo plazo que permita, efectivamente, retomar los grandes lineamientos de la Caja, no al año 2025 sino como se ha planteado, de la Caja Centenaria. Estima que el acuerdo debe ser claro, en el sentido de que no se está limitando la Institución, a continuar con el proceso de planeamiento promovido, dado que se está iniciando.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que don Rolando Barrantes, realizó un excelente resumen, porque no es que no exista un Plan Estratégico, sino que la Caja atravesaba una época de crisis y se emitieron los lineamientos que citó la Ing. Alfaro Murillo. Espera que la administración pueda ir articulando y trayendo las respectivas propuestas, dado que ahora, corresponde la conceptualización, pero no la propuesta micro, porque esta debe ser determinada por las diferentes Gerencias, con los lineamientos que señaló don Rolando Barrantes.

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

Finalmente, se tiene a la vista oficio del 17 de setiembre del año 2014, número DPI-459-4, firmado por el Director de Planificación Institucional, una copia del cual queda constando en la correspondencia de esta sesión, y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional, y de la licenciada Martha Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional, y conocida la propuesta técnica expuesta en relación con las Metas Institucionales para incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, la Junta Directiva –por mayoría-
ACUERDA:

- 1) Aprobar dicha propuesta e instruir a la Presidencia Ejecutiva para que sea remitida al Ministerio de Salud como aporte de la Institución al Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.
- 2) Ordenar a las Gerencias y sus unidades adscritas, en coordinación con la Dirección de Planificación Institucional, para que procedan a incluir e implementar estas metas en los planes tácticos gerenciales y planes-presupuesto y rendir cuentas sobre sus logros.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por la Directora Alfaro Murillo y los Directores Gutiérrez Jiménez y Alvarado Rivera, que votan negativamente. Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

El Gerente Financiero y el equipo de trabajo que lo acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 18°

La doctora Rodríguez Ocampo se refiere a la propuesta contenida en el oficio N° GM-SJD-5563-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, para aprobar permiso *con goce de salario en carácter de beca*, a favor del Dr. Ulises González Solano, Médico Especialista en Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios, para realizar una Capacitación en Tecnología Híbrida Dual Integrada PET/CT, en el Centro Uruguayo de Imágenes Moleculares (CUDIM) en Montevideo–Uruguay, del 26 de setiembre al 1° de noviembre del año 2014.

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y
Seguridad Social (CENDEISSS)

Presentación de casos:

1. Dr. Ulises González Solano, Médico Especialista en Medicina Nuclear.
2. Dra. Stephanie López Mena, Médico Residente de Radioterapia.
3. Dra. Lisa Natalia Miranda Solís, Médico Residente Patología Pediátrica.
4. 5 funcionarias Maestría en Administración de Servicios de Salud – UNED.
5. Dr. Jorge Villalobos Alpízar, Coordinador Sub-área de Bioética.

Resumen de caso						
Funcionario	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dr. Ulises González Solano, Médico Especialista en Medicina Nuclear.	Hospital San Juan de Dios.	Capacitación en Tecnología Híbrida Dual Integrada PET/CT, en el Centro Uruguayo de Imágenes Moleculares (CUDIM) en Montevideo-Uruguay del 05 de setiembre de 2014 al 31 de octubre de 2014.	La necesidad de capacitación propuesta, se encuentra identificada en el Plan Estratégico del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios. Se requiere la renovación de equipos más rápidos y de mejores características tecnológicas, para el beneficio de los pacientes de oncología. Siendo el cáncer la enfermedad con mayor porcentaje de muertes en Costa Rica y el mundo.	El Hospital San Juan de Dios está por instalar la tecnología SPECT CT y posteriormente un PET/CT, por lo que es muy importante contar con personal entrenado en el manejo de esta tecnología, razón por la cual se propone la capacitación en Tecnología Híbrida Dual Integrada PET./CT. Este proceso de capacitación es de vital importancia en los procesos oncológicos y forma parte de los proyectos de desarrollo del reforzamiento de la Red Oncológica de la CCSS.	El Dr. González Solano funge como Jefe de Clínica del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios y está comprometido con el proceso de liderar la adopción de la Tecnología Híbrida Dual Integrada en la Caja Costarricense de Seguro Social. Ha demostrado en su labor en el Servicio de Medicina Nuclear su gran capacidad, su sólida preparación y su compromiso e identificación con el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios y sus proyectos de desarrollo. El Dr. González ha sido seleccionado por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y aceptado por el Centro Uruguayo de Imágenes Moleculares (CUDIM) durante los meses de setiembre y octubre de 2014 para realizar la capacitación.	Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 01 de noviembre de 2014. Compromiso contractual laboral: 04 años y 07 meses.
Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22º de la sesión N° 8707						

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Dr. Ulises González Solano.	<p>Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor del Dr. Ulises González Solano, Médico Especialista en Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios para realizar Capacitación en Tecnología Híbrida Dual Integrada PET/CT, en el Centro Uruguayo de Imágenes Moleculares (CUDIM) en Montevideo-Uruguay del 05 de setiembre de 2014 al 31 de octubre de 2014.</p> <p>Se recomienda el siguiente beneficio para estudio:</p> <p>1. Permiso con goce de salario 26 de setiembre de 2014 al 01 de noviembre de 2014 por un monto aproximado de € 4.578.166.80.</p>

A propósito de una consulta del Director Loría Chaves, responde la Dra. Rodríguez que la beca es por un tiempo menor de los dos meses.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que de acuerdo con lo que entendió, la beca se justifica por un diagnóstico y es una tecnología que se va a incorporar.

Sobre el particular, la doctora Rodríguez Ocampo anota que sí, dado que es una tecnología que va a adquirir en el Hospital San Juan de Dios, para diagnosticar, principalmente, el cáncer y, además, patologías de otra naturaleza.

Por lo tanto, teniendo a la vista el oficio número GM-SJD-5563-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva -por unanimidad- **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Ulises González Solano, cédula número 3-0285-0041, Médico Especialista en Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios, permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 26 de setiembre al 1° de noviembre del año 2014, para que realice una Capacitación en Tecnología Híbrida Dual Integrada PET/CT, en el Centro Uruguayo de Imágenes Moleculares (CUDIM), en Montevideo, Uruguay.

Se autoriza el permiso en el entendido de que no se hará la sustitución del doctor González Solano y no se verá afectada la prestación del servicio.

Se tiene que este beneficio se ajusta a lo resuelto en el artículo 6° de la sesión número 8509, tal y como se plantea en el referido oficio número GM-SJD-5563-2014.

El beneficio aprobado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

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 19°

La doctora Rodríguez Ocampo se refiere a la propuesta contenida en el oficio N° GM-SJD-5566-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, que firma la señora Gerente Médico, para aprobar permiso con goce de salario en carácter de beca, a favor de la Dra. Stephanie López Mena, Médico Residente de Radioterapia del Hospital México, para realizar Estancia Formativa en Oncología Radioterápica, en el Centro Oscar Lambret, Francia, del 26 de setiembre al 29 de noviembre del año 2014.

Resumen de casos						
Funcionaria	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dra. <u>Stephanie López Mena</u> , Médico Residente de Radioterapia.	Hospital México.	Rotación en Oncología Radioterápica, en el Centro Oscar Lambret, Francia, del 01 de setiembre de 2014 al 28 de noviembre de 2014.	De acuerdo a oficio DGHM-2378-2012, suscrito por el Dr. Donald Fernández Morales, Director General a.i. del Hospital México, dicha capacitación se encuentra contemplada en el Plan de Acción 2013-2014 del Hospital México.	Con el desarrollo de la rotación que realizará la Dra. López Mena se implementarán nuevas técnicas como forma alternativa de tratamiento en Radioterapia y Radiocirugía, según recomendaciones de la Agencia Internacional de Energía Atómica.	La Dra. <u>Lisbeth Cordero Méndez</u> , Jefe del Servicio de Radioterapia del Hospital México, en oficio SRT-HM-423-2014, indica que no existió proceso de selección, debido a que la Dra. <u>Stephanie López Mena</u> , es una Médico Residente y la rotación es parte de lo establecido en el Reglamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica como parte de su formación académica.	Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 29 de noviembre de 2014. Compromiso contractual laboral: 04 años y 07 meses.
Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22º de la sesión N° 8707						

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Dra. <u>Stephanie López Mena</u> .	Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor de la Dra. Stephanie López Mena, Médico Residente de Radioterapia del Hospital México, para realizar Rotación en Oncología Radioterápica, en el Centro Oscar <u>Lambret</u> , Francia, del 01 de setiembre de 2014 al 28 de noviembre de 2014. Se recomienda el siguiente beneficio para estudio: 1. Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 29 de noviembre de 2014, equivalente a un monto aproximado de ₡ 4.645.079,42

En cuanto a una consulta del Director Barrantes Muñoz, en términos de conocer cómo se obtiene el criterio para determinar, que la selección del candidato se realizó correctamente, cuando se trata de residentes, responde la Dra. Sáenz Madrigal que son residentes y están en fase de formación. El tema de Radioterapia se expande para que las personas se trasladen a otros países a realizar una especialización, dado que no existen todas las capacidades formativas en el país.

Pregunta el licenciado Barrantes Muñoz qué sucedería si hubiese dos residentes en iguales condiciones solicitando la beca.

Contesta la Dra. Rodríguez Ocampo que en este caso, es por la aceptación del Centro y existe un requisito importante del idioma, en el sentido de que el becado debe hablar francés. Además, la doctora López Mena cumplió con todos los requisitos que el Centro establecía, para poder ser aceptada y no existió otra persona que aplicara para esta pasantía, en Radioterapia.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que el CENDEISSS, además tiene identificados algunos Centros que son de alta capacidad técnica.

Por consiguiente, teniendo a la vista oficio número GM-SJD-5566-2014 de fecha 28 de agosto del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar a favor de la doctora Stephanie López Mena, cédula número 1-1155-0980, Médico Residente de Radioterapia del Hospital México, permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 26 de setiembre al 29 de noviembre del año 2014, para que realice una Estancia Formativa en Radiología, en el Centro Oscar Lambret, Lille, Francia.

Se tiene que este beneficio se ajusta a lo resuelto en el artículo 6° de la sesión número 8509, tal y como se plantea en el referido oficio número GM-SJD-5566-2014.

El beneficio aprobado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

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 20°

La doctora Rodríguez Ocampo se refiere a la propuesta contenida en el oficio N° GM-SJD-5565-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, suscrito por la Gerente Médico, para aprobar permiso con goce de salario en carácter de beca, a favor de la Dra. Lisa Natalia Miranda Solís, Médico Residente de Patología Pediátrica del Hospital Nacional de Niños, para realizar una Estancia Formativa en Patología de Tumores de Hueso y Tejidos Blandos, en el Children's Hospital, Boston, Estados Unidos, del 26 de setiembre al 1° de diciembre del año 2014.

Resumen de casos						
Funcionaria	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dra. Lisa Natalia Miranda Solís, Médico Residente de Patología Pediátrica.	Hospital Nacional de Niños.	Rotación en Patología de Tumores de Hueso y Tejidos Blandos, en el <u>Children's Hospital</u> , Boston, Estados Unidos, del 01 de setiembre de 2014 al 30 de noviembre de 2014.	Se identifica la necesidad como prioridad No. 1 en el Diagnóstico de Necesidades de Conocimiento 2013-2015, elaborado por el Programa de Capacitación y Desarrollo Humano del Hospital Nacional de Niños.	La Dra. Silvia Santamaría Corea, Directora <u>a.i.</u> del Posgrado de Patología Pediátrica y Jefe <u>a.i.</u> del Servicio de Patología del Hospital Nacional de Niños, señala que los conocimientos adquiridos por la Dra. Miranda Solís una vez que se incorporé al Hospital Nacional de Niños podrán ser utilizados en mejores y más rápidos diagnósticos lo que permitirá la elaboración de pronósticos y tratamientos más acertados por parte de los grupos clínicos que atienden a los niños del Hospital.	Dra. Silvia Santamaría, Jefe <u>a.i.</u> Servicio de Patología del Hospital Nacional de Niños, es participe activa en el proceso y diagnóstico de biopsias, autopsias y citologías y a partir del año 2015 se incorporará al <u>staff</u> de especialistas en Patología Pediátrica del Servicio de Patología del Hospital Nacional de Niños, ya que existe inopia de estos profesionales, por lo que ha sido apoyada para realizar la pasantía. La Dra. Lisa Natalia Miranda Solís es una Médico Residente y la rotación es parte de lo establecido en el Reglamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica como parte de su formación académica.	Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 01 de diciembre de 2014. Compromiso contractual laboral: 04 años y 01 mes.
Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22º de la sesión N° 8707						

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Dra. Lisa Natalia Miranda Solís.	<p>Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor de la Dra. Lisa Natalia Miranda Solís, Médico Residente en Patología Pediátrica del Hospital Nacional de Niños para realizar Rotación en Patología de Tumores de Hueso y Tejidos Blandos en el <u>Children's Hospital</u>, Boston, Estados Unidos, del 01 de setiembre de 2014 al 30 de noviembre de 2014.</p> <p>Se recomienda el siguiente beneficio para estudio:</p> <p>1. Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 01 de diciembre de 2014, equivalente a un monto aproximado de €3.709.927.00.</p>

Por lo tanto, teniendo a la vista oficio número GM-SJD-5565-2014 de fecha 28 de agosto de 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar a favor de la doctora Lisa Natalia Miranda Solís, Médico Residente de Patología Pediátrica del Hospital Nacional de Niños, permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 26 de setiembre al 1º de

diciembre del año 2014, para que realice una Estancia Formativa en Patología de Tumores de Hueso y Tejidos Blandos, en el Children'S Hospital, Boston, Estados Unidos.

Se tiene que este beneficio se ajusta a lo resuelto en el artículo 6° de la sesión número 8509, tal y como se plantea en el referido oficio número GM-SJD-5565-2014.

El beneficio aprobado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

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 21°

La doctora Rodríguez Ocampo se refiere a la propuesta contenida en el oficio N° GM-SJD-5567-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, firmado por la Gerente Médico, para aprobar beneficios para estudio (beca que consiste en el pago del costo de la Maestría por un monto total –todos los participantes- de US\$7.250 /siete mil doscientos cincuenta dólares/ bajo el Marco del Convenio Interinstitucional entre la CCSS-UNED): Dra. Yerlin Alvarado Padilla, Jefe Médica y Bach. María C. Arroyo Ugalde, Promotora de Salud, ambas del Hospital San Vicente de Paúl; MSc. Kira A. Vargas Obando, Trabajadora Social del Área de Salud Desamparados 3; Dra. Karla García Hidalgo, Coordinadora Salud Ocupacional del Hospital San Francisco de Asís, y Dra. Viviana Aragón Gómez, Epidemióloga de la Dirección Regional Central Sur, para que realicen Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, en la UNED, de setiembre del año 2014 agosto del año 2016, para la Fase Presencial y de agosto del año 2016 a agosto del año 2017, tiempo para concluir el proceso de elaboración y presentación de Tesis de Grado.

Resumen de casos						
Funcionarias	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dra. Yerlin Alvarado Padilla	Hospital San Vicente de Paúl	Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible en la UNED los días sábados del mes de setiembre al mes de agosto de 2016.	Es importante indicar que las unidades a las que pertenecen las solicitantes no cuentan con un diagnóstico de necesidades actualizado donde se identifique la necesidad de este tipo de formación.	Con el desarrollo del proceso de formación de las 5 funcionarias de la CCSS para realizar la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible se contribuirá a mejorar la gestión administrativa y atención al usuario de la CCSS.	La Presidencia Ejecutiva de la Institución encomendó a la Gerencia Médica la identificación de los candidatos que podrán optar por la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la UNED.	El costo de la Maestría por un monto de \$ 7.250,00 sin embargo por tener suscrito un Convenio con la UNED no se genera erogación económica por el proceso de formación.
MSc. Kira A. Vargas Obando	Área de Salud Desamparados 3		Sin embargo, se recomienda la solicitud de los beneficios para estudio para 5 funcionarias de diversas unidades, por ser una necesidad avalada por la Gerencia Médica.		Mediante oficio GM-2345 de fecha 21 de febrero del 2014, la Gerencia Médica define un total de 5 funcionarias para que inicien el proceso de formación propuesto.	Dada la modalidad de estudios a distancia no se requiere permiso con goce de salario.
Bach. María Cecilia Arroyo Ugalde	Hospital San Vicente de Paúl				El CENDEISSS verificó la condición de los candidatos propuestos en términos de cumplimiento de compromisos anteriores, y de proyección laboral para cumplir con los compromisos establecidos por esta formación	Compromiso contractual laboral: 04 años y 01 mes.
Dra. Karla García Hidalgo	Hospital San Francisco de Asís					
Dra. Viviana Aragón Gómez	Dirección Regional Central Sur					

Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22° de la sesión N° 8707

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible	<p>Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor de las siguientes funcionarias: Dra. <u>Yerlin</u> Alvarado Padilla, la <u>MSc.</u> Kira A. Vargas Obando, la Bach. María Cecilia Arroyo Ugalde, la Dra. Karla García Hidalgo y de la Dra. Viviana Aragón Gómez, para realizar Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible bajo el Convenio suscrito entre la CCSS y la UNED del mes de setiembre de 2014 al mes de agosto de 2016.</p> <p>Se deja nota de que el costo de la Maestría es por un monto de \$ 7.250,00 pero no se genera pago por el proceso de formación por parte de la Institución. Además, no se incluye el permiso con goce de salario dado que el desarrollo del programa de estudios se realiza fuera del horario laboral, los días sábados.</p>

El doctor Devandas Brenes pregunta si por tener la Caja un Convenio con la Universidad Estatal a Distancia (UNED), no debería pagar la Maestría.

Responde la doctora Rodríguez que en realidad no se paga, es el préstamo de las aulas. La Universidad es lo que cobra por la Maestría, pero producto del Convenio que existe entre la Caja y la UNED, no existe ningún desembolso, el CENDEISSS presta las aulas y es el equivalente al costo de cinco Maestrías.

Respecto del método de selección empleado, la Dra. Villalta señala que en primera instancia, al CENDEISSS se le dio un primer grupo de las personas seleccionadas que no ocupan puestos de jefatura. Luego, se realizó un mapeo por toda la Institución y se solicitó a los Directores Médicos, que enviaran las jefaturas que no tenían capacitación, de manera que en reiteradas ocasiones enviaban la lista de los seleccionados, pero éstos no aceptaban porque estaban grandes en edad y algunos se iban a pensionar. En este caso, se tomaron en consideración los criterios de que fueran los Directores Médicos o los Jefes de Servicios. Aclara que en el caso de la doctora Viviana Aragón, es Epidemióloga de la Dirección Regional Central Sur, pero hace tres meses, la prestaron de la Dirección Regional a la Gerencia Médica, porque se tienen dos casos de medidas cautelares por acoso laboral, en una de las Áreas de la Dirección de Desarrollo y se debe destacar una persona en Vigilancia Epidemiológica para que colabore. Además, se tiene claro que para la selección de candidatos se va a tener que buscar una metodología, porque existe la necesidad de fortalecer las jefaturas y a los mandos medios, para que se capaciten en la Gerencia de Servicios de Salud que ofrece la UNED.

A propósito de una inquietud, aclara la doctora Rodríguez Ocampo que son cinco becas por año las que se otorgan, es la segunda ocasión que se dan estas becas, de manera que es la segunda vez que se realiza un proceso de selección de esta naturaleza.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y para que conste en actas, señala que ha existido una preocupación de esta Junta Directiva, en la selección de los funcionarios para que asistan a las Maestrías. Le parece que debe revisar cuáles son las Áreas en que como Institución, se ha identificado que deben tener Maestrías. Además, tratar de promover que en esos establecimientos, hospitales y otros, los funcionarios posean el título de maestría.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-5567-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** aprobar, en carácter de beca, el pago del costo de la Maestría, por la suma de US\$7.250 (siete mil doscientos cincuenta dólares, a favor de cada una de las funcionarias: Dra. Yerlin Alvarado Padilla, Jefe Médica, y Bach. María Cecilia Arroyo Ugalde, Promotora de Salud, ambas del Hospital San Vicente de Paúl, MSc. Kira A. Vargas Obando, Trabajadora Social del Área de Salud Desamparados 3, Dra. Karla García Hidalgo, Coordinadora Salud Ocupacional del Hospital San Francisco de Asís y Dra. Viviana Aragón Gómez, Epidemióloga de la Dirección Regional Central Sur, para que realicen la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, bajo el Marco del Convenio Interinstitucional entre la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social)-UNED (Universidad Estatal a Distancia), modalidad a distancia, de conformidad con el siguiente detalle:

- a) **Período:** del mes de setiembre del año 2014 al mes de agosto del año 2016, para la Fase Presencial, y del mes de agosto del año 2016 al mes de agosto del año 2017 corresponde al período de tiempo para concluir el proceso de elaboración y presentación de tesis de grado.
- b) **Plazo de compromiso:** 4 (cuatro) años y 1 (un) mes.

El beneficio otorgado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

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 22°

La doctora Rodríguez Ocampo presenta la propuesta contenida en el oficio N° GM-SJD-5564-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, que firma la Gerente Médico, *para aprobar permiso con goce de salario, en carácter de beca, a favor del Dr. Jorge Esteban Villalobos Alpízar*, Coordinador de la Subárea de Bioética en Investigación del CENDEISSS, para realizar una Maestría Interuniversitaria en Bioética “Programa Erasmus Mundus”, en las Universidades: Lovaina, Bélgica; Nijmegen, Holanda, y Padova en Italia, del 26 de setiembre del año 2014 al 15 de julio del año 2015.

Resumen de casos

Nombre	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dr. Jorge Esteban Villalobos Alpizar, Coordinador de la Sub-área de Bioética	Area de Bioética CENDEISSS	Maestría Interuniversitaria en Bioética "Programa Erasmus Mundus", en las Universidades Lovaina, Nijmegen y Padova en Bélgica, Holanda e Italia, del 22 de setiembre de 2014 al 15 de julio de 2015.	En el Estudio de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y Formación del CENDEISSS, se indica que en el componente de Bioética se requiere formar a personal en el Área de Bioética – Investigación Biomédica. Por otra parte en el Diagnóstico de Necesidades de Formación y Capacitación en Bioética 2013-2015), se documenta que a nivel de los planes de estudios universitarios a nivel nacional, un 99% de ellos carecen de contenidos en bioética, detectando así una brecha importante de conocimiento en este campo. En consecuencia, dicho estudio recomienda de manera enfática fortalecer el proceso sistemático de formación y capacitación en bioética de los funcionarios institucionales	Entre los aspectos en que se beneficiará la CCSS, con el desarrollo de la Maestría que realizará el Dr. Villalobos se destacan: 1-Educación continua de los 53 Comités de Bioética de la CCSS. 2-Cursos de Bioética, tanto en la formulación como en la participación. 3-Criterios especializados asesorando a diferentes entidades institucionales y nacionales. 4-Fortalecimiento y actualización de los procesos de gestión de la regulación de la investigación biomédica y la atención clínica, desde el punto de vista <u>bioético</u> .	El Dr. Villalobos Alpizar fue seleccionado para realizar la actividad académica por las siguientes razones: 1-Perfil y experiencia laboral. 2-Funciones desempeñadas en el puesto de trabajo. 3-Calidad del Programa de Estudios y Prestigio del Centro de Estudio. 4-El Dr. Villalobos obtuvo beca por parte del Programa Interuniversitario "Erasmus Mundus", que incluye: a-Estipendio mensual, b-Pago de matrículas a las Universidades. c-Pago de gastos de viaje e instalación, y d-Pago de seguro médico y de accidente. De acuerdo con las necesidades del Area de Bioética se requiere aval para sustituir al Dr. Villalobos durante el periodo de estudio. (DE-1366-14)	Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 16 de julio de 2015. Compromiso contractual laboral: 09 años.

Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22º de la sesión N° 8707

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Dr. Jorge Esteban Villalobos Alpizar.	<p>Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor del Dr. Jorge Esteban Villalobos Alpizar, Coordinador de la Sub-área de Bioética en Investigación del CENDEISSS, para realizar Maestría Interuniversitaria en Bioética "Programa Erasmus Mundus", en las Universidades Lovaina, Nijmegen y Padova en Bélgica, Holanda e Italia, del 26 de setiembre de 2014 al 15 de julio de 2015. Se avala la sustitución del Dr. Villalobos durante el periodo de estudio.</p> <p>Se recomienda el siguiente beneficio para estudio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permiso con goce de salario del 26 de setiembre de 2014 al 16 de julio de 2015, equivalente a un monto aproximado de € 21.427.763,18. 2. Aprobar la sustitución del Dr. Villalobos durante el periodo de estudio.

A propósito de una consulta de la doctora Sáenz Madrigal, responde la doctora Rodríguez que se trata de un permiso con goce de salario.

Respecto de una inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, señala la doctora Rodríguez Ocampo que existe un diagnóstico de necesidades elaborado que se relaciona con bioética, en el que se determinó que se requiere un profesional en esa materia y el doctor Villalobos trabaja directamente en el Área de Bioética. Además, en ese diagnóstico se identificó la necesidad de que en cada Centro Asistencial, exista una persona con capacitación y formación en esa área. Por otro lado, el doctor Villalobos es el Coordinador de la Subárea de Bioética en Investigación, se está enviando a capacitar para que alcance el nivel óptimo para el desarrollo de su Jefatura. Por otra parte, en este momento está ocupando el puesto que ella ocupaba como Jefe de Bioética, o sea, se disminuye esa brecha de conocimiento que él no tiene y debería tener, porque es el Rector a Nivel Institucional en materia de Bioética en Investigación. Adiciona que existe un asunto importante de mencionar, respecto de la Ley de Investigación que se aprobó recientemente, el doctor Villalobos tiene a cargo todos los aspectos relacionados con el seguimiento de las investigaciones y en este caso, se requiere sustituirlo, no se puede dejar descubierta esa plaza. Se tiene que realizar un concurso para seleccionar la persona que reúna los requisitos.

Por consiguiente, teniendo a la vista el oficio número GM-SJD-5564-2014 de fecha 28 de agosto del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Jorge Esteban Villalobos Alpízar, cédula 1-1068-0828, Coodinador de la Subárea de Bioética e Investigación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 26 de setiembre del año 2014 al 16 de julio del año 2015, para que realice una Maestría Interuniversitaria en Bioética “Programa Erasmus Mundus”, en las universidades: Lovaina, Bélgica, Nijmegen, Holanda y Padova, en Italia.

En virtud de la justificación para la realización de los estudios citados y el otorgamiento del beneficio en referencia, y dada la naturaleza del cargo ocupado por el doctor Villalobos Alpízar (Coordinador de la Subárea de Bioética e Investigación del CENDEISSS) y de que se requiere que sea sustituido, para dar cumplimiento a las funciones a cargo de dicha Subárea, se autoriza la sustitución del doctor Villalobos Alpízar durante el citado período.

El beneficio aprobado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

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 23°

Se tiene a la vista el oficio N° P.E.-39.189-14, de fecha 21 de agosto del año 2014, suscrito por la señora Presidenta Ejecutiva, que contiene el criterio jurídico, en relación con la propuesta de Convenio sobre Seguridad Social entre Canadá y la República Costa Rica-; se anexa el criterio jurídico emitido en la nota N° D.J.-3926-14 del 15 de julio anterior, que firman el licenciado

Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, Abogada de la Dirección Jurídica (estudio y redacción).

La licenciada Acevedo Matamoros señala que se está realizando una revisión detallada del citado Convenio y se determinó que, definitivamente, no existe una compatibilidad de Regímenes, entre el establecido en Costa Rica y el que tiene el Gobierno de Canadá. Uno de esos aspectos es que, por ejemplo, la cotización no existe en Canadá, lo que existe es que el tratamiento médico se realiza por medio de la recaudación de impuestos, distinto al que se tiene en el país, que es por medio de cotizaciones. Por otro lado, el Convenio es muy omiso en muchos aspectos, no se conoce cuáles van a ser las coberturas, violenta algunos principios como el de territorialidad, establecido en el Reglamento del Seguro de Salud, no establece el tipo de contingencias que se van a cubrir, ni establece la Normativa, ni un enlace o un Ministerio entre Costa Rica y Canadá. Son dos regímenes totalmente diferentes e incompatibles y en términos generales no se recomienda la aprobación del Convenio.

Interviene el Subgerente Jurídico y añade que, además, existía una objeción, porque no se conoce cuál es el número de clientes hacia acá y hacia allá, o sea, no existe esa contabilización.

Continúa la licenciada Acevedo Matamoros y anota que no existe un estudio técnico para demostrar, cuál es la cantidad de personas que habitan en Canadá y, que podrían ser beneficiadas con alguna pensión o viceversa.

En relación con una consulta de la doctora Sáenz Madrigal tendiente a conocer cuál es el objetivo del Convenio, responde la licenciada Acevedo que objetivo del Convenio, versa en crear una especie de vínculo entre el Gobierno de Costa Rica y el Gobierno de Canadá y en el caso de Costa Rica, por medio de la Caja. El problema está en que pretende que los habitantes de Costa Rica, que estén habitando en Canadá y viceversa, en los dos casos, puedan estar sujetos al beneficio de pensión, o posibilidades de tener algún subsidio por incapacidad.

El Director Barrantes Muñoz pregunta que el Convenio Iberoamericano propone un mecanismo, en términos que los nacionales que están en uno u otro país, puedan tener las coberturas y si está trabajando en Canadá, puede continuar incrementando sus aportes.

Al respecto, la doctora Sáenz Madrigal indica que el Convenio es bilateral y está propuesto en términos de Canadá y no permite espacios de negociación.

Adiciona la licenciada Acevedo Matamoros que de una u otra forma, se pretende otorgar más beneficios a los habitantes canadienses en Costa Rica y a los costarricenses allá. Permite una intervención de terceros Estados, que no tienen ninguna participación con Costa Rica.

La doctora Sáenz Madrigal somete a votación la propuesta de acuerdo.

Sobre el particular, manifiesta el Director Devandas Brenes que le gustaría tener más tiempo para analizar la propuesta.

Al respecto, recuerda la señora Presidenta Ejecutiva que el documento fue entregado hace dos semanas.

Se disculpa don Mario Devandas porque no le fue posible leer el documento, y ve la conveniencia de que se consulte el tema, a la Cancillería de la República.

Sobre el particular, indica la Dra. Sáenz Madrigal que esa Dependencia es la que envió a consulta el Convenio.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° P.E.-39.189-14, de fecha 21 de agosto del año 2014, suscrito por la señora Presidenta Ejecutiva, que en adelante se transcribe, en lo conducente, y contiene el criterio jurídico, en relación con la propuesta de Convenio sobre Seguridad Social entre Canadá y la República Costa Rica-; se anexa el criterio jurídico emitido en la nota N° D.J.-3926-14 del 15 de julio anterior, que firman el licenciado Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, Abogada de la Dirección Jurídica (estudio y redacción):

“En atención a la solicitud que realizará la Dirección de Política Exterior al oficio DM-DGPE/888-13, a la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde el año 2013, comunicando el interés del Gobierno de Canadá de enviar una misión a Costa Rica para negociaciones exploratorias sobre un texto de acuerdo binacional sobre seguridad social, me permito hacer del conocimiento de la Junta Directiva lo siguiente.

La Presidencia Ejecutiva mediante PE-31-910-14 solicitó a la Dirección Jurídica de la institución emitir criterio sobre el fondo del texto de convenio propuesto por el Gobierno de Canadá para la aplicación de exenciones y el reconocimiento de prestaciones económicas (pensiones) derivadas de las cotizaciones consolidadas que los nacionales de ambos países hayan realizado de manera temporal cualquiera de los regímenes de ambos países. En dicha consulta también se solicita conocer las competencias de la institución y sus órganos de dirección para abrir procesos de negociación en esta temática.

Al respecto, mediante oficio DJ-3926-2014, la Dirección Jurídica de la CCSS, con base en el respeto de la autonomía institucional de la institución como administradora de los seguros social, indica que el texto sometido a consideración “...no es claro en su clausulado de ahí que –dada su redacción no es conveniente ni oportuno su aplicación por distintas razones” entre las que vale la pena destacar que: 1) no se contemplan las mismas prestaciones, 2) no existe un estudio técnico que determine el saldo y asimetrías migratorias para contar con información para poder estimar el impacto de su aplicación, y 3) no hay certeza de compatibilidad de los sistemas.

En el mismo sentido, el criterio adiciona que “... el proyecto de convenio tal y como está redactado no es viable desde el punto de vista de nuestra legislación en materia de seguridad social, específicamente en materia de otorgamiento de pensiones y exportación de prestaciones, ya que además de establecer aspectos que nos compatibles con acreditación de cotizaciones y no señalar las edades de retiro, no establece de forma

clara y precisa aspectos de orden operativo, que permitan determinar cómo se aplicará el convenio, sin afectar el accionar y la autonomía de la Caja Costarricense de Seguros Social” ...”,

conocido el citado informe de la Presidencia Ejecutiva y los argumentos brindados por la Dirección Jurídica, en la mencionada nota número D.J.-3926-14 del 15 de julio del año 2014, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** dar respuesta a la Dirección de Política Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, e indicarle que, con base en el oficio número DJ-3926-2014, de la Dirección Jurídica de la Caja, en el cual se analiza el fondo del texto propuesto como base para dicha visita exploratoria se concluye que la firma de dicho tipo de instrumentos no es conveniente ni oportuno bajo criterios de viabilidad jurídica, ni de conveniencia para la administración de los seguros sociales y de particular manera para el Seguro de Pensiones.

En este sentido, la atención de una misión exploratoria y la apertura de un proceso de negociación es inviable dado que el marco jurídico actual impide abordar cualquiera de los extremos que, con dicha propuesta de convenio, el Gobierno de Canadá somete a consideración de nuestro país.

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

Ingresan al salón de sesiones las licenciadas Ana María Cortés Rodríguez y Mayra Acevedo Matamoros, Abogadas de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 24°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22125-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 25°

Se tiene a la vista la consulta que se formula en relación con el *Expediente número 18.630, Proyecto reforma de la Ley número 5361, Ley de fortalecimiento de la educación en ingeniería topográfica y sus reformas*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 17 de los corrientes, número PE.45.932-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CTE-224-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa

Se ha recibido el criterio de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías en el oficio N° GIT-33913-2014 del 18 de setiembre en curso, y la Junta Directiva, en virtud del análisis que al efecto debe realizar –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para responder.

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

ARTICULO 26º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22125-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 27º

Se toma nota de que la señora Presidenta Ejecutiva distribuye el oficio del 24 de los corrientes, número PE.46.041-14, dirigido a los señores Directores, mediante el cual se presenta la propuesta de programación de sesiones de análisis de temas estratégicos priorizados por la Junta Directiva, con el fin de escuchar sus comentarios y propuestas, para definir el asunto en una próxima oportunidad.

A las diecinueve horas con treinta minutos se levanta la sesión.