

Jueves 9 de octubre de 2014

**N° 8744**

Acta de la sesión ordinaria número 8744, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 9 de octubre de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo comunicó con antelación que no le será posible estar presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Barrantes Muñoz se encuentra de vacaciones. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves informó que retrasará su llegada a esta sesión.

### **ARTICULO 1°**

Comprobación de quórum.

La Directora Alfaro Murillo comunicó con antelación que no le será posible estar presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Barrantes Muñoz se encuentra de vacaciones. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves informó que retrasará su llegada a esta sesión.

### **ARTICULO 2°**

No habiendo observaciones, la agenda se desarrollará conforme con el documento distribuido.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes, y el licenciado Walter Campos Paniagua, Subdirector de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

### **ARTICULO 3°**

Se presenta el oficio N° GA-20699-14 de fecha 1° de octubre del año 2014, firmado por el señor Gerente Administrativo, que contiene la propuesta de procedimiento para la reactivación de plazas vacantes producto del pago de prestaciones legales; anexa oficio de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, N° DAGP-1120-2014.

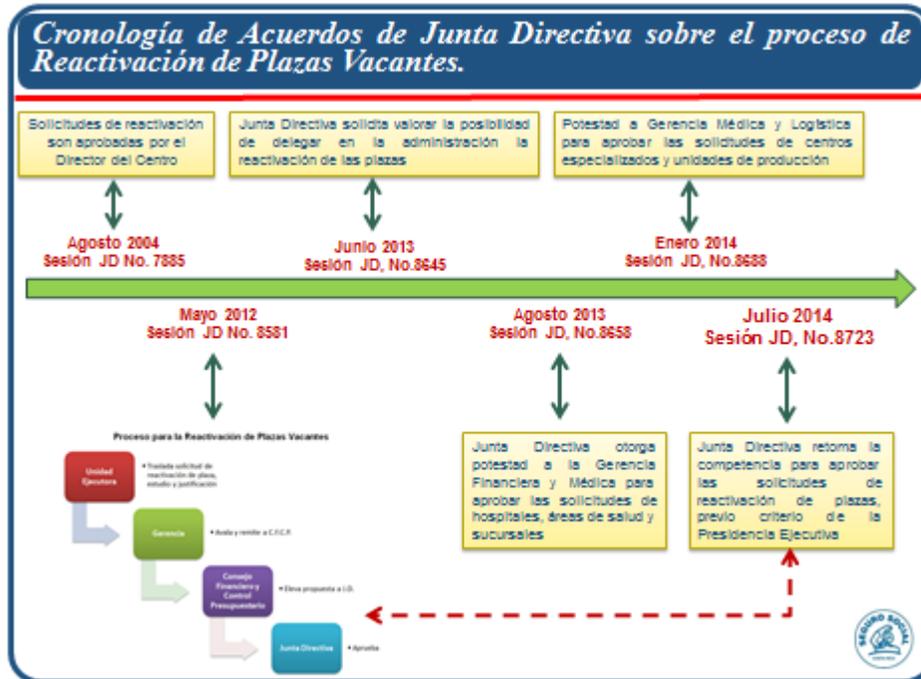
La exposición está a cargo del licenciado Campos Paniagua, con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Administrativa  
Dirección de Administración y Gestión de Personal

“Proceso de reactivación de plazas vacantes producto del pago de prestaciones legales”  
GA-20699-14.

2) Antecedentes.

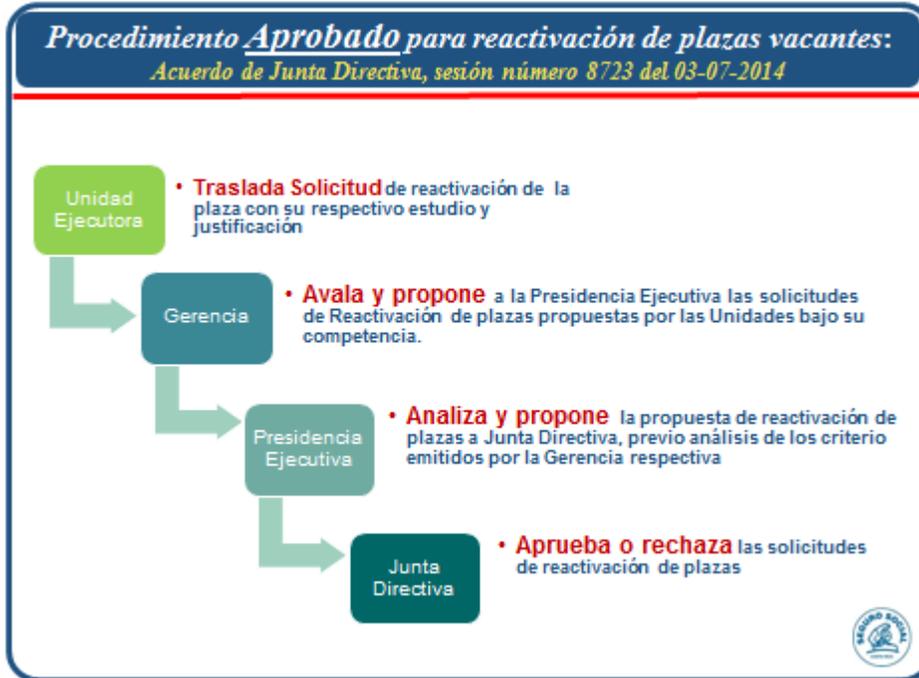
3)



4) **Procedimiento Aprobado para reactivación de plazas vacantes: Acuerdo de Junta Directiva, Artículo 13, sesión número 8723 del 03-07-2014**

“Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio No. GF-24.137, de fecha 23 de julio del año 2014, firmado por el Gerente Financiero, por medio del que se presenta la propuesta para el uso de plazas vacantes producto del pago de prestaciones legales correspondientes al II Tracto del año 2014 y habiendo deliberado sobre el particular, la Junta Directiva **ACUERDA que la reactivación y creación de plazas será por acuerdo de Junta Directiva siguiendo las recomendaciones de la Presidencia Ejecutiva**, previo criterio de ésta con las Gerencia y las instancia que correspondan. En consecuencia **queda suspendida la facultad dada a las Gerencias para la reactivación de plazas. ACUERDO FIRME**”.

5)



6) Datos Estadísticos sobre el Proceso de Reactivación de Plazas.

7)



8) Otras Consideraciones  
 DAGP-1120-14.

1. Más del 82.2 % de las plazas que quedan vacantes por pago de prestaciones laborales se encuentran ubicadas en prestación directa al usuario de los servicios de salud.
  2. Solamente un 1,15 % de las plazas (10 plazas) que han quedado vacantes se les ha negado su reactivación a criterio de la Gerencia respectiva.
  3. El proceso de solicitud de reactivación de plazas se vuelve más complejo debido a la multiplicidad de actores que intervienen en el proceso lo que pone en riesgo la continuidad de los servicios y afecta la prestación del usuario.
  4. Los perfiles administrativos contribuyen sustancialmente a la prestación de los servicios como labor de apoyo a la gestión de los Centros.
- 9) Propuesta  
La Junta Directiva otorga aprobación a Gerencias con excepción.
- 10)



11) “Propuesta de Acuerdos”.

12) Propuesta de acuerdos:

Por consiguiente, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del Gerente Administrativo y del Director de Administración y Gestión de Personal, con base en el oficio GA-20699, de fecha 01 de octubre del año 2014, suscrito por el MSc. Luis Fernando Campos Montes, en su condición de Gerente Administrativo, así como el oficio DAGP-1120-2014, del 30 de setiembre del año 2014, del Lic. Guillermo Abarca Agüero, Director de Administración y Gestión de Personal, se ACUERDA:

13) Propuesta de acuerdos:

**Acuerdo Primero:** Con el propósito de cumplir con el principio fundamental de la continuidad de los servicios prestados por la CCSS, y considerando los avances significativos generados en el procedimiento administrativo y en los criterios técnicos que sustentan esta materia, se delega la potestad de la reactivación de plazas que queden vacantes producto del pago de prestaciones legales, de acuerdo con la siguiente distribución por Gerencia y unidad a la que pertenece las citadas plazas:

- i) **Gerencia Médica:** Hospitales, Áreas de Salud y Centros Especializados
- ii) **Gerencia de Logística:** Unidades de Producción
- iii) **Gerencia Financiera:** Sucursales Financieras

14) Propuesta de acuerdos:

**Acuerdo Segundo:** las plazas que adquieran la condición de vacantes producto del pago de prestaciones legales que pertenecen al Nivel Central, Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Direcciones Regionales de Sucursales Financieras, deberá la Gerencia respectiva, en atención al procedimiento técnico y normativo establecido, presentar su propuesta de reactivación ante la **Presidencia Ejecutiva**, quien valorará la pertinencia de la reactivación de la plaza o su eventual reubicación o eliminación del código respectivo. De forma mensual o cuando así se requiera, la Presidencia Ejecutiva remitirá un informe consolidado para conocimiento de la **Junta Directiva** y su eventual **aprobación**.

15) Propuesta de acuerdos:

**Acuerdo Tercero:** En casos muy calificados y con la finalidad de **salvaguardar la continuidad de la prestación de los servicios**, los Directores de Hospitales, Áreas de Salud, Centros Especializados, Unidades de Producción y Sucursales, podrá autorizar **por única vez y por un período no mayor a tres meses la sustitución interina de la plaza vacante objeto de reactivación**, mientras se concreta su reactivación definitiva. No será factible hacer uso de este permiso excepcional en aquellas plazas pertenecientes al Nivel Central, las Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Dirección Regionales de Sucursales Financieras.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

En relación con lo que expone el licenciado Campos Paniagua, el Director Gutiérrez Jiménez expresa que no es cierto que la Junta Directiva dura tres meses para aprobarlo.

El licenciado Campos Paniagua indica que tal vez se expresó mal. Se basa sobre hechos en que se está tardando más de tres meses.

Sobre el particular el licenciado Gutiérrez Jiménez menciona que ello no es por culpa de la Junta Directiva, ya que puede obedecer a situaciones que se dan en otras instancias.

El licenciado Campos Paniagua explica que no sería atribuible a la Junta Directiva; pues puede ser que se haya reprogramado varias veces para ser tratado en la Junta Directiva. Que haya que ajustar prioridades puede ser que eso disminuya el tiempo. Los hechos le han demostrado que el proceso dura más de tres meses y aclara que por diversas circunstancias no propiamente por la Junta Directiva.

Agrega la licenciada Soto Hernández que se debe dejar claro, tal y como se ha planteado, que no es por la Junta Directiva sino que el proceso genera sus tiempos.

El licenciado Campos Paniagua expone que en el caso de los servicios de atención directa al paciente debería ser la Gerencia Médica la que reactive esas plazas y que la Presidencia Ejecutiva presente a conocimiento de la Junta Directiva únicamente las plazas del nivel central. En fin, que se vuelva a delegar esa potestad en las Gerencias para que sólo las plazas que son de competencia directa sean aprobadas por las gerencias.

El licenciado Gutiérrez Jiménez expresa que este tema lo han visto varias veces, y ya la Junta Directiva había tomado una decisión al respecto. Está clarísimo que la administración quiere tener a su cargo el manejo del asunto porque ha venido a Junta Directiva cuatro veces en los últimos meses. Solicita que se respete lo que acordó la mayoría, lo cual no quiere decir que no se pueda cambiar pero menciona que él no lo va a modificar. Manifiesta que la Junta Directiva no debe cambiarlo todavía, ya que están en un proceso y máxime que va a nombrar un nuevo Gerente Administrativo, de modo que razón de más para tener control sobre estas cosas. No acepta el argumento de que se atrasa por causa de la Junta Directiva. Opina que se atrasa porque hay un proceso anterior y, entonces, deben ser más eficientes para que las cosas funcionen como deben funcionar gestione correctamente. Le preocupa que no hayan realizado evaluaciones de productividad del desempeño, sigue siendo un tema que tiene que venir a Junta Directiva. Como ejemplo expone que el otro día se estaban refiriendo a de cuarenta plazas, pero de pronto se hizo una discusión en Junta Directiva y se aprobó, que en lugar de cuarenta plazas, las que se necesitaban eran veintiséis para Farmacia. Considera que, por la experiencia vivida al respecto, es de mucha importancia que la reactivación de plazas se presente previamente ante la Junta Directiva para el respectivo tamiz, porque si no hubieran venido a Junta Directiva esas plazas, se vuelve un nombramiento automático, porque los Gerentes probablemente no van a detener ese tipo de asuntos porque históricamente no lo han hecho. Reitera que hace menos de un mes don Gustavo Picado trajo este asunto y lo votaron en contra con la votación de la mayoría y le parece que seguir insistiendo es mantener una posición en contra de lo acordado. Si esto quiere traerse en unos meses va a ser el primero en decir que estaría en la mejor disposición de analizarlo, pero en vista de la salida del señor Gerente Administrativo y en un momento en que ni siquiera se sabe quién va a asumir, no es conveniente. Por lo tanto, considera que deberían tener control sobre ese asunto.

Sobre el particular, el licenciado Campos Montes agrega que, en la sesión anterior, que se discutió ampliamente este tema no se tomó acuerdo. Tiene que reconocer que don Adolfo ha sido muy consistente en esa posición, pero también en esa última sesión que se discutió se analizaron las complicaciones de traer a Junta Directiva la cantidad de plazas que se van liberando porque es sumamente dinámico, en el que la mayor cantidad de plazas tiene que ver con la prestación de servicios, en la Gerencia Médica. Ese elemento fue el que pesó en la última sesión que se discutió y en que lamentablemente no tuvieron el cuidado de que se tomara el

acuerdo. Se planteó que la Presidencia Ejecutiva iba a informar de manera periódica a la Junta Directiva de cómo se iban habilitando esas plazas, que únicamente se liberan por efectos de pensión. Las plazas de Oficinas Centrales sí tendrían que seguir viniendo a la Junta Directiva para el proceso normal de aprobación. Indica que ésta es la razón por la que se presenta el asunto a la Junta Directiva.

Al respecto, la doctora Sáenz Madrigal menciona que una de las preocupaciones que se expresaron en aquel momento, era el no afectar la prestación directa del servicio en los niveles locales y por ese aspecto, se había tomado la decisión de que las plazas del Nivel Central, iban a ser aprobadas por la Junta Directiva y las de prestación de los servicios, se encargará la Gerencia Médica. Por lo que el filtro que se recomendó en aquella discusión, fue que será por acuerdo de la Junta Directiva, en los siguientes términos: “que la reactivación y creación de plazas será por acuerdo de la Junta Directiva, siguiendo las recomendaciones de la Presidencia Ejecutiva”. Es decir, que la Presidencia Ejecutiva revisa la reactivación de las plazas con los Gerentes y se presenta para conocimiento del Órgano Colegiado. Solicita que el acuerdo sea leído.

El Director Gutiérrez Jiménez sugiere que se tenga cautela al aprobar este acuerdo, porque la Junta Directiva estaría anuente a que aquellos Directores que, eventualmente, se pensionan, también estarían delegados en la Gerencia Médica y, al respecto, la Junta Directiva ha indicado que el nombramiento de los Directores, Directores Regionales, entre otros, son potestad de este Órgano Colegiado.

La doctora Sáenz Madrigal aclara que en este tema hay dos puntos importantes, el primero es la reactivación de las plazas y el segundo, es el nombramiento de los funcionarios.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que en el momento en que se reactiva la plaza y mientras se realiza el concurso, que puede tardar un tiempo determinado, en el caso de los directores de los centros, se nombre un Subdirector.

El licenciado Campos Montes aclara que cuando una persona se pensiona, muchas veces no avisa con anticipación, lo hace en vísperas del momento. La complicación que se tiene es que la reactivación de la plaza, debe ser realizada por la autoridad competente, por ese aspecto se requiere un acuerdo de la Junta Directiva. En este momento, como está la situación, todas las plazas se tienen que presentar a consideración de la Junta Directiva. Por ejemplo, si se pensiona un Director de Hospital, la reactivación de la plaza no es en forma expedita, dado que existe una limitación porque no se tienen sistemas de información integrados, que permita analizar los datos de manera rápida.

Manifiesta la doctora Sáenz Madrigal que el problema no es el Director, si no con las personas que están prestando el servicio de salud directo a las personas.

Aclara el licenciado Campos Montes que la facultad es que la potestad que se le delega a la Gerencia Médica, no es para que nombre el funcionario porque tendrá que aplicar el procedimiento establecido, para el proceso de concursos y nombramientos.

A propósito de una consulta del licenciado Gutiérrez Jiménez, señala el licenciado Campos Paniagua, que hace dos semanas se presentó a la Junta Directiva el proceso para el nombramiento

de Directores de los Centros de Salud. Quedó pendiente por una consulta que se deber realizar a la Procuraduría General de la República, referente a los plazos. Ese procedimiento establece que la Junta Directiva continúa teniendo la facultad de nombrar puestos de esa naturaleza.

Ante una inquietud de don Adolfo Gutiérrez, señala el licenciado Campos Paniagua que el nombramiento de un Director se efectúa en dos tiempos distintos, como ejemplo, si una persona se pensiona, la plaza queda vacante, pero no se puede usar sino se reactiva y se tendría que presentar a la Junta Directiva para que apruebe su reactivación.

Anota el Director Gutiérrez Jiménez que, en el momento en que se reactiva la plaza, se nombra a una persona en esa plaza, independientemente, que al final y después del concurso, que puede tardar mucho tiempo, alrededor de uno, dos o tres años, quede nombrada la persona que sustituyó o la que ganó el concurso.

El Auditor comparte la apreciación de don Adolfo ya que es conveniente, bueno y de una sana administración. Entendiendo la realidad institucional, el problema es que existe una serie de servicios que están en una posición de choque, con la atención del asegurado y donde se requiere la atención oportuna. Le preocupa y es ahí donde comparte la posición de don Adolfo, como ilustración, en el caso de los misceláneos del Hospital Calderón Guardia, en este momento, cómo se puede indicar que no se utilice la plaza vacante, en el sistema de trabajo que tienen. Le parece que en la Institución se requiere un Área que realice estudios de organización y del método de trabajo que se tiene para los misceláneos. Como ilustración, el Hospital Calderón Guardia logra determinar lo que don Adolfo ha venido planteando, en términos de las necesidades que tiene, pero previo a un estudio de revisión de esas funciones. Estima que en la Institución está faltando ese aspecto, se tiene una Dirección de Desarrollo Organizacional, pero se ha limitado a hacer estructuras y no ha analizado los niveles inferiores. Le parece que ese aspecto se debe analizar, antes de indicar cuántos misceláneos se requieren en el Hospital Calderón Guardia, para decidir si autoriza o no la reactivación de esa plaza vacante. Ese proceso se debería desarrollar a mediano plazo, pero se presenta el problema de que el funcionario debe ser sustituido.

El Director Devandas Brenes señala que cuando este tema se discutió, estaba recién incorporado a la Junta Directiva. Cuando se tomó el acuerdo anterior lo apoyó porque no tenía muy claro el panorama y, también, para evitar un crecimiento desmedido de las plazas pero, ahora, que ha estado en contacto con muchas áreas y hospitales, la situación se modificó. Entiende que en las áreas de prestación directa del servicio, es inconveniente mantenerlo tan rígido, porque están siendo afectadas. Comparte lo que indica el señor Auditor, pero mientras se instalan las unidades que sean capaces de realizar esos estudios en los Hospitales, se puede tardar mucho tiempo para reactivar plazas que son necesarias. Estima que esas unidades de análisis de métodos de trabajo son indispensables, para impulsar estudios de esa naturaleza y podría dar como resultado que hay personal que se debería reubicar, incluso, hasta prescindir con una reorganización porque lo permite la Ley. Está de acuerdo en que las plazas de atención directa se descongelen y se llenen. Considera que solo a los puestos que se les pagan prestaciones se pueden limitar, por ejemplo, los que renuncian, dado que dentro de las prestaciones legales solo se cubre a los funcionarios que fallecen, pero no a los que renuncian. Acompaña a don Adolfo en su preocupación en el tema del nombramiento de los Directores, porque se ha discutido anteriormente y existían dos aspectos. Uno, se planteaba la posibilidad que se nombren por un período y, en ese sentido, se produjo una contradicción con el análisis jurídico que se hizo, dado que se definió que se consultaría a la

Procuraduría General de la República. Esa decisión los condujo al otro tema relacionado con quien nombra y quedó pendiente de que se tomara una decisión. Considera que se debe retomar ese segundo tema, incluso, en este acuerdo se puede agregar que los nombramientos de los Directores Regionales y otros que habría que definir, son facultad de esta Junta Directiva y darle a la administración, la facultad de llenar las plazas de servicio directo a los pacientes, porque ese proceso causa problemas para la Institución.

El Lic. Gutiérrez Jiménez manifiesta que cuando se indica que el 86% y se refieren a servicios directos, solicita se desglose cuántos de esos puestos son Auxiliares, Secretarias, Médicos para conocer qué porcentaje del 86%, se dedica a la atención directa del paciente. No está de su parte perjudicar el servicio, pero por muchos años se ha referido al tema y la administración no lo ha solucionado. No puede actuar igual que don Mario Devandas porque tiene poco tiempo de formar parte de la gestión de la Junta Directiva, Él tiene ocho años y ha insistido en que las evaluaciones se tienen que hacer. Reitera que si se realizan esas evaluaciones, su tesis se confirmaría, en términos de que muchas de esas personas no se necesitan, pero como se tiene el sistema, el nombramiento se realiza en automático. Lo que hay que hacer es, además, nuevamente enviar una instrucción para que el asunto se solucione en la línea que indica el señor Auditor.

Interviene el Lic. Campos Montes y menciona que lo que manifestó el Auditor es correcto. Esos estudios de optimización de procesos se deberían de hacer, antes de que las personas se pensionen. En el ejercicio de reestructuración, se recomendó a la Gerencia Médica solicitarle a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, un estudio de esa naturaleza, por cuanto es la que se encarga de realizar esos análisis. Lamentablemente, el alcance de esos estudios no se ha logrado realizar en todos los centros, por ejemplo, en la Farmacia del Hospital México, se realizaron una serie de análisis, donde se demuestra que se puede realizar un reacomodo de recursos humanos, organizando esa farmacia de mejor manera. El tema que se está analizando es el procedimiento para la reactivación de las plazas, de funcionarios que se están desincorporando de la Institución y el servicio no se puede descuidar. Es el mecanismo que había venido funcionando antes del acuerdo y parece que permite garantizar la prestación del servicio de manera normal.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala estar de acuerdo en que las Gerencias, deben tener suficiente capacidad para hacer los procesos ágiles, pero no coincide con el pensamiento de que si la Junta Directiva tiene que decidir la reactivación de las plazas, va a tardar más tiempo, porque igual cuando se realiza el planteamiento a la Gerencia va a tardar mucho tiempo. Le preocupa cómo se revisan esos procesos y le parece que se deben actualizar y mejorar, porque no puede ser que una plaza que quede vacante, se tarde tanto tiempo para ser reactivada y es urgente que se nombre una persona en el puesto. Estima que el proceso se debe revisar para que sea lo más ágil posible. Le parece que si se aprueba el procedimiento para que las Gerencias tengan mayor capacidad, se tiene que excluir los puestos de los directores de hospitales, puesto que están en otros contextos, y dejarlos aparte, pero aquellos puestos de atención directa al paciente, no puede esperar que el nombramiento tarde. Considera necesario que se presente un informe a la Junta Directiva, para que se asegure que los procesos se están dando con el ritmo que necesitan y que, institucionalmente, se están haciendo bien. El acuerdo lo votaría positivo con esas consideraciones.

Sobre el particular, manifiesta la doctora Sáenz Madrigal que se está tratando de redactar el acuerdo, para que recoja el espíritu de lo que se está discutiendo. Básicamente, en el sentido de que, si los Miembros de la Junta Directiva lo consideran conveniente, se delega en la Gerencia Médica y en la Presidencia Ejecutiva la reactivación de plazas de la prestación directa del servicio, con excepción de las Direcciones Médicas y Direcciones Regionales y se presente a la Junta Directiva un informe trimestral, con la información de las plazas activadas.

A propósito, el Director Devandas Brenes pregunta si un director de un hospital se pensiona o renuncia y la plaza se congela, se puede nombrar un director interino, a lo que el licenciado Gutiérrez Jiménez indica que el procedimiento siempre ha sido el mismo, por ejemplo, si fallece un director, renuncia o se pensiona, el nombramiento de un director interino se presenta a consideración de la Junta Directiva y, evidentemente, la Presidencia Ejecutiva por el peso que tiene un Director de un Hospital, lo acepta de inmediato y si el procedimiento tarda un mes, como ejemplo, asume la dirección el subdirector del centro.

Menciona el Director Alvarado Rivera que la Caja, en el año 2005, funcionó durante un tiempo sin Junta Directiva, en razón de una medida cautelar impuesta por los Tribunales.

Recuerda el licenciado Gutiérrez Jiménez que la Gerencia Médica puede tener un recargo en un momento dado. Como ejemplo, asumió la Dirección del Hospital Calderón Guardia, mientras se nombraba el director médico.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta que en el acuerdo que está presentando la administración, incluye la Gerencia de Logística y la Gerencia Financiera. Le parece que se debería de incluir, no solamente a la Gerencia Médica, sino a la Gerencia de Logística por la parte de producción y queda con la duda, en el caso de la Gerencia Financiera.

Sobre el particular, señala el Director Devandas Brenes que la Institución está haciendo un esfuerzo por evitar la evasión en el aseguramiento, por lo que entiende que se está reforzando el trabajo en el tema de validación de derechos. Le parece que hay un serio problema en el tema de administración financiera de los centros hospitalarios y la gestión presupuestaria, entre otros y las recalificaciones están congeladas desde hace tres o cuatro años. Por otro lado, le preocupa porque ha tenido conocimiento de que existe un grave problema de clima laboral en los hospitales. Le parece que es muy difícil indicar en un hospital, cuáles son las áreas de atención directa y esa es su preocupación, porque qué sucedería en un hospital si no se sustituyen las personas, por ejemplo, en la Unidad de Admisión o en la de Validación de Derechos. Como ilustración, se está promoviendo porque en la Institución haya un Plan Estratégico, para que se tenga una planificación y se reestructuren las áreas de servicio, de manera que se tengan procesos más eficaces y eficientes, que impliquen reubicación de personal, entre otros aspectos; pero mientras esa situación no se corrija, las Unidades están con un serio problema. Avala el acuerdo pero que se incluya, en el caso de la Gerencia de Logística el área de producción y en el de la Gerencia Financiera, que se refiera nuevamente a las unidades donde se están prestando servicios. Le parece que habría que excluir Direcciones Regionales y Oficinas Centrales.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que aunque va a votar negativo, mociona para que en el acuerdo se indique otro texto solicitando a la administración, presentar en no más de quince días la conformación de un grupo para que evalúe los indicadores de desempeño y productividad.

Como ejemplo, se está trabajando porque el laboratorio y los equipos sean mucho más eficientes, de manera que si una persona realiza esa función, se pensiona, renuncia o se deja la Institución, con la aplicación de ese sistema, automáticamente, la vacante se llena. Pero como no existe el sistema que evalúa para que determine si ese equipo, permite que el proceso de producción sea más eficiente, no se logra definir si esa persona se necesita. Aclara que no se refiere a que se tenga que despedir personal, sino a que si esa persona no es indispensable en ese equipo, se traslade a otra unidad, para hacer más eficiente ese Laboratorio. Pero como no hay evaluación, la plaza se llena automáticamente, de manera que se están creando problemas, se está contribuyendo para que se eleve el costo financiero y lo más grave, aún se están creando plazas.

Sobre el particular, señala el Director Alvarado Rivera que no va a votar positivo el acuerdo, porque considera que primero hay que resolver situaciones que suceden en la Institución. Quiere ver los resultados de los estudios que se necesitan realizar para que los procesos sean eficientes, de lo contrario se prolongará el asunto. Se podría votar el acuerdo con algunas modificaciones para hacerlo potable para la Junta Directiva, pero para la administración no sucede nada, la situación continúa igual, se siguen dando plazos para que se presenten los estudios. Si el proceso tarda hasta tres meses para que se logre ocupar una plaza, no es problema de la Junta Directiva, sino de la ineficiencia administrativa para tomar decisiones, sobre las necesidades y prioridades que tiene la Institución, para poder nombrar una persona. No concibe que se indique que por procedimiento a una persona se nombra interina y, entonces, dura un año nombrado en esa situación. Se cuestiona cuál es el estudio de necesidades que se hace sobre cada una de las plazas para crear o nombrar a una persona interina en un puesto. En la Institución existen alrededor de cuarenta mil de plazas, pero algunas son prioritarias por la prestación de los servicios directos que se dan, otras que no son tan prioritarias y otras que, probablemente, pueden ser eliminadas y no sucede nada en la Institución, pero si no se tiene claridad en esos aspectos, se podría seguir discutiendo y no se logrará resolver el asunto. Considera que va a empezar a insistir en ese tema y no votará lo corresponde a reactivaciones de plazas, casi automáticamente sin estar claros de cuál es la necesidad de esa plaza, porque son demasiadas las personas que trabajan en la Institución. Le preocupa el gasto que se produce sin conocer exactamente si esas plazas se necesitan o no se requieren, aun cuando sean de prestación directa del servicio. Por ejemplo, cuando visita algún hospital, le llama la atención que en la Unidad de Admisión hay ocho o nueve secretarías, pero no todas están trabajando. De manera que se podría maximizar el servicio, establecer un sistema de cómputo, aunque no sea un software de última generación y se podrían realizar funciones prácticas, más eficientes y maximizar los recursos, porque si se continúa haciendo lo mismo, se van a obtener los mismos resultados. Esa es la razón por la cual no va a votar estos acuerdos, hasta que no se determinen procesos de mejoramiento, eficiencia y análisis de necesidades de las personas que se están contratando. En la Junta Directiva se ha hecho referencia de ochocientas plazas nuevas por año, pero necesita saber cuál es el estudio de necesidades existente y para donde van.

Refiere la doctora Sáenz Madrigal que siempre que se hace referencia del tema de recursos humanos, le preocupa una visión que se está transmitiendo de esta Junta Directiva y, de alguna forma afecta la prestación de los servicios de salud. Coloca este tema porque el mensaje que se está enviando, es en el sentido de que hay necesidades y pareciera que la Junta Directiva no está dando respuesta. Hace un llamado a revisar el tema, aunque conoce que esta Institución es muy grande, que en los 70 años ha desarrollado normas y procedimientos que ahora la tienen entabada, se quiere que funcione como el “Mount Sinaí”, pero no es así. El tema es que la

Institución tiene una brecha enorme por la falta de recursos humanos, aunque se conoce que podrían estar haciendo falta estudios. Por ejemplo, si se analiza los niveles locales e identifican lo que las personas indican y en ese sentido, no indica que no hayan personas que no estén haciendo lo mejor, pero hay necesidades en los niveles locales que están muy fuertes. En la toma de decisiones, aunque hay personas que están cansadas de que se analice el tema, por la experiencia que tienen y conocen mucho la Institución pero, precisamente, porque conocen lo difícil que es, dado que han estado en estos años y sienten que todavía no están avanzando, le parece que el mensaje que se está dando, es un poco complicado. Llamaría a una reflexión del mensaje que se está enviando con la formación, la estimulación y la asignación de los recursos humanos; porque aunque hay hechos que no se pueden negar, las personas renuncian, se pensionan, se van de la Institución, aclara que no se está definiendo en donde se debe adelgazar la Institución, pero es muy complejo el no tomar la decisión, porque además se dejan a las instancias técnicas sin dirección. Si no toman esa decisión se va a seguir haciendo lo mismo y queda vigente lo que está y lo que existe no les satisface, es lo que percibe. Le parece que la propuesta no está ajustada como se quisiera, en términos de cuáles son los elementos que tienen que darle a la administración, para que se presente un acuerdo que satisfaga, pero que no se vote, implica que siga la situación como está. Pregunta cuál es la decisión que tienen que tomar hoy, para atender la dificultad y como cuerpo colegiado, estar en el camino correcto y poder avanzar.

Al respecto, el licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta que lo que ha indicado reúne el sentimiento de todos. Por supuesto, cuando se indica que no van a votar, es porque se tiene una molestia adicional que, posiblemente, los Miembros nuevos de la Junta Directiva no la tengan, pero le daría “vergüenza” aceptar que, por ejemplo, en un procedimiento de esta naturaleza se tarde tres meses. Señala que don Walter Campos intentó indicar que era por culpa de la Junta Directiva y, después, anota que el proceso tarda tres meses. Independientemente, que sea la Junta Directiva o la Gerencia, está de acuerdo con lo que indicó don Oscar Fallas, que un procedimiento tarde tres meses para reponer un funcionario, le parece irracional. Ese es el “monumento” a la ineficiencia y a la poca gestión que se está teniendo. Por ejemplo, cuando la solicitud se presenta a la Gerencia, también debe pasar por esos procesos y el problema no es la Junta Directiva, porque toma la decisión hoy o mañana, sino se deben revisar las gestiones y los procesos, en ese sentido coincide con don Oscar Fallas. El problema es que cuando se presenta el tema a la Junta Directiva, lo que indican es que si no se aprueba la solicitud, se paraliza la Institución y ese aspecto no es cierto y no es conveniente que se tome ese riesgo. El problema es que la administración no ha hecho la tarea, porque si fuera eficiente y tuviera el control, evaluaciones y eficiencia, no se estaría analizando el asunto. De lo contrario, bien lo indicó don Renato de aquí a un año, van a estar discutiendo de nuevo el tema porque hay que llenar las plazas para poder prestar el servicio. El crecimiento de hace ocho años fue de diez mil plazas y al sumar todas las que se han creado, los servicios de salud continúan siendo tan ineficientes como hace ocho años. Entonces, se tiene que cuestionar el asunto porque no es la creación de plazas la que soluciona el tema, sino la gestión y producción de esas ella. Coincide con doña Rocío Sáenz en que el tema no es fácil, pero considera que esta Junta Directiva se está replanteando situaciones. Recuerda que en algún momento comentó que hubo un Plan Estratégico, solo que en los últimos cuatro años fue muy macro por la crisis. Le parece que es una obligación de la Junta Directiva, realizar una planeación mucho más micro y más puntual. Considera que es un reto importante en el que todos coinciden. Mientras tanto se tiene que dar el Servicio, pero la administración debe aportar su cuota de responsabilidad.

Al respecto, opina don Mario Devandas que la responsabilidad es de esta Junta Directiva porque ha estado, reiteradamente, demostrado en todas las intervenciones que en la Institución no se planifica. Ahora se está defendiendo y están de acuerdo en que esos aspectos se deben modificar, hay que establecer una planificación estratégica. Por ejemplo, ayer la doctora Rodríguez, Directora del Centro de Desarrollo en Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), indicó que no existía planificación. Se les presentó las metas de la Institución para el Plan Nacional de Desarrollo, pero quince días antes se había presentado el Portafolio de Inversiones y una semana antes el Presupuesto para el año entrante. Le parece que lo ideal es que primero se hayan definido las metas, después el Plan de Inversiones y, luego, el Presupuesto para el año siguiente, pero en la Institución no sucede así y esa situación, no es responsabilidad de la administración sino de la Junta Directiva. Le parece que se está dificultando elaborar el Plan Estratégico, incluso, cree que la propuesta que presentó la señora Presidenta Ejecutiva, se debería plantear en la agenda y se dedique una sesión a discutir si están de acuerdo con esa agenda o no, para que se determine que hace falta y tomar las medidas para que se cumpla lo planteado. Aclara para los anteriores Directores que no es un deseo de incomodar, es simplemente el señalamiento de algo que no está bien, por una cultura institucional que ha existido. Por ejemplo, ayer también se destacó que la política de recortes que se aplicó en la gestión pasada, con la justificación de que si no se hacía se tenía que cerrar la Institución, está provocando costos triplicados. Como ejemplo, hoy estuvo en el Hospital México y observó el deterioro evidente en las paredes, arreglar esas paredes que se debieron arreglar hace cinco años, le va a costar a la Caja el triple, porque la Junta Directiva no aplicó el artículo 177 de la Constitución Política. No hubo una discusión a fondo sobre cómo financiar a la Caja Costarricense del Seguro Social y qué responsabilidades tenían las autoridades públicas, ese aspecto es una cuestión evidente. Reitera que no lo indica con el ánimo de importunar a los Directores anteriores, sino porque no es justo que le recarguen todo a la administración, aunque considera que también hay una cultura burocrática pesada y densa dentro de la Institución se debe alivianar. Le preocupa que esa Junta Directiva no hizo nada para que se cumplieran los acuerdos tomados, incluso, hay informes de Auditoría y acuerdos de esta Junta Directiva de cómo organizar los Hospitales y los Centros de Salud y no se ha cumplido, dado que no se ha ejercido vigilancia en el cumplimiento de esos acuerdos. Le parece que don Adolfo hace referencia a un aspecto muy contradictorio, en el sentido de que no se tienen informes, que no se conoce cómo está la producción; sin embargo, afirma que la Institución es tan ineficiente como hace ocho años. Destaca que cuando realiza visitas a las unidades de prestación de los servicios, le parece que se realiza un trabajo extraordinario, es lo que se hace en la Institución y a veces con escasos recursos. Se pregunta qué sucede si las personas que van a realizar las visitas a las zonas indígenas, se les elimina una plaza o dos y duran seis o tres meses sin sustituir el funcionario; estima que el proceso de nombramiento en esa plaza se debe realizar de inmediato y el proceso lo debe realizar el Director como superior jerárquico. Como ejemplo, si él fuera el Director del Hospital México o del Hospital Calderón Guardia y se le va un médico, un Cardiólogo, Urólogo, entre otros, trataría de sustituirlo a la semana siguiente, de manera inmediata y no tener que enviar la solicitud a la Gerencia Médica, dado que tiene que resolver una gran cantidad de problemas y sería cargarla de más. Considera que no es una responsabilidad médica de una Gerencia, decidir el nombramiento de un funcionario que está demostrado que se necesita. Repite, que el Director de un hospital no pueda realizar el nombramiento de una manera inmediata, le parece que es una aberración y el proceso debe ser modificado. No significa que no esté de acuerdo que hay que revisar y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión. Sugiere que se agregue en el acuerdo que se envíe a la Junta Directiva, un informe trimestral de las plazas que

fueron afectadas por este acuerdo y se indique qué tipo de plazas y se evalúen. De manera que luego de determinar, cómo se ha comportado el procedimiento durante un año y con esos informes, se conocerá si no funciona, de modo que se replantee el tema para que sea analizado a nivel de la Junta Directiva. Lo que es cierto, es que así como está planteado el proceso se está provocando un grave daño a la prestación de servicios de salud directos en la Institución.

La Directora Soto Hernández menciona que es muy fuerte cuando don Adolfo Gutiérrez indica que la administración no ha hecho la tarea. Le parece que es un desagrado, porque como trabajadora que fue de la Institución, le consta que no está en la Junta Directiva para desaprovechar el tiempo, en cuarenta y cuatro años que laboró para la Caja siempre vino a aportar algo, siempre vino a hacer cosas grandes, porque está muy clara en que la razón de ser de esta Institución, es procurar la salud y el bienestar de todos los habitantes de Costa Rica. Hay debilidades que es diferente a enmarcar que aquí no se ha hecho la tarea, repite por las debilidades que existen, porque ha usado desde que es parte de esta Junta Directiva, que en esta Institución hay desobediencia y también no hay planificación, desde que don Luis Asís Beirute, que en paz descansa, se fue. Comenta que conversó con don Oscar Ricardo Fallas y le indicó que a veces hay que volver a las raíces y hoy recuerda aquellos tiempos de la organización y métodos, porque era un Área muy importante que la inició don Humberto Rojas Corrales, quien había sido Jefe de Personal y que la continuó el señor Bolaños, que ya descansó. La organización y métodos iba de la mano de la planificación, sino había orden y disciplina ahí estaba organización y métodos que orientaba. Le gustaría aprovechar la coyuntura para darle lectura a la propuesta de la doctora Sáenz Madrigal. Le parece que hay trabajo que se ha hecho, es un momento en que se puede modificar la gestión y doña Rocío ya había hecho el planteamiento. Solicita tomar decisiones.

Por su parte, el doctor Fallas Camacho menciona que sobre este tema tiene una posición muy clara, en la discusión se han indicado aspectos que no acepta bajo ninguna razón. Comenta que cuando inició la gestión de la Junta Directiva en el año 2010, se manifestó el problema de la crisis financiera que tuvo la Caja, el cual fue planteado por diferentes grupos externos que expusieron el panorama. Las medidas adoptadas fueron ampliamente analizadas, discutidas y reñidas buscando de dónde se sacaba el dinero, porque no habían recursos financieros. Las personas que participaron se “rompieron” la cabeza buscándole la solución al problema. Quisiera que se vuelva a recuperar el asunto, porque no acepta que la Junta Directiva sea la responsable de haber tomado las medidas que se adoptaron, para poder enderezar esta Institución en el grado que iba avanzando. No tiene ninguna voluntad más que la misma Caja, no le interesa otro aspecto. Solicita que se vuelva a revisar toda la crisis que se tuvo en su momento, las circunstancias que hubo y los elementos que se aportaron para tomar las decisiones que se tomaron. La experiencia en este campo se tuvo en el año 1982, cuando el Presidente Rodrigo Carazo dejó la Institución en una situación muy comprometida, por circunstancias del país y externas. Recuerda que al inicio de la gestión de la Junta Directiva pasada, se pensó en cerrar servicios, porque no había de donde tomar financiamiento e, inclusive, fueron a la Casa Presidencial, se reunieron con la señora Presidenta de la República y financió con efectivo suficiente para salir del problema y poder salvar la situación financiera en que se encontraba la Institución. Todas las medidas que se tomaron fueron pensadas y se conocía que existían problemas de mantenimiento, cortar la formación de especialistas, entre otros. Considera que si se quiere hacer referencia del tema, se tiene que revisar todo el proceso, no hay problema pero que asuman las responsabilidades. Le parece que por compañerismo se debería buscar la forma

para poder llevar adelante esta Institución. Reitera que su único interés es la Caja, que no tiene ningún interés personal, político ni de ninguna otra naturaleza. Le importan los programas y los objetivos de esta Institución y lo deja claro. No le gusta que se esté indicando que la culpable fue la Junta Directiva pasada, porque no se conoce cuáles fueron las circunstancias que se tuvieron en aquel momento y lo que hubo que hacer, para tomar las decisiones que se adoptaron.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que don Mario Devandas en varias ocasiones ha opinado en forma irresponsable sobre la administración anterior. Podría pensar que cuando don Mario fue diputado no tomó las acciones que debió haber tomado en su momento, para fortalecer la Caja y no lo hizo, pero no lo piensa así porque no conoce cuáles fueron las circunstancias que vivió en ese sentido. Aunque don Mario indica que no quiere ofender a nadie en esta Junta Directiva, ofende y afecta. Sus palabras están quedando grabadas, por lo que debe tener cuidado de lo que señala, porque no va a admitir esos cuestionamientos. Cuando la Junta Directiva pasada tomó la decisión de hacer las contenciones del gasto, por supuesto que tenía que afectar servicios, pero era eso o eliminar los servicios. Fue una crisis en la que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hizo recomendaciones para que en el año 2017 se lograba el equilibrio financiero de la Institución; sin embargo, la Junta Directiva anterior lo logró entre los años 2013 y 2014, cuatro o tres años antes. Está de acuerdo en fortalecer el plan estratégico, en recalificar algunas cuestiones para lograr la buena marcha de esta Institución. Por lo que en cuanto a los comentarios realizados por doña Mayra, don Mario y don Walter Campos refiere que son tres meses lo que se está tardando en aprobar las plazas, él no se refiere a la administración del auxiliar que está en los hospitales, o las personas que viajan al Alto Telire, se está refiriendo de la administración central que cree tomar decisiones y que permean hacia abajo, porque hay desobediencia o porque existe un interés diferente a las normas de la Junta Directiva. No admite que se indique que la Junta Directiva anterior no hizo la tarea, ni que es la responsables de lo que se tiene hoy. Desde el año 1980 se trasladaron las responsabilidades a la Caja y no así su financiamiento. Por otro lado, existe un estudio realizado por la Auditoría, en el que se detecta como se viene malformando toda la parte financiera y la Institución cae en una crisis, porque se tomaron malas decisiones que no fueron ni siquiera hace cuatro años sino hace ocho años, con el voto negativo del sector privado. Considera que esta Junta Directiva necesita estar cohesionada, necesita continuar hacia adelante y tiene la obligación de remozar ese Plan Estratégico que sí existía, pero que las condiciones económicas no permitieron su implementación. También le expresa a don Mario que dentro de cuatro años cuando se concluya la gestión, referirá que no se logró hacer lo que se quería. Le parece que pretendiendo establecer una responsabilidad, no se logra ningún objetivo y lo que se hace es indisponer a las personas. Tiene una gran coincidencia con sus temas, creía que iban a tener este tipo de discusiones con mucho más frecuencia y es lo contrario, porque la visión de don Mario la comparte en un 90%. Le aclara a doña Mayra que no se está refiriendo a los bajos niveles, ni de los mandos medios para abajo, se está refiriendo a la administración, por ejemplo, cuando el licenciado Campos Paniagua acepta que se tiene tres meses para realizar el nombramiento por una sustitución, para él es poco eficiente. Por otra parte, rechaza, enfáticamente, lo que se ha indicado y reitera que los recortes se hicieron porque había que hacerlos y la administración tiene que mejorar. Doña Rocío está consciente de que la administración no ha hecho la tarea. Está seguro de que si se realiza una conversación sincera, la señora Presidenta Ejecutiva va a indicar que es difícil gestionar la Caja y, en ese sentido, la Junta Directiva como cabeza de la Institución tiene que definir de aquí en adelante, no dejando atrás el pasado porque sirve para aprender. Si existe alguna duda sobre la crisis que tuvo la Institución, solicita que se presenten de nuevo los estados financieros, se analicen y se realice una encerrona

se defina cuál era la situación de la Caja en ese entonces y que se solucione el tema de una vez por todas, de manera que quede claro cuál fue la situación económica en la que gestionó esa Junta Directiva, que incluso, Organismos Internacionales indicaron que no era viable y por haber realizado la tarea y muy bien hecha, se logró alcanzar el equilibrio financiero de la Institución. Manifiesta que hubo sufrimiento, porque toda vacuna duele y está de acuerdo que hubo angustia y es esta Junta Directiva, la que tiene que tratar de que esa situación se revierta.

Adelanta el Director Alvarado Rivera que no votará positivo el tema, porque en la Institución no se hace la tarea. En la Caja se contratan más o menos ochocientas personas al año, lo que implica que van a contratar tres mil doscientas personas en los próximos cuatro años, pero aun así, existen diecisiete mil de esas personas contratadas interinamente. Menciona que hace algunos años, había indicado que no era posible que se continuara contratando personal interinamente y que se tenía que establecer un procedimiento para que las personas que se necesitan, se contraten de manera correcta, porque le parece un desatino que una persona se contrate interinamente y en ningún momento se modifique su nombramiento, dado que le produce incertidumbre, porque no conoce si se le va a renovar el contrato o no. Muchas veces lo ha señalado a nivel de la Junta Directiva, pero no se resuelve el asunto; entonces, aunque le ha dado seguimiento al tema, después de cuatro años vuelve de nuevo a integrar el Órgano Colegiado e, insiste, en que se establezca un mecanismo para que los nombramientos interinos no se realicen a perpetuidad. Menciona que hace ocho años insistió en que se resolviera la situación y quedó constando en actas. Está de acuerdo con don Mario en que las personas se ocupan, pero el procedimiento tarda tres meses, porque no hay una evaluación de la necesidad de ese funcionario. La Institución ha adquirido equipos modernos, se va a necesitar más personal en esos equipos, porque es otra tecnología y se necesita especializarlos. Le preocupa que don Mario indique que ayer en el CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) se indicó que no había un Plan, en el que se definan las necesidades de recursos humanos de la Caja, porque cuando fue Miembro de la Junta Directiva en el período 2006-2010, insistió en que trajeran y se proyectara cuáles eran las necesidades de recursos humanos para los próximos diez años, no se indicó que para el año entrante, porque está de acuerdo en que formar un especialista tarda de cinco a seis años. En ese momento, se hizo la presentación de médicos, especialistas, especialidades y que hoy se indique que no existe ese planteamiento, le preocupa. Reitera su preocupación en términos de lo que se está haciendo, se hacen los planteamientos y les da seguimiento y doña Emma no lo deja mentir, en el sentido de que todos los jueves de hace ocho años, presentaba los acuerdos que se tenían que cumplir, e insistía en que no se habían cumplido y habían responsables. Por esos aspectos indica que no es valioso, continuar discutiendo los problemas que deberían estar resueltos porque no se van a resolver, se va a seguir haciendo lo mismo que se ha hecho durante los últimos ocho años. Como indica don Adolfo, en la Institución existe una falta de gestión y la Junta Directiva no se observa bien, pero no porque no tome decisiones, sino porque impera una desobediencia como indica doña Mayra y hacia abajo de la estructura, no se cumple los acuerdos, porque, eventualmente, prevalecen intereses que no son los de la Institución. Le preocupa más que estén en una discusión de si se hizo o no se hizo la tarea atrás. Considera que doña Mayra tiene la razón, hay personas que trabajan mucho en la prestación de los servicios a los pacientes y es indiscutible, pero, administrativamente, le parece que existe una falta de seriedad y ese aspecto no puede seguir así. En algún momento indicó que mientras no sacaran las influencias políticas de la Institución, a la Junta Directiva se le va a dificultar la gestión, porque para él, es lo más importante. Estima que los intereses políticos que no son, necesariamente, los de la Institución,

provocan que los procesos no se concreten, porque a alguien le parece que es políticamente incorrecto, aunque sea lo mejor para la Institución. Considera que se debe tener seriedad para que aspectos de esa naturaleza no estén impregnados de política. Los acuerdos que se han tomado en el pasado, para darle herramientas a la administración para la solución de los problemas, terminan siendo aspectos políticos y no técnicos porque contratan a personas que no, necesariamente, son las que tiene que estar, como ejemplo, en la Institución hay Directores de Departamentos que se van y regresan dependiendo de cuál es el gobierno que está gestionando. En ese sentido, está doña Mayra que no lo deja mentir, porque esa situación se da. Es muy complicado darle un cheque en blanco a la administración para que resuelva, cuando no los han convencido de que tienen que hacerlo, es de manera eficiente y técnica, haciendo valoraciones; pero no se realizan porque no hay interés de hacerlo para determinar, efectivamente, que es el responsable, lo que se tiene que hacer y cuál es la mejor persona que puede estar en esos lugares. Con este comentario vuelve a justificar su voto negativo. No va a votar a favor de que se produzca un crecimiento de personal, mientras tanto no le traigan las especificaciones y las razones técnicas para seguir en esta situación, porque todos los años en la Institución se contrata personal para ocupar ochocientas plazas y se continúa arrastrando el tema del nombramiento de diecisiete mil funcionarios interinos y, ahora, se quiere resolver en forma expedita el de once mil funcionarios, sin ninguna valoración. Más bien va a insistir con algunos temas puntuales, pero el tema del crecimiento de plazas, mientras no se determinen las necesidades claras de la Institución, no votará el tema, hasta que no se tenga definido que las plazas que se están contratando, van dirigidas única y, exclusivamente, a la prestación de los servicios de salud y a fortalecer la atención primaria, en ese sentido, tal vez tendría una posición distinta.

El Director Loría Chaves señala que hará referencia a dos temas, uno es este en específico y el otro, es el tema al que se refiere el doctor Fallas Camacho. En primer lugar, este acuerdo ya estaba. Le aclara a don Renato que la Junta Directiva había acordado respecto del tema y faltaba establecer el procedimiento. Consulta al Gerente Administrativo si es así.

El licenciado Campos Montes responde que se conversó del tema pero no se votó.

Continúa don José Luis Loría e indica que recuerda que en la Junta Directiva pasada se analizó el tema. En ese sentido, se indicó que la gestión operativa de los hospitales y las clínicas, para hacer el descongelamiento de plazas, si se delegaba el procedimiento al nivel central era muy difícil, muy poco eficiente y que, eventualmente, se podría afectar la prestación de los servicios de salud, porque no importa que sea un misceláneo, si hace la plaza hace falta, se debe llenar.

Interviene el doctor Devandas Brenes y solicita se le disculpe la interrupción, pero desea mostrar el acuerdo de la Junta Directiva que está vigente, en el que indica “la reactivación y creación de plazas será por acuerdo de Junta Directiva”. Ese acuerdo se tomó en esta Junta Directiva.

Aclara el señor Loría Chaves que ese acuerdo era referente a las plazas del nivel central. En ese acuerdo lo que se limitó fue el nivel central y ese tema siempre ha estado pendiente de resolver, pero la Junta Directiva ha sido consciente de que esa situación se tiene que resolver. Está totalmente de acuerdo con esta propuesta, porque le parece que la Gerencia Médica debería ser la rectora en el congelamiento de esas plazas, por un tema de eficiencia y de la continuidad de los servicios y se relaciona con la operatividad institucional. Recuerda que ha insistido en un plan de crecimiento de personal, porque son alrededor de 800 plazas las que se crean por año, de manera

que la Dirección de Gestión y Dirección de Personal y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, deberían realizar un análisis visualizando en cuatro, cinco y ocho años que sucede, por ejemplo, con la inclusión de Sistemas Informáticos en la Institución, porque si no lo hacen, se está creciendo en una forma desequilibrada. Como ilustración, le gustaría conocer qué está sucediendo con los Laboratorios, cuando se acaba de aprobar un sistema teóricamente ultramoderno que facilita los procesos. Además, se debería analizar el impacto que produce la implementación del Expediente Digital Único en Salud en los niveles de atención, cuando el trabajo de ocho secretarías puede ser realizado por menos personas. Le preocupa que la Institución esté creciendo en el número de funcionarios, sin tener claridad de las necesidades que tiene la Caja. Le parece que es un tema fundamental para ser definido en los próximos años. En ese sentido, aprueba la propuesta, porque ese tipo de plazas deben ser manejadas por la Gerencia Médica para darle más eficiencia a la gestión. Por otro lado, solicita un espacio para referirse a otro tema. Cuando la pasada Junta Directiva inició su gestión en el año 2010 y, posiblemente, se cometieron errores, pero siempre se actuó de buena fe y ese aspecto es el más importante. En segundo lugar, se siente muy orgulloso de todo el trabajo que se hizo y era de ocho de la mañana a nueve de la noche. En las comisiones se trabajó casi a tiempo completo con la Institución, porque la coyuntura en que estaban así lo exigía. Tiene la tesis de que esa crisis que se dio, está en la documentación de los organismos internacionales y de la Comisión de Notables. En la Junta Directiva se indicó que si no se tomaban medidas, en el año 2015 se iba a tener un déficit de más de trescientos setenta y cinco mil millones de colones. Por otro lado, aclara que las medidas de contención de gasto que se tomaron, siempre fueron pensando en los mejores intereses de la Institución. Destaca que cuando hubo que cobrarle al Gobierno con firmeza, así se hizo. La Auditoría aquí presente lo puede afirmar. Por ejemplo, en la gestión de don Eduardo Doryan, se dejó de cobrar intereses por concepto de la morosidad, al final la Junta Directiva de hace cuatro años, realizó un estudio en ocho días y se determinó que eran alrededor de noventa mil millones de colones al año 2020. Se elaboró una factura para realizar el cobro al Gobierno y al día siguiente, se confeccionó otra factura por cuarenta y dos mil millones de colones, que era el monto que en ese momento, el Estado tenía pendiente de pago a la Institución y canceló. En ese sentido, no hubo concesión de ninguna naturaleza. Cuando se aprobó el tema de la Normativa Laboral, para él fue fundamental porque le iba a dar a los trabajadores un marco de seguridad, en medio de esa crisis porque tenía siete años de gestionarse y no se había aprobado, se aprobó en el primer año de la gestión del período 2010-2014. Además, mientras la Universidad de Costa Rica despedía cuatrocientos trabajadores de los EBAIS, esta Institución con cincuenta y dos mil trabajadores, definió que no despediría ningún trabajador y se protegieron. Por otro lado, cuando el Fondo Retiro Ahorro y Préstamo (FRAP) estuvo a punto de quebrar, porque no se podían pagar las pensiones de los trabajadores, se permitió que una parte del Fondo de Estabilidad Laboral (Chalupa), que ya no estaba vigente, fuera al FRAP para poder garantizar los siete años de más de los trabajadores y el porcentaje de pensión de más que tienen ahí. Le parece que el problema de esta Institución, es que ha existido involucramiento político y no se toman decisiones y cuando se toman afectan, lamentablemente, a las personas. Por otro lado, se analizó el tema de la cesantía y la Junta Directiva afectó, fundamentalmente, el 3% de más que se estaba pagando a los trabajadores, sin ninguna necesidad porque se les daba el 8.5% más el 3% que estaba en la Operadora de Pensiones, además, la Contraloría General de la República y la Auditoría, habían realizado observaciones en ese sentido. Recuerda que en el mes de enero del 2011, se inició el año con una crisis de proveedores, porque se tenía atrasado el pago por cuatro meses, además, se estaba iniciando una crisis de medicamentos por desabastecimiento, lo indica porque le parece que se pudieron haber cometido errores, pero se actuó de buena fe y se tomaron

decisiones muy valientes. Con todo lo que aprecia al gremio médico, porque tiene familiares médicos, la Junta Directiva pasada enfrentó el tema, porque conoció Presidentes Ejecutivos que indicaban “esa bronca no me la como, porque con los médicos no me meto estos cuatro años” y, entonces, cuando se empezó a tomar decisiones, obviamente, las personas reaccionan y considera que muchas decisiones tomadas, repite, fueron muy valientes. Puede ser que no se haya hecho una mejor gestión, pero se hizo el esfuerzo. Por otra parte, concuerda con don Mario Devandas en el sentido de que tiene preocupación respecto de los hospitales, cuando visita alguno y observa el mantenimiento, recuerda que su lucha ha sido porque el presupuesto se asigna a ese rubro y no se ejecuta. Por ejemplo, si visita el Hospital Calderón Guardia, le preocupa el Servicio de Emergencias y la parte vieja, a la que en una ocasión doña Mayra Soto hizo referencia, porque las paredes no tienen pintura, están desteñidas, pero el Presupuesto de Mantenimiento del Hospital Calderón Guardia no ejecuta ni la mitad del presupuesto asignado. Aclara que no es un tema en el que se haya recortado recursos para mantenimiento. Como ilustración, si se revisan las partidas de mantenimiento de todos los Centros de Trabajo, se determina que existía un vicio anterior al año 2010 y la Auditoría no lo desmiente, donde los Directores Médicos tomaban las partidas de mantenimiento para pagar disponibilidades médicas, guardias médicas y está documentado con informes de la Auditoría. Por lo que la Junta Directiva empezó a emitir directrices tendientes a que el presupuesto de mantenimiento, no se empleara en el gasto de una actividad distinta, se trató de hacer lo que era correcto. Como ejemplo, considera que la Junta Directiva está gestionando en un desierto, porque la Caja es una Institución tan pesada y no ve conveniente, que derrame el agua entre unos Directores y otros; si el tema de la Junta Directiva va a ser recurrente, preferiría que se hiciera una sesión para que se discuta. Si hay que aceptar situaciones que no deben ser, se aceptan pero hay que discutirlo en una sesión aparte, repite, porque este va a ser un tema recurrente y siempre va a crear polémica.

Interviene el Auditor y hace referencia al planteamiento hecho por don Adolfo y doña Mayra. Sugiere que a la propuesta de acuerdo se indique que en la estructura de la Institución se incorpore lo que es la organización y métodos, con los mismos recursos que tiene la Institución. De tal manera que se revise la organización, las funciones, los métodos de trabajo, la evaluación y la productividad, de lo contrario se continuarán con la misma situación. Le parece que el proceso se debe iniciar para que en un plazo de uno, dos y cinco años, se haya avanzado en la solución de toda esta problemática que tiene la Institución, sino se continuará una discusión reiterativa a nivel de la Junta Directiva. Por otro lado, solicita un espacio para referirse a la crisis financiera que tuvo la Institución. Comenta que el doctor Fallas Camacho hizo referencia a la crisis del año 1982, donde la Caja se vio abocada a solucionar una serie de problemas de carácter financiero y, en ese momento, estaba formando parte de la administración y tomaron una serie de acciones. Posteriormente, se presenta la siguiente crisis financiera que tiene su origen en factores externos, una crisis financiera de carácter internacional que produjo impacto en las finanzas institucionales, dado que el país acarrea una tasa de crecimiento económica cercana al 8%, significaba mayor producción, generación de empleo y lógicamente, afectó las finanzas de la Caja. Por otra parte, se dieron una serie de factores de carácter interno, uno de ellos se ha mencionado en forma reiterativa, no solo en la Junta Directiva sino en instancias externas a la Caja, fue la creación de las plazas. Recuerda que la Institución desde el año 1982, estuvo sometida a una restricción en la creación de las plazas, cuando se creó a nivel de Gobierno la Autoridad Presupuestaria y no se podía crear plazas. Hoy se hace referencia a la carencia de Especialistas Médicos, pero se olvidan de que la Caja durante veinte años no tuvo disponibilidades de los códigos para su formación y de ahí un rezago que, posteriormente, ha

tratado de ver cómo se analiza y se enfrenta. Cuando se determina la creación de códigos presupuestarios para la formación de Especialistas, en esas diez mil plazas que se crearon hay más de mil plazas que se destinaron a estos fines, el resto eran necesidades institucionales. Se tuvieron más de 20 años de presión por parte de los servicios, dado que estaban solicitando la creación de plazas, quizá no se mantuvo una política fuerte de austeridad de contención del gasto ante la crisis financiera internacional, pero existía una necesidad de plazas. El otro factor que produjo impacto en las finanzas institucionales, fueron las remuneraciones salariales porque siempre ha habido una presión de los trabajadores por mayores remuneraciones, que en su opinión, está justificada en los estudios técnicos realizados, porque la mayoría de los salarios era inferior al percentil cincuenta y la Junta Directiva lo aprobó con base en estudios técnicos que se presentaron a la Junta Directiva, por las instancias de recursos humanos, tanto en la creación de plazas como en los estudios de remuneraciones salariales. Lo mismo ocurrió con el tema de la cesantía, hubo en Junta Directiva estudios de carácter técnico por la Gerencia Administrativa y la Dirección de Recursos Humanos, previo a la aprobación por parte de la Junta Directiva. Reconoce y es muy afirmativo en que la Junta Directiva de la Caja, actuó responsablemente porque se tenía un faltante de efectivo en el corto plazo, las facturas, inicialmente, se congelaron a partir del mes de noviembre del año 2011 y en los últimos años se estaban congelando a partir de agosto, porque no existían las posibilidades financieras para hacerle frente al pago del aguinaldo, lo cual era muy serio. Dado que la crisis financiera era tan fuerte, la institución creó la Comisión de Notables para que la analizara, en su opinión realizó un excelente trabajo. Fue un tiempo muy corto pero se trabajaron todos los problemas de la Caja. Esta Junta Directiva ha conocido todavía algunas acciones de las recomendaciones de esa Comisión, porque fueron numerosas y se analizaron a nivel del Órgano Colegiado, de manera que, las acciones que se tomaron no fueron únicamente de contención del gasto, fue en diferentes áreas de la Institución y muchas de ellas originadas en las recomendaciones de la Comisión de Notables que al final, han permitido mantener un equilibrio financiero, lo cual ha venido indicando que la Caja no es sostenible financieramente en el mediano y largo plazo y se deben realizar ajustes de carácter estructural en los próximos cinco o diez años, de lo contrario, se tendrá una nueva crisis porque el proceso es cíclico.

La doctora Sáenz solicita votar el tema. Menciona que el acuerdo de la administración es darle potestad a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera para que reactiven las plazas que quedan vacantes, producto del pago de prestaciones legales. Hay algunas sugerencias que le parece deberían ser retomadas. Por un lado, la licenciada Soto Hernández plantea la creación de un grupo para que analizara el tema de procesos y de pertinencia, que sería un tercer acuerdo y le gustaría que en este acuerdo quedara que el inicio de la reactivación de plazas, no implica el nombramiento, es la reactivación de la plaza, porque el nombramiento tiene su propio procedimiento.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y solicita que se agregue que en quince días se presente una propuesta, para revisar la formación de la estructura de la Institución, que permita realizar la evaluación de los procesos y la productividad.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que es el mismo tema que solicitó doña Mayra. El tema sería la pertinencia de la reactivación de las plazas con los criterios que corresponden.

Sobre el particular, agrega el Dr. Fallas Camacho que es muy difícil traer una propuesta sin tener la normativa, ni estándares, ni elementos que puedan valorar una plaza determinada. Solicita que se proporcionen los elementos para que la plaza se pueda evaluar, tanto en calidad, como en cantidad.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que en el acuerdo se incluya también que se avance en el tema que planteo la Directora Soto Hernández. Además, se agregue el análisis y se realice en conjunto con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

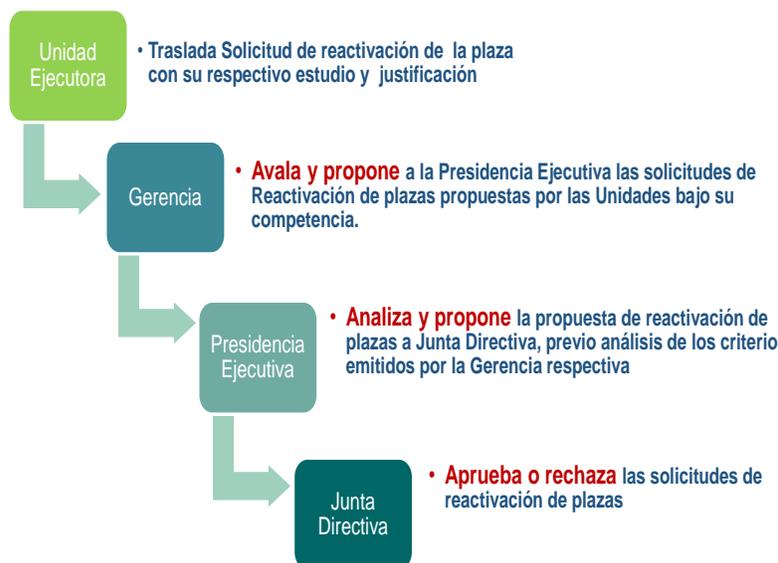
Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Gutiérrez Jiménez y Alvarado Rivera.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GA-20699-14 del 1º de octubre del año en curso que firma el señor Gerente Administrativo y que, en lo pertinente, literalmente se lee así:

“Con respecto al proceso de reactivación de plazas, durante el mes de julio de los corrientes, la Junta Directiva en el artículo 13 de la sesión 8723 dispuso:

*"(...) la reactivación y creación de plazas será por acuerdo de Junta Directiva siguiendo la recomendación de la Presidencia Ejecutiva. Previo criterio de ésta con las Gerencias y la instancia que corresponda.  
En consecuencia. Queda suspendida la facultad dada a las Gerencias para la reactivación de plazas."*

Dicho procedimiento, podría ilustrarse según el siguiente diagrama:



Fuente: Dirección de Administración y Gestión de Personal

Al respecto, la Dirección de Administración y Gestión de Personal, con el objetivo de mejorar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios que se brindan a los asegurados, elaboró el

*Informe "Proceso para la solicitud de reactivación de plazas vacantes producto del pago de prestaciones legales Mayo 2012- Febrero 2014"*, el cual incluye un compendio de antecedentes, así como datos estadísticos sobre las solicitudes de reactivación de plazas vacantes producto del pago de prestaciones legales; planteando a su vez, una propuesta que pretende regular con mayor efectividad la atención de estos casos.

En ese sentido, se adjunta para su conocimiento y aprobación, dicho informe remitido por la instancia técnica mediante oficio DAGP-1120-14. Adicionalmente, tomando en consideración los argumentos esbozados de que:

“(…)

1. Más del 82.2 % de las plazas que quedan vacantes por pago de prestaciones laborales se encuentran ubicadas en prestación directa al usuario de los servicios de salud.
2. Solamente un 1,15 % de las plazas (10 plazas) que han quedado vacantes se les ha negado su reactivación a criterio de la Gerencia Respectiva.
3. El proceso de solicitud de reactivación de plazas se vuelve más complejo debido a la multiplicidad de actores que intervienen en el proceso lo que pone en riesgo la continuidad de los servicios y afecta la prestación del usuario.
4. Los perfiles administrativos contribuyen sustancialmente a la prestación de los servicios como labor de apoyo a la gestión de los Centros.

(…)”

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del licenciado Walter Campos Paniagua, Subdirector de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, con base en el citado oficio N° GA-20699 y en la nota N° DAGP-1120-2014, del 30 de setiembre del año 2014, firmada por el Lic. Guillermo Abarca Agüero, Director de Administración y Gestión de Personal, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** con el propósito de cumplir con el principio fundamental de la continuidad de los servicios prestados por la Caja Costarricense de Seguro Social y considerando los avances significativos generados en el procedimiento administrativo y en los criterios técnicos que sustentan esta materia, delegar la potestad de la reactivación de plazas que queden vacantes producto del pago de prestaciones legales, de acuerdo con la siguiente distribución por Gerencia y unidad a la que pertenecen las citadas plazas:

- i) Gerencia Médica: Hospitales, Áreas de Salud y Centros Especializados.
- ii) Gerencia de Logística: Unidades de Producción.
- iii) Gerencia Financiera: Sucursales Financieras.

**ACUERDO SEGUNDO:** las plazas que adquieran la condición de vacantes producto del pago de prestaciones legales que pertenecen al Nivel Central, Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Direcciones Regionales de Sucursales Financieras, deberá la Gerencia respectiva, en atención al procedimiento técnico y normativo establecido, presentar su propuesta de reactivación ante la Presidencia Ejecutiva, quien valorará la pertinencia de la reactivación de la plaza o su eventual reubicación o eliminación del código respectivo. De forma mensual o cuando así se

requiera, la Presidencia Ejecutiva remitirá un informe consolidado para conocimiento de la Junta Directiva y su eventual aprobación.

**ACUERDO TERCERO:** en casos muy calificados y con la finalidad de salvaguardar la continuidad de la prestación de los servicios, los Directores de Hospitales, Áreas de Salud, Centros Especializados, Unidades de Producción y Sucursales, podrán autorizar por única vez y por un período no mayor a tres meses la sustitución interina de la plaza vacante objeto de reactivación, mientras se concreta su reactivación definitiva. No será factible hacer uso de este permiso excepcional en aquellas plazas pertenecientes al Nivel Central, las Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Dirección Regionales de Sucursales Financieras.

*Se deja pendiente la firmeza para la próxima sesión ordinaria.*

El licenciado Campos Paniagua se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 4º**

Se tiene a la vista la consulta en relación con el expediente número 19.168, *Proyecto ley para frenar los aumentos abusivos a los profesionales en Ciencias Médicas y hacer justicia a los trabajadores de menos ingresos*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 24 de los corrientes, número PE.46.028-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-599-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe la comunicación que firma el señor Gerente Administrativo, número GA-46728-14 del 7 de octubre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

*“Esta Gerencia ha recibido el oficio DAGP-1155-2014, de fecha 07 octubre 2014, suscrito por licenciado Guillermo Abarca Agüero, Director de Administración y Gestión de Personal, en el cual expone que se ha constituido una Comisión con el Ministerio de Trabajo y otras organizaciones a fin de analizar la reforma al artículo 12 de la Ley 6836 "Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas".*

*Señala además el oficio que en virtud de los avances que se han dado en el análisis del tema considera prudente esperar los resultados de dichos encuentros, antes de que la Institución emita criterio respecto al proyecto de Ley mencionado.*

*En vista de lo anterior, se solicita de la manera más atenta gestionar ante la Comisión Consultante de la Asamblea Legislativa, la concesión de la prórroga de 22 días para la remisión del criterio institucional”,*

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación del licenciado Campos Montes –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de veintidós 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.

El licenciado Campos Montes se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 5º**

El Director Devandas Brenes expresa que le satisfacen las discusiones abiertas porque son sanas. Aclara que, cuando se hace referencia de la Junta Directiva, no se refiere a la actual, ni a la pasada, ni a la antepasada, porque esta Junta Directiva es un órgano permanente. No está haciendo ataques a las personas sino a la forma como se han resuelto los problemas. No quiere que se analice el fondo del tema, porque habrá oportunidad para discutir más y no distraer la atención de esta Junta Directiva. Se refiere a que esta Institución como otras del Estado, son pensadas desde afuera y hay estrategias a nivel nacional e internacional que se ejecutan sobre estas instituciones y muchas veces, quienes toman las decisiones no se percatan de esos aspectos y las instituciones resultan víctimas de esas mismas estrategias. Su tesis es que a la Caja del Seguro Social, se le indujo y se le sigue induciendo a una crisis con propósitos claros de hacer avanzar la privatización y es un aspecto claro; incluso, el nombramiento de la Comisión de Notables se hizo en la Casa Presidencial y después la Junta Directiva la ratificó. También la Reforma del Sector Salud fue auspiciada por el Banco Mundial. Aclara que nunca en su vida política ha atacado a las personas, lo que ha hecho es compartir decisiones y discutir puntos de vista, pero ese aspecto no tiene que ver nada con el respeto que siente por las personas. Le parece que en su momento tendrán que seguir debatiendo sobre la conducción de la Institución.

Sobre el particular, el Director Gutiérrez Jiménez señala que si hay estrategias a nivel nacional o internacional que quieran inducir a la crisis de la Caja, sería el primero en querer saber quiénes son. Solicita al Dr. Devandas Brenes que si tiene nombres o situaciones particulares que los presente. Le parece que lo indicado por don Mario es contradictorio, por un lado, indica que es responsabilidad de las personas en la Junta Directiva, porque han sido inducidos a crear crisis y lo que hizo la Junta Directiva es sacar a la Caja de la crisis financiera y a equilibrar sus finanzas. Esos aspectos están reflejados en los estados financieros y lo acaba de indicar el señor Auditor, que es una de las personas que estaba más interesada para que se tomaran las medidas correctas.

Al ser las 11:22 a.m. la señora Presidenta Ejecutiva hace un receso.

A las 11:40 a.m. se reanuda la sesión.

#### **ARTICULO 6º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 7º**

El Gerente Financiero presenta el oficio N° GF-39.914-14, de fecha 19 de setiembre del año 2014, que contiene la propuesta de revalorización N° 30 de los montos de las pensiones en curso de pago del Fondo de Retiro (FRE).

Con base en las láminas que se detallan, licenciado Picado Chacón se refiere a la propuesta en consideración:

- 1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Gerencia Financiera  
Junta Administrativa Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo  
Información General  
Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo (FRAP)  
Octubre 2014.

- 2) **Artículo 21, Ley Constitutiva de la CCSS**

“El Personal de la Caja será integrado a base de idoneidad comprobada, y los ascensos de categoría se otorgarán tomando en cuenta los méritos del trabajador en primer término y luego, la antigüedad en el servicio.

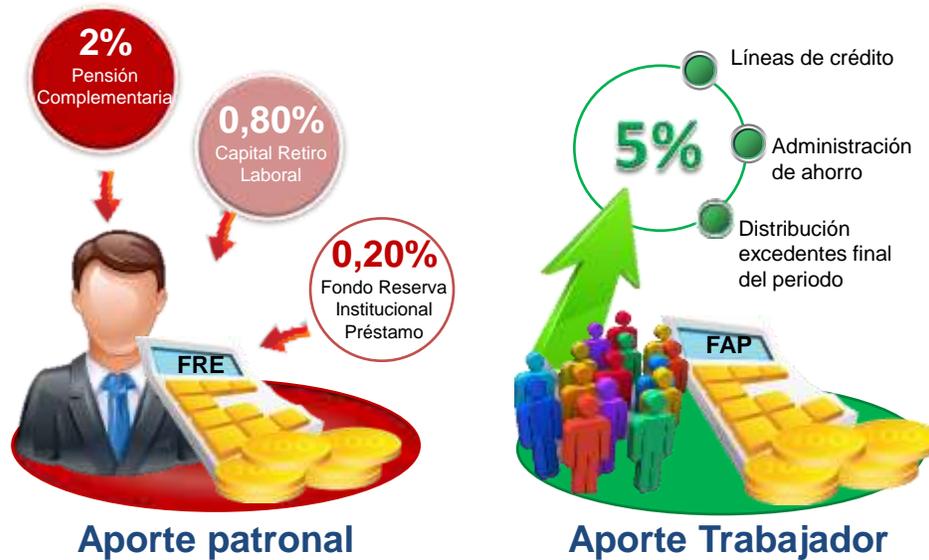
**Todos los trabajadores al servicio de la Caja gozarán de un régimen especial de beneficios sociales que elaborará la Junta Directiva. Este régimen comprenderá la formación de fondos de retiro, de ahorro y préstamos, un plan de seguros sociales y los otros beneficios que determine la Junta Directiva.** La contribución anual de la Caja al Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamos será del 3% de la totalidad de los sueldos ordinarios consignados en su Presupuesto.

A los trabajadores que se retiraren voluntariamente de la Caja a partir de la vigencia de esta ley, no se les podrá acreditar derechos en el Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamos, por los servicios prestados hasta la fecha en que comienza a regir esta, superiores a veinte mil colones. Quedan a salvo los derechos adquiridos al amparo de normas jurídicas anteriores.

**(Así reformado por el artículo 1 de la ley No. 2479 del 7 de diciembre de 1959.)”**

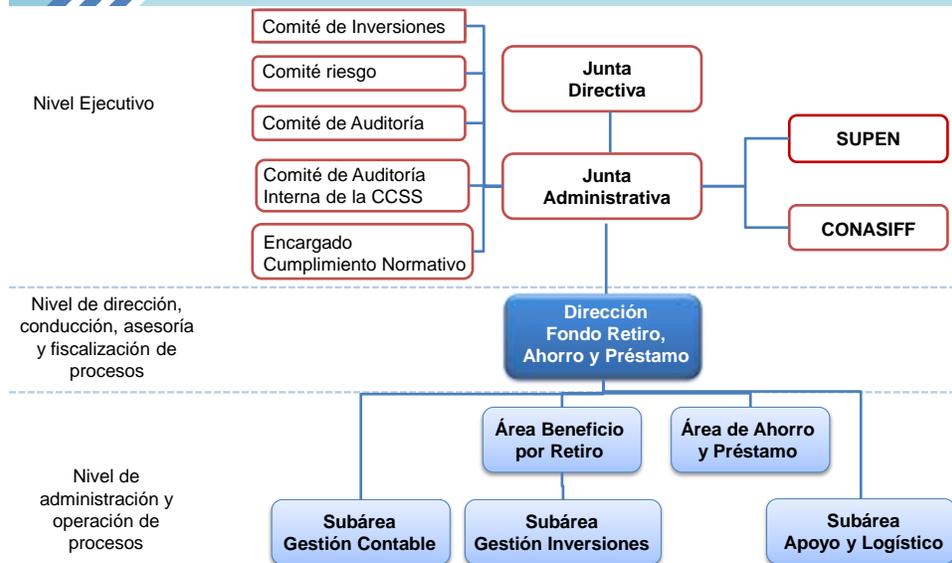
- 3)

## Financiamiento: Fondo de Retiro de Empleados (FRE) y Fondo de Ahorro y Préstamos (FRAP)



4)

## Estructura organizativa



5) **Integración Junta Administrativa del FRAP**

Patronal:

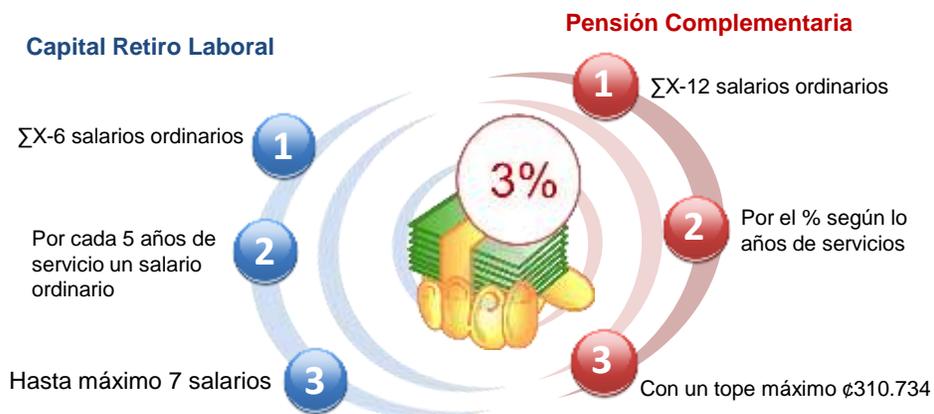
- Gerente Financiero.
- Gerente Administrativo.
- Gerente de Pensiones.
- Representante Junta Directiva.

Trabajadores:

- Elección popular.
- 4 Titulares/4 Suplentes
- Fiscal.
- Nombramiento por 3 años.

6)

## Beneficios otorgados a funcionarios de la CCSS jubilados o pensionados



7) **Beneficio de pensión complementaria: años de servicio y porcentaje de pensión**

Servicio a la Caja (Años cumplidos)	Monto de pensión %
De 10 a 12	5.0%
De 13 a 15	6.0%
De 16 a 18	7.0%

De 19 a 21	8.0%
De 22 a 24	9.0%
25	10.0%
26	10.5%
27	11.0%
28	11.5%
29	12.0%
30	12.5%
31	13.0%
32	13.5%
33	14.0%
34	14.5%
35 y más	15.0%

8) **FRE: Número de afiliados y pensionados, y radio soporte  
2004 – 2013**

Año	Trabajadores	Pensionados	Radio Soporte
2004	36.574	6.596	5,54
2005	37.723	7.175	5,26
2006	39.421	7.764	5,08
2007	41.944	8.279	5,07
2008	44.349	8.860	5,01
2009	47.341	9.445	5,01
2010	48.933	10.138	4,83
2011	49.185	10.805	4,55

2012	48.779	11.751	4,15
2013	49.592	12.559	3,95

**Fuente:** Elaboración propia con base en los Informes de Gestión del FRE. Datos a diciembre de cada año.

9)

### Distribución de Inversiones Reservas del FRE



10) **Montos y rendimiento de las inversiones del FRE 2009 – 2014 - Monto en millones de Colones-**

Año	Monto	Rendimiento nominal	Rendimiento real
2009	93.916	11,81%	3,34%
2010	108.984	10,38%	3,83%
2011	124.884	9,22%	3,84%

2012	140.802	9,66%	4,83%
2013	155.708	9,45%	4,10%
2014	166.799	8,35%	3,59%

Fuente: Informe de Gestión de Inversiones, Área de Beneficios por Retiro, Dirección Ejecutiva del FRAP. Datos al mes de junio de cada año. Se incluye los montos de cuenta corriente.

- 11) Propuesta Revaloración N° 30 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro (FRE).
- 12) Revaloraciones de las pensiones del FRE

### Reglamento del Fondo de Retiro de Empleados CCSS

Artículo 6°.

*“Semestralmente la Junta Administrativa solicitará a la Dirección Actuarial y de Planificación Económica la realización de un estudio del comportamiento del poder adquisitivo de las pensiones complementarias, con el fin de revalorizar sus montos en el tanto las posibilidades financieras del fondo lo permitieran. Con base en ese estudio, la Junta Administrativa recomendará la correspondiente revalorización del beneficio que será aprobada por la Junta Directiva de la Caja”.*

13)

## Criterio Técnico Actuarial para la Revaluación de las pensiones del FRE



- Tasa promedio de rendimiento real de las inversiones de un 3%.
- Grupo de población abierta.

Equilibrio actuarial del FRE a largo plazo, se logra con un porcentaje de revaluación de las pensiones **equivalente al 50% de la inflación acumulada semestralmente.**

14)

### Evolución de la tasa de inflación: I-2007 / I-2014

Período	% Inflación acumulada
I-2007	4.65%
II-2007	5.88%
I-2008	6.55%
II-2008	6.90%
I-2009	1.22%
II-2009	2.80%
I-2010	3.42%
II-2010	2.33%
I-2011	2.78%
II-2011	1.90%
I-2012	2.66%
II-2012	1.84%
I-2013	3.24%
II-2013	0.43%
I-2014	4.14%

Fuente: Datos del BCCR

15)

### Pensionados en curso de pago, por riesgo y sexo Al mes de junio del 2014

Riesgo	Femenino	Masculino	Total
Invalidez	2,886	999	3,885
Vejez	4,644	3,209	7,853
Viudez	663	117	780
Orfandad	150	158	308
Otros	79	14	93
<b>Total</b>	<b>8,422</b>	<b>4,497</b>	<b>12,919</b>

Fuente: Planilla de Pensionados del mes de junio del 2014, FRE.

16)

### Monto de Pensión Promedio, por riesgo y sexo Al mes de junio del 2014 - colones-

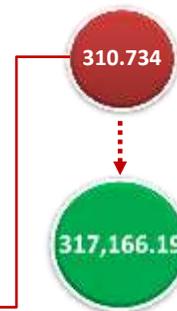
Riesgo	Mujeres	Hombres	Total
Invalidez	41.427	61.040	46.471
Vejez	128.345	144.328	134.876
Viudez	48.726	35.739	46.778
Orfandad	23.924	23.619	23.768
Otros	13.225	19.154	19.154
<b>Total</b>	<b>89.353</b>	<b>118.370</b>	<b>99.454</b>

Fuente: Planilla de Pensionados a junio del 2014, FRE

17)

### Porcentajes de Revalorización y Montos Máximos de Pensión por Semestre

Período	Porcentaje Revalorización	Monto máximo
I-2008	3,27%	266.750
II-2008	4,04%	277.530
I-2009	0,67%	279.395
II-2009	1,40%	283.300
I-2010	1,71%	288.144
II-2010	1,17%	291.500
I-2011	1,39%	295.552
II-2011	0,95%	298.360
I-2012	1,33%	302.328
II-2012	0,92%	305.109
I-2013	1,62%	310.052
II-2013	0,22%	310.734



18) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

Por tanto, con vista en el oficio número GF-39914 del 19 de setiembre del 2014, suscrito por el señor Gerente Financiero, que es concordante con acuerdo segundo de la sesión N° 283 del 08 de agosto del 2014 de la Junta Administrativa del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de

la CCSS y el informe “Estudio Actuarial para la revaluación N° 30 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, conocida la información y habiéndose hecho la respectiva presentación, la Junta Directiva ACUERDA:

1. Revalorizar a partir del 1° de julio del año 2014, los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago en un 2,07%.
2. En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
3. Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢317,166.19.

A propósito, la Directora Soto Hernández consulta porque los encargados de la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja (ASECCSS), le comentaron que cuando se hizo la división entre el Fondo de Retiro de Empleados (FRE) y el Fondo de Ahorro y Préstamo (FAP) y por la Ley del Trabajador, a la ASECCSS se le disminuyó un porcentaje del total que se le daba por funcionario que era el 5%.

Anota el Director Loría Chaves que a la ASECCSS se le bajó el porcentaje, porque ese se le tenía que trasladar al funcionario a la Operadora de Pensiones por Ley.

Al respecto, señala la licenciada Soto Hernández que no se le comunicó a la ASECCSS que era por esa razón, sino que era por el FRAP.

Respecto de la consulta de doña Mayra Soto, responde el Gerente Financiero que lo indicado por el señor Loría Chaves acerca del FRE, es cierto. La Ley obligó que un 3% se le traslade a una Operadora elegida por el funcionario. Antes se le daba el 5% a la ASECCSS, ahora se le redujo al 2%; entonces, el trabajador tiene un 3% adelantado en la Operadora de Pensiones, más un 2% adelantado en la citada Asociación. Por ejemplo, cuando un trabajador que está en la ASECCSS y la Caja le liquida, la parte que le hace falta sería el 3.33%.

En cuanto a una consulta del Director Alvarado Rivera, aclara el licenciado Picado Chacón que el 3% se le pasa a la Operadora que le corresponde a cada uno y un 2%, para el que esté afiliado a la Asociación Solidarista, lo que corresponde a un 5%. De la cesantía que le corresponde un 3.33% queda como un fondo que se le dará, en el momento que se liquide el funcionario.

El Director Alvarado Rivera manifiesta que lo que siempre se ha solicitado, es que si al final es un rubro de cesantía lo que le corresponde al trabajador y es una reserva, entonces, por qué no se maneja en la Institución.

Al respecto, indica el Gerente Financiero que lo que sucedería es que la cesantía deja de ser una expectativa y se convierte en un beneficio real, porque la cesantía se vuelve en una expectativa en el tanto la persona se retire de la Institución, con ciertas condiciones. Por ejemplo, si la persona es despedida, entonces retiraría todo lo que le corresponde, de manera que se aplicaría en términos de que la cesantía no es una expectativa sino un beneficio real. Si se despide a una persona sin responsabilidad patronal, entonces, retiraría el 3% en la Operadora de Pensiones y el 2% en la Asociación Solidarista.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y pregunta, en relación con el tema de la integración de la Junta Directiva del FRAP, quién es el representante de la Junta Directiva y cada cuanto se realiza el nombramiento.

Responde el licenciado Picado Chacón que el representante de la Institución ante el FRAP es el licenciado Guillermo López Vargas y el nombramiento no es por un plazo específico. Lo que se ha hecho es que cada Junta Directiva nueva, debe considerar si el representante es el pertinente y los demás miembros dependen del cargo.

A la licenciada Soto Hernández le llama la atención que el representante de la Junta Directiva se indique que es el licenciado López Vargas. Le parece que dentro del grupo de la Junta Directiva hay personas que pueden representar en el FRAP.

Señala don Gustavo Picado que el licenciado López Vargas tiene muchos años de haber sido nombrado en el FRAP, lo que ha hecho es que don Guillermo López, no participe en las reuniones mientras se consulta a esta Junta Directiva, si corresponde o no que continúe nombrado. Se podría valorar lo que opina doña Mayra Soto, aunque no se debería pensar en un miembro de la Junta Directiva, porque son dos órganos de administración. Lo usual ha sido que no sea un Miembro de la Junta Directiva, sino una persona a la que se le designe esa función.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, en el sentido de que todo Órgano debe tener plazos y, hasta ahora, tiene conocimiento de que hay plazos, porque don Gustavo indica que los plazos del lado Patronal no los tiene.

Aclara el Gerente Financiero que la representación es por cargo.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que lo determina como una instancia funcional por cargo. Por ejemplo, en el caso de los tres primeros son representantes de la parte Patronal, es el Gerente y el cuarto miembro, es un representante de la Junta Directiva.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que ha recibido informes del FRAP, pero no recuerda que la se le haya entregado un informe de los representantes, en relación a su visión del FRAP. Posiblemente, cuando se presenta el tema, está inmerso ahí.

El licenciado Picado Chacón señala que en este caso, el Gerente Financiero es el Presidente de la Junta Administrativa y tiene todos los efectos legales que corresponden. Incluso, cuando la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) pretende imponer alguna sanción o abrir un procedimiento, se notifica al Gerente Financiero. Comenta que en algún momento se ha planteado que se nombre como representante a otro Gerente, pero la dinámica es muy particular, porque el sector patronal y los trabajadores tienen votos iguales, no hay voto de calidad, si la votación termina cuatro a cuatro, el asunto se tiene que presentar a la Junta Directiva para que se resuelva la situación. Por otro lado, señala que el Reglamento lo aprueba la Junta Directiva de la Caja, porque la Junta Administrativa del FRAP no tiene esas potestades, tiene ciertas facultades pero no de esa naturaleza.

Pregunta la señora Presidenta Ejecutiva si los representantes patronales y de los trabajadores reciben alguna dieta.

Responde el Gerente Financiero que lo que se les otorga es un permiso para que asistan a las sesiones que se realizan cada dos semanas, con tiempo institucional y el permiso que se les da es con goce de salario. Las elecciones se realizaron en los primeros meses de este año. Es elección popular, todos los trabajadores institucionales pueden participar a las votaciones, se nombran cuatro titulares y cuatro suplentes, un fiscal también con su suplente y los nombramientos son por tres años.

En cuanto a una consulta de la señora Presidenta Ejecutiva, tendiente a conocer si se resolvió el tema de las apelaciones, el Gerente Financiero señala que ya se está trabajando en términos normales. Además, señala que el número de trabajadores ha ido evolucionando en los últimos años, pero los pensionados crecen a un ritmo mayor. En el año 2004, se tenían 6.600 pensionados, a la fecha se tienen doce mil seiscientos pensionados y lo que denominan los actuarios del radio de soporte es de 3.95, por cada uno de los pensionados y hace 10 años se tenían 5.5 pensionados por funcionario. Han bajado el radio en 1.6%. Repite, la velocidad con la que crecen los pensionados, no es la misma con la que crecen los trabajadores. En ese sentido, se tiene el efecto de la creación de plazas de los años 2005-2010, sino existiera el radio de soporte, sería mucho menor que el que se tiene actualmente.

Sobre el particular, el Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, porque a ese ritmo pareciera que es insostenible el FRAP.

Al respecto, señala el licenciado Picado Chacón que la más reciente evaluación actuarial, plantea la necesidad de empezar a buscar algunas opciones, como ejemplo, sugieren y está en estudio que el cálculo de la pensión no sea sobre el promedio de los últimos doce salarios, sino que sea homologado el concepto al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), que el cálculo se realiza sobre los últimos doscientos cuarenta salarios. Aclara que este no es un régimen cerrado en términos absolutos, pero el ingreso de personal a ese régimen, no es como sucede en la economía nacional y en el IVM. La tasa de reposición de las personas es un poco diferente, pero existen evaluaciones actuariales que están apuntando a tomar decisiones en ese sentido. Uno de los grandes supuestos de las evaluaciones actuariales, se relaciona con la mecánica o la dinámica de creación de empleos. En algún momento, lo que se había propuesto es que las pensiones de este régimen crecieran, no a la velocidad de la inflación sino al 50% que es la propuesta que se está presentando, pero no se puede ir aumentando si la inflación es de un 4%, porque las pensiones no aumentan al 4% sino al 2%. Esa fue una de las decisiones que se tomó para darle sostenibilidad al Régimen.

Respecto del tema de la distribución de inversiones y reservas del FRE que expone don Gustavo Picado, pregunta el licenciado Alvarado Rivera que cuando se empezó desde la Operadora de Pensiones de la Caja, a definir la posibilidad de que se pudiera coadyuvar a la administración del Fondo y, no exactamente, en términos de la inversión por el uso del software que tiene varios costos, se les había indicado que el problema de los incumplimientos, era importante y además había un tema de preguntas.

Responde el Gerente Financiero que el tema de procedimientos hay uno que está a nivel de Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF), que ya fue recurrido y no tenía relación con el tema del FRAP, porque era más en el procesamiento de la información que

en un sistema de inversiones, pero eran aspectos como incumplimiento en actas electrónicas y otros aspectos. Se tienen muchas advertencias de temas que el CONASSIF indica que se deben mejorar, pero sanciones como tal una sola.

Pregunta el Director Loría Chaves que cuánto es el monto total que la Caja le debe aportar al FRE por año.

El Gerente Financiero responde que el 3% sobre los salarios ordinarios, porque el patrono no aporta sobre lo extraordinario. Todo lo que corresponde a tiempos extraordinarios no se aporta sino sobre el salario ordinario. Si se paga un billón de colones, el 3% corresponde a alrededor de treinta y cinco mil millones de colones al año.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque desconoce si es correcto que el Gerente Financiero sea a la vez es Presidente del FRAP. No duda de la parte técnica porque está seguro que don Gustavo Picado, la ha revisado pero se cuestiona la parte de forma, porque don Gustavo recibe presión a lo interno, no solo de los Miembros de la Junta Directiva y estima que don Gustavo Picado, tiene interés en que la gestión del FRAP, sea la correcta por ser el Presidente, pero además es el Gerente Financiero de la Caja.

Interviene el Subgerente Jurídico y aclara que este tema está reglamentado y lo que está haciendo don Gustavo Picado, está apegado al ordenamiento jurídico. Si un Miembro de la Junta Directiva de la Caja puede ser miembro de la Junta Directiva de la Operadora de Pensiones, que en un principio hubo una duda, porque se conoce que ese aspecto, eventualmente, tiene implicaciones económicas para los Miembros de la Junta Directiva. Este tema se expuso y se desarrolló un criterio jurídico donde se indica que no existe ningún conflicto, incluso, en su oportunidad fue analizado y se indicó que más bien era bueno, porque podía custodiar las finanzas. Se podría hacer una analogía e indicar que, jurídicamente, estaría reglamentado y, además, que el Gerente Financiero que es el responsable de las finanzas de la Institución, está integrado a un órgano donde se disponen esos recursos financieros y es el Presidente.

Sobre el tema de montos de las pensiones, el licenciado Gutiérrez Jiménez pregunta cuáles son las opciones que puede tener la Junta Directiva, por ejemplo, si se pueden ir incrementando gradualmente para alivianar el flujo de la Institución, o se puede considerar un porcentaje menor. Está visualizando la situación actual que tiene la Caja, no es lo mismo que se comporten en un momento determinado, que en la situación actual. Hasta donde entiende no es vinculante la recomendación, no es una propuesta. Ve la conveniencia de que se valore la posibilidad de que el aumento sea gradual, un monto ahora y otro después, o considerar un porcentaje para evaluarlo.

Interviene el Director Devandas Brenes y se refiere a la propuesta de aumento, en el sentido de que no implica un aumento de la erogación para la Caja, dado que el Fondo ya existe. El aporte patronal está apegado por Ley Constitutiva de la Caja en el artículo 21° y corresponde a un 3%, de ese monto se paga el aumento en las pensiones. Le preocupa que al ser la mitad de la inflación, en diez años se va perdiendo, va a llegar un momento en que el valor real de esa pensión, será muy bajo.

Agrega el Director Alvarado Rivera que no se puede incrementar el financiamiento de ese régimen, porque es insostenible en el tiempo.

Continúa el Director Devandas Brenes y agrega que la Junta Directiva aprueba estos aumentos, porque ésta aprobó un Reglamento donde se establece que la Junta Directiva de la Caja, es la que tiene la potestad de aprobar cualquier aumento en la pensión del FRAP.

El Director Loría Chaves entiende la propuesta de la Gerencia Financiera, porque conoce la situación del FRAP y del FRE (Fondo de Retiro), dado que ha estado participando en alguna ocasión en la Junta Administrativa como invitado. El año antepasado que se dio la crisis financiera, cuando era imposible seguir sosteniendo el tema y luego hubo que hacer un ajuste con el Fondo de Estabilidad Laboral (chalupa), para poder otorgarle más financiamiento. Conoce que si no se toman estas decisiones en cinco años, se va a tener un problema de liquidez para pagar esas pensiones. Como es una especie de pensión complementaria, no determina tanto problema, sobre todo por la realidad financiera del Fondo.

Aclara don Gustavo Picado que, efectivamente, en algunos meses se realizará un análisis profundo del Fondo, porque la última evaluación actuarial está dando señales de que en algún momento, se tomó la medida de que solo se pagará el 50% de la pensión, porque no se puede dado que 100% no es financiable con el 2% que se tomaron para esos efectos. Por ejemplo, algunos médicos que todavía estaban en la Institución y 2.500 funcionarios que postergaron su pensión, tomaron la decisión de acogerse a la pensión entre los años 2012-2013, lo que producirá un impacto en el futuro. Recuerda que las evaluaciones actuariales son a cien años, son equilibrios de muy largo plazo. Entonces, con lo que plantea don Adolfo, el trabajo inicial es definir cómo hacer sostenible el Fondo con solo el 3%, de manera que se tendría que reajustar. Como ilustración, la tabla se tendría que modificar y no llegaría hasta el 15%, sino al 12% o al 10%. Otro escenario sería no calcular la pensión sobre los últimos 12 salarios, sino sobre los últimos 240 salarios. El 50% es lo que financieramente es viable y sostenible dentro de la situación actual. Procede don Gustavo Picado a leer la propuesta de acuerdo.

En cuanto a una pregunta del licenciado Gutiérrez Jiménez tendiente a conocer en cuánto está establecida la primera revalorización, responde el licenciado Picado Chacón que son montos promedio. Por ejemplo, si una persona se va a jubilar, el promedio es de ciento treinta y cinco mil colones.

Interviene la licenciada Soto Hernández y señala que ella hace referencia al tema como pensionada, porque es muy fácil hacerlo sin ser pensionado. En su caso, le pueden corresponder cien mil colones, pero el impuesto de la renta le quita los cien mil colones, o sea, queda igual. Solicita reconsiderar el monto del aumento, porque si se analiza se determina que el costo de la vida, no es equitativo con el monto de esa pensión.

Don Adolfo Gutiérrez manifiesta su preocupación no por el impacto que pueda producir el aumento de la pensión del FRE en un 2.07% sino que va a producir el mismo impacto que tiene el IVM, van a haber más pensionados en un momento determinado y menos aportantes o el aporte de las personas no, necesariamente, va a ser suficiente para poder sufragar el gasto en las pensiones. Repite si el comportamiento del Fondo es parecido al del IVM.

El Gerente Financiero aclara que este es un régimen que está llegando a una madurez, en el sentido de que cuando inicia, hay muy pocos pensionados en su aporte, ahora hay toda una

generación de funcionarios de la Caja que cumplen este tiempo y el reto, ahora, va a ser que con el 2%, cómo modificar los beneficios.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que lo que queda claro es que la decisión de hoy es adecuada y pertinente, pero queda el tema del análisis de la sostenibilidad del Fondo.

Respecto de una consulta del Director Loría Chaves, en términos de si se reforma bajar el porcentaje de financiamiento para el Fondo, aplicaría para los nuevos funcionarios, responde el Gerente Financiero que se tendría que proceder como la reforma de pensiones realizada en el año 2005, hacer algunos transitorios, debe ser consultada a las Organizaciones Sindicales, porque está basado en el artículo 21° y, además, es una modificación en la relación de empleo, establecido en el artículo 4° de la Normativa de Relaciones Laborales. Esta propuesta de hoy es más en la parte operativa, habría que ajustarla y después se presentaría un análisis de fondo de la sostenibilidad que es el pertinente.

**Por consiguiente**, conocida la información presentada por el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio número GF-39.914-14 del 19 de setiembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

#### I “Antecedentes

- El Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (FRE), fue creado conforme con el artículo 21 de ley Constitutiva con la finalidad de brindar protección a todos los trabajadores de la Institución que se encuentren en una plaza que pertenezca al presupuesto de los salarios ordinarios.
- El beneficio que otorga el FRE a los trabajadores, consiste en una pensión complementaria a la que ofrece el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, mediante un régimen solidario que es financiado exclusivamente por la Caja como patrono. De esta forma, el derecho de una pensión complementaria, aplica en caso de invalidez, vejez y muerte de un trabajador activo o pensionado de la Institución.
- Así mismo, los montos de las pensiones del FRE son ajustados semestralmente, según la recomendación de la Dirección Actuarial y Económica. Vale la pena destacar que la revalorización de los montos de las pensiones se plantea en este estudio como una propuesta o recomendación, según los parámetros que se determinaron en la valuación actuarial del Fondo que se encuentra vigente actualmente y le corresponde a la Junta Administrativa del FRE, la recomendación de dicho aumento, para su aprobación por parte de la Junta Directiva.
- En correspondencia con lo anterior, el presente estudio actuarial se realiza con el propósito de analizar la posibilidad de revalorizar los montos de las pensiones en curso de

pago del FRE, debido a la pérdida de poder adquisitivo ocasionada durante el primer semestre del año 2014, en tanto las posibilidades financieras del Fondo lo permitan.

- Para elaborar este estudio se utiliza principalmente la información de la planilla de pensionados en curso de pago al mes de junio del año 2014, la cual es suministrada por el Área de Beneficios de Retiro del FRE.

- El presente estudio consta de una sección que describe brevemente el sustento legal del FRE y de la revalorización de las pensiones; posteriormente se detallan algunos aspectos técnicos requeridos para la revalorización de los montos de las pensiones, tales como el Índice de Precios al Consumidor y la situación del Fondo; en otra sección se describen brevemente algunos datos estadísticos del Fondo; seguido de la propuesta de la revalorización de los montos de las pensiones y de las recomendaciones del estudio.

### **1.1. ASPECTOS TÉCNICOS A CONSIDERAR**

El análisis sobre la factibilidad de realizar una revalorización a los montos de las pensiones en curso de pago otorgadas en el FRE, debe tomar en cuenta los aspectos que se mencionan en las siguientes sub secciones.

#### **INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR**

Para analizar el comportamiento del poder adquisitivo de los montos de las pensiones, se toma en cuenta el Índice de Precios al Consumidor (IPC) que se muestra en la página web del Banco Central de Costa Rica. De esta forma, la tasa de inflación acumulada durante el primer semestre del año 2014, constituye un factor importante en la presente revalorización de pensiones.

El Cuadro N° 1 que se muestra a continuación, contiene los porcentajes de inflación acumulada por semestre en el país, del cual se puede destacar que el porcentaje de inflación acumulada para el segundo semestre del 2013 corresponde a 4,14%.

**Cuadro N° 1:  
Porcentaje De Inflación, Costa Rica  
Por Semestre  
2007-2014**

<b>Periodo</b>	<b>% Inflación acumulada</b>
I-2007	4.65%
II-2007	5.88%
I-2008	6.55%
II-2008	6.90%
I-2009	1.22%
II-2009	2.80%
I-2010	3.42%
II-2010	2.33%
I-2011	2.78%
II-2011	1.90%
I-2012	2.66%
II-2012	1.84%
I-2013	3.24%
II-2013	0.43%
I-2014	4.14%

**Fuente:** Datos del BCCR

Como se puede apreciar en el Cuadro N° 1, durante los últimos años se ha venido presentando una desaceleración en la tendencia del Índice de Precios al Consumidor (ver Gráfico N° 1), mostrando niveles más bajos que los obtenidos en las últimas décadas, todo esto obedece principalmente a las políticas monetarias del BCCR y a la estabilidad del tipo de cambio. Esta situación repercute directamente en el porcentaje a revaluar en los montos de las pensiones del Fondo.

**Gráfico N° 1:  
Comportamiento inflación en Costa Rica  
Por semestre  
2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del BCCR.

## SITUACION ACTUARIAL DEL FRE

Otro aspecto importante que debe ser considerado para el análisis de la presente propuesta de revaluación, es la situación y posibilidades financieras del fondo, para las cuales se debe tomar en cuenta no sólo la disponibilidad actual de recursos, sino también y de forma especial, el equilibrio actuarial en el largo plazo.

En este sentido, para considerar la situación financiera del Fondo se debe tomar como base lo indicado en la valuación actuarial del FRE que se encuentre vigente al momento de realizar el estudio y análisis de revaluación de los montos. Para este caso, se debe hacer referencia a lo que se establece en el estudio N° 32 del año 2013 de esta Dirección, correspondiente a la Valuación Actuarial del FRE, con corte al 30 de junio del 2013.

En dicho estudio se indica que el equilibrio actuarial del fondo en el largo plazo estaría garantizado bajo las hipótesis asumidas, dentro de las cuales, se establece que el porcentaje de revalorización de las pensiones es de un 50% de la inflación.

Por lo tanto, la presente revalorización de los montos de las pensiones se encuentra sustentada según lo que se indica en dicha valuación, determinando la revaluación de los montos de las pensiones en un 50% de la inflación; dicho porcentaje determinará en un apartado posterior, el ajuste que se aplicará a los montos de las pensiones en el presente estudio

## II Dictamen Técnico:

Mediante el informe “Estudio Actuarial para la Revaluación N° 30 de los Montos de las Pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, suscrito por la Licda.

Evelyn Guzmán Solano, funcionaria del Departamento Actuarial Económica, se remite el dictamen técnico, el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para la presentación del informe.

### **III Dictamen Legal:**

El Reglamento del Fondo de Retiro de Empleados de conformidad con lo establecido en el artículo 6, establece:

*“Semestralmente la Junta Administrativa solicitará a la Dirección Actuarial y de Planificación Económica la realización de un estudio del comportamiento del poder adquisitivo de las pensiones complementarias, con el fin de revalorizar sus montos en el tanto las posibilidades financieras del fondo lo permitan. Con base en ese estudio, la Junta Administrativa recomendará la correspondiente revalorización del beneficio que será aprobada por la Junta Directiva de la Caja”.*

### **IV Recomendación:**

Con base en la aprobación emitida por la Junta Administrativa del Fondo de Retiro Ahorro y Préstamos de los Empleados, y las recomendaciones efectuadas por la Dirección de Actuarial Económica en la sesión N°283 del 08 de agosto del 2014 se recomienda a la Junta Directiva dar por conocido el “Estudio Actuarial para la Revaluación N°30 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución.

1. Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago en un 2,07%.
2. En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
3. Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢317.166,19.
4. Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de julio del año 2014”.

que es concordante con acuerdo segundo de la sesión N° 283 del 08 de agosto del año 2014 de la Junta Administrativa del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de la Caja Costarricense de Seguro Social y el informe “Estudio Actuarial para la revaluación N° 30 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, que fue elaborado por la actuario Evelyn Guzmán Solano, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago en un 2,07%.
- 2) En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
- 3) Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢317.166,19 (trescientos diecisiete mil ciento sesenta y seis colones con diecinueve céntimos).

3) Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de julio del año 2014.

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

#### **ARTICULO 8°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 9°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 10°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 11°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 12°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 13°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 14°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 15°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 16º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 17º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 18º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 19º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 20º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 21º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 22º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 23º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 24º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 25º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 26º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 27º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 28º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 29º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 30º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 31º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 32º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 33º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

## **ARTICULO 34º**

En relación con la agenda estratégica, la señora Presidenta Ejecutiva comenta que el lunes analizó con los Gerentes los temas que hay revisar de inmediato y dentro de ellos está el Modelo de Prestación de Servicios, el cual consta de tres temas que son muy grandes: el tema de Redes de Servicios de Salud, el de Gestión Hospitalaria y el del Modelo de Gestión. Conversaron que ese tema que es sustantivo se debería dividir en tres apartados. Los Gerentes están a la espera de que se les indique cuáles son los Miembros de la Junta Directiva que van a conformar esas Comisiones, la fecha y la hora de la reunión. Sugiere que si se han estado realizando las sesiones extraordinarias los miércoles en la tarde, podría ser que los miércoles en la mañana se esté trabajando con esos grupos.

Sobre el particular, el Director Devandas Brenes señala que él analizó ese documento y le parece que la Junta Directiva no lo asumió.

La doctora Sáenz Madrigal menciona que como propuesta pueden revisar el documento y hacer grupos de trabajo hoy al final del día. La otra opción es que se puede atrasar para el jueves próximo y se analice el primer tema, se discute con tranquilidad y si hay que modificar las fechas se hace, porque no se puede correr con un tema tan importante.

**Se toma nota** de que se tratará el tema en la sesión ordinaria de la semana próxima, como primer tema.

## **ARTICULO 35º**

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere a las comunicaciones fechada 3 y 9 de octubre del año en curso, que firma el Gerente de Pensiones que, en su orden, literalmente se leen así:

Nota fechada 3 de octubre de año 2014:

*“De manera respetuosa les comunico mi decisión de acogerme a la jubilación a partir del próximo 24 de octubre.*

*Como se indica en la nota adjunta, cumpla con todos los requisitos para esa jubilación. Agradeceré se tramite esta solicitud de acuerdo con la normativa vigente”.*

Oficio del 9 de octubre del año 2014:

*“Mediante oficio de fecha 3 de octubre del presente año, les comuniqué mi decisión de acogerme al derecho de jubilación a partir del próximo 24 de octubre.*

*Sobre el particular y para los efectos administrativos correspondientes, deseo aclarar que mi intención es laborar en esta institución hasta el 24 de octubre del 2014 en curso inclusive”.*

**Se toma nota.**

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón, el licenciado Rodolfo Madrigal Saborío, la Licda. Clary Delgado Delgado, los licenciados Juan

Alberto Piedra Montero y Wven Porras Núñez, quienes conforman el equipo para la atención de lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 10° de la sesión número 8718, celebrada el 22 de mayo del año 2014.

### **ARTICULO 36°**

El Gerente Financiero presenta el Informe en relación con la atención de lo resuelto en el artículo 10° de la sesión número 8718, celebrada el 22 de mayo del año 2014, en que se acordó reformar a los artículos 10° y 12°, en su inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud (extensión Seguro de Salud en el caso de parejas del mismo sexo).

Se distribuyó el oficio N° GF-41.055-14/GM-45.363-14 del 7 de octubre en curso, suscrito por la señora Gerente Médico y el Gerente Financiero.

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

I) **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Financiera

Gerencia Médica

Informe integral sobre el Beneficio Familiar: extensión al compañero(a) del mismo sexo  
Octubre 2014.

II) **Artículo 10°, Sesión 8718, Acuerdo Segundo  
22 de mayo de 2014**

*“Acuerdo Primero: con base en la facultada que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja, aprobar la reforma a los artículos 10° y 12°, en su inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, con el propósito de sus textos en adelante, se lean de la siguiente manera:*

**REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**

**ARTÍCULO 10°:** *para los efectos de este Reglamento se entiende por: **COMPAÑERO:** persona, hombre o mujer, que convive en unión libre, en forma estable y bajo un mismo techo con otra de distinto sexo o con otra del mismo sexo.”*

**ARTÍCULO 12°:** *de la protección del beneficio familiar.*

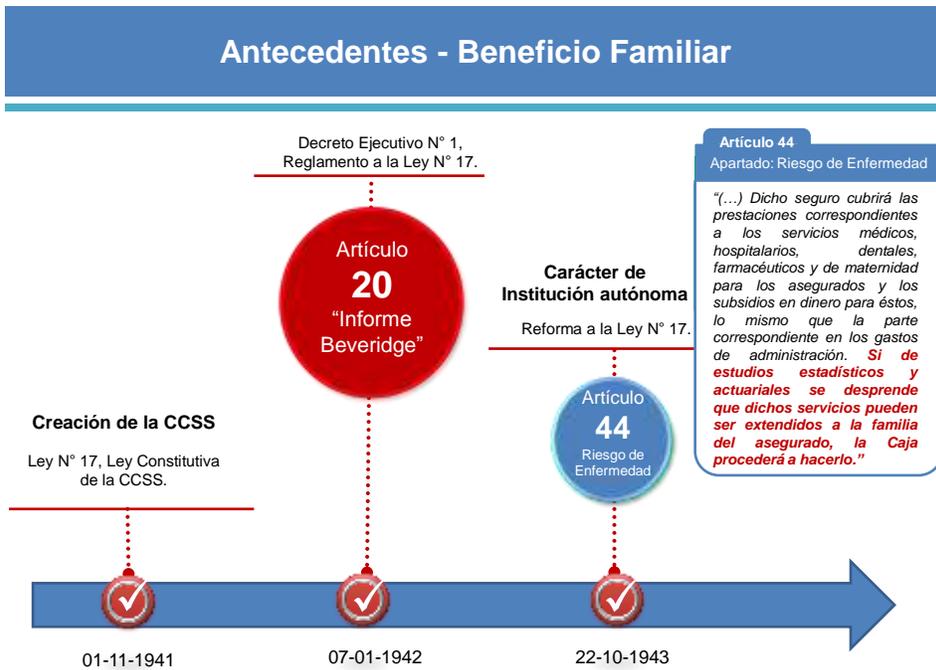
*(...) b. Compañera o compañero: en los casos de unión libre o de hecho, el compañero (a) tiene derecho al seguro familiar, siempre y cuando la convivencia **marital** se haya mantenido en forma estable y bajo el mismo techo, por un año o más”.*

III) **Artículo 10°, Sesión 8718, Acuerdo Segundo  
22 de mayo de 2014**

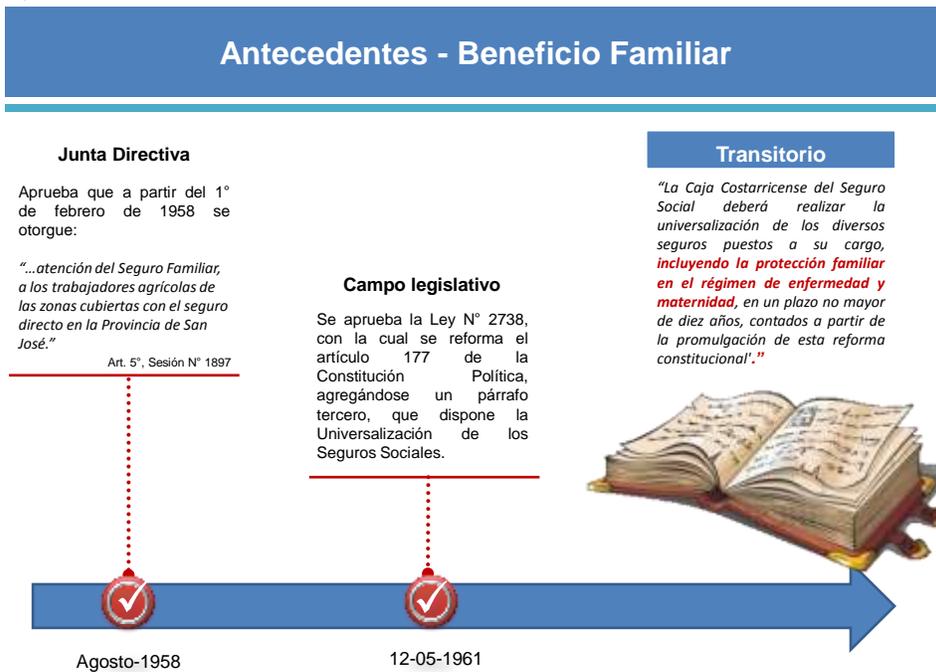
*“ACUERDO SEGUNDO: con el propósito de que se cumpla a cabalidad con los objetivos procurados por la Caja Costarricense de Seguro Social, en materia de aseguramiento por beneficio familiar y evitar un abuso inapropiado de éste, instruir a la Gerencia Financiera y a la Gerencia Médica, a fin de que evalúen de forma integral las normas asociadas con esta cobertura, incluido un análisis exhaustivo de los procedimientos e instrumentos de ingreso, permanencia y suspensión en esta modalidad, así como los mecanismos de control y evaluación periódica de su evolución en el tiempo.*

*El análisis deberá presentarse ante la Junta Directiva en un plazo de tres meses a partir del presente acuerdo.”*

IV)



V)



VI)

## Antecedentes - Beneficio Familiar



VII)

## Síntesis de la conceptualización del Beneficio Familiar



VIII)

**Distribución de asegurados familiares según relación de parentesco por tipo de asegurado activo y sexo. Costa Rica: 2013.**

Relación de parentesco	Activo/Pensionado		
	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Jefe o jefa	33.802	123.414	157.216
Espos(a) o compañera(o)	5.444	463.868	469.312
Hijo(a) o hijastro(a)	476.434	490.329	966.763
Yerno, nuera	22.810	25.207	48.017
Nieto(a)	701	8.969	9.670
Padre o madre	79.964	70.588	150.552
Suegro(a)	1.226	18.666	19.892
Hermano(a)	310	5.780	6.090
Cuñado(a)	3.678	4.474	8.152
Otro familiar	604	342	946
Otro no familiar	8.287	7.242	15.529
Servicio doméstico o su familiar	3.177	2.171	5.348
Pensionista	0	328	328
<b>Total</b>	<b>636.437</b>	<b>1.221.378</b>	<b>1.857.815</b>

IX)

**Distribución de asegurados familiares según rama de actividad por tipo de asegurado activo y sexo. Costa Rica: 2013.**

Rama de actividad	Activo/Pensionado		
	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	14.011	9.816	23.827
Industrias manufactureras	8.139	23.436	31.575
Construcción	5.467	1.197	6.664
Comercio al por mayor y al por menor	12.594	49.349	61.943
Transporte y almacenamiento	4.476	2.689	7.165
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	1.665	17.614	19.279
Información y comunicaciones	1.384	828	2.212
Actividades financieras y de seguros	20	1.014	1.034
Actividades inmobiliarias	376	623	999
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.604	7.078	8.682
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	4.245	2.749	6.994
Administración pública y defensa; planes de seguridad social	83	440	523
Enseñanza	865	5.154	6.019
Actividades de atención de la salud humana y de asistencias	562	2.544	3.106
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	1.272	2.318	3.590
Otras actividades de servicios	3.034	13.320	16.354
Hogares como empleadores	723	52.625	53.348
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	0	383	383
Desempleado sin experiencia	2.994	6.571	9.565
<b>Total</b>	<b>63.629</b>	<b>199.880</b>	<b>263.509</b>

X) **Acciones ejecutadas para la atención del acuerdo segundo, art. 10, Sesión 8718.**

XI)

## Acciones realizadas Gerencia Financiera y Gerencia Médica

### Junta Directiva

Aprueba reforma al Reglamento de Salud Artículos 10° y 12°



### Gerencia Financiera Gerencia Médica

3 meses para presentar un informe integral de la figura del beneficio familiar



### Unidades técnicas

Dirección de Coberturas Especiales  
Área de Estadística de la Salud realizan un análisis exhaustivo de la figura beneficio familiar

### Productos

- ✓ Propuesta de reforma a los artículos 10°, 11°, 12° y 13° del Reglamento de Salud.
- ✓ Ajustes de la Normativa y Procedimientos para la Afiliación y Validación de Derechos.
- ✓ Lineamientos para la implementación de la reforma a los instrumentos normativos.

XII)

## Condiciones generales para optar por la protección del Beneficio Familiar



### Vínculo

- Consanguinidad (padres, hijos, hermanos.)
- Legal (matrimonio, menores en custodia o unión de hecho reconocida).
- Afinidad (compañeros, padres de crianza, hijos putativos).

### Convivencia

- Conyugue, se da por cumplido.
- En caso de unión de hecho se comprueba:
  - ✓ Estable (1 año).
  - ✓ Marital (con fines de matrimonio).
  - ✓ Bajo un mismo techo.



### Dependencia económica

- La persona en relación con la cual se pide el beneficio debe depender económicamente del asegurado(a) directo.
- Se da por cumplida para hijos menores de edad..

XIII)

## Supuestos actuales de la protección del beneficio familiar

<p><b>1</b></p>  <p><b>Cónyuge</b></p> <p>Sin actividad lucrativa: invalidez, desempleo involuntario, estudios superiores y ausencia de medios económicos.</p>	<p><b>4</b></p>  <p><b>Madre y Padre</b></p> <p>Y/o persona que haya brindado los cuidados propios de estos.</p>
<p><b>2</b></p>  <p><b>Compañero(a)</b></p> <p>En convivencia marital por 1 año o más.</p>	<p><b>5</b></p>  <p><b>Hermanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de edad.</li> <li>• Mayores de edad estudiantes hasta los 25 años.</li> <li>• Que cuidan a sus padres con más de 65 años o discapacidad severa.</li> </ul>
<p><b>3</b></p>  <p><b>Hijos / Hijastros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inválidos sin límite de edad.</li> <li>• Menores 18 años.</li> <li>• Estudiantes hasta 25 años.</li> <li>• Cuidadores de sus padres mayores de 65 años o discapacidad severa.</li> </ul>	<p><b>6</b></p>  <p><b>Otros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años.</li> <li>• Mayores estudiantes hasta los 25 años no ligados por vínculo familiar y con dependencia.</li> </ul>

XIV)

## Plazo de otorgamiento del beneficio familiar

Beneficiarios	Años
Cónyuge	5 años
Compañero (a)	3 años
Hijo Inválido	10 años
Hijo (a) menor de edad	Hasta 18 años
Hijo entre 18 y 25 años	Febrero y Julio de cada año
Madre o Padre	10 años
Hermano (a) menor de edad	Hasta 18 años
Hermano (a) entre 18 y 25	Febrero y Julio de cada año
Hijo conviviente y otros menores en 2° grado de consanguinidad	Hasta 18 años
Otros beneficiarios menores	Según vigencia de documentos PANI
Otros beneficiarios entre 18 y 25 años	Febrero y Julio de cada año

XV) **Modificaciones**  
 Reforma al Reglamento de Salud (Artículos 10°, 11°, 12° y 13°).

XVI) **Objetivos de la Reforma al Reglamento de Salud**

- un mecanismo de protección y no como modalidad de aseguramiento.
- Clarificar en el marco de la protección del beneficio familiar la extensión a la pareja del mismo sexo.
- Reforzar el carácter de temporal que el otorgamiento tiene, su sujeción estricta al cumplimiento de los supuestos que lo amparan, y la potestad de la institución para otorgarlo, suspenderlo o denegarlo.

Proporcionar a la administración mayores y mejores instrumentos para determinar los supuestos en lo que procede el otorgamiento de la protección del beneficio familiar.

XVII)

### Principales Modificaciones al Reglamento de Seguro de Salud

#### Artículo 10°

**BENEFICIO FAMILIAR:** Protección que el Seguro de Salud otorga a personas que en relación con un asegurado directo, mantienen un vínculo y una dependencia económica, y cumplen con las demás regulaciones establecidas en este Reglamento. **(concepto nuevo)**

#### Artículo 11°

Elimina el inciso 6 del artículo 11, el cual actualmente califica el beneficio familiar como una modalidad de aseguramiento y no **como una protección**.

#### Artículo 12°

Incorpora un párrafo introductorio en el que se especifica los requisitos a cumplir en cualquiera de los supuestos (vínculo y dependencia económica).

XVIII)

## Principales Modificaciones al Reglamento de Seguro de Salud

### Artículo 12°

- Precisa las características que han de tener la relación en los casos de solicitud de beneficio para el compañero(a) del mismo sexo o heterosexual (estable, pública, exclusiva, bajo el mismo techo).
- Fija un plazo mínimo de convivencia de 3 años y se crea el **“Registro de Parejas en Convivencia”** como medio para acreditar las características de la unión.
- Aclara el contenido de los demás supuestos considerando las disposiciones a las cuales responden (libertad de estado, hijos putativos, cuidador de pensionado por diagnóstico de PCI o PCP).

### Artículo 13°

- Mejora el texto readecuándolo a la inclusión de la pareja del mismo sexo como persona beneficiaria.

## XIX) Artículo 12°. De los beneficiarios familiares

b. Compañera (o): con convivencia en forma estable: comparten alimentos, cama y cohabitación sexual al menos por tres años ininterrumpidos; pública: evidente, patente, notoria; exclusiva: no simultánea, fiel; y bajo el mismo techo. Tanto el asegurado (a) directo como el compañero (a) deben ostentar la libertad de estado al momento de solicitar la protección.

- Cohabitación sexual.
- Tres años ininterrumpidos (ajustado a la jurisprudencia de la Sala Constitucional y al Derecho de Familia).
- Pública.
- Exclusiva.

Libertad de Estado.

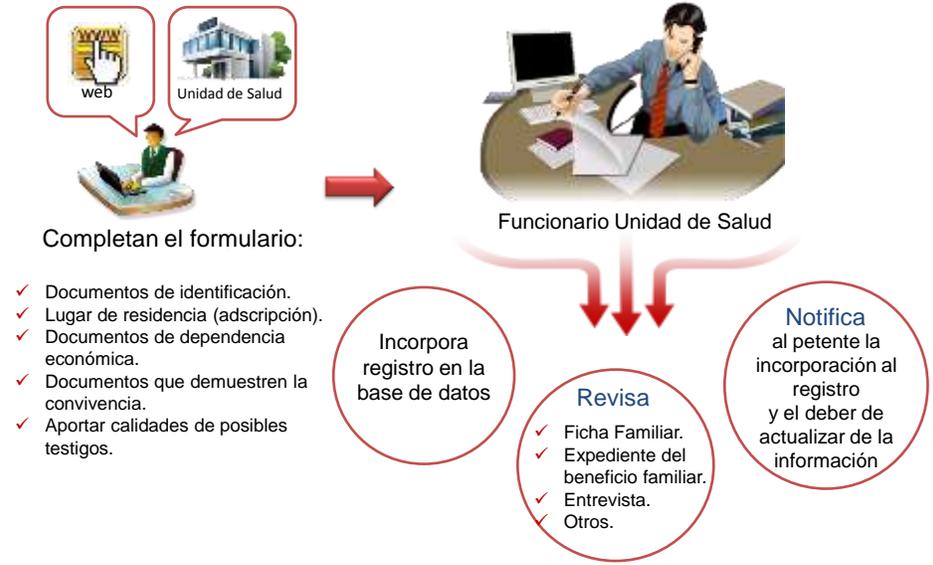
## XX) Artículo 12°. De los beneficiarios familiares

f. Otro menor de edad: no necesariamente ligado por vínculo de familia y que se encuentran bajo custodia legal otorgada por el PANI o juzgado competente y viva bajo el mismo techo del asegurado (a) directo.

- Precisa el supuesto de cobertura.
- Evita interpretación de que se pueda otorgar el beneficio a personas como: yernos, nietos, sobrinos, ahijados, tío(a) político(a), cuñados, entre otros.

XXI)

## Procedimiento para inscripción en el Registro de Parejas en Convivencia



XXII)

## Disposición Transitoria

A los efectos de la implementación de lo dispuesto en el artículo 12 inciso b, específicamente lo atinente al mecanismo de acreditación de las características de la unión de la pareja, se establecen las siguientes reglas:



XXIII) Ajustes

Manual de Normas y Procedimientos para las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos.

XXIV)

**A. Alcance del Beneficio Familiar: Mejor composición de la población que estaría protegida por el Seguro de Salud, por medio del beneficio familiar**



XXV)

**B. Extensión del beneficio al compañero(a) del mismo sexo**

**1 Homologación del concepto "Compañero(a)".**



Integración de la población pretendida como sujeto pasivo del beneficio familiar.

**2 Comprobación de las características de la relación.**



Libertad de Estado



Dependencia económica



Convivencia (vínculo)

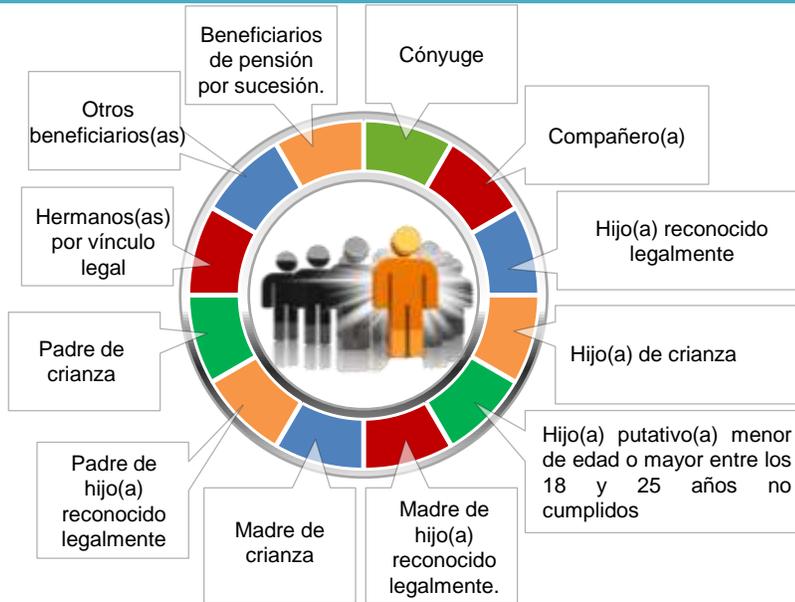


- ✓ Registro de parejas en convivencia.
- ✓ Documentos emitidos por instituciones.
- ✓ Testigos.
- ✓ Entrevista por separado a quienes conforman la pareja.

- Estable (3 años interrumpidos).
- Público.
- Exclusiva y bajo el mismo techo.

XXVI)

**A. Alcance del Beneficio Familiar: Mejor composición de la población que estaría protegida por el Seguro de Salud, por medio del beneficio familiar**



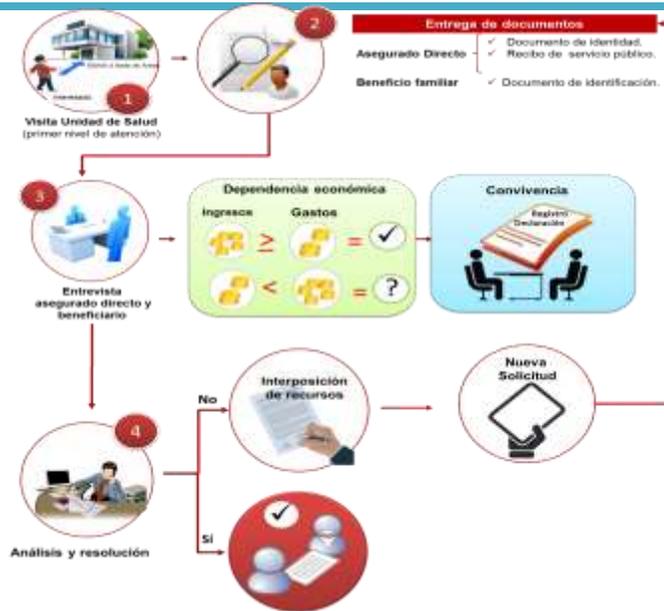
XXVII)

**A. Alcance del Beneficio Familiar: Mejor composición de la población que estaría protegida por el Seguro de Salud, por medio del beneficio familiar**



XXVIII)

### C. Procedimiento para el otorgamiento beneficio familiar



XXIX)

### D. Ingreso del Beneficio familiar

**Artículo 18**

**De la persona beneficiaria familiar:** Incluye la lista detallada de personas que eventualmente pueden integrar “núcleo familiar” en torno a una persona asegurada directa (consanguinidad, afinidad o legalidad”).

**Artículo 19**

**De la solicitud del beneficio familiar:** Identifica quienes están facultados para presentar la solicitud de beneficio familiar (asegurado directo o interesada); así como los requisitos y el establecimiento de salud donde corresponde presentar los documentos para iniciar el trámite.

XXX)

## D. Ingreso del Beneficio familiar

### Artículo 20

**De los requisitos para el beneficio familiar:** Agrupa los requisitos en relación con su vínculo:

#### Requisitos generales

- Identificación según edad.
- Vínculo con el asegurado directo.
- Verificación de la condición del asegurado directo.
- Domicilio

#### Requisitos específicos

- Cónyuge.
- **Compañero(a).**
- Hijo(a) legalmente reconocido(a), menor de edad.
- Hijo(a) legalmente reconocido(a), mayor de edad con discapacidad severa permanente.
- Hijo(a) legalmente reconocido(a), mayor de edad, estudiante entre los 18 y 25 años no cumplidos.
- Hijo(a) legalmente reconocido(a), mayor de edad, cuidador(a) de padre/madre con discapacidad severa y/o mayor de 65 años.
- Hijo(a) putativo(a) menor o mayor de edad del nuevo cónyuge o compañera(o), estudiante entre 18 y 25 años no cumplidos o con discapacidad severa permanente.
- Hermano(a) por vínculo legal, menor de edad.
- Hermano(a) mayor de edad entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante.
- Hermano(a) por vínculo legal, mayor de edad y con discapacidad severa permanente.
- Hermano(a) por vínculo legal, cuidador(a) de padres mayores de 65 años y/o con discapacidad severa permanente.
- Hermano(a) por vínculo legal, cuidador(a) de hermano(a) con discapacidad severa permanente.
- Padre/madre de hijo(a) legalmente reconocido(a).
- Padre/madre cuidador(a) de hijo(a) legalmente reconocido(a), pensionado de RNC por PCI o PCP.
- Padre o madre de crianza.
- Otro beneficiario(a) con vínculo por custodia legal, menor de edad o mayor entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante.
- Beneficiario(a) por sucesión de pensión (viudez, orfandad y otros sobrevivientes).

XXXI)

## D. Ingreso del Beneficio familiar

### Artículo 21

**De los requisitos para estudiantes mayores de edad:** Indica los documentos que deben presentar el interesado en la condición de estudiante.

### Artículo 22

#### De la calificación de la discapacidad:

- Especifica la discapacidad severa permanente.
- Su determinación como causa de dependencia económica por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez.
- Aborda lo relativo a la insania, como causa homóloga y su determinación por autoridad judicial.
- Incluye la protección temporal (carné de salud con vigencia máxima de hasta 3 meses).

XXXII)

## D. Ingreso del Beneficio familiar

### Artículo 23

**De la información para el estudio de beneficio familiar:** Se cambia el instrumento y da valor a la declaración jurada, con los apercebimientos del caso, como forma de propiciar una mayor transparencia en la información. El instrumento estará a disposición de los establecimientos de salud a través de la página Web de la CCSS.

### Artículo 24

**De la calificación de dependencia económica:**

- Se traslada la facturación de servicios médicos brindados cuando se determinen posteriormente que el beneficio no procedía, al artículo 28 propuesto.
- Incluye el ingreso mínimo establecido por la CCSS, como parámetro de decisión para el reconocimiento de otra modalidad de aseguramiento, en el supuesto de que la posible beneficiaria reciba ingresos iguales o mayores a establecido por la institución.

XXXIII)

## D2. De la permanencia y suspensión del beneficio familiar

### Artículo 25

**De la vigencia del beneficio familiar:** Establece un periodo de menor vigencia del beneficio familiar.

Parentesco	Periodo de validez
	Propuesto
Cónyuge, cónyuge separado con pensión alimentaria <sup>2</sup>	2 años
Compañera(o)	1 año
Hijo(a) <sup>1</sup> menor de edad	Hasta los 18 años
Hijo(a) <sup>1</sup> mayor de edad con discapacidad severa	10 años
Hijo(a) putativo(a) menor	1 año
Hijo(a) putativo(a) mayor con discapacidad	1 año
Madre y/o madre de crianza	2 años
Padre y/o padre de crianza	2 años
Hermano <sup>1</sup> menor de edad	2 años
Hermano <sup>1</sup> mayor de edad, con discapacidad	1 años
Hermano <sup>1</sup> mayor de edad, cuidador de padres	1 año
Cónyuge beneficiaria(o) de pensión por sucesión	2 años
Compañera(o) beneficiaria(o) de pensión por sucesión	2 años
Huérfano(a) menor de edad beneficiario(a) por sucesión	Hasta los 18 años
Madre, padre, hermanos, hijos, otros beneficiarios por sucesión	2 años
Menor de edad en custodia legal	El indicado por el PANI o Juzgado
Estudiantes mayores de edad	Periodo matriculado más vacaciones

XXXIV)

## D. Ingreso del Beneficio familiar

### Artículo 23

**De la información para el estudio de beneficio familiar:** Se cambia el instrumento y da valor a la declaración jurada, con los apercibimientos del caso, como forma de propiciar una mayor transparencia en la información. El instrumento estará a disposición de los establecimientos de salud a través de la página Web de la CCSS.

### Artículo 24

**De la calificación de dependencia económica:**

- Se traslada la facturación de servicios médicos brindados cuando se determinen posteriormente que el beneficio no procedía, al artículo 28 propuesto.
- Incluye el ingreso mínimo establecido por la CCSS, como parámetro de decisión para el reconocimiento de otra modalidad de aseguramiento, en el supuesto de que la posible beneficiaria reciba ingresos iguales o mayores a establecido por la institución.

XXXV)

## D2. De la permanencia y suspensión del beneficio familiar

### Artículo 26

**De la resolución y su comunicación:** instrumenta lo correspondiente a la resolución y su comunicación. Además, se suprime el límite de tres meses para que el usuario presente una nueva solicitud, dado que la variación de la condición puede darse en un periodo inferior.

### Artículo 27

**De la adscripción y emisión del carné:**

- Se cambia el término afiliación por adscripción.
- Se estandariza la emisión del carné .

### Artículo 28

**De la suspensión del beneficio familiar:**

- Instruye a la administración sobre la adecuada actuación en caso de que surjan elementos que justifiquen la suspensión del beneficio aprobado.
- Informa al administrado sobre las consecuencias jurídicas y económicas en caso de haber inducido a error a la CCSS.

### Artículo 29

**Del vencimiento del beneficio familiar:** Ratifica el procedimiento a seguir una vez vencido el periodo de vigencia del beneficio familiar e inicio de un nuevo estudio para verificar la condición del reconocimiento de dicho beneficio.

XXXVI)

### D.3 Control de la calidad del proceso de beneficio familiar

**Nuevo Artículo**

Permite a la administración:

- ✓ Conocer y validar la calidad de gestión que se realiza en el establecimiento de salud.
- ✓ Efectuar análisis -según la periodicidad que se establezca- de casos.
- ✓ Con base en los resultados, formular e implementar las medidas correctivas que procedan.



XXXVII) Propuesta  
Acuerdo Junta Directiva.

XXXVIII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Finalmente, con vista de la exposición efectuada por el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero, y el oficio de 07 de octubre de 2014, suscrito por Dra. María Eugenia Villalta Bonilla y el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Médica y Gerente Financiero, respectivamente, así como, el criterio técnico remitido por la MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe del Área Estadísticas en Salud y por el Lic. Miguel Cordero García, Director de la Dirección de Coberturas Especiales y el Criterio Jurídico DJ-06007-2014 del 11 de setiembre de 2014, la Junta Directiva acuerda:

**ACUERDO PRIMERO:** Dar por recibido el informe presentado en cumplimiento del Acuerdo Segundo, Artículo 10° de la sesión 8718, celebrada el 22 de mayo de 2014 y lo dispuesto en el artículo 24° de la sesión 8742 del 2 de octubre 2014.

**ACUERDO SEGUNDO:** Con base en las facultades que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobar la reforma a los artículos 10°, 11°, 12° y 13° del Reglamento del Seguro de Salud, con el propósito de que sus textos en adelante, se lean de la siguiente manera:

**REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**  
(...)

XXXIX) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

## **REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**

“ARTÍCULO 10°. Para los efectos de este Reglamento se entiende por.

**ASEGURADO (A):** Persona que ostenta una o más de las condiciones de aseguramiento, y en razón de ello, le asiste el derecho a recibir servicios de salud y prestaciones sociales del Seguro de Salud.

**BENEFICIO FAMILIAR:** Protección que el Seguro de Salud otorga a personas que en relación con un asegurado directo, mantienen un vínculo y una dependencia económica, y cumplen con las demás regulaciones establecidas en este Reglamento.

**BENEFICIARIO (A) FAMILIAR:** Persona que cumple respecto del asegurado directo con los requisitos de vínculo, dependencia económica, edad y demás que establece este Reglamento.

**LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:** Es el área de salud donde la persona usualmente reside o trabaja y en cuyos establecimientos realiza las gestiones administrativas y de acceso a los servicios de salud. La persona solo podrá tener un lugar de adscripción.”

XL) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

“ARTÍCULO 11°: De la cobertura según modalidad de aseguramiento.

Son asegurados según su respectiva modalidad de cotización y aseguramiento las siguientes personas:

1. Los trabajadores asalariados.
2. Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
3. Las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado.
4. Las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
5. Los trabajadores independientes, que coticen al Seguro en forma individual o colectiva.
6. Población en condición de pobreza.”

XLI) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

“Artículo 12°. De los beneficiarios familiares.

Tiene derecho el asegurado(a) directo a solicitar al Seguro Social la protección a través del beneficio familiar de quienes reúnan respecto de él (ella), los requisitos generales de vínculo y dependencia económica, así como los particulares conforme se enuncia en el presente artículo. Igual derecho le asiste al potencial beneficiario de requerir directamente

al Seguro Social la protección en los supuestos en los que la Ley por su condición lo ampara.

a. Cónyuge.

b. Compañera (o): con convivencia en forma estable: comparten alimentos, cama y cohabitación sexual al menos por tres años ininterrumpidos; pública: evidente, patente, notoria; exclusiva: no simultánea, fiel; y bajo el mismo techo. Tanto el asegurado (a) directo como el compañero (a) deben ostentar la libertad de estado al momento de solicitar la protección.

XLII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Se establece el “Registro de Parejas en Convivencia” como un medio de acreditación de las características de la unión, sin distinción de sexo, a los efectos de trámite del beneficio familiar para la pareja por parte de quien ostente la condición de asegurado(a) directo. Su contenido tendrá carácter de confidencial y estará sujeto a lo establecido en la Ley Nº 8968, Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus datos personales, en cuanto le sea aplicable.

En ausencia del registro de la fecha de inicio de la convivencia de la pareja, la administración establecerá los requisitos de comprobación fehaciente de dicha fecha para efectos del cómputo del tiempo requerido para el otorgamiento del beneficio familiar.

XLIII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

c. Hijos (as): inválidos con discapacidad severa sin límite de edad; reconocidos legalmente o de crianza, menores de edad; putativos, del nuevo cónyuge o compañera(o); cuidadores de sus padres severamente discapacitados o mayores de 65 años; entre 18 y 22 años no cumplidos que cursen estudios de enseñanza media, técnica o para universitaria, o entre los 18 y 25 años cumplidos que cursen estudios universitarios o en colegios universitarios. Cuando sean mayores de edad deben ostentar la libertad de estado y no convivir en unión libre.

d. Madre o padre o quien en lugar de éstos, le hubiere prodigado los cuidados propios de aquellos durante su crianza; o que vele por un hijo(a) pensionado(a) por PCI o PCP.

XLIV) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

e. Hermano (a): en el tanto sus padres no cuenten con alguna modalidad de aseguramiento ni medios para obtenerla:

1. Menor de edad
2. Sin límite de edad si padece una discapacidad severa permanente.
3. Hasta 22 años no cumplidos cuando curse estudios de enseñanza media, técnica o parauniversitaria, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.
4. Entre los 22 y los 25 años no cumplidos cuando curse estudios en colegio universitario o en universidad, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.
5. Cuando vele por algún hermano en razón de discapacidad severa permanente, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.

6. Cuando vele por alguno o ambos padres en razón de invalidez para trabajar o por ser mayores de 65 años, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.

XLV) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

f. Otro menor de edad: no necesariamente ligado por vínculo de familia y que se encuentran bajo custodia legal otorgada por el PANI o juzgado competente y viva bajo el mismo techo del asegurado (a) directo.

Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.

La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica.

De establecerse que alguno de los requisitos exigidos no se cumple o ha dejado de cumplirse, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las modalidades existentes, sin perjuicio de la facultad que se reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente.”

XLVI) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

“ARTÍCULO 13°. Del beneficio en caso de separación conyugal o de ruptura de la unión de hecho judicialmente reconocida.

Cuando el cónyuge o compañero(a) separado no tenga otra fuente de ingresos más que la pensión alimentaria que le suministre el responsable, conserva el derecho a ser considerado sujeto del beneficio familiar.”

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

A los efectos de la implementación de lo dispuesto en el artículo 12 inciso b, específicamente lo atinente al mecanismo de acreditación de las características de la unión de la pareja, se establecen las siguientes reglas:

1. Cumplido el plazo de un año calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia”, en tanto que los restantes dos años, lo serán a través de los otros medios establecidos por la administración.

XLVII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

2. Cumplido el plazo de dos años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en

Convivencia”, en tanto que el restante año, lo será a través de los otros medios establecidos por la administración.

3. Cumplido el plazo de tres años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará íntegramente a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia” y solo excepcionalmente a través de los otros medios establecidos por la administración.”

XLVIII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

**ACUERDO TERCERO:** Instruir a la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, a fin de que se adopten las medidas administrativas y operativas, para la inmediata ejecución de las reformas reglamentarias aprobadas en materia de protección del beneficio familiar, así como, su correspondiente divulgación a lo interno y externo de la institución.

**ACUERDO CUARTO:** En un plazo de seis meses a partir de este acuerdo, la Gerencia Médica, deberá presentar un informe detallado del impacto en el ingreso, permanencia y suspensión para los diferentes supuestos de protección bajo la figura del Beneficio Familiar, producto de las reformas aprobadas en esta sesión.

Respecto del Reglamento de Salud, el Director Alvarado Rivera pregunta que si se está pasando de uno a tres años, para todas las relaciones de pareja y la legalización de la familia, por qué en un año si jurídicamente se establecía por tres años.

Responde el Gerente Financiero que se procedió al igual como se hizo con los beneficios familiares que fue hasta los cuarenta, con ésta el equipo no logró determinar el período que estaba establecido.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y anota que la modificación del Reglamento de Salud ha sido un beneficio, porque se han dado cuenta, no solo de situaciones que afectaban a parejas del mismo sexo, sino que además que existían una serie de regulaciones que aplicaban para el genérico y debían ser reconsideradas. Por ejemplo, se puede indicar que tres años es lo correcto, un año para cualquier tipo de relación es inestable. De manera que cuando una relación tiene tres años, se puede indicar que esa relación está mucho más consolidada y no se está refiriendo de parejas del mismo sexo, si no en general. Le parece que el Reglamento de Salud debe privilegiar a la estabilidad de la familia. Cuando se enteró que había sido solo un año indicó que ese período se debería extender. De modo que cuando se establecieron los tres años para parejas de unión de hecho, hay toda una serie de justificaciones sociológicas y jurídicas, así como estudios que fundamentan ese plazo, no es antojadizo, por ese aspecto indica que tres años es recomendable.

Anota el licenciado Rivera Alvarado que entonces esta Reforma del Seguro de Salud va dentro de la lógica de corregir los errores que tenía.

En relación con el procedimiento para la inscripción de parejas en convivencia en el registro, el licenciado Alvarado Rivera consulta si se tienen estadísticas de cuantas parejas hoy están cubiertas por la Seguridad Social.

Responde el Gerente Financiero que lo que daba la Encuesta de Hogares que era lo más aproximado es que para el caso de esposos y compañeros en total hay 479.000, pero habría que deslindar las esposas porque ellas corresponden legalmente.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque significa que una pareja hasta pareja nueva hasta dentro de tres años adquiere los derechos del Seguro Social.

Señala el Lic. Picado Chacón que en el Reglamento de Salud existe un Transitorio que resuelve esa preocupación, porque hay personas que ya tiene dos años y once meses de convivir y al mes siguiente cumple los tres años. Dentro de tres años si hoy se aprueba la modificación planteada, lo primero que hay que hacer es determinar quiénes ingresan como beneficiarios y la pareja debe estar registrada tres años antes.

Sobre el registro de Convivencia de parejas del mismo sexo que se refiere don Gustavo Picado el Director Gutiérrez Jiménez opina que ese punto es muy importante porque a diferencia de los heterosexuales que pudieran estar ya no en unión libre sino en matrimonio civil. Cuando estuvieron discutiendo esto la mayoría de los miembros de Junta estaban de acuerdo en el concepto de que les preocupaba mucho el control, para que no abrieran una puerta a circunstancias que pudieran ser no solo de heterosexuales sino de parejas del mismo sexo, donde pudieran estar favoreciendo a terceros con enfermedades sumamente caras. El tema de control era muy importante y considera que eso es la esencia de porque estaban difiriendo en aquel momento con condición suspensiva al nacimiento de este Reglamento.

Sobre el alcance del beneficio familiar, al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que se ha creado una nueva categoría, específicamente, en el hilo de crianza que no está de acuerdo, por las características de lo que se está discutiendo. Manifiesta que no quiere iniciar una discusión porque no es lo correcto, por ejemplo, el tema de las adopciones si está legalmente reconocido o no lo está, no es un tema de la Caja. Cuando se hace referencia del hijo de crianza, es un concepto que no estaba en el anterior Reglamento de Salud, en el inciso g) el concepto quedaría mucho mejor cuando se refiere a otros menores y no crear un hijo de crianza que pudiera llevarlos a tener problemas. No deseara iniciar una discusión, en el sentido de si las parejas del mismo sexo tienen o no el derecho de la adopción, porque no es un tema de la Caja y no quiere entrar en esas circunstancias. Le parece que cualquiera de las personas heterosexuales, tiene derecho y se deberían tratar de igual manera a los hijos de las parejas que tengan ese tipo de relación bajo los parámetros del Reglamento. Cuando se indica el hijo de crianza bien en contexto con el que está articulado, le parece que despierta un malestar incensario, máxime que en el artículo g) del actual Reglamento se refiere de otros menores. Se puede interpretar que el hijo de crianza está ahí, por lo que sobre calificarlo, cree que es innecesario por lo que lo eliminaría.

A propósito de una inquietud del licenciado Alvarado Rivera señala el Gerente financiero que lo que correspondía al inciso g, ahora se propone en el inciso f y se está limitando el alcance el seguro familiar, por ejemplo, el inciso f establece: *Otro menor de edad: no necesariamente*

*ligado por vínculo de familia y que se encuentran bajo custodia legal otorgada por el PANI o juzgado competente y viva bajo el mismo techo del asegurado (a) directo. Anteriormente el beneficio estaba más abierto, pero hoy lo que se está proponiendo es que sea por custodia legal otorgada por el Patronato Nacional de la Infancia.*

Acota el Lic. Gutiérrez Jiménez que en el Reglamento anterior un hijo de crianza estaba incluido. No ve la necesidad de crear el hijo de crianza como un capítulo o como un rubro adicional porque más bien, van a crear roncha cuando ya está tutelado, sino que los abogados o los que trabajaron este concepto indiquen si es cierto lo que está señalando.

La señora Presidenta Ejecutiva pregunta si se está presentando la parte reglamentaria.

Responde el Gerente Financiero que sí y lo que sigue de la presentación es el Manual, que corresponde a la parte más operativa.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que esos aspectos son los que las personas consultarán en el día a día, para ver si el Reglamento la cubre o no. En ese sentido, la problemática que se tenía antes de otros menores que, por ejemplo, podría ser el ahijado como se mencionó. Ahora lo que se trata de colocar es que exista una dependencia.

Interviene el licenciado Porras y aclara que antes se tenía un concepto que se refería a otros menores, entonces, ahí incluían todas las categorizaciones que existía. La propuesta lo que establece es que se deje el inciso g) y, ahora, va a ser inciso f) para hacer referencia de otro menor, específicamente, en el caso de los niños que son dados en adopción por el PANI y las categorizaciones de hijos. Lo que don Adolfo plantea es que dentro de la Institución, no se realice esta precisión en el caso de los hijos de crianza. Lo que se hizo fue considerar en la práctica cuáles eran esos casos de otros menores y se les incluyó, más puntualmente, en el inciso correspondiente, pero perfectamente se podría suprimir el inciso c) hijos de crianza y darles la misma cobertura.

Interviene el Director Alvarado Rivera y pregunta cuál es la concepción para plantearlo. Si la subsanación es así de sencillo, entonces para que lo plantearan. Aclara que no lo indica en negativo, sino para entender cuál es la lógica, porque si lo plantearon es porque existe un fundamento y una necesidad que está teniendo la Institución.

Señala el Director Loría Chaves que entiende el espíritu de lo que plantea el Director Gutiérrez Jiménez, porque es pensar que puede haber una puerta abierta. Sin embargo, la realidad social de este país es que son muchísimos los casos de parejas heterosexuales que se divorcian y se separan, lo que implica que cada vez son más las personas que se conviven con otras personas en unión libre y ya tienen hijos; o sea, son personas heterosexuales que ya tienen hijos y que son hijos de crianza y esa es la mayoría. Si más adelante hubieran derechos de adopción por parte de las parejas homosexuales, no sería una carga enorme, pero lo que sí es significativo, son los hijos de las parejas heterosexuales. No tiene ningún problema en que se modifique el concepto y se deje como lo plantea don Adolfo Gutiérrez.

Anota la señora Presidenta Ejecutiva que tiene dos preguntas en específico con el concepto general, pregunta:

1. Sí cuando se pasa de la cobertura a ese beneficio familiar hay cambios en los derechos y los deberes, al modificar esa categoría del artículo 11°.
2. Sí cuando se realicen análisis de cobertura de aseguramiento, va a tener efecto y se les va a ir abajo el porcentaje de aseguramiento, por haberse cambiado de categoría.

Responde el Gerente Financiero que se indica cobertura pero se entiende que estén cubiertos por las modalidades del aseguramiento que corresponde, como son: pensionados, asalariados, independientes, entre otros y la cobertura incluiría a aquellos que acceden al seguro bajo la extensión de la protección de beneficios familiares. Al eliminar en el artículo 11° ese aspecto, lo que se procuró era establecer diferenciación de las condiciones. Un aspecto es un asegurado que además tiene acceso a una serie de beneficios y prestaciones, en cambio el beneficiario familiar no está sujeto a ellos, de manera que lo que planteaba la Ley de Migración y la Reforma del año 2010, era que si una persona quiere estar en Costa Rica en una condición regular migratoria, debe participar en el financiamiento de la Seguridad Social. Ahora, mucho extranjero toma el beneficio familiar e indica que está asegurado, porque una modalidad de aseguramiento es el beneficio familiar. Es un tema que se ha estado analizando que, incluso, para efectos de esta reforma, también se puede dejar un espacio y analizarlo por las implicaciones que pueda tener. Esto no va en contra de la reforma del artículo 12° que es fundamental y si el artículo 11° pudiera tener otras aristas, también le parece pertinente que se tome un espacio para hacer un análisis más profundo.

Interviene el Director Fallas Camacho y manifiesta tener una inquietud, en el sentido de si la Ley de Protección al Menor, ya define de una u otra manera que el niño se debe atender y después definir de dónde se toma el financiamiento para pagar, el niño pasaría a ser un asegurado por el Estado. Desde el punto de vista como Institución, lo que le interesaría es cómo se atiende al niño y después vería quien paga. Alrededor de este tema le gustaría conocer si ese aspecto fue considerado, cómo se analizó y qué conclusiones se determinaron.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que coincide con el Dr. Fallas Camacho, pero desde el punto de vista financiero hay una salvedad. Este beneficio familiar se deriva del asegurado directo y no tiene costo adicional. Si el niño no quedara en un estado de ni un beneficio derivado del Código de Niñez y Adolescencia, entonces sí se puede cobrar, porque el aseguramiento de este grupo sería por medio del Estado. De manera que el Estado está obligado a asegurar el niño, en caso de que éste no encuentre posibilidad alguna de recibir un beneficio familiar. Desde el punto de vista financiero para la Caja, es diferente hacerlo de un mecanismo a otro y desde el punto de vista al acceso a los servicios, considera que no debe existir ninguna barrera, pero lo que buscan estas nuevas definiciones es que si el padre finalmente no lo puede asegurar o no cumple las condiciones, que el Estado asuma ese seguro y realice el pago correspondiente, que en ese sentido existe el Código Niñez Adolescencia. Nunca va a existir un desamparo para el niño. Incluso, cuando se analizó la situación de parejas, la Caja tiene un seguro voluntario que en el caso de los tres años, se podría acoger a un seguro voluntario para continuar protegiéndose. En ese sentido, la Institución ha desarrollado siempre muchas opciones.

El Director Alvarado Rivera indica conocer que a este tema se le ha dedicado muchas horas de trabajo. Considera que si existe un estudio y un razonamiento técnico, solicita se presente y si es irrelevante se elimine, pero le parece que no es tan irrelevante con lo que se está planteando.

El Director Devandas Brenes menciona que el tema se complicó un poco, porque no es sólo la Reforma relacionada con las parejas del mismo sexo sino que se están incluyendo otros aspectos. Menciona que hace un momento le preguntó a don Gustavo si en el Reglamento del Seguro de Salud, el inciso h) cubre lo que el doctor Fallas Camacho estaba planteando y en la Reforma que se les está planteando, indica que se reforma el artículo 12° y no se incluye el inciso h), le queda la duda de que por qué se excluyó el inciso h) que, precisamente, dice lo siguiente: *“toda persona menor de edad o en período de gestación no protegida por el seguro familiar, que no se encuentra sujeta a la obligatoriedad de cotizar, tiene derecho a las prestaciones sanitarias que se refiere el artículo 15, inciso a) de este Reglamento con cargo al Estado, de acuerdo con lo que dispone el Código de la Niñez y la Adolescencia. Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de Invalidez”*.

Al respecto señala el licenciado Picado Chacón que lo que se está presentando, es el texto sustitutivo, todo aquello que no esté ahí, se mantiene. Por ejemplo, cuando se incluyó la definición de Beneficio Familiar en el artículo 10°, hay veinte definiciones.

Sugiere el doctor Devandas Brenes que para que jurídicamente el acuerdo quede bien redactado, se indique lo demás queda igual. Además, en la Reforma General en el artículo 11° tiene una observación, porque ese artículo se refiere a que son asegurados los trabajadores asalariados, los pensionados jubilados, los jefes de familia, asegurados por cuenta del Estado, las personas que individual o colectivamente se acogen al Seguro Social, los trabajadores independientes, entre otros. Luego, en el punto seis se hacen referencia a la condición de pobreza, pero no se trata de quien paga el seguro. El punto tres de las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado, que se supone que son los pobres, son los indigentes. Entonces, se pregunta sobre el punto seis de quién es población en condición de pobreza y debería indicar que serán asegurados por el Estado porque así está en la Normativa. Asimismo, en el artículo 12° se indica: *“Compañera (o): con convivencia en forma estable: comparten alimentos, cama y cohabitación sexual al menos por tres años ininterrumpidos; pública: evidente, patente, notoria; exclusiva: no simultánea, fiel; y bajo el mismo techo. Tanto el asegurado (a) directo como el compañero (a) deben ostentar la libertad de estado al momento de solicitar la protección.”* Desea conocer cómo se puede probar la fidelidad. Insiste en que este artículo 12° es muy amplio, las coberturas que permite son muy amplias porque contiene una población que está en el sector de la universalización y que deben ser asegurados por el Estado. Menciona como ejemplo si el hermano no tiene recursos entra en la universalización y debe ser asegurado por el Estado. El caso del cuñado en el artículo actual no habla de los cuñados y sin embargo hay ocho mil cuñados.

Sobre el particular, indica el licenciado Picado Chacón que la encuesta lo que demuestra es que a algunas personas se le concedió el seguro incorrectamente.

Continúa el Dr. Devandas Brenes y señala que el artículo 10° indica *“Beneficio Familiar: Protección que el Seguro otorga a las personas que en relación con un asegurado directo,*

*mantiene un vínculo y una dependencia económica*". El artículo actual indica "*conyugue sin actividad lucrativa*", que puede dar lugar a malos entendidos. Conoce que está en el otro encabezado, pero actualmente ese aspecto no se cumple. El asegurado directo llena una declaración jurada asegurando a su conyugue y no se verifica si esa persona tiene o no ingresos. Se hace casi que automáticamente y ese aspecto le parece que se debe empezar a regular. Además, manifiesta su preocupación cuando se indica que el conyugue y existe legislación también en cuanto a la unión libre, por ejemplo, cuando se separa la pareja y se le establece una pensión al asegurado, pero el pensionado aduce que esa es su única fuente de ingreso, teniendo derecho al seguro. Por ejemplo, esa persona que convivía o era casado forma otra pareja u otro matrimonio, van a tener tres beneficiarios por un asegurado directo. Reitera que aquí está claro porque si se rompe una relación y una persona queda dependiendo de la pensión alimenticia, el separado sigue teniendo el derecho al seguro. Pregunta, qué sucede si el separado establece otra relación u otro matrimonio. Entonces, se tendría para un asegurado directo dos o tres beneficiarios. Manifiesta que estaría de acuerdo en que se apruebe la propuesta, pero en el entendido de que el artículo 12° se sometido a una exhaustiva revisión.

Considera la doctora Sáenz Madrigal que en la modificación del artículo 11° se debe revisar las implicaciones del asegurado y no asegurado. Le produce una preocupación, aunque podría ser presentado posterior a una modificación específica, aunque no es sustantivo al tema de fondo que se está analizando. Además, el aval de la revisión que se hizo va más allá de la protección del beneficio. La revisión integral está respondiendo a que no por beneficiar a un grupo, los otros quedarán desprotegidos. Le parece que se ha hecho un gran esfuerzo para realizar ese balance y debe ser reconocido, porque el tema es complejo y de muchas implicaciones.

El Director Loría Chaves reconoce que se ha hecho un gran trabajo, manifiesta que estaba muy preocupado por la tardanza, porque están retrasados en la creación del beneficio y le satisface el trabajo que se ha hecho; dado que esa reforma que se aprobó, permitió visualizar una serie de debilidades que el Reglamento tenía para las parejas heterosexuales, en el sentido de que ahora se tiene un tamiz, con la ventaja que los beneficios son para todos por igual, o sea, tanto para las parejas heterosexuales como homosexuales. Reitera su satisfacción porque, anteriormente, se tenían preocupaciones por el impacto que podría producir esta reforma y, ahora, se determina un resultado positivo de este Reglamento, con el cual la Caja está ganando muchísimo. Comenta que conversó con la Directora de la Sección de Estadísticas, para que los acuerdos de la Junta Directiva se cumplan en el tiempo y conoce que están trabajando en el tema. Le parece que si se deben realizar hay algunas correcciones son mínimas. Le parece que si no se tienen correcciones de fondo, se podría aprobar la propuesta con las observaciones que se hagan, de lo contrario se podría analizar el tema en una sesión extraordinaria.

El Auditor solicita que quede constando en actas los nombres de los integrantes del grupo de trabajo que participaron en la elaboración de esta propuesta técnica, para que la Junta Directiva tome la decisión correspondiente. Pregunta cuál ha sido el impacto financiero que se produce de estas modificaciones, los estudios económicos financieros, las proyecciones a un año, a cinco años, los aspectos que se hayan considerado y que reflejen cuál es el impacto financiero que se producirá de esta modificación al Reglamento del Seguro de Salud. También, le gustaría conocer si se solicitó el criterio de las reformas que están planteando al Reglamento, tanto a la Dirección Jurídica como a la Dirección Actuarial y si las hay, que los números de los oficios queden también constando en actas.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que don José Luis Loría recoge la idea de los que él indicaba, porque se dieron cuenta gracias a que se empezó a visualizar la inclusión de las parejas del mismo sexo. Es decir, sirvió para determinar que la Reglamentación que tenían para los otros tipos de relaciones estaba débil. Al igual que don José Luis, cree que con esta modificación la que resulta gananciosa es la Caja y no los sectores específicos, porque le permite ejercer mayor rigor sin exclusión, en cómo lo tienen que hacer, por qué lo tienen que hacer y, en especial, los controles que se deben de tener para todos. Así que no puede existir ningún tipo de argumento de discriminación. Por otro lado, manifiesta que no está de acuerdo en aprobarlo hoy, no por el concepto inicial, sino porque le parece que la modificación del Reglamento está todavía reciente y se le tiene que impregnar las formas. Hay algunos elementos que los señores Directores han indicado que les gustaría visualizarlo y más con el último comentario del señor Auditor, dado que lo suscribe totalmente. Considera que este tema por ser tan importante, no hay necesidad de precipitarse, el concepto que intuyen de los señores Directores, es que no existe ninguna otra razón más que hacer las cosas bien hechas, porque podrían incurrir en algunos errores innecesariamente. Estima que las observaciones son muy precisas y le gustaría estudiarlo, ya que lo recibió ayer en la noche y no le fue posible revisarlo, principalmente, el tema de crianza, los comentarios de don Mario y los demás Directores. Sugiere se establezca una fecha y que los técnicos indiquen cuando puede estar revisado en un plazo corto, después le dan seguimiento y solicita a la señora Presidenta Ejecutiva que el tema no se presente en un plazo vencido y el Reglamento se reformule con esos detalles y, eventualmente, será aprobado en el momento en que se pueda analizar de nuevo.

El Director Fallas Camacho señala que el Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, en algunos casos, se refiere a derechos en salud. Con base en esto, si las modificaciones reglamentarias en salud no van a afectar de una u otra manera, algunos de los artículos de Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, está de acuerdo con la propuesta.

El licenciado Alvarado Rivera pregunta sí en la Encuesta que realiza el INEC sobre los asegurados familiares, se consulta cómo están aseguradas las personas y si está a derecho.

Señala el Gerente Financiero que el estudio contiene lo que las personas declaran en la Encuesta.

Respecto de la información que se presenta de la Encuesta realizada por el INEC, el Director Alvarado Rivera señala que a veces se hacen muchos cuestionamientos y van pegando a las propuestas muchos conceptos que les preocupan que es válido, pero si la Institución tiene Reglamentos para determinar quiénes son los que están asegurados bajo el concepto de aseguramiento familiar, si la información que se presenta es cierta, se tiene un problema formal de cómo se están dando esas acreditaciones y a quienes se les está dando el beneficio de asegurado familiar. Le parece que en la línea de lo que habló don Adolfo y don Mario el problema que se tiene es operativo. Ahora, aparecen muchas personas que están aseguradas bajo un esquema que no existe en la Caja. Pregunta quiénes son los que están asegurados bajo esta condición de aseguramiento familiar, para hacer referencia de aspectos reales y no sobre una Encuesta que realiza de la Institución y no es un criterio institucional, porque dilatar esta decisión por una encuesta del INEC y que no se logra determina quiénes son los que efectivamente deben recibir el beneficio, le preocupa. Deberían estar seguros de quienes son los que están bajo ese concepto de cobertura con los criterios institucionales, para poder definir si el proceso avanza o

no. Entonces, se podría discutir el abrir una categoría o no, pero si se tienen personas aseguradas, como indica don Mario, por ejemplo, un hermano que no tiene capacidad económica hoy y el otro hermano lo tiene asegurado y la Caja lo institucionaliza, repite, le preocupa porque se supone que esa persona debería estar asegurada por el Régimen no Contributivo o por el Estado, no por otro asegurado. Cree que se entra en un problema más de fondo y, puramente, reglamentario y cosmético. Opina que lo que habría que hacer es determinar quiénes son los que están cubiertos o no por el beneficio, antes de modificar el Reglamento. Según había entendido, después del trabajo que se había hecho, era una propuesta para ampliar o no la cobertura con un criterio, para algunas otras figuras de la familia como podría ser la propuesta nueva de hijos de crianza. Podría estar de acuerdo de que se acepten esos hijos de crianza, pero no en que un hermano asegure a otro, porque no tiene capacidad económica, dado que no está dentro de los criterios de aseguramiento de la Institución.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que esos aspectos lo que refleja es una porosidad en el Reglamento de Salud, porque permite que hayan personas que se filtren y se debe, a como se auto reporta en la encuesta, ya que no son datos institucionales. Esa porosidad ya se había determinado en la discusión del 22 de mayo pasado y se hizo con la Junta Directiva anterior. Ahora, hay algunos Miembros de la Junta Directiva que se incorporaron a la Junta Directiva en el mes de junio y no estuvieron en la discusión de la parte financiera. En ese sentido, se está tenido como un desbalance del proceso que se tuvo en la discusión anterior que llevó bastantes horas. El acuerdo lo que indicaba es que una vez analizadas las modificaciones al Reglamento, se daban tres meses para que se reglamentara, pero la decisión de ampliar el beneficio a las parejas del mismo sexo ya se había tomado. Además, lo que está sucediendo desde la perspectiva de política pública, es que la indicación que se le dio al grupo, que fue tanto lo que don José Luis como ella mencionaron, era que no por darle un beneficio a un grupo el resto se viera perjudicado y viceversa. Al ser esa recomendación los llevó a revisar todo el Reglamento. Esa situación tiene implicaciones que son muy importantes y considera que son muy avanzadas, es decir, es un paso muy importante para la dirección en la que se va y por eso genera preocupaciones, porque son modificaciones sustantivas para el quehacer institucional.

El señor Loría Chaves menciona que la propuesta está bastante establecida. Las dudas son en cuanto a que un aspecto es la política pública y otra lo del Reglamento. Unos aspectos los resuelve el Reglamento y otro la política pública. Hilar demasiado en el tema de los abusos que existen se debe detener, porque es un problema de toda la Institución. Por ejemplo, es como cuando se indica que el trabajador independiente o el trabajador voluntario tiene una enfermedad y se asegura y se inscribe en un mes, se opera y después se desinscribe y no paga más. Esos son los problemas que existen en la Institución al tan abierta y tan universal. Por otro lado, manifiesta su preocupación por el tema de los controles, como ejemplo, en la Clínica de Coronado fue testigo de que a los asegurados familiares, cada año les renovaban el carné de asegurado, entonces, existía un control muy estricto. Le parece que debería existir un vínculo coordinado entre los funcionarios de la Unidad de Validación de Derechos, los de Trabajo Social y los Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAPs), porque cuando elaboran las fichas técnicas se podría llevar el control cada tres o seis meses, porque visitan las casas de las personas, ese proceso sería una tarea más para ellos, pero hay que buscar formas en que la Institución tenga herramientas e instrumentos que le permitan verificar constantemente ese tema. Sugiere que exista un vínculo entre la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera por medio del ATAP, para que pueda detectar estas situaciones en los hogares que visita, de manera que se tendría un

control extraordinario. Aclara que no está presionando para que se apruebe el tema hoy, casi que lo aprobaría pero si se debe revisar a fondo, no tiene ningún problema. Solicita a la doctora Sáenz Madrigal que a corto plazo, se programe una Sesión Extraordinaria para darle fin a este asunto.

Sobre el particular, el Director Alvarado Rivera manifiesta que queda más preocupado porque significa que la porosidad es enorme y entre más se dilate la toma de esta decisión, en el sentido de que se tenga un Reglamento mucho más restrictivo y le de instrumentos suficientes a la Institución, para realice tamices, se va a continuar teniendo personas que gozan beneficios y no les corresponde. Como ejemplo, no le parece que un hermano tenga asegurado a otro hermano, cuando tendría que estar bajo la condición de asegurado por el Estado. Estas son las decisiones que le gustaría que se tomaran muy rápidamente. Que el Reglamento se ajuste, si es del caso, en el tiempo. Hoy estaría dispuesto a votarlo positivo para darle un instrumento a la Gerencia Financiera para que en tres o cuatro meses, los resultados y promueva los ajustes que se le deben realizar al Reglamento para mejorar las condiciones, pero no se puede continuar con esa situación, porque cómo se va a tener el equilibrio financiero de la Institución. Reitera su preocupación, porque de acuerdo con la estadística del INEC, hay una cantidad de personas importante, que está usufructuando los beneficios de la Institución sin ningún costo.

Anota el Dr. Devandas Brenes que el 40% de la población que atiende la Caja, el 26% son los trabajadores que cotizan y producen el 80% de los ingresos. Le preocupa porque existe una situación no sostenible, porque cómo financiar la universalización de los Seguros Sociales de manera transparente, clara y que el Estado y las personas asuman lo que les corresponde. Reitera su preocupación, porque para analizar el tema hubo que recurrir a información producto de unas estadísticas que se obtienen de una encuesta, o sea, de lo que indicaron las personas. Cómo es posible que la Caja no tenga un sistema que le permita contar con esa información. Como ejemplo, señala el agravante que le comentó el Gerente Financiero sobre una persona que aseguró a la compañera en Limón y tres meses después, aseguró otra compañera en Golfito. Cuando se hace referencia al problema de la insostenibilidad, se trata de esos aspectos que calan profundo y dejan ver que el sistema de información que tiene la Caja, es vulnerable y no se ha logrado organizar a nivel nacional.

El Director Gutiérrez Jiménez insiste en que aun cuando comparte lo que indica don Renato, le parece que por las consecuencias generales del documento y como muy bien lo ha planteado la señora Presidenta Ejecutiva, la modificación al Reglamento es un logro. Le preocupa que se apruebe en estos términos, porque le parece que le falta. Con respecto de lo que indicó don Renato, señala que se tiene que establecer un plazo muy corto, solicitarle al equipo que lo ha hecho muy bien, ojala que todos los trabajos se envíen para revisar, fueran tan buenos como este porque les permitiría avanzar. Le parece que si se abocan a trabajar a trabajar rápidamente, se tendría un producto final, relativamente, en corto tiempo que les permitiría implementarlo, dado que es el ánimo de todos los Miembros de Junta Directiva, pero no sería conveniente aprobarlo hoy, para que se afinen algunos detalles. Lo que se necesita es que la revisión se realice en forma expedita y solicita que esa sugerencia sea tomada como una moción de su parte, es decir, que ya se ha discutido el tema, todos están bastante claros. Su solicitud es que por conciencia, porque hay algunos aspectos de detalle que pueden ser mejorados, se traslade el tema para ser analizado de nuevo en ocho días, como máximo quince días máximo y que tenga lo antes posible para que se vote el tema.

Don José Luis Loría concuerda con don Renato Alvarado en el sentido que la Institución tiene una serie de debilidades y hoy se puede tomar la decisión para solucionarlas, le preocupa que no se tome y es postergada. Además, la propuesta de acuerdo que se está presentando a consideración de la Junta Directiva, es en el sentido de que en seis meses se realice la primera evaluación y los correctivos que haya que hacer. Exhorta para que en seis meses se haga la primera evaluación y los correctivos que haya que hacer. Como un segundo acuerdo, se tendría la posibilidad, no solamente de solicitar esos detalles que se están indicando, sino de pedir aclaración en relación con toda la información que se debe tener, para tomar decisiones de aquí en adelante, y desde esa perspectiva, se valore la posibilidad de que el tema se vote hoy. Por otro lado indica que respeta el criterio de don Adolfo y lo entiende bien, pero le parece que coincide con don Renato, ya que se está determinando el problema y se sigue postergando. En segundo lugar, le preocupa que para que el tema sea operativizado se requiere trabajo. Le parece que es urgente que una vez que sea aprobado se inicie con las capacitaciones de los funcionarios que se relacionan con el proceso, porque si no se tendrían desfases en un lado y en otro. Repite los funcionarios deben estar capacitados y se debe tener muy claro ese aspecto. Además, las nuevas personas que soliciten un beneficio de esa naturaleza, tendrá que cumplir con los nuevos requisitos. Por otra parte, señala que entiende la posición de don Adolfo Gutiérrez y externa que él pensaría que sería bueno, dado que se conoce que dentro de seis meses se realizará la primera evaluación. Le parece que sería un buen tiempo para que el tema se analice a profundidad, en el sentido de cuáles de esas categorías le corresponderá al Estado asumirlas, de manera que el tema se vaya resolviendo de manera integral.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que hay una moción planteada o una petición de don Adolfo Gutiérrez de postergar la decisión de votar la propuesta este día, pero también hay una manifestación expresa de los señores Directores de analizar los acuerdos.

Pregunta el Lic. Adolfo Gutiérrez si se van a votar todos los conceptos, inclusive, si el artículo 2° se va a quedar o no. Por ejemplo, se ha hecho referencia a una serie de modificaciones a la propuesta y se indicó que en ocho días se presentara de nuevo con las observaciones incorporadas. Él no determina el problema de que se esperen ocho días para tener el texto de nuevo. Insiste en que lo está indicando con sinceridad, en el sentido de que no le parece que ocho días, haga una diferencia en términos de la ejecución.

Manifiesta la Dra. Sáenz Madrigal que básicamente el espíritu de votarlo hoy, es el sentido de la urgencia que existe en que se avance con la operación del reglamento dada la morosidad que tiene, no tiene ninguna otra connotación, se tiene conciencia de que es un reglamento de alto valor y significa un gran cambio.

El Gerente Financiero refiere que el tema se ha trabajado y se le dio el enfoque apropiado para estas necesidades. Menciona que hay una segunda fase que se entiende que es la voluntad de la Junta Directiva en profundizar el tema, incluso, en cuales de los grupos beneficiarios que se tienen, se deberían mantener o excluir y en qué condiciones. El beneficio familiar tiene como un primer concepto asegurar a las compañeras – compañeros, cónyuges, después los hijos y, luego, probablemente, lo que venga surja, por ejemplo, hermanos, padres, entre otros. Le parece que se vería tener un proceso de revisión para tratar, no que se eliminen esos beneficios sino de conocer a quiénes cubre y a cargo de quién. En cuanto al artículo 11° del Reglamento, le parece que

existe voluntad de que se postergue el acuerdo y no forme parte de esta modificación. Don Mario lo que plantea es que en la redacción se indique todo el artículo completo, para que no se interprete que hay cosas que se estén excluyendo, y a mí me parecería que está quedando un tema como hijos de crianza que está pendiente de analizar, y se podría tomar una decisión sobre ese aspecto. Por otro lado, es importante que en el manual de procedimientos, haya un gran trabajo para resolver los problemas de morosidad que se están comentando. Le parece que tal vez no se hizo énfasis, pero todos los plazos de otorgamiento de beneficios se redujeron sensiblemente, en el caso del compañero se va a tener que renovar cada año, entre uno y dos años los que quedaron con un plazo mayor, por ejemplo, son las personas mayores de edad con discapacidad severa a 10 años, porque se entendería que la condición es irreversible, cuando son hijos menores de edad hasta los 18 años, porque se entiende que es después de ese momento; pero hay un trabajo de capacitación y una serie de aspectos por considerar del manual, que resolverán la problemáticas. Otro aspecto que le parece no se podría dejar de atender para efectos del acta, es cuando se plantean los impactos económicos financieros actuariales. Por otro lado, el 22 de mayo pasado, precisamente, como se comentó, la Junta Directiva aprobó una reforma al artículo 10° y 12° del Reglamento que está sin eficacia jurídica, porque se tomó un acuerdo que en el que se estableció, que hasta que no recibiera este informe, pero la decisión de la Junta Directiva está tomada desde el 22 de mayo de este año, en aquel momento se presentó un criterio jurídico que indicó que la reforma no tenía objeción, aquella reforma de los artículo 10° y 12° y un criterio de la Gerencia Financiera y de la Dirección Actuarial, indicando el impacto económico que no menoscababa el equilibrio y sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. Lo otro es que, efectivamente, esto no tiene vínculo ni ninguna implicación para efectos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, incluso, la Junta Directiva había pedido un informe, específicamente, para una eventual decisión en esa línea y lo otro, es que cuando se ha referencia de esta nueva reforma, el texto del documento que se ha entregado hace mucho énfasis sobre las consultas jurídicas, lo cual le parece que quede constanding en el acta. Por otra parte, se solicitó que el acuerdo incluya esos oficios y los nombres del equipo técnico que participó en el trabajo, para que quede constanding en actas.

Consulta la Dra. Sáenz Madrigal si los Miembros de la Junta Directiva estarían de acuerdo con esa propuesta y con esas observaciones, que se somete a votación.

Comenta el Lic. Picado Chacón que el acuerdo 1° es dar por recibido el informe presentado en cumplimiento del acuerdo 2° y artículo 10° de la sesión 8718 celebrada el 22 de mayo y lo dispuesto en el artículo 24° de la sesión 8724 del 2 de octubre del presente año. El acuerdo 2° es que con base en las facultades que confiere el artículo 14° inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja, aprobar la reforma a los artículos 10°, 12° y 13 indicarlos completos y dejar por no incluir el artículo 11° para que se entienda el texto integral. El acuerdo 3°, que es muy importante, se refiere a instruir a las Gerencias Médica y Financiera, a fin de que se adopten las medidas administrativas y operativas para que mediante la ejecución y la reforma reglamentaria aprobadas en materia de protección del beneficio familiar, así como su correspondiente divulgación interna y externa a la Institución. Se entiende que es una instrucción para que se inicie la capacitación y la divulgación.

Respecto del tema de divulgación efectiva, el licenciado Alvarado Rivera señala que si la Institución tiene esas morosidades, es porque el Reglamento no está bien interpretado. Cree que

tiene que quedar claro para que las personas no tengan la posibilidad de que mal interpreten este Reglamento.

Continúa el Gerente Financiero e indica que en el acuerdo 4º se establece que en un plazo de seis meses, a partir de este acuerdo las Gerencias Médica y Financiera, realizarán un proceso de análisis y se deberá presentar un informe detallado del impacto que se produce del ingreso, si permanece suspensión para los diferentes puestos de protección bajo la figura familiar. En ese sentido, es donde la Gerencia Financiera presentará un análisis para, efectivamente, tener una segunda discusión sobre los grupos y otros elementos.

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

**Por lo tanto**, se tiene a la vista la nota número GF-41.055-14/GM-45.363-14 fechado 7 de octubre del año en curso, firmado por la doctora Villalta Bonilla, Gerente Médico y el licenciado Picado Chacón, Gerente Financiero, y teniendo a la vista el citado oficio número GF-41.055-14/GM-45.363-14 que, en lo conducente, literalmente se lee en estos términos:

#### **“ANTECEDENTES**

El pasado 22 de mayo de 2014 la Junta Directiva en sesión 8718, artículo 10º, acordó lo siguiente:

*“ACUERDO SEGUNDO: con el propósito de que se cumpla a cabalidad con los objetivos procurados por la Caja Costarricense de Seguro Social, en materia de aseguramiento por beneficio familiar y evitar un abuso inapropiado de éste, instruir a la Gerencia Financiera y a la Gerencia Médica, a fin de que evalúen de forma integral las normas asociadas con esta cobertura, incluido un análisis exhaustivo de los procedimientos e instrumentos de ingreso, permanencia y suspensión en esta modalidad, así como los mecanismos de control y evaluación periódica de su evolución en el tiempo. El análisis deberá presentarse ante la Junta Directiva en un plazo de tres meses a partir del presente acuerdo...”*

Por su parte el 2 de octubre de 2014, la Junta Directiva en sesión 8742, artículo 24º, dispuso:

*“ACUERDA: solicitar a la Gerencia Financiera que, para la sesión del 9 de octubre en curso, presente el respectivo informe en cuanto al acuerdo en referencia y, en particular, en lo que concierne al Acuerdo Segundo.”*

#### **CRITERIO JURÍDICO**

Mediante oficio DJ-06007-2014 de fecha 11 de setiembre de 2014, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico., Licda. Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Licda. María Isabel Albert y Lorenzana, Estudio y Redacción, se otorga el aval de legalidad a las propuestas de reforma a los artículos 10º, 11º, 12º y 13º del Reglamento del Seguro de Salud.

## CRITERIO TÉCNICO

Mediante oficio DCE-364-10-2014/AES-1-637-2014 del 2 de octubre del 2014, suscrito por la MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe del Área de Estadísticas en Salud y el Lic. Miguel Cordero, Director de la Dirección de Coberturas Especiales, se remite a las gerencias Médica y Financiera el informe técnico elaborado por el Lic. Rodolfo Madrigal Saborío, la Licda. Clary Delgado Delgado, el Lic. Juan Alberto Piedra Montero y el Lic. Wven Porras Núñez, integrados como equipo para la atención de lo dispuesto por la Junta Directiva, del cual se extraen los siguientes elementos:

### I- ANTECEDENTES

La Junta Directiva dispuso en el acuerdo de marras:

*“ACUERDO SEGUNDO: con el propósito de que se cumpla a cabalidad con los objetivos procurados por la Caja Costarricense de Seguro Social, en materia de aseguramiento por beneficio familiar y evitar un abuso inapropiado de éste, instruir a la Gerencia Financiera y a la Gerencia Médica, a fin de que evalúen de forma integral las normas asociadas con esta cobertura, incluido un análisis exhaustivo de los procedimientos e instrumentos de ingreso, permanencia y suspensión en esta modalidad, así como los mecanismos de control y evaluación periódica de su evolución en el tiempo. El análisis deberá presentarse ante la Junta Directiva en un plazo de tres meses a partir del presente acuerdo.”*

El acuerdo de cita responde a la propuesta de reformar los textos de los numerales 10° y 12°, en su inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, a efecto de incluir como uno de los posibles beneficiarios del Beneficio Familiar, al compañero (a) del mismo sexo del asegurado (a) directo, dependiente económicamente de aquél, respondiendo así a los cambios que sufre la sociedad en la que habitan las personas que gozan del derecho fundamental a la salud.

De manera particular se cita en el apartado considerativo del artículo 10°, en lo conducente:

*“Que la posibilidad que tiene el asegurado directo de brindar protección, por medio del denominado Beneficio Familiar, ha supuesto siempre una conceptualización de familia que incluye no solo a quienes se encuentran unidos a él por lazos jurídicos o sanguíneos”*

*“Que en la sociedad actual costarricense la existencia de parejas del mismo sexo que conviven bajo un mismo techo es cada vez más visible y supone en su integración la participación de un asegurado directo, en tanto incorporado al mundo laboral, cotizante de los seguros sociales.”*

Con base en lo anterior se presenta seguido un análisis de los alcances de las disposiciones normativas vigentes tanto reglamentarias como aquellas incluidas en el Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, que se relacionan con la reforma planteada, a efecto de fundar las modificaciones que se estiman deben ser introducidas

con el objetivo de contar con mecanismos de control y evaluación del desarrollo de la figura del Beneficio Familiar.

## II- DEL CONCEPTO DE BENEFICIO FAMILIAR

Un abordaje como el requerido supone en primera instancia tener claro qué se entiende por “Beneficio Familiar”, encontrándose aquí el primer escollo a nivel normativo.

El texto vigente del Reglamento del Seguro de Salud no contiene una definición de lo que debe entenderse por “Beneficio Familiar”. Las normas lo catalogan por una parte como un mecanismo de protección al que puede acudir el asegurado directo, y a la vez lo clasifican como una modalidad de aseguramiento.

Históricamente la idea de que el asegurado directo tenga derecho a solicitar la protección de su familia a partir de la cuota que paga, se remonta a los inicios mismos de la doctrina de los Seguros Sociales.

En el caso de la Caja, ya en el Decreto Ejecutivo N° 1 del **7 de enero de 1942**, denominado “Reglamento a la Ley N° 17 del 1° de noviembre de 1941”, con la cual se crea la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley que luego fue reformada el 22 de octubre de 1943, para darle carácter de Institución Autónoma, se incluía en el apartado “RIESGO DE ENFERMEDAD” el artículo 44, párrafo quinto, y el 107, que literalmente señalaban:

*“Artículo 44. (...) Dicho seguro cubrirá las prestaciones correspondientes a los servicios médicos, hospitalarios, dentales, farmacéuticos y de maternidad para los asegurados y los subsidios en dinero para éstos, lo mismo que la parte correspondiente en los gastos de administración. Si de estudios estadísticos y actuariales se desprende que dichos servicios pueden ser extendidos a la familia del asegurado, la Caja procederá a hacerlo.”* (El resaltado no pertenece al original)

*“Artículo 107: La Caja podrá ampliar prudencialmente los beneficios de asistencia médica general a aquellas personas dependientes del asegurado, cuando lo estime oportuno.”* (El resaltado no pertenece al original)

La línea seguida por la norma del Poder Ejecutivo dictada en enero de 1942, encuentra sustento doctrinario en el denominado “Informe Beveridge” o “Plan Beveridge” elaborado por Sir William Henry Beveridge, Director de la Escuela de Economía de Londres el **20 de noviembre de 1942**, y que sirvió de base para establecer el Seguro Social obligatorio para la Gran Bretaña, se precisa en su artículo 20°:

*“Con arreglo al sistema de seguro social, que es lo fundamental de este plan, todos los ciudadanos en edad de trabajar contribuirán, en sus respectivas Clases, con el pago de sus cuotas, en función de la seguridad que necesitan, y la parte relativa a la mujer casada estará comprendida en la cuota del respectivo marido”.* (El resaltado no pertenece al original)

Concordante con lo anterior, la Junta Directiva de la Caja, aprueba en el artículo 5° de la sesión N° 1897, celebrada en el mes de agosto de 1957, que a partir del **1° de febrero de 1958**, se otorgue:

*“...atención del Seguro Familiar, a los trabajadores agrícolas de las zonas cubiertas con el seguro directo en la Provincia de San José.”*

En el campo legislativo el **12 de mayo de 1961**, se aprueba la Ley N° 2738 con la cual se reforma el artículo 177 de la Constitución Política, agregándose un párrafo tercero que dispone la Universalización de los Seguros Sociales. Dicha disposición contó con un transitorio que literalmente señala:

*“La Caja Costarricense del Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, **incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad**, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”. (El resaltado no pertenece al original).*

Así las cosas la Junta Directiva de la Caja, aprueba en el artículo 5° de la sesión N° 3.358, celebrada el 27 de agosto de 1965, que a partir del **1° de octubre de 1965**, la extensión de la protección familiar “... a los hijos menores de 18 años” de los trabajadores del Área Metropolitana cubiertos con el seguro directo.

Finalmente, el 18 de noviembre de 1966, la Junta Directiva, en el artículo 6° de la sesión 3560, acuerda que a partir del **1° de diciembre de 1966**, habrá *cobertura familiar total*, para las familias de los trabajadores del Área Metropolitana cubiertos con el seguro directo.

En las actas de discusión de éste último acuerdo se aclara la conceptualización de “*cobertura familiar total*”, al respecto se consigna que la cobertura parcial supone que “...se cubren únicamente a los hijos menores de 18 años...” en tanto que la cobertura total supone “...que se va a cubrir a las **esposas, madres y padres...**” (El resaltado no pertenece al original), de los trabajadores cubiertos por el seguro directo.

Con respecto a los Tratados y Convenios Internacionales, mediante Ley N° 4736 del **29 de marzo de 1971**, entra a regir en Costa Rica el Convenio 102 relativo a la Norma Mínima de la Seguridad Social, mismo que había sido aprobado por la Conferencia Internacional del Trabajo en su trigésima quinta reunión celebrada en Ginebra Suiza en el año 1952

El artículo 9° del convenio recoge la obligación de los Estados suscribientes, en cuanto que la contingencia cubierta abarca tanto a los asalariados como “...**a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías...**” particularmente el artículo 40 exige a los suscribientes el garantizar la cobertura ante la contingencia de “...**tener hijos a cargo.**”

En síntesis desde la propia creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y las regulaciones que la amparaban (1942), se vislumbró y consideró normativamente el incluir la posibilidad de que el asegurado directo pudiese brindar protección a su familia contra el riesgo de enfermedad.

La Caja inició el proceso de protección incluyendo en primera instancia (1958) a las esposas e hijos de los asegurados dedicados a las labores agrícolas en la Provincia de San José, luego extendió la protección, en concordancia con lo que señalaba la reforma al artículo 177 de la Constitución Política (1961), a los hijos menores de 18 años de todo asegurado directo en el Área Metropolitana (1965), proceso que continuó con la inclusión de las esposas, madres y padres del asegurado directo en el Área Metropolitana (1966).

A partir de esa fecha, en concordancia con las disposiciones normativas vigentes, se ha dado una inclusión paulatina, según la realidad de la sociedad costarricense, a otras personas **“dependientes del asegurado”**, tal y como lo regulaba el Decreto Ejecutivo de 1942.

Con base en lo esbozado, es posible concluir que desde el punto de vista técnico el Beneficio Familiar es un derecho al que puede acceder el asegurado directo, que es quien posee una modalidad de aseguramiento, ya sea asalariado, trabajador independiente, pensionado o asegurado voluntario, en virtud del cual con cargo a la cuota que paga, puede solicitar al Seguro de Salud, analizar la posibilidad de brindar protección por el riesgo de enfermedad a quienes tienen un vínculo y dependen económicamente de él.

El equipo de tarea consultó a la Dirección Jurídica sobre este aspecto, y por oficio DJ -6007-2014 se precisó:

*“...coincide esta Dirección Jurídica en que el Beneficio Familiar, no es un mecanismo de aseguramiento, sino más bien que es por medio del asegurado directo cotizante, que se ofrece como bien se indica, la posibilidad de entrada para gozar de los beneficios que el seguro supone, dentro de los que se encuentra la posibilidad de brindar protección a la familia a través de la figura del “Beneficio Familiar””.*

En línea con lo anterior, tal y como se planteará más adelante, resulta imperioso introducir una reforma reglamentaria a efecto de dejar claro que el Beneficio Familiar no constituye una modalidad de aseguramiento, sino un mecanismo protector que el Seguro de Salud está en posibilidad de conceder, a aquellos asegurados directos cotizantes cuyos familiares cumplan respecto de él con las condiciones de vínculo y dependencia económica, así como aquellas otras que la normativa establezca.

### **III- DISPOSICIONES DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**

La propuesta de reforma sometida a consideración de la Junta Directiva modifica el concepto de “Compañero” contenido en el artículo 10° a efecto de que abarque tanto a compañeros del mismo sexo como de distinto sexo, y elimina la categorización de marital que se exigía en relación con el vínculo que une a dichos compañeros.

Tal y como está dispuesto hoy en el reglamento, el asegurado (a) directo tiene a derecho a solicitar la protección a través del Beneficio Familiar, de su compañero (a), en el tanto se cumplan cuatro requisitos:

1. La persona en relación con la cual se pide el beneficio debe depender económicamente del asegurado (a) directo.
2. La persona en relación con la cual se pide el beneficio debe ser de sexo distinto al del asegurado (a) directo.
3. El asegurado (a) directo y el compañero (a) en relación con el cual se pide el beneficio deben estar en una situación de **unión libre o de hecho**.
4. El asegurado (a) directo y el compañero (a) en relación con el cual se pide el beneficio deben mantener una **convivencia marital**.

De implementarse la reforma en los términos en los que se plantea, una interpretación válida sería que el asegurado (a) directo tendría derecho a solicitar la protección a través del Beneficio Familiar, de su compañero (a), bajo las siguientes condiciones:

1. La persona en relación con la cual se pide el beneficio debe depender económicamente del asegurado (a) directo.
2. El asegurado (a) directo y el compañero (a) en relación con el cual se pide el beneficio deben estar en una situación de **unión libre o de hecho**.
3. El asegurado (a) directo y el compañero (a) en relación con el cual se pide el beneficio deben mantener una **convivencia**.

A manera de síntesis ya no interesa el sexo del compañero (a) del asegurado (a) directo ni tampoco se exige que la convivencia sea de tipo marital, basta una convivencia pura y simple, sin embargo, ello trae consigo otras implicaciones de orden jurídico.

Con el cambio se mantiene la exigencia de que dicha convivencia lo sea en situación de “UNIÓN LIBRE O DE HECHO”, conceptos estos junto con el de “CONVIVENCIA NO MATRIMONIAL” que son utilizados en el Derecho de Familia como sinónimos y que aluden a la existencia de una relación *entre un hombre y una mujer no fundada en el matrimonio pero que presenta como características el ser estable, unívoca, singular, pública, notoria y particularmente el ser una relación en la que tanto el hombre como la mujer que la conforman posee aptitud legal para contraer matrimonio entre ellos*.

Dado que en Costa Rica no es permitido el matrimonio de parejas del mismo sexo, podría entonces interpretarse que a partir de la reforma cuando hablamos de que el asegurado (a) directo y su compañero (a) están en unión libre, ello no lo es en los términos en los que el Derecho de Familia lo regula, pues se están excluyendo dos de las características que dicho ordenamiento exige como lo es que la pareja este formada por un hombre y una mujer, y que éstos posean aptitud legal para contraer matrimonio entre ellos.

En la misma línea, al eliminar la característica de marital que se exigía para la convivencia, es decir el que la pareja debía tener libertad de estado, tal requisito podría entenderse desaparece ya no solo para las parejas del mismo sexo sino también para las parejas de diferente sexo,

interpretación que conllevaría una variación de la posición que a la fecha ha mantenido la institución.

Consultada la Dirección Jurídica sobre los temas apuntados, ésta a través del citado oficio DJ - 6007-2014 señaló:

*“Ahora bien, volviendo al tema objeto de esta consulta sobre el requisito de la libertad de estado para poder acceder al beneficio familiar, consideramos que los individuos que conviven con un compañero o compañera del mismo sexo, al igual que las parejas heterosexuales, deben de contar con tal requisito para poder obtener el beneficio familiar, pues en ningún momento se ha tenido la intención de eliminar el mismo, tomando en cuenta los abusos que eventualmente se podrían dar...”*

Concordante con lo anterior, para evitar los potenciales abusos que pudieren darse y siendo que el peso de la procedencia del otorgamiento del beneficio va a estar en la existencia o no de la convivencia, pues el primero, la libertad de estado resulta de mera constatación y de la verificación de la dependencia económica puede ser suplido mediante prueba documental de tipo contable, financiera y registral, deviene imperioso señalar con precisión de las características que de la convivencia habrá de determinarse están presentes en esa pareja.

En resumen de lo señalado por la Dirección Jurídica se extrae la necesidad de reformar la norma en punto a suprimir de la misma la alusión que esta contiene al término “unión libre o de hecho”, pero al unísono consignando la obligación del asegurado (a) directo y de su compañero (a) de contar con libertad de estado, de forma tal que se armoniza la pretendida extensión del beneficio con los requisitos y condiciones establecidos para las parejas heterosexuales.

A mayor abundamiento, la Dirección Jurídica en el multicitado criterio es enfática al señalar que:

*Aclaremos que lo que se pretende versa únicamente sobre la ampliación del Beneficio Familiar a un sector de la población que no se encontraba cubierto por éste beneficio, sea este la pareja del asegurado directo cuando ésta es del mismo sexo, y que dependa económicamente de él, por lo tanto que en ningún momento se está equiparando o se pretende equiparar la unión de hecho entre dos personas del mismo sexo al matrimonio, ni tampoco reconociendo los efectos legales y patrimoniales que estas uniones conllevan, fuera de lo que señala el código de familia, sino que únicamente se le pretende brindar a estos individuos la posibilidad de que puedan acceder al igual que las parejas heterosexuales, al beneficio familiar por medio del derecho que le asiste al asegurado directo como individuo cotizante.*

Agregando:

*“...la Caja está facultada para emitir los reglamentos de los seguros bajo su administración, ya que la Caja es el ente encargado de la administración de los seguros sociales y se le otorga por mandato constitucional la máxima autonomía para ese fin, además tiene plena competencia para establecer los alcances de las*

*prestaciones propias de la seguridad social vía reglamento, de manera que puede definir las condiciones, beneficios y requisitos de ingreso de cada régimen de protección, como así lo hizo al reformar el artículo 10 y 12 inciso b) del Reglamento de Seguro de Salud.* (El resaltado pertenece al original).

#### IV- PROPUESTA DE MODIFICACIÓN A LA REFORMA

Con base en las consideraciones expuestas y a efecto de garantizar que se alcance el objetivo de protección perseguido por el Beneficio Familiar, para el caso del compañero (a) del asegurado (a) directo, se plantea el realizar algunas modificaciones a la propuesta sometida a consideración de la Junta Directiva.

En relación con la definición de “COMPAÑERO” contenida en el artículo 10°, se propone la siguiente redacción:

*“**COMPAÑERO (A):** Persona que convive en forma estable, pública, exclusiva y bajo el mismo techo con otra de distinto o del mismo sexo.”*

Con respecto al artículo 12° se propone modificar el encabezado del mismo y ajustar el contenido del inciso b con el siguiente texto:

*“**Artículo 12°.** De los beneficiarios familiares.*

*Tiene derecho el asegurado(a) directo a solicitar al Seguro Social la protección a través del beneficio familiar de quienes reúnan respecto de él (ella), los requisitos generales de vínculo y dependencia económica, así como los particulares enunciados en el presente artículo. Igual derecho le asiste al potencial beneficiario de requerir directamente al Seguro Social la protección en los supuestos en los que la Ley por su condición lo ampara.*

*(...)*

*b. Compañera (o): con convivencia en forma estable: comparten alimentos, cama y cohabitación sexual; pública al menos por tres años ininterrumpidos: evidente, patente, notoria; exclusiva: no simultánea, fiel; y bajo el mismo techo. Tanto el asegurado (a) directo como el compañero (a) deben ostentar la libertad de estado al momento de solicitar la protección.*

*Se establece el “Registro de Parejas en Convivencia” como un medio de acreditación de las características de la unión, sin distingo de sexo, a los efectos del trámite del beneficio familiar para la pareja por parte de quien ostente la condición de asegurado(a) directo. Su contenido tendrá carácter de confidencial y estará sujeto a lo establecido en la Ley N° 8968, Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus datos personales, en cuanto le sea aplicable.*

*En ausencia del registro de la fecha de inicio de la convivencia de la pareja, la administración establecerá los requisitos de comprobación fehaciente de dicha*

*fecha para efectos del cómputo del tiempo requerido para el otorgamiento del beneficio familiar. “*

En relación con la implementación del plazo de convivencia requerido y lo correspondiente al “Registro de Parejas en Convivencia”, se estima necesaria la introducción de una gradualidad a efecto de generar confusión en los operadores o en los usuarios, para tales efectos, se propone la introducción de un transitorio en los siguientes términos:

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

*A los efectos de la implementación de lo dispuesto en el artículo 12 inciso b, específicamente lo atinente al mecanismo de acreditación de las características de la unión de la pareja, se establecen las siguientes reglas:*

*1. Cumplido el plazo de un año calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia”, en tanto que los restantes dos años, lo serán a través de los otros medios establecidos por la administración.*

*2. Cumplido el plazo de dos años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia”, en tanto que el restante año, lo será a través de los otros medios establecidos por la administración.*

*3. Cumplido el plazo de tres años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará íntegramente a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia” y solo excepcionalmente a través de los otros medios establecidos por la administración.*

Con las modificaciones propuestas se pone en su justa dimensión la naturaleza del Beneficio Familiar como una protección y no como una forma de aseguramiento, puntualizándose además las características que ha de reunir la convivencia existente, mismas que deberán ser constatadas por el Seguro Social en cada caso, aportándose como insumo probatorio la declaración voluntaria que el propio asegurado (a) directo y su compañero (a) harán frente a la administración.

Además, las características definidas son tomadas de las regulaciones o parámetros que en el derecho de familia se han desarrollado ante el fenómeno de la familia de hecho, dentro de las que los tribunales han exigido que el vínculo deba ser público, notario, unívoco, singular y estable, así como haberse mantenido por un período de al menos tres años.

Con respecto a la publicidad y notoriedad, implica que la relación es evidente, patente, manifiesta y de conocimiento de todos en la comunidad cercana. La univocidad excluye las relaciones simultáneas, esporádicas o superficiales, dando peso al componente de fidelidad de la relación.

Finalmente la estabilidad alude a una relación sólida y permanente en el tiempo, lo que conlleva el compartir alimentos, cama y cohabitación sexual.

La introducción de los parámetros apuntados resulta básica para orientar las acciones que a nivel operativo deban desarrollarse y normarse para determinar la procedencia de otorgar el beneficio solicitado.

Con respecto al “Registro de Parejas”, la información que en él se consigne, podrá ser constatada por la institución, por ejemplo, con ocasión de las visitas al hogar que realice el ATAP, o cuando se demande atención en un establecimiento de salud, permitiendo corroborar la correcta adscripción tanto del asegurado(a) directo como del compañero (a) potencialmente beneficiario de la protección. De igual forma los datos permitirán conocer de mejor manera la composición de los núcleos familiares, información que resulta relevante de frente a la adopción de acciones en materia de salud preventiva y estilos de vida saludable, entre otros.

En síntesis, el establecer el registro permitirá un control integral sobre el adecuado ingreso, permanencia y suspensión del Beneficio Familiar, en el tanto y en el cuanto, ofrece información que siendo suministrada por el propio asegurado (a) directo, permite constatar que se estén dando las condiciones a partir de las cuales resulta procedente el otorgar la protección de marras.

En relación con las modificaciones a las reformas efectuadas por la Junta Directiva, la Dirección Jurídica manifestó en lo atinente al término compañero:

*“Para finalizar el análisis del artículo 10 del Reglamento del Seguro de Salud, consideramos pertinente la modificación del concepto de “COMPAÑERO”, pues de ésta manera quedarán más claras las características que debe de tener éste individuo para optar potencialmente por la protección del beneficio familiar, por la relación que mantiene con el asegurado (a) directo, además que al eliminar el término unión libre o de hecho, hace que no quede ninguna duda en cuanto a cualquier roce legal que pudiere cuestionarse a futuro.”*

De igual forma con respecto a las modificaciones al artículo 12º inciso b, precisaron:

*“...debemos indicar que es importante la reforma propuesta al artículo 12 inciso b) del Reglamento de Seguro de Salud, en el sentido que se exige expresamente que los compañeros convivientes ostenten la libertad de estado, así como que se alarga el plazo de convivencia de uno a tres años o más, además de la creación del “Registro de Parejas en Convivencia” agregado a este inciso, el cual nos parece de suma importancia.*

Los ajustes planteados a las reformas aprobadas por la Junta Directiva ofrecen mayor robustez con miras a alcanzar el objetivo fijado de evitar el uso inapropiado de la figura del Beneficio Familiar para los casos de las parejas del mismo sexo, sin embargo, el abordaje integral de los diferentes supuestos en el que este puede ser invocado, supone igualmente introducir reformas en las disposiciones que los regulan, mismas que se plantean en el siguiente apartado.

## **V- PROPUESTA DE REFORMAS ADICIONALES**

La principal modificación que se plantea corresponde a la introducción en el Reglamento del Seguro de Salud de una definición del concepto Beneficio Familiar, ausente a la fecha y que como se justificó es de imperiosa inclusión.

En línea con lo anterior, la propuesta formulada abarca la definición de “Beneficio Familiar”, consecuencia de ella la de “Beneficiario Familiar” y el ajuste en el concepto de “Asegurado” y concomitante a estas el ajuste en los alcances del concepto “Lugar de Adscripción” actualmente limitado a los asegurados aún y cuando los beneficiarios también se encuentran adscritos, así como la eliminación del inciso 6 del artículo 11 que actualmente califica al Beneficio Familiar como una modalidad de aseguramiento.

Los textos propuestos correspondientes a las definiciones incluidas o por incluirse en el artículo 10 ° se presentan a continuación:

**ASEGURADO (A):** *Persona que ostenta una o más de las condiciones de aseguramiento, y en razón de ello, le asiste el derecho a recibir servicios de salud y prestaciones sociales del Seguro de Salud.*

**“BENEFICIO FAMILIAR:** *Protección que el Seguro de Salud otorga a personas que en relación con un asegurado directo, mantienen un vínculo y una dependencia económica, y cumplen con las demás regulaciones establecidas en este Reglamento.”*

**BENEFICIARIO (A) FAMILIAR:** *Persona que cumple respecto del asegurado directo con los requisitos de vínculo, dependencia económica, edad y demás que establece este Reglamento.*

**LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:** *Es el área de salud donde la persona usualmente reside o trabaja y en cuyos establecimientos realiza las gestiones administrativas y de acceso a los servicios de salud. La persona solo podrá tener un lugar de adscripción.*

Por su parte el inciso 6 del artículo 11° cuyo texto se propone eliminar reza:

**“ARTÍCULO 11°:** *De la cobertura según modalidad de aseguramiento.*

*Son asegurados según su respectiva modalidad de cotización y aseguramiento las siguientes personas:*

*(...)*

*6. Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.”*

Con respecto a la legalidad de las reformas propuestas la Dirección Jurídica en el multicitado criterio DJ-6007-2014 apuntó:

*“En cuanto a la reforma al artículo 10 del Reglamento de Seguro de Salud, coincide esta Dirección Jurídica en que el Beneficio Familiar, no es un mecanismo de aseguramiento, sino más bien que es por medio del asegurado directo cotizante, que se ofrece como bien se indica, la posibilidad de entrada para gozar de los beneficios que el seguro supone, dentro de los que se encuentra la posibilidad de brindar protección a la familia a través de la figura del “Beneficio Familiar”, por lo que esta asesoría encuentra justificación en modificar el concepto de ASEGURADO que se ha venido manejando, en donde no se incluya dentro de éste concepto a quienes gozan del “Beneficio Familiar” por lo tanto también se encuentra justificación y pertinencia de incluir expresamente una definición de “BENEFICIO FAMILIAR” y ajustar el concepto de “Asegurado Familiar” por el de “Beneficiario Familiar”.*

*Por otro lado, también vemos válido el cambio en la conceptualización de “LUGAR DE ADSCRIPCIÓN” para efectos de resultar concordante con el de “ASEGURADO” sugerido.”*

Más adelante agrega:

*“En cuanto a la reforma al artículo 11 del Reglamento del Seguro de Salud propuesta, debemos indicar que consecuentemente con las ideas expuestas anteriormente, compartimos el hecho que, se hace necesaria la eliminación del inciso “6” del artículo 11, ya que ésta comprende a los Beneficiarios Familiares como una modalidad de aseguramiento, cuestión que ya se dijo, no es así, sino más bien es un beneficio al que se puede acceder por medio del derecho que le asiste al asegurado directo de proteger a su familia.”*

En un segundo plano, pero no por ello de menor relevancia, se proponen ajustes a los restantes incisos que conforman el artículo 12 y que contienen los supuestos y requisitos en los que familiares del asegurado (a) directo pueden potencialmente ser objeto de protección a través de la figura del Beneficio Familiar.

Las modificaciones en concreto conllevan las variaciones que se observan en el siguiente cuadro:

**INCISO A:**

<b>TEXTO ACTUAL</b>	<b>TEXTO PROPUESTO</b>
<p><b>ARTÍCULO 12°.</b> De la protección del beneficio familiar.</p> <p>(...)</p> <p>a. Cónyuge sin actividad lucrativa, cuya dependencia económica se deba a una invalidez para el trabajo, o a la circunstancia de encontrarse realizando</p>	<p><b>ARTÍCULO 12°.</b> De la protección del beneficio familiar.</p> <p>(...)</p> <p>a. Cónyuge.</p>

<p>estudios en el nivel superior, mientras mantenga esa situación, o al desempleo involuntario, o a la ausencia de otros medios económicos propios que le permitan su subsistencia. En todo caso se presume “iuris tantum” (presunción relativa) la dependencia económica cuando él o la cónyuge solicite el beneficio, con fundamento en la declaración hecha por el asegurado directo, en formulario que le suministre para tal efecto la Caja, sin perjuicio del correspondiente estudio económico, que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento, a efecto de justificar en definitiva la procedencia del beneficio.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

El inciso a) vigente establece una serie de requisitos que debe cumplir la (el) cónyuge para optar por el Beneficio Familiar, mismos que no se exigen a la compañera (o) actualmente ni están tampoco considerados en la reforma que del inciso b) se propone, lo que la colocaría de mantenerlos en una situación de desigualdad de frente a la compañera (o), razón de sobra para proponer sean eliminados.

Con respecto a lo esbozado la Dirección Jurídica manifestó:

*“...es relevante la propuesta de reforma al inciso a) del mismo artículo, en cuanto a la eliminación de los supuestos en los que el cónyuge puede ser protegido por el beneficio familiar, al no estar en condiciones de igualdad con lo que se le exigía al compañero (a), por tal motivo nos parece correcto el ajuste al texto propuesto en aras de resguardar la igualdad sobre los supuestos en los que el cónyuge del asegurado (a) directo puede ser objeto del beneficio en condiciones de igualdad con la compañera o compañero del asegurado (a).”*

**INCISO C:**

<p><b>TEXTO ACTUAL</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO</b></p>
<p><b>c.</b> Hijos (as) inválidos con discapacidad severa, sin límite de edad, hijos(as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta los 22 si cursan estudios de enseñanza media o técnica, para universitaria, o hasta los 25 si cursan estudios universitarios o en colegios universitarios, todo a juicio y</p>	<p><b>c.</b> Hijos (as): inválidos con discapacidad severa sin límite de edad; reconocidos legalmente o de crianza, menores de edad; putativos, del nuevo cónyuge o compañera(o); cuidadores de sus padres severamente discapacitados o mayores de 65 años; entre 18 y 22 años no cumplidos que cursen</p>

<p>comprobación por parte de la Caja. También quedan incluidos aquellos hijos (as) que, aunque mayores de edad, están en imposibilidad material para trabajar, en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres, siempre y cuando éstos sean mayores de 65 años o presenten discapacidad severa.</p>	<p>estudios de enseñanza media, técnica o para universitaria, o entre los 18 y 25 años no cumplidos que cursen estudios universitarios o en colegios universitarios. Cuando sean mayores de edad deben ostentar la libertad de estado y no convivir en unión libre.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se propone una redacción más clara sobre cuáles son los escenarios en los que los hijos pueden ser objeto de protección, colocando dentro de un solo inciso todos los supuestos, incluido el de los denominados “hijos putativos” o de la pareja, incluidos hasta hoy en el inciso g) del mismo artículo 12, dentro de la denominación “Otros menores de 18 años y hasta los 25”, inclusión que facilitará su identificación para efectos estadísticos y actuariales.

La Dirección Jurídica respecto de lo propuesto manifestó:

*“Ahora, en cuanto al inciso c) del artículo 12 del Reglamento de Seguro de Salud también nos parece procedente la reforma, en donde se redacta de una manera más clara los escenarios en los que los hijos pueden ser objeto de protección y encierra dentro del mismo artículo a todos los hijos e incluye hasta los denominados “hijos putativos” que se encontraban antes en el inciso g) del mismo artículo.”*

**INCISOS D Y E:**

<b>TEXTO ACTUAL</b>	<b>TEXTO PROPUESTO</b>
<p><b>d.</b> Madre o la persona que le hubiere prodigado los cuidados propios de la madre, siempre y cuando se compruebe esa circunstancia a juicio de la Caja.</p> <p><b>e.</b> Padre natural o de crianza cuando a juicio de la Caja exista dependencia económica completa del asegurado directo.</p>	<p><b>d.</b> Madre o padre o quien en lugar de éstos, le hubiere prodigado los cuidados propios de aquellos durante su crianza; o que vele por un hijo(a) pensionado(a) por Parálisis Cerebral Infantil PCI o Parálisis Cerebral Profunda PCP.</p>

Se realiza la integración de la madre y el padre, en un solo inciso, a efecto de igualar el derecho a la protección por beneficio familiar, toda vez que, conforme a la redacción actual, al padre se le exige una dependencia económica completa, cosa que no ocurre con la madre y lo cual resulta discriminatorio.

En la misma línea se dimensiona lo concerniente al tiempo durante el cual se procuraron los cuidados, tal que se entienda que el concepto está referido al período de infancia y adolescencia. Lo anterior para evitar abusos en razón de pretender alegar una crianza que en realidad no califica como tal por su escasa duración.

Además, se incluye la condición del padre o la madre como cuidador(a) de hijo(a) pensionado(a) por RNC en razón de contar con diagnóstico de PCI o PCP. Se ha tomado en consideración que para efectos de la aprobación de la pensión es requisito verificar la condición de pobreza de los progenitores.

Se trata de una situación no contemplada en el Reglamento de Salud, no obstante, considerando que el artículo 11º, numeral 2) de dicho cuerpo normativo incluye a los “Pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales” como asegurados directos y que este mismo beneficio propuesto es reconocido para los hijos cuidadores de padres con discapacidad severa y para los hermanos en la misma condición, se estima que en aplicación del principio de igualdad este beneficio debe ser homologado para los padres con hijos en tal condición.

La Dirección Jurídica precisó en relación con lo anterior que:

*“Por otro lado nos encontramos de acuerdo con la integración de la madre y el padre que se hace en los incisos d) y e) del artículo 12 del mismo reglamento en un solo inciso, pues se denota que como se encuentra redactado actualmente hay desigualdad, ya que se le exige al padre dependencia económica completa, no así a la madre, así como que se dimensiona lo concerniente al tiempo durante el cual se procuraron los cuidados, para efectos de evitar posteriores abusos en cuanto a alegar una crianza que no se encuentra dentro de los supuestos.*

*Consideramos que es importante también la propuesta de reforma que realizan en el inciso d) del artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud, en cuanto a incluir la condición del padre o la madre como cuidador (a) de hijo (a) pensionado por RNC en razón de contar con diagnóstico de PCI o PCP.”*

**INCISO F:**

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
<p><b>f.</b> Hermanos (as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta 22 ó 25 años, siempre que se encuentren en la situación prevista respecto de los hijos(as), que estén debidamente inscritos, sean solteros y cumplan normalmente los estudios. El beneficio familiar también puede ser otorgado a los hermanos (as) mayores de edad con discapacidad severa, así como a aquél que se encuentre en imposibilidad</p>	<p><b>e.</b> Hermano (a): en el tanto sus padres no cuenten con alguna modalidad de aseguramiento ni medios para obtenerla:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de edad</li> <li>2. Sin límite de edad si padece una discapacidad severa permanente.</li> <li>3. Hasta 22 años no cumplidos cuando curse estudios de enseñanza media, técnica o parauniversitaria, ostente libertad de estado y no se encuentre en</li> </ol>

<p>material para trabajar en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres mayores de 65 años ó con discapacidad severa.</p>	<p>unión libre.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Entre los 22 y los 25 años no cumplidos cuando curse estudios en colegio universitario o en universidad, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.</li> <li>5. Cuando vele por algún hermano en razón de discapacidad severa permanente, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.</li> <li>6. Cuando vele por alguno o ambos padres en razón de invalidez para trabajar o por ser mayores de 65 años, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.</li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se corre la identificación, tal que el inciso f) pasa a ser en la propuesta el inciso e) por efecto de la integración de los incisos c) y e) anteriores en uno solo. Se mejora la redacción para clarificar los supuestos en los que procede. Además, se regula la procedencia del beneficio familiar entre hermanos cuando los padres del discapacitado severamente no dispongan de alguna modalidad de aseguramiento que les permita brindárselo. De la misma forma, se incluye el requisito de que, para tener derecho al beneficio familiar, el hermano con discapacidad severa, no puede estar casado o conviviendo, siendo que en tal circunstancia, correspondería a la pareja tramitarle el beneficio familiar.

En el multicitado criterio la Dirección Jurídica precisa:

*“En cuanto al inciso f) del artículo 12 de dicho reglamento, pasa a ser inciso e), nos parece oportuna y necesaria la integración de los incisos c) y e) de la forma propuesta, ya que se regula el beneficio familiar entre hermanos cuando los padres del discapacitado no dispongan de alguna modalidad de aseguramiento para brindárselo así como la inclusión como requisito para el acceso al beneficio familiar, que el hermano con discapacidad no está casado o conviva con alguien.”*

**INCISO G:**

<p><b>TEXTO ACTUAL</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO</b></p>
<p><b>g.</b> Otros menores de 18 años de edad, de 22 y hasta los 25 si cursan estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, según corresponda, no necesariamente ligados por un vínculo de familia con el</p>	<p><b>f.</b> Otro menor de edad: no necesariamente ligado por vínculo de familia y que se encuentran bajo custodia legal otorgada por el PANI o juzgado competente y viva bajo el mismo techo del asegurado (a) directo.</p>

<p>asegurado directo, que convivan con él. Esta circunstancia deberá hacerse constar mediante declaración jurada hecha por el asegurado directo en formulario que se le suministrará para tal efecto y en el estudio socioeconómico que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Se corre la identificación, tal que el inciso g) pasa a ser en la propuesta el inciso f) y se concreta la cobertura del beneficio familiar, para un único supuesto, los menores de edad entregados en custodia del asegurado (a) directo por parte del juzgado competente o el PANI. Los demás supuestos contenidos en la norma vigente, (inciso g), han sido distribuidos de forma estratégica favoreciendo su aplicación se entiende correspondería su ubicación dentro de los demás supuestos, particularmente los del inciso c).

Consta en el criterio la Dirección Jurídica sus manifestaciones en cuanto que:

*“Por otro lado el inciso g) del artículo 12 del Reglamento de Seguro de Salud, pasa a ser el f) de la reforma propuesta, y somos coincidentes con la propuesta donde se concreta la cobertura del beneficio familiar, en única instancia, los menores de edad entregados en custodia del asegurado (a) directo por parte del juzgado competente o el PANI ya que los otros supuestos contenidos en la norma vigente, (inciso g), fueron distribuidos estratégicamente en otros incisos.”*

**APARTADO FINAL DEL ARTÍCULO 12°:**

<b>TEXTO ACTUAL</b>	<b>TEXTO PROPUESTO</b>
<p>Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.</p>	<p>Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.</p>
<p>La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica. De llegarse a determinar que no existe vínculo o dependencia económica, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las otras modalidades existentes sin perjuicio de la facultad que se reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente.</p>	<p>La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica.</p> <p>De establecerse que alguno de los requisitos exigidos no se cumple o ha dejado de cumplirse, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las modalidades existentes, sin perjuicio de la facultad que se</p>

	reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente.
--	----------------------------------------------------------------------------------------

Con el propósito de garantizar un mecanismo ágil para la suspensión del beneficio en caso de que dejen de existir las condiciones que dieron origen al otorgamiento, se readecúa la redacción del párrafo final, a efecto de hacer hincapié en la potestad institucional de suspender el mismo, aspecto en relación con el cual la Dirección Jurídica se pronunció en los siguientes términos:

*“También nos parece fundamental la readecuación propuesta del párrafo final del artículo 12) en donde se garantiza un mecanismo ágil para la suspensión del beneficio en caso de que dejen de existir las condiciones que dieron origen al otorgamiento, readecuando la redacción del párrafo final, a efecto de hacer hincapié en la potestad institucional de suspender el mismo.”*

**ARTÍCULO 13º:**

<p><b>ARTÍCULO 13º.</b> Del beneficio en caso de separación conyugal o de ruptura de la unión de hecho. En los casos de separación judicial o de hecho, cuando el cónyuge separado no tenga otra fuente de ingresos que la pensión alimenticia que le suministre el responsable, el esposo o esposa tiene derecho a ser considerado asegurado familiar. Igual derecho, en las mismas circunstancias, le corresponde al compañero o compañera.</p>	<p><b>ARTÍCULO 13º.</b> Del beneficio en caso de separación conyugal o de ruptura de la unión de hecho judicialmente reconocida. Cuando el cónyuge o compañero(a) separado no tenga otra fuente de ingresos más que la pensión alimentaria que le suministre el responsable, conserva el derecho a ser considerado sujeto del beneficio familiar.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Finalmente en lo que toca al artículo 13º se propone la eliminación del apartado final del mismo que otorga un trato igualitario al compañero (a) y al cónyuge, tratándose de casos en los que mediare obligación de pensión alimentaria, toda vez que tal supuesto es jurídicamente imposible para los casos en los que la pareja este formada por dos personas del mismo sexo.

En la misma línea se precisa el encabezado de la norma a efecto de no desamparar aquellos supuestos de terminación de unión de hecho judicialmente declarada.

Con respecto a este punto la Dirección Jurídica señaló:

*“En cuanto al artículo 13, también esta asesoría es coincidente con la reforma propuesta, debido a que como se había señalado supra, es imposible aplicar dicho artículo ya que no procede la “pensión alimentaria” para los convivientes del mismo sexo, por tal motivo no puede equipararse el derecho del compañero (a), en virtud de ello, la propuesta de eliminación de la oración de “Igual derecho, en*

*las mismas circunstancias, le corresponde al compañero o compañera” nos parece correcta.”*

Las reformas reglamentarias propuestas conllevan a su vez el ajuste de las disposiciones, procedimientos e instrumentos para el ingreso, permanencia y suspensión de las respectivas modalidades, así como los mecanismos de control y evaluación de su evolución en el tiempo, aspectos que se abordan en los siguientes apartados.

## **VI- MODIFICACIONES AL MANUAL QUE REGULA LA IMPLMETACIÓN DE LAS DISPOSICIONES ASOCIADAS CON EL BENEFICIO FAMILIAR**

La revisión de las disposiciones que regulan el proceso de adscripción, verificación de derechos y trámite del beneficio familiar, había venido siendo abordada por la Subárea de Normalización y Regulación Técnica del Área de Estadísticas de Salud, con ocasión de la asignación que de la rectoría de esos procesos hizo la Junta Directiva en el acuerdo adoptado en el artículo 3° de la sesión N°8477, celebrada el 6 de noviembre del 2010.

El equipo de tarea en concordancia con lo requerido por la Junta Directiva intensificó el trabajo de análisis, particularmente la revisión del “Manual de Normas y Procedimientos para las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos”, en adelante Manual, vigente desde el 1° de abril del 2006, instrumento que actualmente describe los pasos a seguir en el proceso de adscripción, verificación de derechos y trámite del beneficio familiar.

Se hace la advertencia de que los aspectos de modificación al manual de cita, se plantean bajo el supuesto de que las reformas reglamentarias propuestas serán acogidas por la Junta Directiva, por lo que, de no cumplirse dicho supuesto, obligaría a su replanteamiento.

En línea con lo anterior, y siendo que la revisión del Manual supone no solo lo relativo al capítulo de Beneficio Familiar sino su integralidad, la numeración que se cita para una mejor comprensión, tiene un carácter provisional.

Los planteamientos efectuados en torno a las reformas reglamentarias que se proponen, claramente impactan el contenido de las disposiciones que habrán de materializar los aspectos macro en ellas contenidos. En la especie, particular relevancia adquiere esto dada la nueva definición de “COMPAÑERO”, y la introducción de parámetros de caracterización de la convivencia, que viene a reforzar las herramientas para la determinación de su efectiva existencia.

Con la redacción propuesta por el equipo de trabajo al concepto de COMPAÑERO(A), se contará con mayores posibilidades para verificar la existencia de este tipo de relación, es decir, del *vínculo* entre la persona asegurada directa y la presunta beneficiaria familiar, lo cual representa uno de los requisitos generales establecidos en el artículo 12 del Reglamento de Salud; siendo el otro, la *dependencia económica*, sobre la cual se innova, introduciendo elementos que procuran mayor objetividad.

Con respecto al vínculo, se ha trabajado en determinar los requisitos mediante los cuales se buscará comprobar la existencia de los supuestos de hecho incluidos en la propuesta, propios de

una real convivencia, nos referimos a *la estabilidad, la publicidad, la exclusividad y la convivencia bajo el mismo techo por al menos tres años ininterrumpidos*, típicos de la relación de esta naturaleza y así confirmados reiteradamente por la Sala Constitucional en sendas resoluciones.

En síntesis, se busca el alineamiento del Manual con el cambio sustantivo de las normas reglamentarias, a efecto de que en adelante se asegure el justo reconocimiento, disfrute y eventual suspensión del beneficio familiar, conforme con lo solicitado por la Junta Directiva, sin que se genere discriminación alguna en razón de la preferencia sexual.

#### **A. ALCANCE DEL BENEFICIO FAMILIAR**

Los posibles beneficiarios del núcleo familiar de la persona asegurada directa, que cumpliendo con los requisitos generales de *vínculo y dependencia económica*, además de los particulares de cada caso, serían objeto de la protección, quedarían consignados en el artículo 18 del Manual reformado, de la siguiente manera:

- ✓ *Cónyuge,*
- ✓ *Compañero (a)*
- ✓ *Hijo(a) reconocido legalmente*
- ✓ *Hijo(a) de crianza*
- ✓ *Hijo(a) putativo(a) menor de edad o mayor entre los 18 y 25 años cumplidos estudiante*
- ✓ *Madre de hijo (a) reconocido legalmente.*
- ✓ *Madre de crianza*
- ✓ *Padre de hijo(a) reconocido legalmente*
- ✓ *Padre de crianza*
- ✓ *Hermanos(as) por vínculo legal*
- ✓ *Otros beneficiarios (as)*
- ✓ *Beneficiarios de pensión por sucesión”*

La clasificación realizada responda además a la necesidad de poder contar con estadísticas que presenten de mejor forma la composición de la población que estaría protegida por el Seguro de Salud a través de la figura del Beneficio Familiar.

#### **B. EXTENSIÓN DEL BENEFICIO AL COMPAÑERO (A) DEL MISMO SEXO**

La reforma del Reglamento del Seguro de Salud propicia la extensión del beneficio a la pareja del mismo sexo de la persona asegurada directa dentro de la categoría de *compañero (a)*, en tanto cumpla con los requisitos generales de *vínculo y dependencia económica*, respecto de quien sea cotizante de una modalidad de aseguramiento, así como los particulares del caso, ello hace necesaria la inclusión de regulaciones a nivel de Manual, conforme se expone a continuación:

##### **b.1 Homologación del concepto “COMPAÑERO(A)”**

La homologación del concepto de *compañero(a)* redefinida en la reforma propuesta por el equipo de trabajo, constituye el punto de partida para la integración de la población pretendida

como sujeto pasivo del beneficio familiar que otorga el Seguro de Salud, mediante la adaptación armónica del contenido del Manual lo que se refiere a requisitos y trámite de solicitudes. De tal forma se homologó en el artículo 6° del Manual el concepto citado, tal y como se indica de seguido:

*“Compañero(a): Persona que convive en forma estable, pública, exclusiva y bajo el mismo techo con otra de distinto o del mismo sexo”*

A partir de la homologación efectuada, la administración procederá a determinar la forma en que se acreditará ante la administración activa por parte de la persona asegurada directa y su compañero(a), la condición *sine qua non* de ostentar la *libertad de estado*.

## **b.2 De la comprobación de las características de la relación**

La relación que tenga la persona asegurada directa con su compañero (a) debe reunir las características particulares que establece la norma reglamentaria, a saber: libertad de estado y convivencia.

**DE LA LIBERTAD DE ESTADO:** Partiendo de que se ha constatado la identificación y lugar de residencia de la pareja, así como que uno de sus integrantes ostenta condición de persona asegurada directa del Seguro de Salud, corresponde verificar que ambos tienen libertad de estado, para cuyos efectos el establecimiento de salud consultará la base de datos del Registro Civil, salvo que se trate de personas extranjeras, circunstancia en la cual quién sea extranjero deberá aportar documento idóneo debidamente legalizado en el que se constate que cuenta con libertad de estado.

**DE LA CONVIVENCIA:** Establecida la identificación y libertad de estado de quienes conforman la pareja, corresponde verificar que se cumplan los requisitos que la convivencia debe tener, a saber: la estabilidad, su carácter público y el hecho de que se desarrolla bajo un mismo techo.

En relación con la estabilidad, la norma reglamentaria establece que la duración de la misma habrá de abarcar un período de tres años ininterrumpidos, a efecto de probar tal circunstancia se regulan en el Manual cuatro posibilidades, colocadas de manera priorizada pero no excluyente entre sí, para que las personas aseguradas directas y quienes solicitan la protección del Beneficio Familiar puedan acreditar el tiempo que haya transcurrido desde el inicio de la convivencia hasta la fecha de solicitud.

La primera posibilidad consiste en la verificación del tiempo de convivencia de la pareja en el denominado *“Registro de Parejas en Convivencia”* cuya implementación forma parte de la reforma propuesta al inciso b) del artículo 12° del Reglamento del Seguro de Salud.

Una segunda opción es la posibilidad de aportar documentos emitidos por instituciones de los que se derive la existencia de convivencia, esto es, donde se evidencie la existencia del vínculo de pareja, sin distinción de sexo, tal sería el caso de entidades financieras, de seguros, organizaciones sociales, etc., en que la pareja aparezca como beneficiaria; en entidades de salud,

incluida la Caja, donde ésta se haya designado como persona a quien llamar en caso de urgencia, etc.

Como tercera alternativa la presentación de testigos, quienes por separado y mediante entrevista con carácter de declaración jurada, con las formalidades y apercibimientos de ley, manifiesten indicios claros y concordantes respecto del tiempo de convivencia.

Finalmente, con la misma formalidad y bajo un procedimiento similar al anterior, mediante entrevista por separado a quienes conforman la pareja.

### **C. DEL PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO BENEFICIO FAMILIAR**

El Manual sobre el cual se ha estado trabajando regula las etapas que deben seguirse ante la solicitud de estudio para el otorgamiento del beneficio, siendo estas:

1. La verificación del cumplimiento de los requisitos previos por parte de la persona asegurada directa y de la posible beneficiaria familiar, la cual comprende: su identificación, la condición de aseguramiento de la primera, el vínculo y la dependencia entre ambas, así como las condiciones particulares que solicite el estudio para el otorgamiento del beneficio familiar;
2. La recopilación y análisis de la información financiera para determinar la dependencia económica;
3. El dictado de la resolución respectiva y su notificación;
4. Una vez firme la resolución, la adscripción o actualización de datos y emisión del carné;

Este procedimiento se encuentra distribuido en los artículos *21. Del Estudio de beneficio familiar*, *22. De la calificación*, y *23. De la comunicación al solicitante* del Manual vigente, no obstante, se ha considerado una mayor especificación para efectos de orientar mejor al funcionario que lo aplica.

En la mejora del Manual se ha dado especial atención a lo relacionado con el reconocimiento del beneficio familiar a las personas vinculadas y con dependencia económica del asegurado directo, aspecto en el que se centra la reforma reglamentaria, concentrando dichas disposiciones operativas en el Capítulo V. DEL BENEFICIO FAMILIAR, el cual incluye los siguientes apartados articulados:

- Artículo 18.** De la persona beneficiaria
- Artículo 19.** De la solicitud del beneficio familiar
- Artículo 20.** De los requisitos para el beneficio familiar
- Artículo 21.** De los requisitos para estudiantes mayores de edad
- Artículo 22.** De la calificación de la discapacidad
- Artículo 23.** De la información para el estudio de calificación
- Artículo 24.** De la calificación de la dependencia económica
- Artículo 25.** De la vigencia del beneficio familiar
- Artículo 26.** De la vigencia del carné
- Artículo 27.** De la resolución y comunicación de resultado

**Artículo 28.** De la adscripción y la emisión del carné

**Artículo 29.** De la suspensión del beneficio familiar

**Artículo 30.** Del vencimiento del beneficio familiar

La estructura propuesta facilitará su aplicación a los operadores disminuyendo la frecuencia de las consultas a la asesoría y, en principio, la recurrencia de los errores y omisiones por falta de claridad, con una consecuente mejora de la calidad de la gestión.

## D. DE LA MODIFICACIÓN DEL MANUAL

### D.1 DEL INGRESO

#### CAPITULO V DEL BENEFICIO FAMILIAR

El capítulo inicia con la modificación del **artículo 17 del Manual vigente**, que como se puede observar, no sólo se refiere a los beneficiarios familiares como “*asegurados familiares*”, término erróneo, sino que carece de especificación de los individuos objeto del beneficio:

ACTUAL	PROPUESTA
<p><b>“Artículo 17. De los asegurados familiares.-</b> De conformidad con el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud, tienen derecho al <u>seguro familiar</u> los beneficiarios señalados en dicho artículo, que dependen económicamente del asegurado directo y que no realicen labores asalariadas o tengan fuentes de ingreso que les permita optar por un <u>aseguramiento voluntario</u> o como <u>trabajador independiente.</u>”</p>	<p><b>“Artículo 18. De la persona beneficiaria familiar.-</b> De conformidad con el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud, le asiste el derecho al beneficio familiar, a quien cumpla con los requisitos generales de vínculo y dependencia económica, respecto de la persona asegurada directa; entre ellos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cónyuge,</li> <li>2. Compañero (a)</li> <li>3. Hijo(a) reconocido legalmente</li> <li>4. Hijo(a) de crianza</li> <li>5. Hijo(a) putativo(a) menor de edad o mayor entre los 18 y 25 años no cumplidos estudiante</li> <li>6. Madre de hijo (a) reconocido legalmente.</li> <li>7. Madre de crianza</li> <li>8. Padre de hijo(a) reconocido legalmente</li> <li>9. Padre de crianza</li> <li>10. Hermanos(as) por vínculo legal</li> <li>11. Otros beneficiarios (as)</li> <li>12. Beneficiarios de pensión por sucesión”</li> </ol> <p><i>En razón de la dependencia económica, las personas citadas no podrán realizar labores asalariadas ni contar con fuentes de ingreso que les permita optar por un <u>aseguramiento voluntario</u> o como <u>trabajador</u></i></p>

	<p><i>independiente.</i></p> <p><i>Además, quien aspire al beneficio familiar debe cumplir con los requisitos particulares señalados en el artículo siguiente, de acuerdo con el vínculo y características de la persona.”</i></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En la propuesta, que supone el correr la numeración, se incluye la lista detallada de las personas que eventualmente pueden integrar “núcleo familiar” en torno a una persona asegurada directa, conforme con el vínculo de consanguinidad, de afinidad o legalidad que los puede investir. Con ello, se logra una mejor perspectiva del alcance del beneficio y de los escenarios ha de responder el funcionario en el nivel local. En este sentido, se citan los requisitos generales invocados en el artículo 12 del Reglamento de Salud y se advierte la existencia de requisitos adicionales en relación con el vínculo, las características propias de cada miembro del núcleo y su condición morfológica particular.

Aunado a la anterior, se introduce un nuevo numeral, identificado como 19° que tiene por objetivo orientar tanto al personal de la institución como al administrado, sobre quienes están facultados para presentar solicitud de beneficio familiar, conforme con las circunstancias dadas; así como el establecimiento de salud donde corresponde presentarla, y en tal caso, los requisitos que se deben aportar o solicitar que la Caja verifique respecto de la persona asegurada directa, según corresponda, como condición básica para dar trámite a la solicitud.

Lo apuntado reviste relevancia en caso de conflictos conyugales o de otra naturaleza cuando la persona asegurada directa se reúse a realizar el trámite, debiendo ejecutarlo directamente la persona, en tanto, con fundamento en la ley, exista mérito para ello, por ejemplo, el caso del cónyuge separado(a), los hijos de ambos que no convivan con ella y los padres, en tanto todos dependan económicamente de por imposición de pensión alimentaria.

El texto del artículo propuesto se presenta a continuación:

***“Artículo 19. De la solicitud del beneficio familiar.*** *Corresponde a la persona que ostente la condición de asegurada directa de cualquiera de los regímenes indicados en el artículo xx de este Manual, solicitar el beneficio familiar. En caso de renuencia de ésta, está legitimado para presentar la solicitud, el cónyuge separado, para sí, para los hijos menores de ambos; los hijos mayores de edad estudiantes; los cuidadores de hijos mayores de edad con discapacidad severa permanente; y el padre o la madre, en todos los casos en tanto exista dependencia económica de aquél con motivo de la imposición de una pensión alimentaria.*

*La solicitud se presenta ante la dependencia del establecimiento de salud del primer nivel de atención, sito en el lugar donde resida la persona a cuyo nombre se solicita el reconocimiento del derecho al beneficio familiar; acto en el cual, se debe de presentar respecto de la persona asegurada directa:*

#### *1. Identificación*

2. *Carné de Salud, cuando este adscrito*
3. *Comprobante de derechos en caso de no poder verificarse internamente*
4. *Evidencia del lugar de residencia*

*Cuando la persona asegurada directa se reúse a presentar la solicitud, la interesada en el beneficio, adjuntará a la solicitud:*

1. *Nombre y calidades del asegurado directo;*
2. *Documentación que demuestre el vínculo conforme con lo indicado en el inciso 2 del artículo siguiente.*
3. *Documentación en la que conste que se es beneficiario de pensión alimentaria con cargo al asegurado directo.*

*Si el asegurado directo ostenta dicha condición en virtud de aseguramiento por el Estado, la solicitud de beneficio familiar, deberá tramitarla en la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos.*

El numeral 18 del Manual vigente contiene los requisitos que los beneficiarios deben cumplir a efecto de que se les realice el estudio para el otorgamiento del beneficio familiar, denominado en ese numeral como “afiliación”.

La afiliación está definida como el “*Proceso que incluye los trámites de identificación, inscripción, adscripción y readscripción de las personas que acceden a los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social*”, lo que resulta discordante, en el tanto en la propuesta de reforma reglamentaria, tal concepto es sustituido por el de “adscripción”, esto es, la “*Acción mediante la cual, conforme con el lugar de domicilio habitual o que por motivo de trabajo señale la persona que la requiere y el área de atracción directa del sector, se le designa el establecimiento de salud del primer nivel de atención y la red de servicios institucional en la que le corresponderá recibir atención en salud.*”.

El otro aspecto a considerar es que el artículo vigente no describe toda la gama de posibilidades que se derivan a partir de un determinado vínculo y que por la naturaleza de cada caso, requiere de requisitos específicos lo que supone un proceso interpretativo, para el cual no todos los funcionarios han recibido la capacitación necesaria.

En línea con lo anterior, se propone modificar el actual artículo 18°, cuyo texto se transcribe seguido, por un nuevo artículo que ahora ocuparía el numeral 20° en el que se presenta de forma desglosada las variaciones que en relación con un vínculo determinado pueden darse, cada una de ellas, con sus requisitos particulares según la causa que genere la dependencia económica, la cual constituye junto con el vínculo, los requisitos reglamentarios el reconocimiento del beneficio familiar.

Concordante con lo expuesto, se puede apreciar, que la propuesta presenta una lógica mediante la cual, se agrupan los requisitos generales aplicables a todos los casos (identificación, vínculo con el asegurado directo, verificación del derecho y domicilio) para luego, respecto de cada caso particular, determinar los requisitos individuales. De tal manera se pasa de 6 categorías de beneficiarios a 16, lo que permitirá al operador local una mayor especificidad y consecuentemente, una mayor autonomía en su aplicación, generando una menor demanda de la asesoría del nivel central.

**ARTÍCULO 18° ACTUAL:**

*“Artículo 18°. De los requisitos para el estudio de beneficio familiar. Para la afiliación de los beneficiarios del asegurado directo, contemplados en el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud, se establecen los siguientes requisitos:*

- *Declaración firmada por el asegurado directo, en el formulario que le suministra la Caja, a efectos de determinar las condiciones de parentesco, dependencia económica y domicilio, excepto en el caso de hijos menores de edad.*
- *Documentos del asegurado directo: identificación y orden patronal vigente y/o sellada como cesante o documento que lo acredite como asegurado, siempre y cuando no se cuente con acceso a una aplicación automatizada que permita verificar la condición de aseguramiento.*
- *Recibos de agua, luz o teléfono de los beneficiarios, cuando no convivan con el asegurado directo.*

*Además de lo indicado en cuanto al asegurado directo, en el caso de los beneficiarios deberá presentarse los siguientes documentos, según se trate de:*

- ***Cónyuges:** a) Documento de identificación vigente. b) Constancia de matrimonio reciente (un mes de emisión).*
- ***Compañeros (as).** Documento de identificación vigente.*
- ***Hijos:** Constancia de nacimiento. Tratándose de extranjeros, adicionalmente deberá presentar documento de identificación oficial pasaporte, cédula de residencia o carné de refugiado.*
- ***Hermanos o hermanas:** a) Cédula o constancia de nacimiento si son menores; este documento solo debe solicitarse la primera vez que se extienda el beneficio; b) constancia de estado civil, esto solo en los casos de hermanos mayores de dieciocho años, siempre y cuando la razones para extender el beneficio no sean las establecidas en el artículo 12, inciso f, párrafo segundo, del Reglamento del Seguro de Salud.*
- ***Padres (natural o de crianza):** Documento de identificación vigente.*
- ***Otros beneficiarios:** a) Documento de identificación o constancia de nacimiento cuando se trate de menores de edad; este documento solo podrá solicitarse la primera vez que se extienda el beneficio; b) constancia emitida por el Patronato Nacional de la Infancia, donde se determine la custodia sobre el menor.*

- ***Las constancias de nacimiento y matrimonio emitidas en el extranjero, deberán contar con la autenticación por parte del consulado de Costa Rica en el país de emisión. Este requisito no es aplicable en caso de personas refugiadas.***

*En el caso de posibles beneficiarios extranjeros que se encuentren en el territorio costarricense, el beneficio queda sujeto a que el asegurado directo demuestre que residen permanentemente en el territorio costarricense.”*

## **ARTÍCULO 20° PROPUESTO:**

***“Artículo 20. De los requisitos para el beneficio familiar.- Se deberá presentar respecto de la o las personas a quienes se solicita el otorgamiento del beneficio familiar, en tanto no se disponga de medios alternos de consulta por tratarse de información contenida en registros públicos nacionales, lo siguiente:***

### ***REQUISITOS GENERALES DE LA POSIBLE BENEFICARIA FAMILIAR:***

#### ***1. Identificación según edad.-***

##### ***Menores de edad:***

- 1.1 Costarricense menor de 12 años. Certificado de declaración de nacimiento o certificado de nacimiento (solo la primera vez)*
- 1.2 Costarricense entre 12 y 18 años. Tarjeta de identidad de menores TIM.*
- 1.3 Extranjero menor de 18 años. Certificado de nacimiento apostillado o autenticado por el Consulado de Costa Rica del país que lo emite (solo la primera vez) y DIMEX o pasaporte.*

##### ***Mayores de edad:***

- 1.4 Costarricense, cédula de identidad vigente y en buen estado*
- 1.5 Certificado de nacimiento cuando así se requiera, solo la primera vez. En caso de ser emitido en el extranjero debe estar legalizado (apostillado o autenticado). La legalización no aplica en caso de refugiados.*

#### ***2. Vínculo con el Asegurado Directo.-***

- 2.1 Vínculo por consanguinidad, legalmente reconocida. Corroboración por medio de certificado de nacimiento.*
- 2.2 Vínculo por afinidad del Hijo(a) putativo(a). Identificación del padre/madre del hijo putativo. Corroboración del vínculo por medio de*

*certificado de nacimiento el cual en caso de extranjeros debe estar legalizado.*

*2.3 Vínculo por custodia legal. Documento de custodia o salvaguarda, emitida por el PANI o la autoridad judicial competente, según corresponda.*

**3. Verificación del derecho, según corresponda:**

*3.1 Orden patronal regular vigente o sellada por cesantía u orden patronal provisional<sup>1</sup>*

*3.2 Comprobante de pago de aseguramiento, vigente;<sup>2</sup>*

*3.3 Informe de verificación de beneficiario de asegurado por el Estado (Formulario. N° 4-70-07-0080);*

*3.4 Resolución de adjudicación de pensión o jubilación.*

**4. Documento idóneo para acreditar el domicilio:**

*4.1 Recibo de servicio público: electricidad, teléfono, cable o similar;(\*)*

*4.2 Si alquila: contrato de alquiler, recibo, depósito bancario o constancia de transferencia del pago correspondiente al mes anterior;(\*)*

*4.3 Documento emitido por la administración del Centro Penal, hogar de ancianos, albergue de rehabilitación o infantil del PANI, condominio y similares.*

*4.4 Declaración jurada del familiar, persona con quien cohabita, vecino o persona conocida, quien de fe del lugar de residencia permanente.*

*Los documentos anteriores deben estar a nombre de la persona asegurada directa cuando cohabite con quien desea beneficiar; de no ser así, a nombre del posible beneficiario o de la persona con quien ésta conviva.*

**REQUISITOS ESPECÍFICOS DE LA POSIBLE BENEFICIARIA FAMILIAR:**

*Además del cumplimiento de lo anteriormente especificado, la persona asegurada directa o legitimada, deberá presentar lo siguiente:*

**5. Cónyuge.-** *Tratándose de matrimonios realizados en el extranjero, deberá presentarse certificado debidamente legalizado y con un período no mayor de tres meses desde la fecha de la legalización.*

**6. Compañero (a).** *Convivencia bajo el mismo techo por al menos de 3 años en forma ininterrumpida.*

---

<sup>1</sup> Asegurado directo o beneficiario

<sup>2</sup> Ibídem

- 6.1 *Verificación de la libertad de estado. En caso de que el matrimonio se haya realizado en el extranjero, el certificado deberá presentarse debidamente legalizado.*
- 6.2 *Acreditar el tiempo y las características de la convivencia de la pareja mediante verificación en el “Registro de Parejas en Convivencia”, documentos emitidos por instituciones de las que se derive la existencia de convivencia, tales como entidades financieras, de seguros, organizaciones sociales, entre otras, en las que se consigne a la pareja como beneficiaria; testimonio de dos personas mayores de edad quienes por separado manifiesten indicios claros y concordantes respecto del tiempo de convivencia, y/o mediante declaración jurada de la persona asegurada y de la beneficiaria familiar.*
7. **Hijo(a) legalmente reconocido(a), menor de edad.-** *No tiene requisitos específicos, solo presenta los generales de identificación, vínculo y domicilio.*
8. **Hijo(a) legalmente reconocido(a), mayor de edad con discapacidad severa permanente<sup>3</sup>.**- *Para determinar la discapacidad se procederá de conformidad con lo establecido por la Dirección de Calificación del Estado de la Invalidez (DCEI) indicado en el artículo xx de este manual.*
9. **Hijo(a)<sup>4</sup> legalmente reconocido(a), mayor de edad, estudiante entre los 18 y 25 años.** *Ver requisitos en artículo siguiente.*
10. **Hijo(a)<sup>5</sup> legalmente reconocido(a), mayor de edad, cuidador(a) de padre/madre con discapacidad severa y/o mayor de 65 años<sup>6</sup>.**- *Aplica para el hijo(a) mayor de edad de la persona pensionada con cualquiera o ambas condiciones dichas, que en razón de ello se encuentre imposibilitado para trabajar por tener que cuidar a uno o ambos padres, convirtiéndose en económicamente dependiente de ellos. El beneficio se otorgará mientras se mantengan las condiciones.*
- 10.1 *Verificación de la libertad de estado.*
- 10.2 *acreditar la discapacidad severa permanente, conforme con lo establecido por la DCEI en el artículo xx de este Manual o la resolución del Régimen de IVM.*
11. **Hijo(a) putativo(a) menor o mayor de edad del nuevo cónyuge o compañera(o), estudiante entre 18 y 25 años no cumplidos o con discapacidad severa permanente<sup>7</sup>.**-

---

<sup>3</sup> *Ibídem*

<sup>4</sup> *Ibídem*

<sup>5</sup> *Ibídem*

<sup>6</sup> *Ibídem*

<sup>7</sup> *Ibídem*

- 11.1 *Descartar que el padre o la madre legal tengan condición de persona asegurada directa.*
- 11.2 *Corroborar que el padre o la madre que ostenta la tutela goza de beneficio familiar por parte de la persona asegurada directa con quien convive.*
- 11.3 *mayor de edad con discapacidad severa permanente. Verificación de la libertad de estado, declaración jurada de que no vive en unión libre. Acreditar la discapacidad severa permanente, conforme con lo establecido por la DCEI en el artículo xx de este Manual.*
- 11.4 *mayor, entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante. Ver requisitos en artículo siguiente.*
- 11.5 *Declaración jurada de la convivencia bajo el mismo techo.*

**12. Hermano(a) por vínculo legal, menor de edad.-**

- 12.1 *Descartar que el padre o la madre legal tengan condición de persona asegurada directa.*
- 12.2 *Verificación de la relación de parentesco. En caso de nacimientos acaecidos en el extranjero, deberá aportarse certificación debidamente legalizada.*
- 12.3 *Declaración jurada sobre la convivencia bajo el mismo techo.*

**13. Hermano(a) mayor de edad entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante.-**  
*Ver requisitos en artículo siguiente.*

**14. Hermano(a) por vínculo legal, mayor de edad y con discapacidad severa permanente<sup>8</sup>.-**

- 14.1 *Descartar que el padre o la madre del hijo mayor con discapacidad tengan condición de persona asegurada directa.*
- 14.2 *Verificar la relación de parentesco de hermanos.*
- 14.3 *Verificar la libertad de estado de la persona posible beneficiaria familiar*
- 14.4 *Acreditar la discapacidad severa permanente, conforme con lo establecido por la DCEI en el artículo xx de este Manual o la resolución del Régimen de IVM.*

**15. Hermano(a) por vínculo legal, cuidador(a) de padres mayores de 65 años y/o con discapacidad severa permanente<sup>9</sup>.-** *Aplica cuando el hermano(a) de la persona asegurada directa se encuentre imposibilitado para trabajar por tener que cuidar de alguno o ambos padres en razón de las condiciones dichas mientras se mantengan y dependa económicamente de ésta.*

---

<sup>8</sup> *Ibídem*

<sup>9</sup> *Ibídem*

- 15.1 Verificación de la relación de parentesco;
- 15.2 Verificación de la libertad de estado de la persona posible beneficiaria familiar;
- 15.3 declaración jurada del hermano cuidador de que no vive en unión libre;
- 15.4 acreditar la discapacidad severa permanente, conforme con lo establecido por la DCEI en el artículo xx de este Manual o la resolución del Régimen de IVM, cuando corresponda.

**16. Hermano(a) por vínculo legal, cuidador(a) de hermano(a) con discapacidad severa permanente.**<sup>10</sup> El beneficio se otorgará en primer término por medio del pensionado por RCN, y en segundo lugar por otro hermano asegurado directo.

- 16.1 Verificación de la relación de parentesco En caso de nacimientos acaecidos en el extranjero, deberá aportarse certificación debidamente legalizada.
- 16.2 declaración jurada de que es cuidador de persona pensionada por RNC;
- 16.3 Verificación de la libertad de estado del cuidador;
- 16.4 Declaración jurada de que el hermano cuidador no vive en unión libre.

**17. Padre/madre de hijo(a) legalmente reconocido(a).**- Cuando dependen económicamente del hijo(a).

- 17.1 Verificación de la relación de parentesco.

**18. Padre/madre cuidador(a) de hijo(a) legalmente reconocido(a), pensionado de RNC por PCI o PCP.**- Le asistirá el derecho al padre/madre en imposibilidad para trabajar por tener que cuidar al hijo(a) legalmente reconocido(a) y pensionado por la condición de salud indicada.

- 18.1 Resolución de adjudicación de la pensión (solo la primera vez);
- 18.2 Verificación de la relación de parentesco.

**19. Otro beneficiario(a) con vínculo por custodia legal, menor de edad o mayor entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante.**<sup>11</sup>

- 19.1 Documento de custodia legal emitido por el PANI o Juzgado competente sobre otorgamiento de la custodia legal o salva guarda del menor a la persona asegurada directa;
- 19.2 mayor, entre 18 y 25 años no cumplidos, estudiante. Ver requisitos en artículo siguiente.

**20. Beneficiario(a) por sucesión de pensión (viudez, orfandad y otros sobrevivientes).**-

---

<sup>10</sup> Ibídem

<sup>11</sup> Ibídem

20.1 *Constancia de adjudicación del beneficio por sucesión.***ARTÍCULO 19° ACTUAL:**

En relación con el artículo 19 del manual vigente (21 en la versión modificada), el mismo es bastante general, lo que abre la posibilidad a diversas interpretaciones, en el texto que se propone se plantea una redacción más orientadora del procedimiento, de forma que facilite la labor al funcionario y disminuya el riesgo de errores y omisiones.

<b>ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA</b>
<p><b>“Artículo 19°. De los estudiantes.</b>  <i>Cuando el requisito para el otorgamiento del beneficio familiar es la condición de estudiante se requiere una constancia de estudios que lo acredite como estudiante activo en el curso lectivo vigente al momento de la solicitud de beneficio.</i></p> <p><i>Cuando se trate de estudiantes entre los dieciocho y veintidós años, se aceptarán constancias emitidas por instituciones públicas o privadas, diurnas o nocturnas, bajo el sistema presencial o a distancia, de secundaria, colegios técnicos profesionales y vocacionales, Instituto Nacional de Aprendizaje, Colegios Universitarios, e instituciones para universitarias, según corresponda.</i></p> <p><i>Cuando se trate de estudiantes universitarios, de instituciones públicas o privadas aplican las mismas condiciones, hasta los veinticinco años cumplidos”</i></p>	<p><b>“Artículo 21.- De los requisitos para estudiantes mayores de edad.”<sup>12</sup></b> <i>El beneficio será otorgado al hijo(a), hijo(a) putativo hermano(a) y otro beneficiario con vínculo por custodia legal, indicados en los incisos 9, 11, 13 y 19 del artículo anterior, en tanto cumplan además, con los siguientes requisitos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Identificación, vínculo, derechos y domicilio indicados en los incisos 1 a 4 del artículo anterior.</i></li> <li><i>2. Verificación de la libreta de estado.</i></li> <li><i>3. Declaración jurada de que no se encuentra en unión libre.</i></li> <li><i>4. Constancia de estudios o comprobante de pago que lo acredite como estudiante activo en el curso lectivo vigente al momento de la solicitud de beneficio. Cuando el comprobante sea de matrícula virtual deberá estar sellado y firmado por la universidad. Si estudia en el extranjero la documentación debe cumplir con el proceso de legalización y ser presentada en el idioma español.</i></li> <li><i>5. <u>Estudiante entre 18 y 22 años no cumplidos.</u> Para optar por el derecho al beneficio familiar como estudiante de secundaria o educación técnica, deberá presentar constancia de estudio o comprobante de pago de matrícula.</i></li> <li><i>6. <u>Estudiante hasta los 25 años no cumplidos.</u> Para optar por el derecho al beneficio familiar como estudiante universitario, deberá presentar constancia de estudio o comprobante de matrícula.</i></li> </ol>

<sup>12</sup> *Ibidem*

	<p><i>Cuando los estudios se realicen en el extranjero, los documentos que se presenten deberán serlo en idioma español, apostillados o autenticados por el Consulado de Costa Rica en el país donde se emitan, acompañando constancia de ingresos y salidas del país concordante con la realización de dichos estudios.</i></p> <p><i>El beneficio familiar <u>no aplica</u> a estudiante que solamente matriculen cursos libres.”</i></p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ARTÍCULO 20° ACTUAL:**

El numeral en cuestión, refiere específicamente a la *discapacidad severa permanente* y al procedimiento a seguir para su determinación como causa de dependencia económica por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez. En el artículo 22 propuesto se amplía para abordar lo relativo a la *insania*, como causa homologa y su determinación, en este caso, por autoridad judicial. También se incluye la protección temporal mediante la entrega de un carné de salud con vigencia máxima de hasta tres meses en el tanto se resuelve la calificación de discapacidad severa permanente, evitando dejar desprotegida a la persona.

<b>ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA</b>
<p><b>“Artículo 20°. De la calificación de la discapacidad.-</b> De conformidad con lo establecido en los incisos A, C y F y en el párrafo final del artículo 12° del Reglamento del Seguro de Salud, cuando el requisito para otorgar el beneficio familiar es la discapacidad severa, será la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, la llamada a determinar tal condición. El procedimiento a seguir es el siguiente:</p> <p>Cada Área de Salud deberá conformar un expediente administrativo del presunto beneficiario, debidamente foliado, el cual deberá ser remitido a la Comisión, conteniendo los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia del documento de identificación del beneficiario.</li> <li>• Dictamen o Epicrisis, refrendada</li> </ul>	<p><b>“Artículo 22. De la calificación de la discapacidad.-</b> Cuando uno de los requisitos para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa permanente, conforme con los incisos a), c) y f) del artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud, corresponderá a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez determinar tal condición, salvo cuando el posible beneficiario haya sido declarado insano por la autoridad judicial competente, para lo cual, se deberá presentar el documento que así lo indique. El procedimiento a seguir es el siguiente:</p> <p>Cada área de salud debe conformar un expediente administrativo por beneficiario(a), debidamente foliado y lo remitirá a la Dirección Calificación del Estado de la Invalidez (DCEI), con los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitud formal de determinación del estado de discapacidad severa permanente, en la cual se indique el nombre del asegurado directo, vínculo familiar y domicilio del posible beneficiario.</li> <li>2. Epicrisis reciente o Protocolo de Referencia para la Evaluación de Invalidez de la DCEI, refrendada por la Dirección Médica del Área de</li> </ol>

<p><i>por la Dirección Médica del Área de salud, lugar del domicilio del familiar a beneficiar, que justifique la valoración de discapacidad severa.</i></p> <p><i>Nota del Área de Salud solicitando la determinación del estado de discapacidad severa, donde indica quien es el asegurado directo y la relación familiar con el solicitante del beneficio.</i></p> <p><i>Opcionalmente, el paciente podrá aportar otros documentos que amplíen lo indicado en el dictamen o la epicrisis.</i></p> <p><i>Las sedes de área de salud, enviarán los expedientes administrativos con los documentos indicados, en el punto anterior a la Dirección de Calificación de la Invalidez, de la Gerencia División de Pensiones en San José.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La Dirección de Calificación del Estado de Invalidez remitirá a las Áreas de Salud, la siguiente información por las vías de comunicación disponibles:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cita de valoración médica.</i></li> <li>• <i>Envío del expediente con la resolución posterior a la evaluación médica.</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Cuando el paciente no pueda presentarse por condiciones especiales o de difícil traslado, y la Comisión cuente con suficiencia de documentación médica oficial en el expediente, la Comisión puede resolver y enviar el expediente.</i></li> </ul>	<p><i>Salud.</i></p> <p><i>3. Opcionalmente, otros documentos de información médica no incluidos en el expediente de salud del establecimiento, que amplíen lo indicado en la epicrisis, cuando haya recibido atención en otros establecimientos de salud, públicos o privados, por la misma causa.</i></p> <p><i>La DCEI devolverá al área de salud, la siguiente información por las vías de comunicación disponibles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Comunicación de cita de valoración médica</i></li> <li>✓ <i>Expediente administrativo con la evaluación correspondiente.</i></li> </ul> <p><i>En tanto el caso se encuentre en la DCEI se podrá otorgar un carné provisional al posible beneficiario hasta por un período de tres meses renovable por períodos iguales hasta la firmeza del acto que resuelve administrativamente en definitiva la solicitud planteada, con la advertencia escrita a la persona asegurada directa de que si se llega a determinar que no existe la discapacidad severa permanente, quedará inmediatamente sin efecto.</i></p> <p><i>Recibido el resultado de la evaluación del estado de discapacidad severa permanente, el establecimiento de salud continuará con el trámite del beneficio familiar. Seguido se emite la resolución escrita y fundamentada firmada por la jefatura del funcionario(a) que la tramitó, misma que será comunicada a la persona solicitante a través de la dirección señalada en el expediente administrativo para tales efectos.</i></p> <p><i>En contra de la resolución cabra el recurso de revocatoria, mismo que deberá presentarse, dentro del plazo de tres días hábiles contados a partir del siguiente a la notificación de la resolución, ello en el establecimiento donde se tramitó el beneficio familiar, desde donde se remitirá conjuntamente con el expediente administrativo a la DCEI para su correspondiente trámite.</i></p> <p><i>Una vez que la resolución adquiera firmeza, se integrará el expediente del DCEI al expediente del</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>En los casos aprobados, los centros médicos continuarán con el proceso de afiliación, y en los casos denegados, se procederá con la entrega de la comunicación oficial, dejando constancia de recibido en ambos casos.</i></li> <li>▪ <i>En los casos de <u>apelación</u>, los trámites podrán presentarse en el área de salud donde se presentó la gestión, misma que deberá remitir el expediente administrativo a la Dirección de Calificación del Estado de Invalidez, para conocimiento y trámite por la Comisión de Apelaciones.”</i></li> </ul>	<p><i>beneficio familiar.</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

#### **ARTÍCULO 21° ACTUAL:**

El artículo 21 actual corre su numeración y pasa al artículo 23 en la modificación propuesta, en él se cambia el nombre del instrumento de entrevista de “*Calificación de Derechos para el Beneficio Familiar*” a “*Información para Estudio de Calificación de Solicitud de Beneficio Familiar*”, al cual, además se le da valor de declaración jurada, con los apercibimiento del caso, como forma de propiciar una mayor transparencia en la información. Dicho instrumento estará a disposiciones de los establecimientos de salud a través la página Web de la Caja.

<b>ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA</b>
<p><i>“Artículo 21°. Del estudio de beneficio familiar.- El estudio del beneficio familiar se realiza para los beneficiarios indicados en el artículo 12° del reglamento del Seguro de Salud, excepto en el caso de los cónyuges y los hijos menores de edad.</i></p> <p><i>El procedimiento que aplica es el siguiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se utilizará el formulario número</i></li> </ul>	<p><i>“Artículo 23.- De la información para el estudio del beneficio familiar.- Para sustentar documentalmente el estudio de dependencia económica para el beneficio familiar, el funcionario designado debe conformar un expediente de beneficio familiar identificado con el nombre y apellidos del asegurado directo, ordenado por persona beneficiaria, el cual contendrá los siguientes documentos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Los aportados para acreditar: la identificación, el vínculo entre la persona asegurada directa y su posible beneficiaria familiar, el domicilio y los</i></li> </ol>

<p>4-70-07-0140 “Calificación de Derechos por Beneficio Familiar”, el cual deberá ser llenado de acuerdo con cada caso, y firmada por el asegurado directo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El formulario podrá ser presentado por el familiar que desea beneficiarse, siempre y cuando sea mayor de edad; en el caso de hermanos y otros menores de edad, contemplados en los incisos c y g, del artículo 12<sup>o</sup>, la gestión corresponde a la persona encargada.</li> <li>▪ El funcionario que realiza el proceso de afiliación, analizará la información consignada en el formulario, tratando de determinar las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los ingresos reportados sean coherentes con la dependencia económica que se aduce, considerando los siguientes aspectos: vivienda, alimentación, salud, vestido, servicios públicos y educación.</li> <li>• Que exista convivencia bajo el mismo techo, en los casos en que lo establezca el artículo 12.</li> <li>• Cuando por razones muy particulares, los beneficiarios residen en un lugar de adscripción diferente al del asegurado directo, el formulario deberá remitirse al centro médico de adscripción de éstos.</li> </ul> </li> <li>▪ De existir duda, en cuanto al cumplimiento de las condiciones citadas, la administración podrá utilizar los medios que considere conveniente para verificar la información, tales como la</li> </ul>	<p>derechos del asegurado directo.</p> <p>2. El formulario 4-70-07-0140 “Información para Estudio de Calificación de Solicitud de Beneficio Familiar”, con carácter de declaración jurada, el cual debe ser firmado por la persona asegurada o la presunta beneficiaria mayor de edad. El formulario puede entregarse a la persona interesada en los establecimientos del primer nivel de atención o bajarse de la página Web de la Caja<sup>13</sup>, para que ésta lo complete y entregue en el establecimiento de salud donde le corresponda adscribirse.</p> <p>La entrevista para completar el formulario citado lo aplicará el funcionario designado exclusivamente en caso de personas beneficiarias mayores de edad. No se aplicará a los padres o hermano (a) encargado o al cuidado de persona pensionada del RNC con diagnóstico PCP o PCI, dado que la condición de dependencia económica ya ha sido validada por la Gerencia de Pensiones. Por ello, bastará con que la persona cuidadora firme la Declaración Jurada en la que se indique su condición.</p> <p>3. Cuando la persona asegurada directa pensionada, no cuente con capacidad volitiva y/o cognoscitiva determinada por profesional competente, para brindar la información o firmar el formulario precitado, podrá hacerlo la persona que está optando por el beneficio familiar en condición de cuidadora o bien, por su representante legal.</p> <p>4. En los siguientes casos donde no se requiera la convivencia bajo el mismo techo de: padres legalmente reconocidos, hijos legalmente reconocidos, hermanos por vínculo legal mayores de edad o discapacitados y cónyuge, a la persona asegurada directa, se le deberá tomar en cuenta los gastos económicos que le genere quien opte por el beneficio familiar como dependiente de ella.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>13</sup> Dirección electrónica:

<p><i>entrevista al asegurado (a) directo (a), consultas a sistemas de información, visitas domiciliarias, estudios de Trabajo de Social, u otras.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La entrevista al asegurado (a) directo (a), será realizada por los funcionarios de las Oficinas de Afiliación, o a falta de estos por el funcionario a cargo de Registros Médicos del primero y segundo nivel.</i></li> <li>▪ <i>Debe realizarse en el centro médico de adscripción de los beneficiarios y debe garantizarse la confidencialidad que tal acto requiere.</i></li> <li>▪ <i>En los casos en que no haya convivencia bajo el mismo techo, el asegurado directo podrá realizar los trámites en su centro de adscripción, siendo responsabilidad de los funcionarios a cargo del proceso de afiliación la remisión de los documentos al centro de adscripción de los familiares</i></li> <li>▪ <i>Ante tal situación, deberá tomarse en cuenta el nivel de egresos de los núcleos familiares que desea incluirse, considerando como núcleo familiar a todas las personas dependientes del asegurado directo. La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance las relaciones de parentesco y de dependencia económica.”</i></li> </ul>	<p><i>5. Cuando se presuma que la persona beneficiaria no reside en forma permanente en el territorio nacional se solicitará constancia de ingresos y salidas del país. En tal caso, el beneficio solo procederá como estudiante; sujeto a los requisitos de los incisos 4) y 5) del artículo 20 anterior.</i></p> <p><i>De existir duda en relación con el cumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos para determinar con certeza la identidad de las partes, el vínculo entre éstas, su domicilio; la Caja se reserva el derecho verificar por los medios que corresponda para verificar lo pertinente, pudiendo: citar a las partes (persona asegurada y eventual beneficiaria) para ampliar la entrevista, consultar sistemas de información, solicitar visita al domicilio reportado o estudios de Trabajo Social.</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ARTÍCULO 22° ACTUAL:**

En el artículo 22 del manual vigente y 24 del propuesto, se elimina lo referente a la facturación de servicios médicos brindados cuando se determine posteriormente que el beneficio no procedía, toda vez que esto está contemplado en el artículo 28 de la propuesta.

Se incluye además el monto económico de ingresos mínimo establecido por la Caja para optar por una modalidad de aseguramiento voluntario como parámetro de decisión para el reconocimiento del beneficio familiar en el supuesto de que la posible beneficiaria reciba ingresos, en el entendido de que si estos son iguales o mayores a dicho monto no procederá el beneficio.

ACTUAL	PROPUESTA
<p><b>“Artículo 22º. De la calificación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ingresos suficientes</b> por parte del asegurado directo: cuando el nivel de ingresos sea igual o mayor al nivel de egresos, en este caso el beneficio será otorgado. Lo anterior siempre y cuando en el formulario se determine que los posibles beneficiarios no tienen ingreso que les permitan optar por alguna modalidad de aseguramiento.</li> <li>▪ <b>Ingresos insuficientes</b> por parte del asegurado directo: cuando el nivel de ingresos sea inferior al nivel de egresos, en este caso el beneficio será denegado. De comprobarse la existencia de ingresos por parte de los posibles beneficiarios, se sugerirá optar por alguna modalidad de aseguramiento.</li> </ul> <p>Cuando se esté ante casos de beneficios aprobados y que posteriormente se determine que el otorgamiento del derecho no era procedente, por comprobarse que el beneficiario no depende económicamente del asegurado directo, se debe emitir facturas y realizar el cobro de los servicios brindados durante el tiempo en que se disfrutó del beneficio.”</p>	<p><b>“Artículo 24.- De la calificación de dependencia económica.-</b> El funcionario debe determinar por separado, la totalidad de los ingresos y la de gastos reportados por la persona, asegurada y la posible beneficiaria. Luego de ello verifica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Si la posible beneficiaria cuenta con ingresos iguales o mayores a los establecidos por la Caja para optar por alguna modalidad de aseguramiento. En tal caso la solicitud debe ser denegada y se orienta a la persona para que solicite el aseguramiento en alguna de las modalidades de seguro que mejor se adapte a la condición económica.</li> <li>2 Si la asegurada cuenta con ingresos iguales o mayores a los gastos, se presume la dependencia económica y se aprueba la solicitud;</li> <li>3 Si los gastos resultan mayores que los ingresos, no hay dependencia económica, consecuentemente procede denegar la solicitud, y se orienta a la persona para que solicite alguna de las modalidades de aseguramiento que mejor se adapte a sus condiciones económicas.”</li> </ol>

**D.2 DE LA PERMANENCIA Y SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO FAMILIAR**

Los aspectos asociados con la permanencia y suspensión del beneficio son dos de los que a la fecha presentan un menor grado de robustez, razón por la se dificulta el corroborar que los requisitos que sirvieron de base para el otorgamiento del beneficio se continúan cumpliendo a lo largo de la vigencia del mismo.

En razón de lo anterior, se aprovecha la oportunidad para introducir un nuevo artículo, a efecto de establecer un período menor de vigencia del beneficio familiar, lo que obligará a un nuevo estudio del caso, especialmente en aquellos en que la experiencia muestra una mayor tendencia al cambio de las condiciones originales que justificaron el otorgamiento del beneficio.

## ARTÍCULO 25° PROPUESTO

*“Artículo 25.- De la vigencia del beneficio familiar.- La vigencia del beneficio familiar, iniciará desde la fecha en que la resolución que así lo determina adquiere firmeza administrativa y por el plazo que seguido se establece.*

PARENTESCO	PERÍODO DE VALIDEZ
Cónyuge, cónyuge separado con pensión alimentaria <sup>2</sup>	2 años
Compañera(o)	1 año
Hijo(a) <sup>1</sup> menor de edad	Hasta los 18 años
Hijo(a) <sup>1</sup> mayor de edad con discapacidad severa	10 años
Hijo(a) putativo(a) menor	1 año
Hijo(a) putativo(a) mayor con discapacidad	1 año
Madre y/o madre de crianza	2 años
Padre y/o padre de crianza	2 años
Hermano <sup>1</sup> menor de edad	1 año
Hermano <sup>1</sup> mayor de edad, con discapacidad	2 años
Hermano <sup>1</sup> mayor de edad, cuidador de padres	2 años
Cónyuge beneficiaria(o) de pensión por sucesión	Hasta los 18 años
Compañera(o) beneficiaria(o) de pensión por sucesión	2 años
Huérfana(o) menor de edad beneficiario(a) por sucesión	El indicado por el PANI o Juzgado
Madre, padre, hermanos, otros beneficiarios por sucesión	Período matriculado más vacaciones
Menor de edad en custodia legal	
Estudiantes mayores de edad	

<sup>1</sup> Legalmente reconocido

<sup>2</sup> Mientras se mantenga el vínculo del matrimonio

*En caso de que se hubieren prestados atenciones durante el período comprendido entre la presentación de la solicitud de estudio y la fecha de la firmeza del acto que lo otorga, estas se entenderán cubiertas por el beneficio otorgado.*

**ARTÍCULO 23° ACTUAL:**

A efecto de mantener una lógica procesal, se aprovecha la reforma al 23, ahora 26, para instrumentar lo correspondiente a la resolución y su comunicación, aspecto que no se contempla en la regulación vigente. Además se suprime la limitación temporal existente de tres meses para la presentación de una nueva solicitud, toda vez que en algunos de los supuestos es claro que la variación de las condiciones puede dar en un período de tiempo muy inferior a ese.

<b>ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA</b>
<p><i>“Artículo 23°. De la comunicación del solicitante. Una vez recibida la calificación del estudio por parte del Área de Salud, se comunicará el resultado que corresponda, según las opciones: aprobado o denegado, por los medios más ágiles disponibles en un plazo no mayor a cinco días hábiles, dejando constancia de dicha comunicación en el expediente.</i></p> <p><i>Si la solicitud es denegada, podrá presentarse una nueva solicitud tres meses después, a partir de la fecha de la resolución, siempre y cuando las condiciones que dieron origen a la misma presenten variación representativa. Este plazo podrá ser menor solamente en los casos contemplados en el inciso b, del artículo 12, del Reglamento del Seguro de Salud.</i></p>	<p><i>“Artículo 26. De la resolución y su comunicación.- Realizado el estudio de calificación de dependencia económica y de conformidad con lo regulado en el artículo 24, la jefatura inmediata de la unidad responsable del trámite de beneficio familiar, procederá a la emisión de la resolución mediante la cual se aprueba o deniega la solicitud, misma que deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos en la Ley General de la Administración Pública, incluyendo la posibilidad de recurrir el acto.</i></p> <p><i>Además, en caso de que la resolución fuere negativa a los intereses del petente, esta deberá indicar que le asiste el derecho de presentar una nueva solicitud en el tanto su situación haya variado con respecto a la que fue determinada en la resolución que le ha sido comunicada.</i></p> <p><i>La notificación de la resolución, se efectuara al lugar o medio que el solicitante haya señalado al momento de presentar la petición.</i></p>

**ARTÍCULO 24° ACTUAL:**

La principal modificación que se introduce al actual artículo 24, ahora 27, lo es el cambio del término “afiliación”, que como se indicó tiene una aplicación distinta a la de interés para este proceso, por el de “adscripción” a efecto de mantener la congruencia en el manual. Además, se regula el contenido estandarizado del carné en el ámbito institucional conforme a lo establecido en los artículos xx a xx de este mismo Manual.

<b>ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA</b>
<p><b>“Artículo 24°. Del procedimiento de afiliación.-</b> Una vez determinado el derecho del seguro familiar, se realizará el proceso de afiliación, procediendo de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se registrará o actualizará la información, según corresponda, en los sistemas desarrollados para tal efecto.</li> <li>▪ Se confecciona el carné, utilizando el formato del formulario institucional.”</li> </ul>	<p><b>“Artículo 27. De la adscripción y la emisión del carné.-</b> Aprobada la solicitud del beneficio familiar se realiza la adscripción de la persona beneficiaria o bien se actualizan sus datos cuando ya hubiere sido registrada.</p> <p>Acto seguido se emite el carné, conforme se especifica en los artículos xx a xx del presente Manual por el período señalado en la correspondiente resolución.</p>

### **ARTÍCULO 28° PROPUESTO**

En la misma línea de la preocupación manifestada por la Junta Directiva, en relación con la permanencia y suspensión de la persona beneficiaria familiar, dos nuevos artículos propuestos (28 y 29) establecen mecanismos de revisión y/o suspensión del beneficio.

Con el primero se pretende instruir a la administración sobre la adecuada actuación en caso de que surjan elementos que justifiquen la suspensión del beneficio aprobado; así como alertar al administrado sobre las consecuencias jurídicas y económicas por inducir a error a la Caja.

#### ***Artículo 28. De la suspensión del beneficio familiar.***

*Cuando las condiciones que fundaron la aprobación del beneficio familiar se determina que han variado el mismo deberá suspenderse.*

*En ese supuesto la autoridad que otorgó el beneficio deberá comunicar mediante resolución fundamentada a la persona beneficiaria familiar la decisión de la administración de suspender el beneficio, precisando las razones de hecho o de derecho, y las consecuencias legales y financieras que ello conlleva. Dicha resolución deberá ser notificada al interesado por el medio o lugar señalado al efecto.*

*Una vez firme la resolución, se elevará informe a la Dirección Médica del establecimiento, para que esta valore lo pertinente y determine si el caso requiere de ser puesto en conocimiento de las autoridades judiciales, por cuanto de los hechos se derivaren conductas ilícitas y daño patrimonial para la Institución.*

*En todo caso, los servicios de salud brindados sin que le asistiera el derecho a la persona beneficiaria deberán serle facturados para su respectivo trámite de cobro.*

### **ARTÍCULO 29° PROPUESTO**

El segundo artículo, tiene por objetivo, ratificar el procedimiento a seguir una vez vencido el período de vigencia del beneficio familiar, en el sentido de que, lo que aplica es un nuevo estudio,

lo cual permite verificar el cumplimiento de los requisitos en que se fundamenta el reconocimiento del derecho al beneficio. De tal forma, el plazo de vigencia, garantiza a la Caja, una revisión periódica que evite el acceso en condición de beneficio familiar a personas que ya no cumplen los requisitos exigidos.

*“Artículo 29. Del vencimiento del beneficio familiar. Cuando venza el beneficio familiar, la persona asegurada directa o quien corresponda, podrá solicitar un nuevo estudio de calificación. Para ello deberá cumplir con los requisitos establecidos según la condición que ostente la persona a beneficiar.*

*Al efecto, debe considerarse que, cuando en el expediente del caso conste la verificación de datos cuya situación no varía con el paso del tiempo, como por ejemplo las relaciones de parentesco de padres e hijos y otros documentos que demuestren hechos que no se modifiquen con el tiempo, éstos no deberán solicitarse para el nuevo trámite de estudio de calificación.”*

### **D.3 DEL CONTROL DE LA CALIDAD DEL PROCESO**

Adicionalmente, se propone la inclusión de un nuevo artículo en el manual, aun sin numerar, relacionado con el control del proceso de beneficio familiar, el cual permitirá a la administración conocer o validar la calidad de gestión que se realiza en el establecimiento, al revisar con la periodicidad que se establezca, mediante análisis de casos seleccionados al azar; de forma tal que, de justificarlo el resultado pueda tomar las medidas correctivas que procedan y propicien la mejora continua del proceso.

*“Artículo X. Del control de calidad.- Para vigilar la correcta aplicación de la normativa y procedimientos que rigen la adscripción, verificación de derechos y beneficios familiares, la supervisión regional y eventualmente, quien pudiere definirse, será responsable de aplicar una muestra estadística de los casos aprobados en el establecimiento de salud, conforme con el tamaño, la periodicidad y metodología que defina el Área de Estadísticas de Salud (AES), mediante el correspondiente protocolo.*

*Los resultados del muestreo y la evidencia de las medidas correctivas adoptadas, cuando así corresponda, los remitirá la jefatura de la unidad a cargo del proceso, debidamente firmados, mediante oficio a la unidad rectora del nivel central para efectos de análisis y preparación del correspondiente informe y su presentación a las Gerencias Médica y Financiera.*

Con esta disposición se completa el procedimiento de control establecido en el Manual en relación e ingreso, permanencia y suspensión del beneficio familiar en general.

### **E. DEL INSTRUMENTO “FORMULARIO INFORMACIÓN PARA ESTUDIO DE CALIFICACIÓN DE SOLICITUD DE BENEFICIO FAMILIAR”**

En relación con la solicitud de analizar los instrumentos de ingreso, ya se había iniciado la elaboración de un que cumpliera de mejor el objetivo planteado, cual es la integración de la información que deben aportar tanto la persona asegurada directa, como la potencial beneficiaria,

mismo que se denominará Formulario Información para estudio de calificación de solicitud de Beneficio Familiar, el que una vez validado se trasladaría para diseño e implementación en formato electrónico y se redactaría el correspondiente instructivo de aplicación, para que una vez oficializado por la Gerencia Médica se brinde la capacitación necesaria para la estandarización de su aplicación en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Este instrumento vendría a suplir al existente, cuya información resulta insuficiente para un adecuado análisis del caso. Se adjunta formato.

## VII- DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Con la implementación del EDUS y específicamente el módulo del Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), el cual contiene la aplicación de Adscripción ya se están registrando los casos de beneficio familiar atendidos en las sedes de EBAIS de las áreas de salud en donde el personal de REDES tiene acceso a éste módulo.

Si bien, es probable que en algunas áreas de salud no se cuente con cobertura en el 100% de los sedes de EBAIS, si podría contarse con una muestra lo suficientemente significativa como para inferir estadísticamente el comportamiento de la demanda, o bien, organizarse de forma tal que la información de los casos se procese en la sede del área de salud, dependiendo de la disponibilidad de recurso humano.

Sin embargo, este equipo de trabajo considera que, por los efectos que un sistema único de registro implica para el proceso, tanto desde el punto de vista estratégico como de control, la priorización en la implementación del módulo de adscripción del Sistema de identificación, Agendas y Citas (SIAC), constituiría un *hecho de gran relevancia* en la aspiración institucional de contar con una base de datos de personas en condición de beneficiaria familiar, desde la cual se obtenga información valiosa para el seguimiento y evaluación. Al efecto debe considerarse, que este sistema ya se encuentra implementado en las Oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, lo que garantiza la existencia de conectividad, que suele ser el mayor problema.

Si bien es cierto, el proceso de adscripción y beneficios familiares suele aplicarse en muchos establecimientos sede de Sector, también lo es que, en los que no exista conectividad, bien puede organizarse el servicio para integrar la información en la sede de área. De la misma forma, en lo referente a la simplificación de trámites, al disponer de conectividad y acceso a internet, puede beneficiarse de manera significativa al usuario al brindarle el servicio de consultas sobre aseguramiento, estado civil, nacimientos y otros necesarios para el cumplimiento de requisitos, en línea, lo cual no necesariamente debe realizar en el momento sino en un plazo razonable si se les evita el tener que desplazarse desde su lugar de residencia a los lugares donde se brindan dichos servicios, muchas veces bastante alejados.

En esta línea, debe considerarse que es necesario que se priorice la modificación de la aplicación de Adscripción a efecto de poder adecuar su estructura a la normativa que se propone; así como, para cuantificar los beneficios familiares derivados de la convivencia entre personas del mismo sexo, para cuyos efectos se recomienda la emisión de una directriz institucional en tal sentido.

Adicionalmente, dado la dificultad para determinar si en general, las parejas en unión libre cumplen con el tiempo de convivencia normado, se ha propuesto por parte del equipo técnico la implementación de un “Registro de Parejas en Convivencia” en el cual pueda el asegurado directo solicitar que se le inscriba y/o desinscriba su pareja para efectos del cómputo del tiempo de convivencia, pudiendo incluso hacerlo por sí mismo vía web, para lo cual se implementarían los accesos controlados, facilitando la labor ulterior del personal a cargo de los trámites de beneficio familiar. Durante el levantamiento de los requerimientos del registro, se indicaría la forma como una persona podría acreditar fehacientemente ante la Caja el tiempo de convivencia retroactivo con la pareja que inscribirá a efecto de que se le tome en cuenta.

## **VIII- DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO**

Tal y como ocurre con toda modificación que se efectúa a nivel normativo, la misma persigue un objetivo, y ese debe ser medible en el tiempo. En la especie, la pretensión es lograr brindar protección a través del Beneficio Familiar a las parejas de los asegurados (as) directos del mismo sexo de aquél y crear mecanismos de evaluación que permitan conocer el comportamiento, como se ha dicho, no solo de este segmento de población, sino de todas las parejas que conviven; pero tampoco limitado a solo este tipo de relación, pues lo que se aspira es a contar con información de toda la población que por esta vía formaliza su relación con la institución de salud.

En línea con lo anterior, en tanto no se tenga la información del universo de casos de beneficio familiar tramitados en las áreas de salud, la evaluación podría realizarse mediante una muestra estadísticamente significativa, con participación de las áreas de salud que reúnan las condiciones de disponibilidad de datos estadísticos apropiados, de antes y después de la reforma reglamentaria que nos ocupa, de tal forma que pueda determinarse el cambio en la demanda y reconocimiento del derecho al beneficio familiar. En esta aspiración, las direcciones regionales a través de las supervisiones pertinentes son un pilar fundamental.

Se estima que el plazo adecuado para ensayar un primer estadio de información de acuerdo con lo apuntado debe ubicarse en un plazo aproximado a los seis meses a partir de la fecha en la que la modificación reglamentaria planteada entre en operación.

Recopilada la información, claro está, el análisis no estaría circunscrito únicamente al tema de las parejas del mismo sexo sino en términos generales al impacto que las reformas hayan producido en relación con los diferentes supuestos en los que el Beneficio Familiar es procedente.

En conclusión, el proceso de adscripción, verificación de derechos y beneficios familiares se fortalecería significativamente si se contara con el respaldo de las autoridades para, en su orden:

- ✓ Instruir el desarrollo prioritario del “*Registro de Parejas en Convivencia*”.
- ✓ Garantizar el acceso al SIAC de todos aquellos componentes del establecimiento de salud que participan del proceso dicho.

## **IX- DE LA CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

Para la entrada en vigencia de esta modificación, dada su especial connotación, es necesario capacitar en los cambios normativos, procedimentales y de utilización de instrumentos de calificación y resolución de beneficios familiares, en primer lugar al personal encargado de esta función en los niveles regionales y locales; así como en el abordaje del proceso con parejas del mismo sexo a quienes se les debe garantizar un trato no discriminatorio. Ello implica preparar material para la capacitación, ubicar espacios físicos, programar las actividades e impartir las capacitaciones en al menos tres sedes regionales en el país.

En segundo lugar la capacitación debe de forma paralela abarcar, al menos el campo de la sensibilización, a la totalidad del personal médico y administrativo que labora en los establecimientos de salud y en las oficinas administrativas de la institución. Se estima que juega un rol importante la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, funcionarios ante quienes se estarían presentando en primera instancia las disconformidades que los asegurados directos que hubieren solicitado la protección del beneficio familiar pudieren tener.

La capacitación inicial debe realizarse con suficiente antelación a la entrada en vigencia de la reforma de marras, tiempo que debe considerarse al determinar dicha fecha. Contemplando además el plazo estimado de 30 días para la finalización y aprobación de las reformas al Manual.

Aunado a lo anterior debe además tenerse claro que en esta materia la capacitación y sensibilización no es asunto de abordaje de una sola vez, por el contrario, en razón, entre otras cosas, del alto nivel de rotación que existe en el personal encargado de adscripción, verificación y calificación de derechos para beneficio familiar, ésta se convierte en una labor que ha de ser constante.

## **X- DE LA NECESIDAD DE REALIZAR OTROS AJUSTES NORMATIVOS**

Finalmente, este equipo de tarea estima importante acotar que de manera aparejada a las modificaciones propias de los aspectos regulados en el Beneficio Familiar, el colocar en situación de igualdad a las para parejas del mismo sexo, supone la revisión de algunas regulaciones institucionales como por ejemplo las asociadas a la visitación de pacientes que se encuentran ingresados en centros hospitalarios, son sometidos a cirugía ambulatoria o pasan por el proceso de alumbramiento.

De igual forma, las que atañen a la atención que deba darse desde la perspectiva del abordaje por parte de los médicos especialistas en medicina familiar, podría ser incluida dentro de la revisión apuntada, así; considerar entre otros aspectos, la presencia al momento de la atención integral de la pareja del paciente, aunque esta sea de su mismo sexo.

Finalmente, la revisión debería abarcar los procedimientos e instrumentos institucionales relativos a los temas apuntados, de forma tal que se permita el manejo de información estadística diferenciada, que sirva de base para la toma de decisiones.

## **XI- CONCLUSIONES**

**1.** El Beneficio Familiar ha sido tratado por la normativa de forma equívoca, al catalogarlo como una forma más de aseguramiento, a pesar de que no supone la existencia de un aporte monetario

al Seguro de Salud como ocurre con el asegurado (a) directo asalariado, el (la) trabajador (a) independiente o el (la) pensionado (a). Ello ha llevado a un manejo igualmente erróneo de la figura por parte de quienes operativamente deben aplicarla, dificultando las actividades de otorgamiento y control asociadas.

La adecuada definición a nivel reglamentario de lo que supone el Beneficio Familiar, como una forma de protección a la que puede acceder el asegurado (a) directo, aprovechando la coyuntura de la apertura que se da con la inclusión de la pareja del mismo sexo de dicho asegurado (a) como sujeto potencial del beneficio, resulta imperiosa si se quiere garantizar que no haya un ejercicio abusivo de la figura, para ese supuesto y para cualquier otro de los contemplados en la normativa. Igualmente constituye la oportunidad, el momento propicio para normar el acceso al derecho dicho, aún en oposición de la persona asegurada directa, por causa de conflictos personales, al amparo de las Leyes conexas cuando así corresponda, tal sería el caso ya comentado de las personas dependientes del asegurado directo a través de la pensión alimentaria.

Modificar entonces la reglamentación incluyendo una definición clara del concepto y ajustar igualmente las demás disposiciones que se le asocien con el propósito de garantizar una aplicación estandarizada de la figura, resulta consecuencia lógica de lo señalado en los párrafos anteriores y en esa línea se plantean las propuestas de modificación concretas.

**2.** Las disposiciones generales que marcan el derrotero de la labor operativa que deben ejecutar los establecimientos de salud para determinar si es procedente o no que el Seguro de Salud, otorgue la protección del Beneficio Familiar, contienen a la fecha elementos que provocan un trato no igualitario a situaciones de idéntica naturaleza. Además, en no pocos casos la redacción dada a las mismas supone una suerte de laberintos interpretativos que dejan en situación de incertidumbre al operador sobre cuál debe ser la forma correcta de aplicarlas.

El enmarañado que emerge de las deficiencias semióticas o de redacción apuntadas, han llevado a que se abuse de la figura permitiendo construcciones que solo en apariencia suponen respeto a las reglas lógicas que el derecho administrativo exige, elucubraciones al amparo de las cuales se ha otorgado el beneficio a personas cuya situación particular está lejos de ser la que en una correcta inteligencia de la figura, suponía debían ser protegidas.

En línea con lo anterior, las introducción de modificaciones y mejoras de forma a los textos que regulan la casuística de situaciones dentro de las cuales puede el asegurado directo solicitar se estudie si sus familiares pueden ser objeto del Beneficio Familiar resulta necesaria, y de ahí las propuestas de modificación que se hacen en relación con los incisos que conforman el actual artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud.

De forma particular, tratándose del recién incorporado supuesto de la pareja del mismo sexo como potencial beneficiario, la reforma propuesta plasma con precisión las características que la dependencia y convivencia debe tener, estableciéndose un plazo para la misma de tres años ininterrumpidos, homologado del que tradicionalmente han utilizado los tribunales de justicia como razonable para poder hablar de una verdadera estabilidad en la misma, y aunado a lo cual se fija la creación de un registro de parejas, tanto del mismo como de diferente sexo, en el que los propios integrantes sean los que declaren su situación como elemento constitutivo del análisis para determinar si resulta procedente que el otorgamiento del beneficio.

3. Modificar las disposiciones a nivel de Reglamento constituye un primer paso, pero sin duda la emisión de reglas claras en el orden operativo es igualmente relevante, así, el ajuste al Manual constituye la garantía de que los operadores en el nivel local estarán en posibilidad de aplicar los cambios aprobados al reglamento y a sus instrumentos complementarios. La mayor precisión introducida disminuirá igualmente el volumen de consultas que actualmente se presentan y las dudas que en los propios asegurados puedan surgir.

4. El derrotero marcado por la Junta Directiva en relación con el respeto al principio de igualdad que debe imperar en la aplicación de las regulaciones establecidas reglamentariamente, lleva a plantear la necesidad de que se requiera la revisión de normas institucionales que podrían requerir de ajustes para garantizar un trato a las parejas del mismo sexo en situaciones, no necesariamente asociadas con el beneficio familiar, pero en las que *prima facie* podría existir un trato no igualitario con respecto a las parejas heterosexuales”,

con vista de la exposición efectuada por el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero, y el citado oficio de 07 de octubre del año 2014, suscrito por Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, y el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, así como, el criterio técnico remitido por la MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe del Área Estadísticas en Salud, y por el Lic. Miguel Cordero García, Director de la Dirección de Coberturas Especiales y el criterio jurídico DJ-06007-2014 del 11 de setiembre del año 2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** dar por recibido el informe presentado en cumplimiento del acuerdo segundo, artículo 10° de la sesión N° 8718, celebrada el 22 de mayo del año 2014 y lo dispuesto en el artículo 24° de la sesión N° 8742 del 2 de octubre del año 2014.

**ACUERDO SEGUNDO:** con base en las facultades que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, reformar a los artículos 10°, 12° y 13° del Reglamento del Seguro de Salud, así como la disposición transitoria que en adelante se transcribe, con el propósito de que sus textos en adelante, se lean de la siguiente manera:

### ***REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD***

**“ARTÍCULO 10°.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

**ACCIDENTE DE TRABAJO:** Accidente que le sucede al trabajador por causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que puede producirle la muerte o pérdida o reducción, temporal o permanente, de la capacidad para el trabajo. Incluye el accidente "in itinere" y las demás hipótesis previstas en el artículo 196 del Código de Trabajo.

**ACCIDENTE DE TRANSITO:** Acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías terrestres de la nación, que estén al servicio y al uso del público en general, así como en las gasolineras, en todo lugar destinado al estacionamiento público o comercial regulado por el Estado, en las vías privadas y en las playas del país.

**ASEGURADO (A):** Persona que ostenta una o más de las condiciones de aseguramiento, y en razón de ello, le asiste el derecho a recibir servicios de salud y prestaciones sociales del Seguro de Salud.

**ASEGURADO ACTIVO:** Persona, hombre o mujer que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

**ASEGURADO DIRECTO:** Son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individualmente se acojan al Seguro Voluntario. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

**ASEGURADO DIRECTO ACTIVO ASALARIADO:** Asegurado que se encuentra actualmente cotizando en su condición de asalariado.

**ASEGURADO FAMILIAR:** Persona, hombre o mujer, que adquiere la condición de asegurado debido a que cumple, con respecto al asegurado directo, ciertos requisitos sobre parentesco, dependencia económica, edad y otros que establece este reglamento.

**ASEGURADO POR CUENTA DEL ESTADO:** Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la Ley 5349 de 1973 y el Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

**ASEGURADO VOLUNTARIO:** Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

**ASISTENCIA SOCIAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR:** Ayuda profesional en el campo social que se da al asegurado para resolver especiales necesidades, relacionadas con la atención integral en salud.

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD:** Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud, y las prestaciones sociales afines con su desarrollo y mantenimiento.

**AYUDA ECONÓMICA:** Monto que se paga por concepto de incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, cuando el trabajador (a) no ha cotizado por los plazos de calificación establecidos para el pago de subsidios. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

**BENEFICIO FAMILIAR:** Protección que el Seguro de Salud otorga a personas que en relación con un asegurado directo, mantienen un vínculo y una dependencia económica, y cumplen con las demás regulaciones establecidas en este Reglamento.

**BENEFICIARIO (A) FAMILIAR:** Persona que cumple respecto del asegurado directo con los requisitos de vínculo, dependencia económica, edad y demás que establece este Reglamento.

**CENTRO ASISTENCIAL:** Area física ocupada por la Caja, donde se prestan servicios de atención integral en salud.

**CENTRO MEDICO DE ATENCION:** Unidad donde el asegurado recibe atención médica, independientemente del lugar de adscripción asignado.

**CESANTIA:** Estado de cesante. Trabajador asalariado que ha dejado de laborar y por tanto ya no cotiza para el Seguro de Salud.

**COMPAÑERO (A):** Persona que convive en forma estable, pública, exclusiva y bajo el mismo techo con otra de distinto o del mismo sexo.

**COMPROBANTE DE DERECHOS:** Documento que acredita la condición de asegurado directo, asalariado, trabajador independiente o asegurado voluntario, que permite a éstos y sus familiares tener acceso a los servicios que brinda el Seguro de Salud. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

**DISCAPACIDAD SEVERA:** Limitación física o mental que imposibilita desarrollar al menos las dos terceras partes de la capacidad productiva normal. Esta limitación puede ser de nacimiento o bien producto de enfermedad, accidente o lesión. *(Así adicionado en el artículo 24° de la sesión número 7343 de 17 de junio del año 1999. Publicado en "La Gaceta" número 178 de 13 de setiembre de 1999).*

**EMPADRONAMIENTO:** Acción y efecto de inscribir, ante el Seguro de Salud, a los patronos que tienen trabajadores asalariados bajo sus órdenes.

**ENFERMEDAD COMUN:** Estado patológico no originado en un riesgo de trabajo o accidente de tránsito.

**EXPEDIENTE CLINICO:** Constancia escrita de todas las comprobaciones realizadas en el examen médico y de las efectuadas en el curso de la evolución y de los tratamientos instituidos aun por terceros.

**ENFERMEDAD DE TRABAJO:** Estado patológico que resulta de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora.

**INCAPACIDAD:** Período de reposo ordenado por los médicos u odontólogos de la Caja o médicos autorizados por ésta, al asegurado directo activo que no esté en posibilidad de trabajar

por pérdida temporal de las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con ésta.

El documento respectivo justifica la inasistencia del asegurado a su trabajo, a la vez lo habilita para el cobro de subsidios; su contenido se presume verdadero "iuris tantum" (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

**INVÁLIDO:** Persona, hombre o mujer, que por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera dos terceras partes o más de su capacidad de desempeño de su profesión, de su actividad habitual o en otra compatible con su capacidad residual.

**LIBRE ELECCION MÉDICA:** Modalidad mediante la cual la Caja brinda ayuda económica a los asegurados, según regulaciones específicas, por la atención médica recibida en los servicios privados.

**LICENCIA POR MATERNIDAD:** Período obligado de reposo establecido por ley, para las trabajadoras aseguradas activas embarazadas, con motivo del parto. Se divide en licencia pre parto y licencia pos parto dependiendo de si se refiere al período anterior o posterior al alumbramiento.

Se incluye en este concepto el período que fuere otorgado con motivo de aborto después de las 16 (dieciséis) semanas de gestación. (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

**LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:** Es el área de salud donde la persona usualmente reside o trabaja y en cuyos establecimientos realiza las gestiones administrativas y de acceso a los servicios de salud. La persona sólo podrá tener un lugar de adscripción.

**NO ASEGURADO:** Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud.

**PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD:** Es el proceso de aceptación de la salud como situación colectiva, para mantenerla, preservarla y mejorarla. Implica responsabilidades por parte de todos los miembros de la sociedad.

**PATRONO:** Persona física o jurídica, particular o de derecho público, que emplea los servicios de otra u otras en virtud de un contrato de trabajo o de un estatuto de servicio o de empleo público.

**PLANILLA PROCESADA:** Documento mensual que incluye los salarios de los trabajadores reportados por los patronos en planillas, debidamente registrado en la base de datos institucional.

**PRESTACIONES SOCIALES:** Es la atención que otorga a los asegurados beneficios de orden social, para mantenimiento integral de la salud.

**PROTESIS:** Pieza artificial que se utiliza en sustitución de una parte del cuerpo, para llenar su función o para disimular una deformidad con una finalidad estética.

**RIESGO DEL TRABAJO:** Accidentes y enfermedades que ocurren a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñan en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes y enfermedades.

**SUBSIDIO:** Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo por motivo de incapacidad o de licencia. (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

**TRABAJADOR INDEPENDIENTE:** Trabajador manual o intelectual que desarrolla por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos. (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

**ARTÍCULO 12°.** De los beneficiarios familiares.

Tiene derecho el asegurado(a) directo a solicitar al Seguro Social la protección a través del Beneficio Familiar de quienes reúnan respecto de él (ella), los requisitos generales de vínculo y dependencia económica, así como los particulares conforme se enuncia en el presente artículo. Igual derecho le asiste al potencial beneficiario (a) de requerir directamente al Seguro Social la protección en los supuestos en los que la Ley y éste reglamento por su condición lo ampara.

a. Cónyuge.

b. Compañera (o): con convivencia en forma estable: comparten alimentos, cama y cohabitación sexual al menos por tres años ininterrumpidos; pública: evidente, patente, notoria; exclusiva: no simultánea, fiel; y bajo el mismo techo. Tanto el asegurado (a) directo como el compañero (a) deben ostentar la libertad de estado al momento de solicitar la protección.

Se establece el “Registro de Parejas en Convivencia” como un medio de acreditación de las características de la unión, sin distingo de sexo, a los efectos de trámite del Beneficio Familiar para la pareja por parte de quien ostente la condición de asegurado (a) directo. Su contenido tendrá carácter de confidencial y estará sujeto a lo establecido en la Ley N° 8968, Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus datos personales, en cuanto le sea aplicable. En ausencia del registro de la fecha de inicio de la convivencia de la pareja, la administración establecerá los requisitos de comprobación fehaciente de dicha fecha para efectos del cómputo del tiempo requerido para el otorgamiento del Beneficio Familiar.

c. Hijos (as): inválidos con discapacidad severa sin límite de edad; reconocidos legalmente menores de edad; putativos, del nuevo cónyuge o compañera (o); cuidadores de sus padres severamente discapacitados o mayores de 65 años; entre 18 y 22 años no cumplidos que cursen estudios de enseñanza media, técnica o para universitaria, o entre los 18 y 25 años no cumplidos que cursen estudios universitarios o en colegios universitarios. Cuando sean mayores de edad deben ostentar la libertad de estado y no convivir en unión libre.

d. Madre o padre o quien en lugar de éstos, le hubiere prodigado los cuidados propios de aquellos durante su crianza; o que vele por un hijo(a) pensionado(a) por PCI o PCP.

e. Hermano (a): en el tanto sus padres no cuenten con alguna modalidad de aseguramiento, ni medios para obtenerla:

1. Menor de edad.
2. Sin límite de edad si padece una discapacidad severa permanente.
3. Hasta 22 años no cumplidos cuando curse estudios de enseñanza media, técnica o parauniversitaria, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.
4. Entre los 22 y los 25 años no cumplidos cuando curse estudios en colegio universitario o en universidad, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.
5. Cuando vele por algún hermano en razón de discapacidad severa permanente, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.
6. Cuando vele por alguno o ambos padres en razón de invalidez para trabajar o por ser mayores de 65 años, ostente libertad de estado y no se encuentre en unión libre.

f. Otro menor de edad: no necesariamente ligado por vínculo de familia y que se encuentra bajo custodia legal otorgada por el PANI o juzgado competente y viva bajo el mismo techo del asegurado (a) directo.

g. Toda persona menor de edad o en período de gestación no protegida por el beneficio familiar, que no se encuentre sujeta a la obligatoriedad de cotizar, tiene derecho a las prestaciones sanitarias a que se refiere el artículo 15 inciso a. de este Reglamento, con cargo al Estado, de acuerdo con lo que dispone el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.

La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica.

De establecerse que alguno de los requisitos exigidos no se cumple o ha dejado de cumplirse, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las modalidades existentes, sin perjuicio de la facultad que se reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente.

**ARTÍCULO 13°.** Del beneficio en caso de separación conyugal o de ruptura de la unión de hecho judicialmente reconocida.

Cuando el cónyuge o compañero(a) separado no tenga otra fuente de ingresos más que la pensión alimentaria que le suministre el responsable, conserva el derecho a ser considerado sujeto del Beneficio Familiar.

## **DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

A los efectos de la implementación de lo dispuesto en el artículo 12 inciso del

Reglamento del Seguro de Salud, específicamente lo atinente al mecanismo de acreditación de las características de la unión de la pareja, se establecen las siguientes reglas:

1. Cumplido el plazo de un año calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia”, en tanto que los restantes dos años, lo serán a través de los otros medios establecidos por la administración.
2. Cumplido el plazo de dos años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará para ese período, en primera instancia, a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia”, en tanto que el restante año, lo será a través de los otros medios establecidos por la administración.
3. Cumplido el plazo de tres años calendario a partir de la reforma introducida, la demostración del tiempo de convivencia se realizará íntegramente a partir de la información consignada en el “Registro de Parejas en Convivencia” y solo excepcionalmente a través de los otros medios establecidos por la administración.

**ACUERDO TERCERO:** instruir a las Gerencias Médica y Financiera, a fin de que se adopten las medidas administrativas y operativas, para la inmediata ejecución de las reformas reglamentarias aprobadas en materia de protección del beneficio familiar, así como su correspondiente divulgación a lo interno y externo de la Institución.

**ACUERDO CUARTO:** en un plazo de seis meses, a partir de este acuerdo, la Gerencia Médica deberá presentar un informe detallado del impacto en el ingreso, permanencia y suspensión para los diferentes supuestos de protección bajo la figura del beneficio familiar, producto de las reformas aprobadas en esta sesión.

**Por otra parte,** se solicita al Gerente Financiero que, en un plazo de dos semanas, presente un informe referente a la atención que se ha dado a las observaciones hechas por el señor Auditor.

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

Se retira del salón de sesiones el licenciado Rodolfo Madrigal Saborío, la Licda. Clary Delgado Delgado, los licenciados Juan Alberto Piedra Montero y Wven Porras Núñez.

### **ARTICULO 37°**

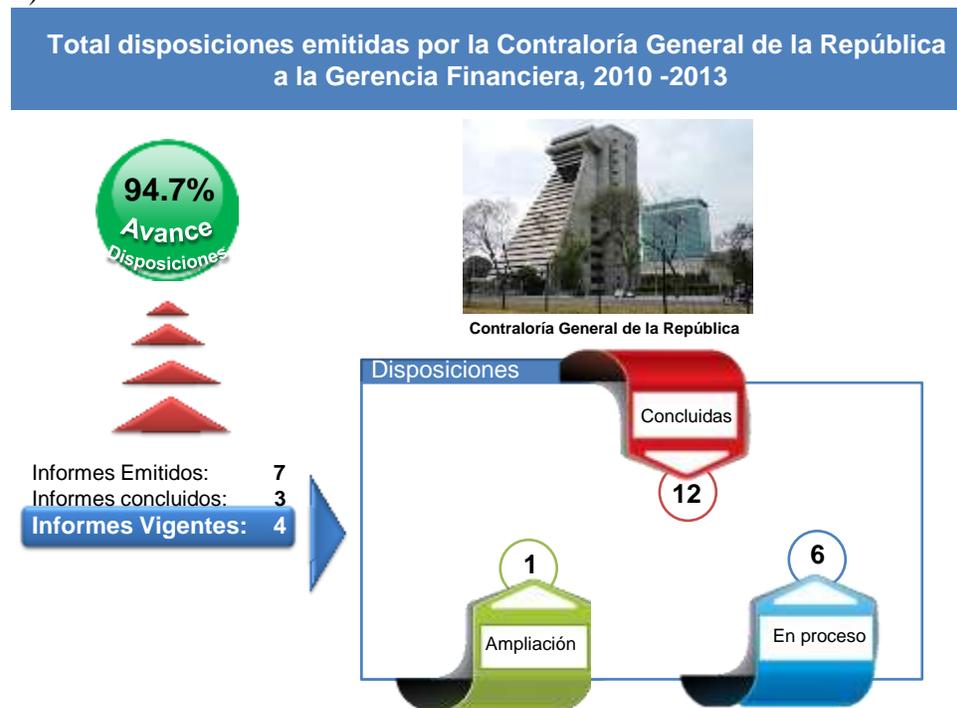
Oficio N° GF-39.613-14 de fecha 18 de agosto del año 2014, firmado por el Gerente Financiero: Se tiene a la vista el oficio N° GF-39.613-14, de fecha 18 de agosto del año 2014, firmado por el Gerente Financiero, por medio del que se atiende lo resuelto en el artículo 15° de la sesión

número 8726 del 24 de julio anterior y presenta informe atención de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República que corresponden a varios informes (DFOE).

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

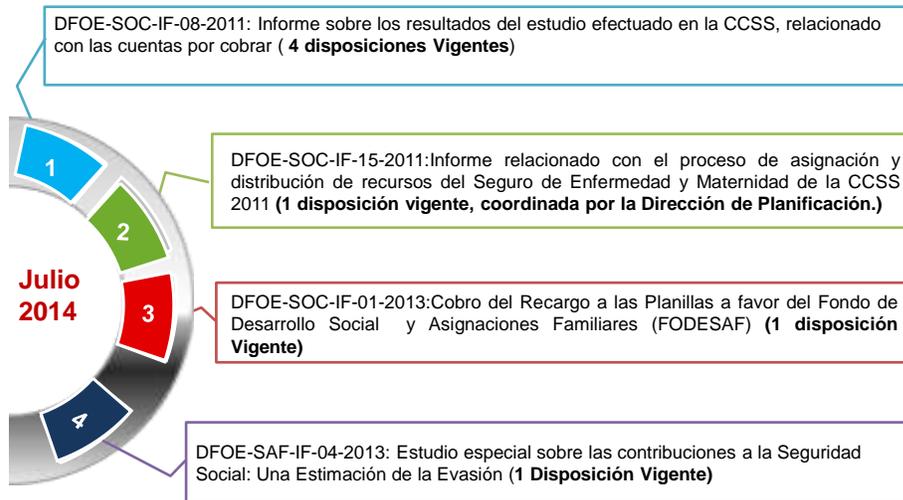
- i) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Gerencia Financiera  
“Informe Atención de las Disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República”  
Octubre 2014.

ii)



iii)

## Total de Informes con disposiciones vigentes



### iv) **DFOE-SOC-IF-08-2011**

- 20 de agosto del 2014, la Presidencia Ejecutiva remitió la propuesta de convenio de la Deuda del Estado con la CCSS al Ministerio de Hacienda.
- 30 de junio de 2014, se somete a revisión de la Auditoría Interna “Informe sobre la Afectación en las Cuentas por Contabilidad del SICERE”
- 25 de agosto de 2014, la Presidencia Ejecutiva remite a la Contraloría General de la República el informe de avance del segundo trimestre del 2014 de la gestión cobratoria.
- 26 de mayo de 2014, la Gerencia Financiera, informa a la CGR los resultados de la investigación preliminar y procedimientos administrativos instaurados a los encargados de la gestión cobratoria.

### v) **DFOE-SOC-IF-15-2011**

- Conformar el equipo de trabajo para la elaboración del PFISS.
- Presentar el PFISS a la Presidencia Ejecutiva e informar que estudiará la propuesta.
- 25 de agosto de 2014, la Junta Directiva, deja a cargo a la Dirección de Planificación la comunicación de este proceso a la CGR y a realizar los ajustes necesarios a este proceso institucional

### vi) **DFOE-SOC-IF-01-2013**

- El 14 de agosto de 2014, la Presidencia Ejecutiva remite al Ente Contralor el Informe de avance correspondiente a l primer Semestre de 2014.
- Inicio en febrero del 2015 de la gestión cobratoria de los adeudos de FODESAF, a través de la plataforma de la CCSS.

vii) **DFOE-SAF-IF-04-2013**

- ❑ El 02 de junio de 2014 la Gerencia Financiera, remite a la CGR el avance del Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección.

viii)



ix) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

x) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

Con fundamento en el informe remitido por la Gerencia Financiera en el oficio GF-39.613 del 08 de agosto de 2014, y la respectiva exposición por parte del Lic. Gustavo Picado Chacón Gerente Financiero, la Junta Directiva **ACUERDA**:

**ACUERDO PRIMERO:** Dar por conocido el *“Informe de atención de las Disposiciones de Informes de la Contraloría General de República”*, según lo solicitado en artículo 15 de la sesión 8727 de la Junta Directiva, celebrada el 24 de julio de 2014.

A propósito de una inquietud del Director Devandas Brenes, señala el licenciado Picado Chacón que en la Gerencia Financiera, se realiza un estudio de las cuentas por cobrar a nivel general de la Institución y uno de los componentes es la cuenta por cobrar del Estado, en algún momento se coordinó con los encargados, porque se considera que es una disfunción, dado que solamente involucra a la Caja, por lo que se ha venido dando seguimiento y en el Ministerio de Hacienda indican que se viene ejecutando. Por lo que se trata de hacer alguna gestión con Hacienda, pero

indican que están las cuentas por cobrar y la disposición es procedan a realizar el cobro y la forma que se estableció para poner al día el patrono, es por medio de la suscripción del convenio.

Señala el doctor Devandas Brenes que esa deuda no tiene ninguna relación con el convenio que se firmó, porque era para definir metodologías.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y apunta que se le está dando un valor a un convenio, que esta Junta Directiva no ha avalado.

Refiere el Gerente Financiero que existen unos rubros que han tenido una metodología de acuerdo y otros conciliaciones, por ejemplo, el punto 25 de la Constitución del Estado como tal, las cuotas complementarias del trabajador independiente o asegurado voluntario con bienes colectivos, es un proceso que se ha realizado de manera muy sencilla. Como ilustración, en la deuda del Ministerio de Salud cuando se indican aspectos metodológicos, es porque la Caja ha venido facturando el costo del recurso humano que ha aportado ese Ministerio, se insiste que no sea el costo de la mano de obra, sino el costo del programa y así la Institución ha venido desarrollando un complemento a la metodología, de manera que ha venido registrando lo que es el costo de la mano de obra y ahí se debe llegar a un acuerdo con el Ministerio de Hacienda, respecto de la metodología del segundo complemento. En cuanto a los asegurados por el Estado, la información se ha venido trabajando y el Estado paga con el Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares (FODESAF). Existe el Código de la Niñez y la Adolescencia, es lo más reciente y el monto está en alrededor de ciento cuarenta mil millones de colones. Qué significa metodológicamente conciliar con el FODESAF, que efectivamente, solicitan las bases de datos para comprobar que las personas a las que se les está cobrando sea la correcta, hace algunos años, lo que correspondía a pagos de esa naturaleza, se realizaban contra impuestos y la Contraloría General de la República, emitió un criterio en el que se establece que no se puede pagar sobre cálculos sino contra registros administrativos. Destaca que no solo es la función de cobro sino que el Ministerio de Hacienda, debe velar por pagarle lo correcto a la Caja, pero hay cuentas en las que existe una metodología y conciliación de pago que se trabaja desde hace muchos años. Respecto de la deuda del Ministerio de Salud hace falta agregar el complemento, no solo cobrar el recurso humano, sino los otros componentes de un programa. Se han establecido otras deudas con el Estado, como ilustración, la Ley de Vacunación que se ha realizado el cobro, pero no hay una aceptación del Ministerio de Hacienda, porque existen algunos criterios respecto de cómo se debe interpretar lo que establece la Ley sobre financiamiento. La posición de la Gerencia Financiera sobre el tema, es en el sentido de que se van a trabajar productos que sean más a corto plazo, para que se logren resolver, la mitad de la deuda corresponde al Ministerio de Salud.

En relación con el punto que plantea el Dr. Devandas Brenes, el Auditor manifiesta su preocupación. Está de acuerdo en que la Junta Directiva pueda discutir y tomar la decisión, aunque convenios de esta naturaleza se conocen al final del proceso. Repite le preocupa que se exponga a la Junta Directiva y don Gustavo Picado lo acaba de indicar, en todo el análisis metodológico que se hizo, exponer a la Junta Directiva en una serie de cálculos que al final pueden estar equivocados y, reitera se involucra al Órgano Colegiado, cuando se hizo referencia del traslado de los funcionarios del Ministerio de Salud a la Caja, es todo un detalle, hay una serie de cálculos muy rigurosos y operativos; repite, es exponer al Órgano Colegiado en análisis de esta naturaleza. Considera que debe existir un documento elaborado por la Gerencia Financiera con el detalle y en esa metodología, por ejemplo, el cálculo de intereses se hace o no, a partir de

qué momento, cuál es la metodología de cálculo de intereses, cual es la tasa de interés, es la que establece la contabilidad o la del mercado y la información se plasme en un informe técnico, con un análisis del Área de Contabilidad de la Gerencia Financiera, donde se determine un rubro, le parece que se expone a la Junta Directiva, en esa discusión y a la vez muy riesgosa. No entrar en este análisis operativo sino que se le presente un documento e, indicar la posición de la administración sobre la deuda del Estado, que se conozca en un monto total pero la responsabilidad en cuanto a ese análisis cuantitativo, recae en los departamentos técnicos. Reitera su preocupación, porque no comprende por qué se va a firmar un documento de una metodología empezando de cero, cuando se tiene dos años de estar haciendo lo que se está indicando, pero además, el DFOE lo que indica es que se cobre. Cree que se ha realizado demasiada negociación y cuando no se quiere arreglar, ni aceptar una negociación se dilata tanto como sea necesario, como sea factible y considera que como Institución se ha diferido en el cobro de la deuda del Estado. Considera que si el Ministerio de Hacienda tiene algún problema que lo indique, en un estado judicial y oponga las excepciones que corresponda. Además, está de acuerdo en aquellos procesos que están muy cerca de tener negociaciones, se concluyan pero, por ejemplo, si hoy día se está definiendo si el Estado debe o no las vacunas, el tema no está claro, no se tiene un criterio técnico de un Director que lo planteó, ni de la Auditoría, ni una posición de la Institución y si el Ministerio de Hacienda no quiere pagar la deuda, lo mejor es cobrarla según corresponda, para que se van a desgastar si se han empleado dos años en ese tema. Considera que es hora de cobrar, mediante otros mecanismos.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta estar muy confundida, por cuanto el informe que está presentando el Gerente Financiero es un DFOE del año 2011. El tema es que se hace referencia del seguimiento que se realiza a las deudas previas y solicita que se cobre, pero desde atrás. Le parece que existe una innecesaria confusión y reiteración del trabajo realizado con el Ministerio de Hacienda y solicita que se aclare, porque es un tema reiterativo. Las acciones que se han gestionado con el Ministerio de Hacienda fue, precisamente, para definir no solamente la metodología sino también los instrumentos y mecanismos de pagos, algunos de esos podrán ser el pago en efectivo y otros, pero a cualquier acuerdo que se llegue se debe presentar a consideración de la Junta Directiva; en ese sentido, no se ha tomado ninguna decisión. Sugiere insistir que no es así, inclusive, el planteamiento que se ha realizado y en la Junta Directiva se insiste, que es un convenio, pero no lo es porque éste tendría aspectos concretos de montos y en el Órgano Colegiado no se ha definido ningún monto, porque no existe acuerdo. Comenta que en su período de administración en el Ministerio de Salud de los años 2004, 2005 y 2006 aproximadamente, le correspondió recibir al primero grupo de la Caja que empezó a realizar esta estimación del traspaso de las personas a la Institución, este no es un asunto nuevo, se tardaron seis meses abriendo los papeles en el Ministerio de Salud, para que se identificara al personal que se había trasladado, revisando en las planillas los nombres, años de antigüedad, lugar que laboraban y al faltarles casi el 20% del trabajo, la decisión que se tomó en aquel momento, que no fue por el Ministerio de Salud, era que no había acuerdo, dado que no existía mucho interés de cobrar. Han existido avances y des avances, no puede indicar qué sucedió, porque cuando estaba reunida con el grupo técnico, empezaron a mostrar papeles y acuerdos de Banco Mundial y lo que la Ley establecía o no, se indicaban aspectos diferentes. Le llama la atención que el asunto salga a discusión en el tema actual y se está presentando el DFOE del año 2011.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que el Gerente Financiero es quien indica que en ciertos rubros se está determinando la metodología. Existe un documento firmado que indica

que se va a definir la metodología, para que a partir de aquí a un año se tenga lista la metodología, pero ha venido insistiendo en que don Gustavo y su equipo tienen más de dos años de estar trabajando el tema, al que se hace referencia en el documento. Repite, el punto es que hace dos años y resto han existido negociaciones en ese sentido, dado lo anterior, se debe cobrar, pero el Ministerio de Hacienda ha venido difiriendo, dilatando, atrasando, justificando el no poder o querer pagar, en algunos rubros pero cuando no presupuesta, por ejemplo, las vacunas y no lo envía en el presupuesto, es una señal muy clara, que por el momento no quiere sufragar el gasto de vacunas y la Caja solicita que se las pague. Le parece que para el procedimiento de cobro existen otras vías y que se deben considerar. Ahora, es importante definir fechas y si no se tiene un acuerdo, entonces, se releva la responsabilidad porque el Gerente Financiero, no puede invertir tanto tiempo, en solicitarle al Ministerio de Hacienda que le pague la deuda a la Caja.

La doctora Sáenz Madrigal solicita se aclare si se tienen dos años de negociar con el Ministerio de Hacienda, si existe un grupo entre ese Ministerio y la Caja que trabaja en el tema y cuáles son las limitaciones. Por otro lado, recuerda que en el mes de julio pasado, se preparó una nota para hacer el cobro, independientemente, de este asunto que se está tratando ahora, se envió la nota de cobro, mucho antes de la negociación con el Ministerio Hacienda, porque es independiente de ese asunto, pero el tema es distinto, un aspecto es estar negociando para que ese Ministerio vaya pagando las obligaciones coyunturales y, por otro lado, establecer un plazo para el pago de las deudas atrasadas.

Al respecto, señala el Gerente Financiero que con el Ministerio de Hacienda existen varios vínculos, uno de ellos es el que, efectivamente, se está analizando en términos de que cada vez que hay presupuesto, paguen las obligaciones que se encuentran establecidas para la Caja y otras negociaciones que se han realizado con el Ministro de Hacienda y los Asesores de aquel momento. Comenta que se realizaron reuniones con el Ministro de Hacienda de aquel momento y existía una resistencia, para aceptar el pago de la deuda del Ministerio de Salud, en ese momento el Ministro de Hacienda era don Fernando Herrero y, básicamente, indicó que no se iba asumir ese costo. Además, existe un criterio de la Dirección Jurídica del Ministerio de Hacienda, en el que indica que no se debe pagar ese dinero, porque la interpretación de la Ley que plantea la señora Presidenta Ejecutiva de los años 90, lo que establece es que era por un plazo determinado. Luego, don Edgar Ayales asumió el Ministerio de hacienda y se produjo una negociación e indica estar de acuerdo, se plantea y en ese momento se inicia la negociación, se documentó la entrada del Banco Mundial por medio de un empréstito, se han tenido diferentes momentos, pero la deuda grande, el Código de Niñez y Adolescencia se dio a finales de diciembre del año 2013 y se facturó, la Ley de Vacunas es un tema más recientemente. Existen varias líneas, pero en si la deuda grande que se ha arrastrado históricamente es que corresponde al Ministerio de Salud, se trabajó en aquel momento que no era un tema técnico sino más político estratégico y en algún momento, se logró firmar el documento después de mucho trabajo, es un convenio intermedio que era únicamente la concesión del terreno de Puntarenas. Por otro lado, le parece que se debe establecer un plazo para que el equipo que va a definir el asunto, lo pueda resolver pronto y quedarán pendientes, por ejemplo, el tema de vacunas se tiene muy claro, pero en el Ministerio de Hacienda indican que la Ley de vacunas no lo indica. Considera que el equipo técnico les permitirá avanzar muy rápido, la negociación está muy madura y en otros aspectos se tendrá un espacio para que se analice el tema, porque la gestión de la deuda del Ministerio de Salud, no es tan complicada.

Recuerda el licenciado Gutiérrez Jiménez que existía un equipo negociando con el Ministerio de Hacienda, de lo contrario sería indicar que la Gerencia Financiera no ha negociado el asunto y no es cierto, por dos años y resto se ha gestionado la deuda, el proceso ha sido muy difícil porque existe una intención de no pagar, pero siempre ha existido un punto de negociación.

Indica la Presidenta Ejecutiva que en la discusión de la mañana, se indicó muy claramente que cuando se dio la crisis de la Caja, existió un acuerdo del más alto nivel para trasladarle financiamiento a la Caja, era un momento de crisis y no para el pago de la deuda. Ante la crisis de la Caja hubo una movilización de la señora Presidenta de la República y se inició un proceso de pago para la Institución, aunque se generaron recursos por el tema de la crisis financiera, también el Estado debía obligaciones.

Comenta el licenciado Gutiérrez Jiménez que en el tiempo de don Eduardo Doryan, se logró que se le pagara a la Institución, ciento veintiún mil millones de colones, lo anterior exigiendo y negociando para que se pagara. Entonces, indicar que hasta ahora se está negociando la deuda del Estado, es un aspecto que no es cierto, peor aún no se ha ejecutado por ello aboga, porque existe una brecha para ayudarle al equipo de negociación.

Con todo respeto la doctora Sáenz Madrigal le pregunta a don Adolfo y desea saber cuál es el interés de insistir en este punto, porque lo quiere entender.

Responde el licenciado Gutiérrez Jiménez que es Director de la Caja y a la Institución, el Estado le debe setecientos cincuenta mil millones de colones, se tiene un faltante de financiamiento que, por ejemplo, se presupuesta un 3% ó 4% para el rubro de mantenimiento, cuando lo correcto sería el 6%, se necesitan plazas, recursos, equipos, en general se requieren recursos financieros y no puede ser que el Estado costarricense, adeude a la Institución una cantidad de dinero de esa naturaleza. Le parece que como Directores se debe gestionar de manera que se ejecuten las deudas y se exija que el Estado pague, además, el señor Presidente de la República actual, en su campaña se comprometió a colaborar con la Institución y como Presidente Electo dotar y sufragar los recursos que la Caja necesite. Es el interés de todos, el tema es que se han quedado y en el artículo 177 de la Constitución Política lo establece, él fue quien hizo el estudio, lo planteó y por muchos años ha indicado que es obligatorio cobrar, no es facultativo sino obligatorio. Dado lo anterior, el único interés que media es que se cobre por la falta de recursos que se tienen en la Institución y la preocupación de que la Caja, no es sostenible financieramente.

Respecto de lo que indicó el Auditor, el Director Devandas Brenes señala que no entiende muy bien a don Jorge Arturo, porque si como Junta Directiva se prueba un monto total de la deuda del Estado, implícitamente se está aceptando el cálculo que está haciendo la Gerencia Financiera, de manera que no están aludiendo ninguna responsabilidad. Si le preocupa la forma como se factura al Estado, cual es la fórmula que se emplea, el cálculo en cuanto a los asegurados por el Estado. Del 26% de la población que cotiza para la Caja, un 40% son asegurados beneficiarios, pero de ese 26% que cotiza, el 80% de los ingresos es producto del sector salud, significa que se atiende un 33% de la población, con un 10% que aporta el Estado y tomando en cuenta que el artículo 12° del Reglamento de Salud, es absolutamente permisivo. La universalización no se financia como debe ser y desconoce si es constitucional, dado que se toman las cuotas obrero-patronales para subsidiar a otros sectores. Considera que se debe analizar a profundidad, dado lo anterior, le gustaría que en esta Junta Directiva se presenten los cálculos de la citada deuda. Por otro lado,

manifiesta tener una confusión en el tema del convenio. Sugiere que se tome un acuerdo en el sentido de que don Gustavo, actualice al mes de octubre de este año la deuda del Estado y conocer cómo se ha comportado. Además, que explique cómo se comporta el aseguramiento por cuenta del Estado, porque no le concuerdan los números, incluso, en el tema de las tasas de interés, en el seno de la Junta Directiva se dio una discusión muy profunda, se pretendió condonar los intereses del Estado, en el tiempo del Dr. Doryan Garrón, esta Junta Directiva indicó que se dio un debate, en torno a este tema y a la vez se involucraron en la discusión, montos de cobros de intereses que en el fondo se relacionaba con la tasa que se está aplicando y la masa sobre la cual se está aplicando esa tasa, para definir el cálculo del cobro. En lo personal si don Gustavo presenta una suma e indica que el Estado debe, por ejemplo, cien colones, no quedaría satisfecho sino se desglosa y lo explican. Le preocupa si la idea del Ministerio de Hacienda es que hasta que no se llegue a un acuerdo, no se honra nada de esa deuda. Repite solicita que se actualice el dato al mes de octubre de este año, porque la información que se presentó corresponde hasta el mes de mayo el año 2014. Además, se aclare otros rubros que el Estado debe pagar por asegurados, por cuenta propia y otras leyes, para tener una actualización de cómo está la deuda del Estado con la Caja.

Aclara el señor Auditor que la observación que realizó fue básicamente por las facturas, por ejemplo, el cobro de vacunas por un monto, cuotas obrero, trabajadores independientes, asegurados por el Estado, o sea, en el sentido de que no es conveniente ingresar al detalle, porque es un asunto muy técnico, por ejemplo, sobre los cálculos de los funcionarios que se traspasaron del Ministerio de Salud a la Caja. Recuerda que doctora Sáenz Madrigal indicó la forma cómo fueron a realizar los cálculos al Ministerio de Salud, en sí este tipo de análisis es muy técnico, se pueden hacer observaciones de carácter general, pero que no se involucren en la aceptación de la cifra en sí, porque es un tema muy operativo.

Señala el Director Fallas Camacho que el Estado le debe a la Caja y de hace tiempo. La principal deuda es el traspaso de los funcionarios del Ministerio de Salud a la Caja, que ha estado en discusión entre las partes, porque el Estado aduce que sería bueno tener un arbitraje, para en algún momento, poder definir las formas del pago. Se había pensado por medio de un préstamo del Banco Mundial, quien comenzó a realizar una serie de investigaciones y se hizo referencia a cifras que varían de un momento a otro. Considera que si la posición del Estado en este momento, es comenzar a realizar un análisis para revisar realmente la forma del cálculo de la deuda y que puede llevar un tiempo muy prolongado. La preocupación de la Junta Directiva es que no debería ser tanto tiempo y, por otro lado, coincide con don Adolfo en que se han venido manejando estas cifras y el Ministerio de Hacienda tiene los datos, dado que la Institución se los envió. Le parece importante establecer una comunicación con el Ministerio de Hacienda, en el sentido de que se aclare la deuda, porque se tienen los elementos para sustentarla, de lo contrario se debe establecer el cobro y definir la deuda, se analice y de ser necesario, se apliquen otras vías de cobro por medio de las instancias competentes y no desgastarse más allá en el tema. Por otro parte, apunta que el Dr. Devandas Brenes introdujo otros temas importantes por considerar, cual es la forma en que el Estado valora el pago por los indigentes.

La Dra. Sáenz Madrigal somete a votación el informe, el cual se aprueba conforme consta seguidamente.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio N° GF-39.613, fechado 18 de agosto del año en curso,

que firma el señor Gerente Financiero y que, en adelante se transcribe, en lo conducente y por medio del cual se atiende lo resuelto en el artículo artículo 15° de la sesión N° 8726, celebrada el 24 de julio del año 2014, *“Informe de atención de las Disposiciones de Informes de la Contraloría General de República”*:

### I. “Antecedente

La Junta Directiva, en el artículo 15° de la sesión N° 8726, celebrada el 24 de julio de 2014, **ACUERDA**:

*“... trasladar informe en referencia a la Presidencia Ejecutiva, a las Gerencias Médica, Administrativa, Financiera, Pensiones, de Logística, y de infraestructura y Tecnologías, con la solicitud de que: en el caso de las disposiciones emitidas para la Junta Directiva, en un plazo de un mes, presenten a la Junta Directiva el informe de avance.*

*Respecto de las disposiciones emitidas para las Gerencias (en las que se mantiene la fecha de vencimiento, de acuerdo con lo que informa el Ente contralor) se les solicitan que informen a la Junta Directiva sobre el avance en la atención de esos asuntos, en un plazo de veintidós días...”.*

### I. Criterio Técnico

- 1) Oficio GF-39.613 del 08 de julio de 2014, mediante el cual, se adjunta el informe *“Informe de atención de las Disposiciones de Informes de la Contraloría General de República”*
- 2) Con el propósito de atender lo requerido por parte de Junta Directiva, las Direcciones respectivas remiten los siguientes oficios:
  - DI-0898-08-2014 del 08 de agosto de 2014, de la Dirección de Inspección
  - DCO-0658-2014 del 06 de agosto de 2014, de la Dirección Cobros
  - GF-39.585-2014/AFP-501-2014 del 06 de agosto 2014, Gerencia Financiera y Área de Formulación de Presupuesto.
  - D.F.C-1.557-14 del 11 de agosto de 2014, de la Dirección Financiero Contable”,

con fundamento en el informe remitido por la Gerencia Financiera en el citado oficio número GF- 39.613 y la respectiva exposición por parte del Gerente Financiero, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por conocido el *“Informe de atención de las Disposiciones de Informes de la Contraloría General de República”*, según lo solicitado en artículo 15° de la sesión N° 8727, celebrada el 24 de julio de 2014.

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 retira del salón de sesiones el Gerente Financiero.

**ARTICULO 38°**

La Directora Soto Hernández menciona que desde que ingresó a este salón de sesiones, después de más de diez años, sintió un vacío porque en la vida hay que ser justos. No va a entrar a analizar quien merece y quien no merece. Indica que en La Nación había salido un fascículo sobre los mandatarios de Costa Rica y a don Federico Tinoco, injustamente, no se le había puesto en la Sala de Expresidentes de la Asamblea Legislativa, después de mucho tiempo apareció el óleo de él. Por esta razón, le parece que las personas cuando ingresan a la Institución siempre tratan de hacer los mejores aportes. Tuvo la oportunidad de estar en una Comisión sobre Calidez en la Prestación de los Servicios que creó don Eliseo Vargas y cuando sucedió, lo de don Eliseo, ella no podía entender lo que había sucedido. Tiene la imagen de don Eliseo cuando la juramentaron en esa Comisión de Calidez, eran como 14 personas, 2 por cada Gerencia. Hicieron una gran labor, después cuando llegó don Eduardo Doryan la quitó porque consideró que ella estaba soñando de que se podía cambiar la actitud de los trabajadores de la Institución. Hace esa introducción para indicar que hay un vacío por la falta de los Oleos de dos Expresidentes, antes del doctor Sáenz Pacheco deben estar dos. Piensa que don Eliseo Vargas estuvo como Presidente Ejecutivo, en un período comprendido del ocho de mayo del año 2004 al veintiuno de mayo del año 2005 y no fue la Caja la que lo quitó, si no la Ley. En ese momento, había que nombrar a alguien inmediatamente de Presidente Ejecutivo y se pensó en la persona que era Gerente Médico en ese momento, el doctor Horacio Solano. Procede a leer la propuesta del acuerdo.

Sobre el particular, señala el doctor Fallas Camacho que se va a tomar un acuerdo de la Junta Directiva para que se realice una actividad, que en el pasado nunca se tomó como tal.

La licenciada Soto Hernández responde que en el caso de la Dra. Balmaceda Arias, el proceso se realizó de esa manera. El acuerdo fue aprobado el 07 de mayo del año 2014.

Continúa el doctor Fallas Camacho y menciona que si es un asunto de rutina se debe tomar.

Doña Mayra Soto procede a leer el acuerdo del 7 de mayo del año 2014, en el que se tomó el acuerdo de realizar el óleo de la Expresidenta de la Junta Directiva, Dra. Ileana Balmaceda Arias.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su inquietud, en el sentido de que si un Presidente Ejecutivo es nombrado para solventar una situación de corto plazo, por ejemplo, de un día o dos meses, se les deba pintar un óleo, desconoce si existe normativa relacionada con esa situación. Por ejemplo, en la Ley Laboral existe un período de prueba. Qué sucede si mañana un Presidente Ejecutivo necesita irse y hay que nombrar a una persona por un mes, el antecedente que se estaría dejando es que toda persona que tiene una semana en el cargo, por recargo debería de tener un óleo. Le parece que se debería establecer al menos un plazo para que se pinte un óleo.

Agrega la licenciada Soto Hernández que ella vivió ese momento y a los empleados se les solicitó que fueran al primer piso a esperar que la Junta Directiva nombrara al sustituto de don Eliseo Vargas, había una gran expectativa. Era la primera vez que sucedía y, en ese particular, no hay nada escrito del por qué se ponen los óleos. La época de otros Gerentes, por ejemplo, el doctor Escalante Pradilla, el doctor Rodrigo Fournier que fueron Gerentes y grandes gestores de la

Seguridad Social, no están en ninguna parte. Lo que defiende en este momento es la tesis de don Horacio Solano, que fue poco tiempo pero tuvo que llegar a “apagar un incendio” de esa magnitud. Estuvo dos meses y 18 días, pero le correspondió asumir la parte más difícil.

Al respecto, la doctora Sáenz Madrigal manifiesta que doña Mayra planteó esta inquietud, prácticamente, desde el primer día que llegó. Un día que estaban observando los óleos y preguntó, porque no estaban las figuras de los dos expresidentes. Obviamente, se puede entender que las circunstancias y la coyuntura en que los dos dejaron el cargo de Presidente Ejecutivo de la Institución, pero sin duda, la historia es historia, esta no se borra y cada uno dará cuenta de sus actos. La consulta que tiene es que en el caso de don Eliseo Vargas, que no goza de libertad en el país, como cualquier otro ciudadano, habría que ver cómo se resuelve la situación. Si se le da a uno por poco tiempo que no le quita, porque en la historia de Costa Rica hay expresidentes que duraron poco tiempo y son parte de la historia. Le parece que se debe plantear si se hace ese reconocimiento de la historia de los que han pasado por esta Institución, porque cada uno tendrá que darle cuenta a Dios y a la Patria, por el juramento que hicieron.

El Director Alvarado Rivera en la misma línea señala que siempre se ha quejado de que se les haga honor a las personas que no cumplieron su deber. Esta situación le genera un resquemor porque desde la perspectiva de la historia, doña Mayra tiene razón de que la historia es historia, independientemente, de cuáles fueron sus actuaciones, se deberían colocar ahí, por el concepto de fortalecer la historia de la Caja y que fueron parte. La pregunta es cuál es la razón que se expongan las fotografías de los que han estado en el puesto. Piensa que al final los que están ahí han hecho un gran esfuerzo por cumplir de manera correcta sus funciones. No conoce si alguien que ha sido juzgado y condenado, tenga moralmente el mismo derecho de estar a la par de aquellos que se han esforzado por hacerlo de manera correcta. Considera que habría que hacer una valoración de cuál es el sentido de tener esas pinturas en la Junta Directiva y si es un asunto puramente histórico. Comparte con doña Mayra de poner los dos óleos, pero si lo que se quiere es resaltar aquellas personas que hacen un esfuerzo importante, que han coadyuvado a salir adelante con la Institución, se debe hacer una meditación si vale la pena ponerlos a todos. Con el tema del tiempo no tiene problema, si don Horacio Solano duró dos meses o dieciocho días o quince días, si lo hizo con toda la buena voluntad e hizo un esfuerzo, podría ser.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que sobre este tema no tiene problema, solamente que se valore si se tiene alguna consecuencia política y la conveniencia del momento político de hacerlo.

El Director Devandas Brenes señala que está seguro que esta decisión va a provocar críticas, porque hay una hipersensibilidad en torno a los problemas de la Caja del Seguro, pero el tema es que el único requisito que se ha establecido para tener derecho a tener el óleo, es haber sido Presidente Ejecutivo, no existe otra regulación. Esta situación puede servir de experiencia para que se emita un Reglamento, el cual no podría ser de carácter retroactivo. La historia es la historia, fueron Presidentes Ejecutivos de la Institución, no están en igual condición pero se inclinaría a que se coloquen junto a las pinturas que están. Si se pondrían otros requisitos, se debería definir si lo mereció o no, es un problema complejo. Está dispuesto a votar a favor de la propuesta de doña Mayra.

Comenta la señora Presidenta Ejecutiva que la persona a la que se le hace un óleo, debe estar de acuerdo y no está segura si la persona que en este momento está privada de libertad le va a gustar, pero eso no quita la voluntad de reconocer la parte de la historia. El acuerdo tendría que estar dirigido a que se valore, se tengan los óleos de todos los Expresidentes Ejecutivos de la Caja y, luego, determinar si aceptan o no que se les pinte el retrato.

Plantea el doctor Devandas Brenes que antes de que se tome el acuerdo, se debería consultar a las personas involucradas.

Insiste el Lic. Gutiérrez Jiménez en la conveniencia y le parece muy loable de parte de doña Mayra presentarlo. Solamente se refiere a la conveniencia del momento, porque siente que no es el adecuado, se una serie de situaciones donde no se han definido algunos aspectos y donde la Junta Directiva está expuesta. No tendría ningún problema en comprometerse a que en el transcurso de la sesión, se busque el momento más conveniente, si es que doña Mayra mantiene su posición, porque es su derecho. Coincide con don Mario Devandas en que no es el momento para plantearlo. Los Sindicatos están haciendo referencia a una serie de aspectos de la Caja que son atendibles, por otro lado, el Gobierno viene iniciando la gestión y la Institución, es un tema que se maneja todos los días.

La señora Presidenta Ejecutiva, consulta a la licenciada Soto Hernández si está de acuerdo, porque fue la que presentó la moción de que se coloque el retrato del Dr. Horacio Solano y se dé un tiempo para valorar el otro caso.

Indica doña Mayra Soto que está de acuerdo en que se coloque el óleo del Dr. Solano. Comenta que pensando en el consentimiento de don Horario, conversó con él y manifestó su satisfacción y se emocionó mucho. Le indicó que la propuesta la había hecho con mucho gusto, que era la oportunidad para ayudar al país y a la Institución a la que ama, o sea, existe el consentimiento de parte de don Horario. Le parece que el otro caso, es mejor dejarlo por la parte judicial, que genera la situación de un privado de libertad.

La señora Presidenta Ejecutiva sugiere que por razones de momento y de pertinencia, se apruebe hoy se pinte el retrato del Dr. Horacio Solano y se valore el de don Eliseo, porque para hacer un óleo hay que solicitar permiso.

La licenciada Soto Hernández indica que como ella hizo la propuesta, en un afán de colaboración se va a colocar, la pintura de don Horacio Solano porque le preguntó que si estaría de acuerdo y aceptó.

El Dr. Fallas Camacho indica que él ni siquiera consideraría la posibilidad de colocar el óleo de don Eliseo Vargas, por razones obvias. Conoce que es la historia pero un aspecto mucho más de peso.

Por consiguiente, una vez escuchado el planteamiento de la Directora Soto Hernández, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Gerencia Administrativa para la contratación y confección del óleo del Dr. Horacio Solano Montero, quien ocupó la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social del 22 de abril al 8 de mayo del año 2004, y

del 9 de mayo al 31 de julio del año 2004. Lo anterior, siguiendo obviamente la misma línea artística de los óleos que ya engalanan esta Sala.

Asimismo, se autoriza a la Gerencia Financiera de la institución, para reforzar la partida presupuestaria 2392, Unidad programática 1115, perteneciente a la Dirección de Comunicación Organizacional, para que se proceda a la confección de la citada obra.

De esta manera se llena y se cierra el vacío que ha existido hasta la fecha para el caso mencionado, continuando así con la tradición de colocar un óleo a todos los Expresidentes para reconocer el papel histórico que han desempeñado en el desarrollo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

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

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y los doctores Douglas Montero Chacón, Director, y Edgar Méndez, Jefe de Cirugía del Hospital México, y Manuel Navarro Correa, Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

El Director Alvarado Rivera se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 39°**

Se ha distribuido el oficio N° GM-SJD-5706-2014 del 8 de octubre en curso, suscrito por la señora Gerente Médico, por medio del que se presenta el informe solicitado en cuanto a quirófanos Hospital México (en el artículo 21° de la sesión número 8742, celebrada el 2 de octubre del año 2014, se solicitó a las Gerencias Médica, de Infraestructura y Tecnologías, y al Director del Hospital México).

La exposición está a cargo del doctor Montero Chacón, con base en las láminas que se especifican:

- i) Situación Salas de Operaciones  
Hospital México.
- ii)
  - Presentación  
Antecedentes.  
Atención de la urgencia.  
Producción.
- iii) Antecedentes
  - Prueba de Arcos en C.  
Bajo Voltaje.
  - Prueba voltaje.  
Problemas en todas salas. Dos salas un generador.

- Extensión de pruebas eléctricas.  
Riesgo de fuga eléctrica.  
Vicios ocultos.
- Schneider Electric de Centroamérica Ltda.

iv) Antecedentes.

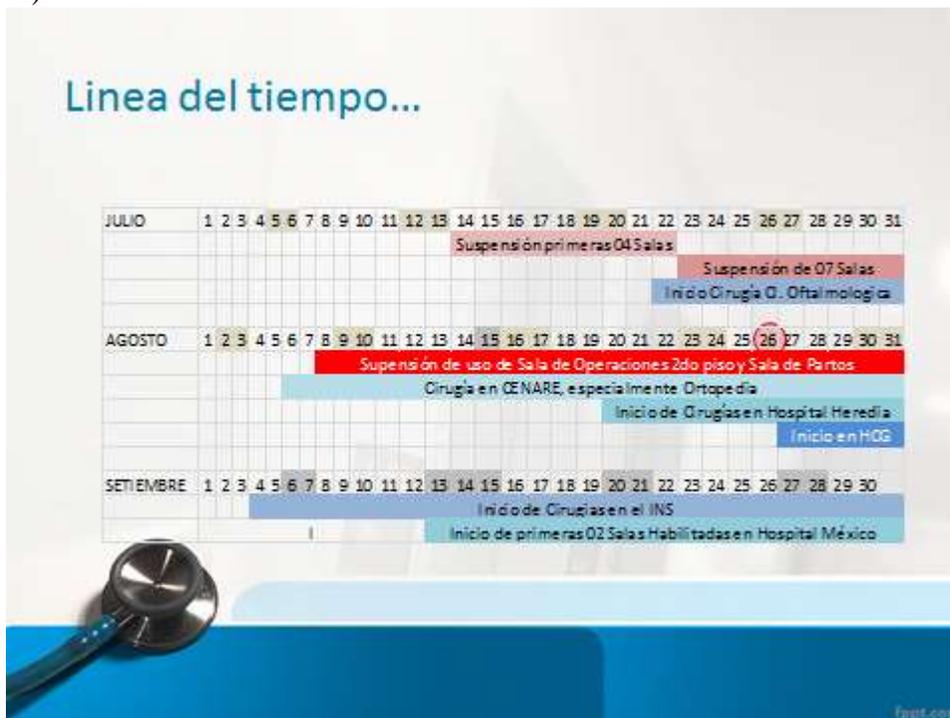
- Clausura inmediata M.S.  
**26 agosto 2014.**  
Hacinamiento.  
Deficiencias físico sanitarias.  
Inadecuado tránsito.
- Suspensión Sala de Operaciones.  
Supervisado informe por nivel local e institucional.

v) Antecedentes.

- Hospital  
Anillo Eléctrico.  
Sub-estación eléctrica.  
Salas de Operaciones.

Portafolio de Proyectos: DGHM-1087-201, del 24 de marzo del 2010 y notas subsecuentes.

vi)



## vii) Atención de la urgencia.

- Plan de contingencia: Rescate de cirugías  
**Objetivo:** Rescatar (al menos en parte) la actividad quirúrgica del Hospital México, especialmente en pacientes con cirugía prioritaria con cáncer.
- Plan de rescate. Apertura de Salas  
**Objetivo:** Habilitar hasta nueve salas de cirugía, en diferentes puntos del Hospital, con el fin de recuperar la capacidad instalada antes de la emergencia.
- Plan remedial. Readecuación integral de SO  
**Objetivo:** Actualizar la infraestructura, a fin de cumplir con las normas actuales y garantizar la seguridad de los usuarios y el personal del Hospital

**Se implementa un Centro Coordinador de Operaciones (CCO) con atención diaria para coordinar la emergencia.**

## viii) Plan de contingencia: Rescate de cirugías

- Objetivo:** Rescatar (al menos en parte) la actividad quirúrgica del Hospital México, especialmente en pacientes con cirugía prioritaria con cáncer.

SubPartida	Descripción	Monto
<b>Servicios Personales</b>		
2021	Tiempo Extraordinario	₱92.034.033,34
2023	Guardias Medicas	₱25.127.569,44
2026	Médicos Residentes	₱2.775.960,72
<b>Total</b>		<b>₱119.937.563,50</b>
<b>Servicios no Personales</b>		
2134	Viáticos	1.598.550,00
2199	Otros Servicios no Personales	556.800,00
<b>Total</b>		<b>2.155.350,00</b>
<b>Total General</b>		<b>₱122.092.913,50</b>

Número salas abiertas	Lugar	Horario	Tipo de paciente
01	Sala 7mo piso, junto a la UCI	24 horas	Programación
02	Sala 01 En urgencias, Hospital México	24 horas	Urgencias y Programación

03	Sala 02 En urgencias, Hospital México	24 horas	Urgencias y Programación
04	CENARE	24 horas	Urgentes y Prioritarios. De Ortopedia
05	CENARE	Jornada Ordinaria	Urgentes y Prioritarios. Cirugía General
06	Clínica Oftalmológica	Jornada Ordinaria	Atención de prioridades: Atención del cáncer de mama.
07	Hospital de Heredia	Jornada Ordinaria	Cirugía ambulatoria de Ortopedia, Artroscopias
08	Sala A en Oftalmología, HM	Jornada Ordinaria	Baja Complejidad. Cirugía Oftalmológica
09	Sala B en Oftalmología, HM	Jornada Ordinaria	Baja Complejidad. Cirugía Oftalmológica
10	Sala Cirugía Ambulatoria reacondicionada	Jornada Ordinaria	Baja Complejidad, Cirugía Reconstructiva y Cirugía Maxilodental
11	Hospital Calderón Guardia	Jornada Ordinaria	Cirugía Ginecológica Prioritaria, incluye cáncer
12	Hospital del Trauma	Jornada Ordinaria	Cirugía General: Atención del Cáncer.
13	Hospital del Trauma	Jornada Ordinaria	Cirugía General: Atención del Cáncer.

ix)

**Plan de rescate. Apertura de Salas**

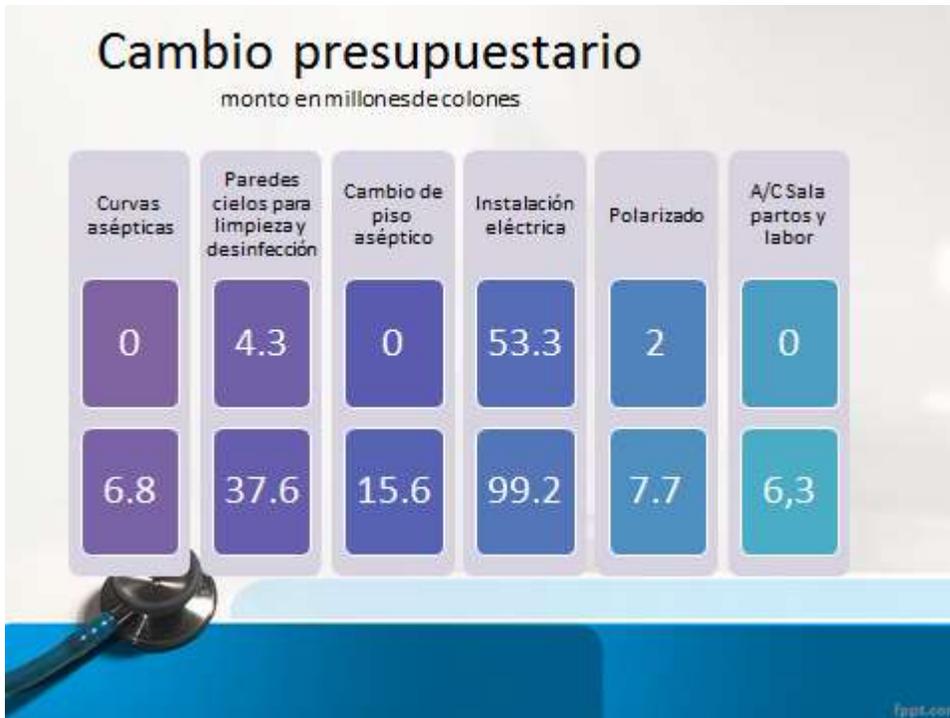
- **Objetivo:** Habilitar hasta nueve salas de cirugía, en diferentes puntos del Hospital, con el fin de recuperar la capacidad instalada antes de la emergencia.

Esta compra directa fue autorizada por la Contraloría General de la República, bajo el modelo obras por Administración

C100 mll

C308 mll

x)



xi)



xii)

## PROVEEDORES



Diseños y construcciones electromecánicas  
**DYSEL**

GS Electromecánicos S.A

Equipos e Instalaciones Electromecánicas  
**ELQUISA**

Redes Generales S.A.

Corporación Eléctrica Osmin Vargas

fppt.com

xiii)

## Control del Gasto



Item	Descripción	Precio Unitario	Cantidad	Valor Total
01	Panel PPT de 24" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
02	Panel PPT de 12" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
03	Panel PPT de 36" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
04	Panel PPT de 48" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
05	Panel PPT de 60" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
06	Panel PPT de 72" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
07	Panel PPT de 84" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
08	Panel PPT de 96" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
09	Panel PPT de 108" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
10	Panel PPT de 120" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
11	Panel PPT de 132" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
12	Panel PPT de 144" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
13	Panel PPT de 156" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
14	Panel PPT de 168" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
15	Panel PPT de 180" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
16	Panel PPT de 192" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
17	Panel PPT de 204" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
18	Panel PPT de 216" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
19	Panel PPT de 228" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00
20	Panel PPT de 240" x 36"	\$2,700.00	01	\$2,700.00



**CONCEPCION**

Elaborado por: [Nombre]

Revisado por: [Nombre]

Fecha: [Fecha]

Item	Descripción	Valor
01	Panel PPT de 24" x 36"	\$2,700.00
02	Panel PPT de 12" x 36"	\$2,700.00
03	Panel PPT de 36" x 36"	\$2,700.00
04	Panel PPT de 48" x 36"	\$2,700.00
05	Panel PPT de 60" x 36"	\$2,700.00
06	Panel PPT de 72" x 36"	\$2,700.00
07	Panel PPT de 84" x 36"	\$2,700.00
08	Panel PPT de 96" x 36"	\$2,700.00
09	Panel PPT de 108" x 36"	\$2,700.00
10	Panel PPT de 120" x 36"	\$2,700.00
11	Panel PPT de 132" x 36"	\$2,700.00
12	Panel PPT de 144" x 36"	\$2,700.00
13	Panel PPT de 156" x 36"	\$2,700.00
14	Panel PPT de 168" x 36"	\$2,700.00
15	Panel PPT de 180" x 36"	\$2,700.00
16	Panel PPT de 192" x 36"	\$2,700.00
17	Panel PPT de 204" x 36"	\$2,700.00
18	Panel PPT de 216" x 36"	\$2,700.00
19	Panel PPT de 228" x 36"	\$2,700.00
20	Panel PPT de 240" x 36"	\$2,700.00

fppt.com

xiv)

## Control del Gasto

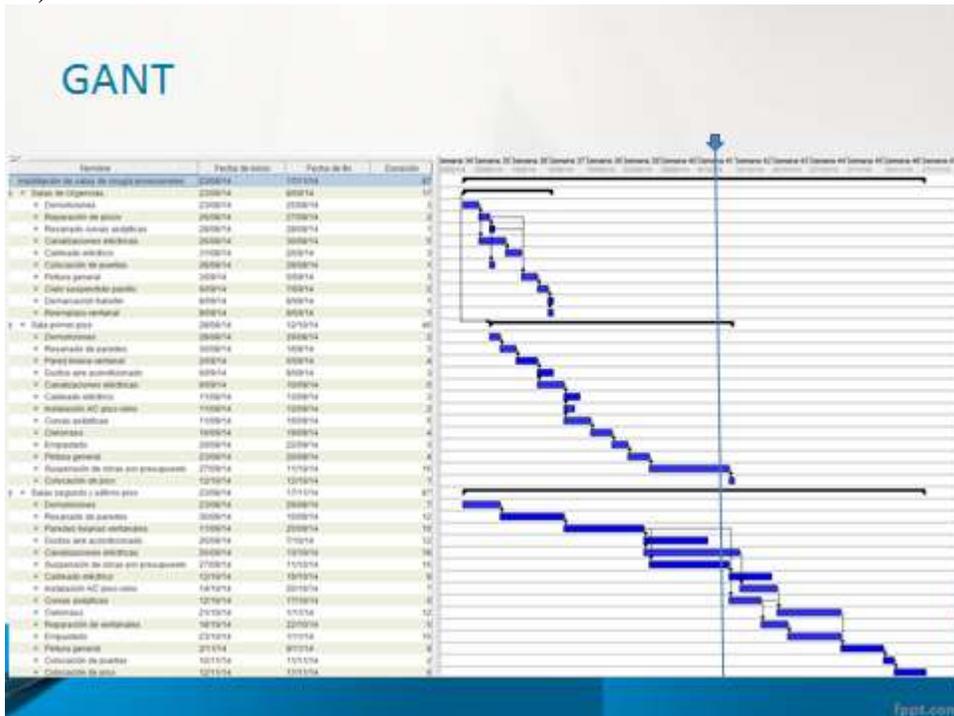
**Autorizaciones de compra**

**Mano de obra y cargas sociales**

**Costos indirectos, mediante formulas**

fpt.com

xv)



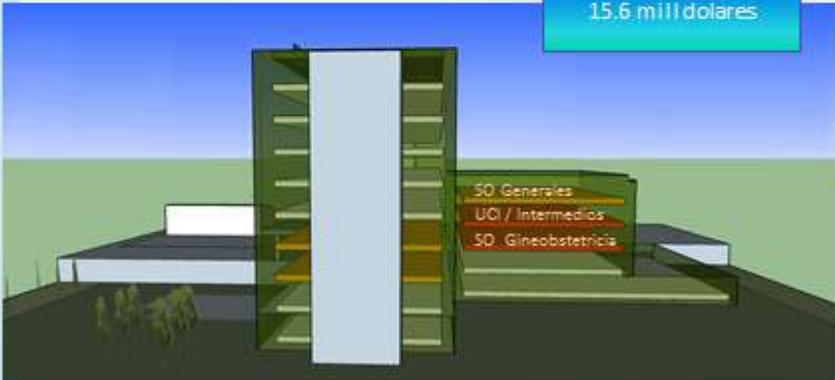
xvi)



**Plan remedial. Readequación integral de SO**

- Objetivo: Actualizar la infraestructura, a fin de cumplir con las normas actuales y garantizar la seguridad de los usuarios y el personal del Hospital

15.6 mill dolares



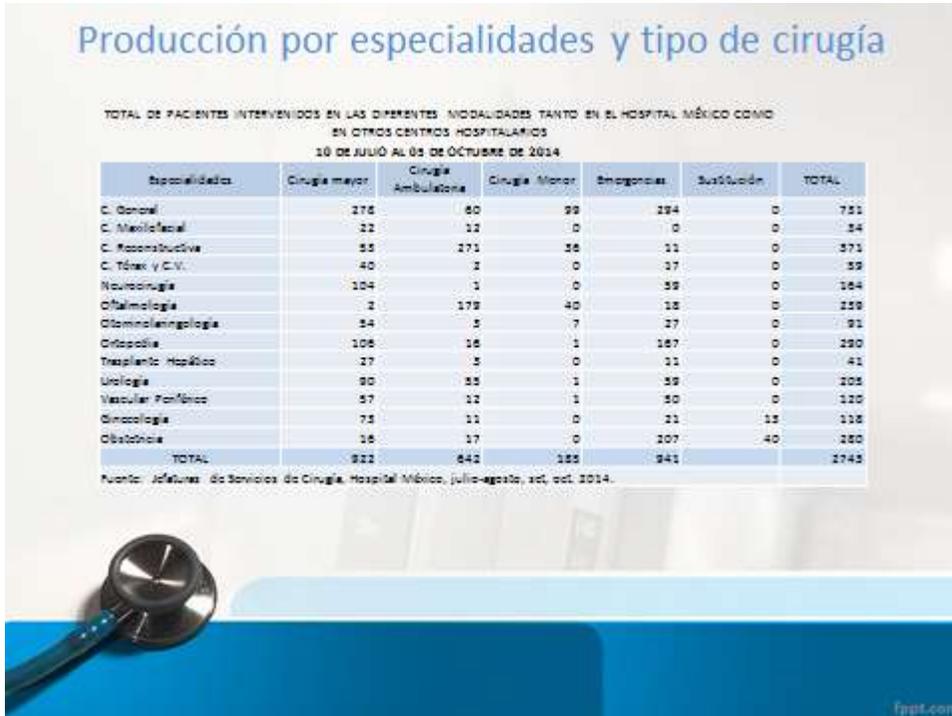
SO Generales  
UCI / Intermedios  
SO Gineobstetricia

fppt.com

xvii)



xviii)

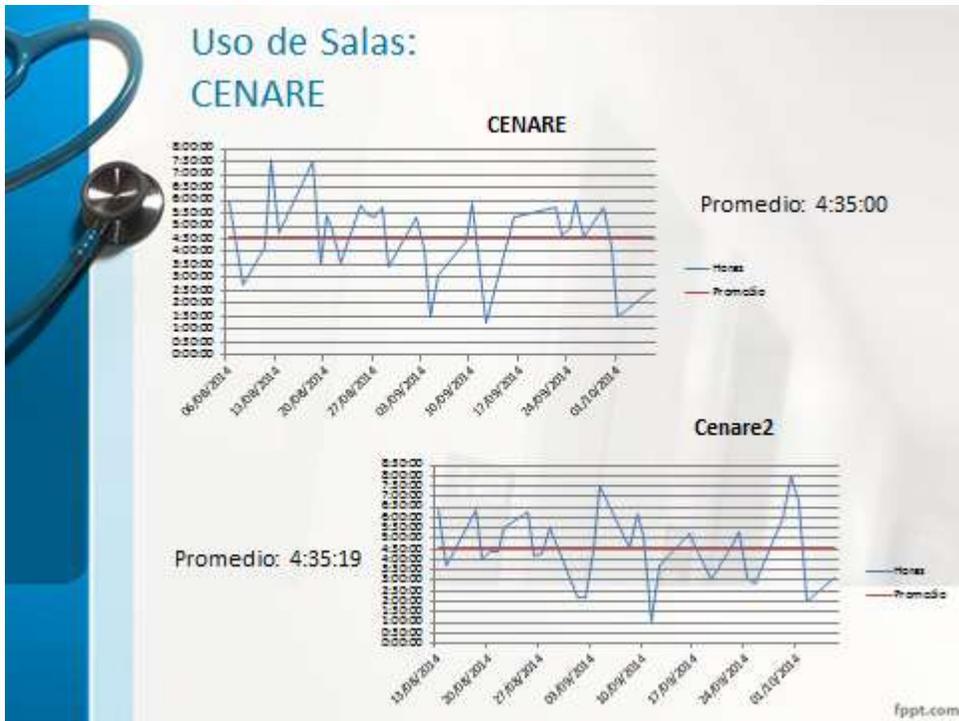


xix)

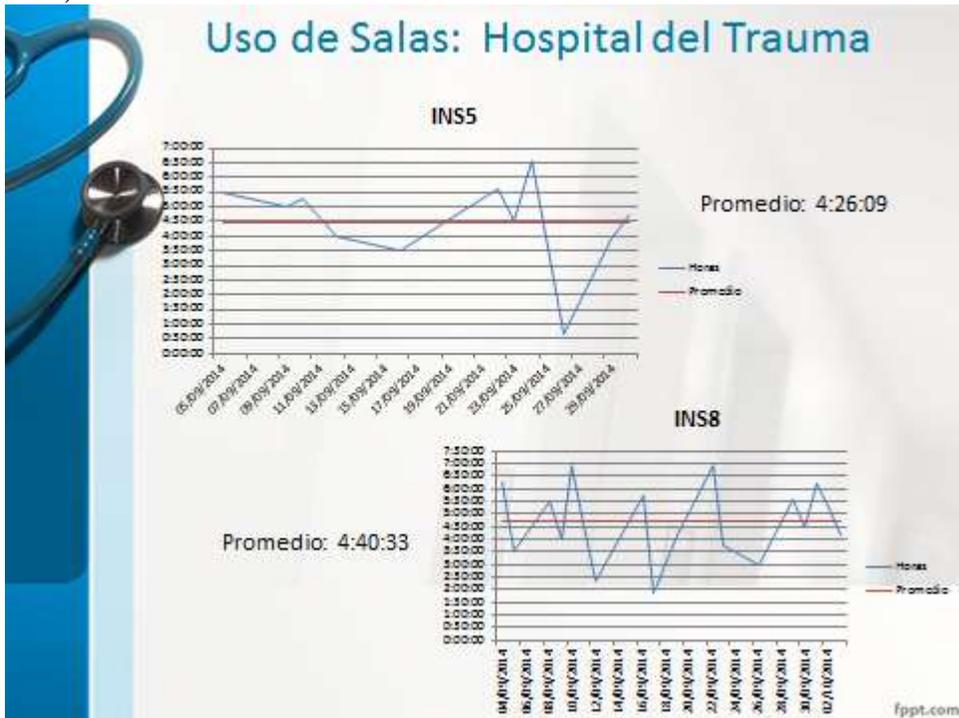


xx)





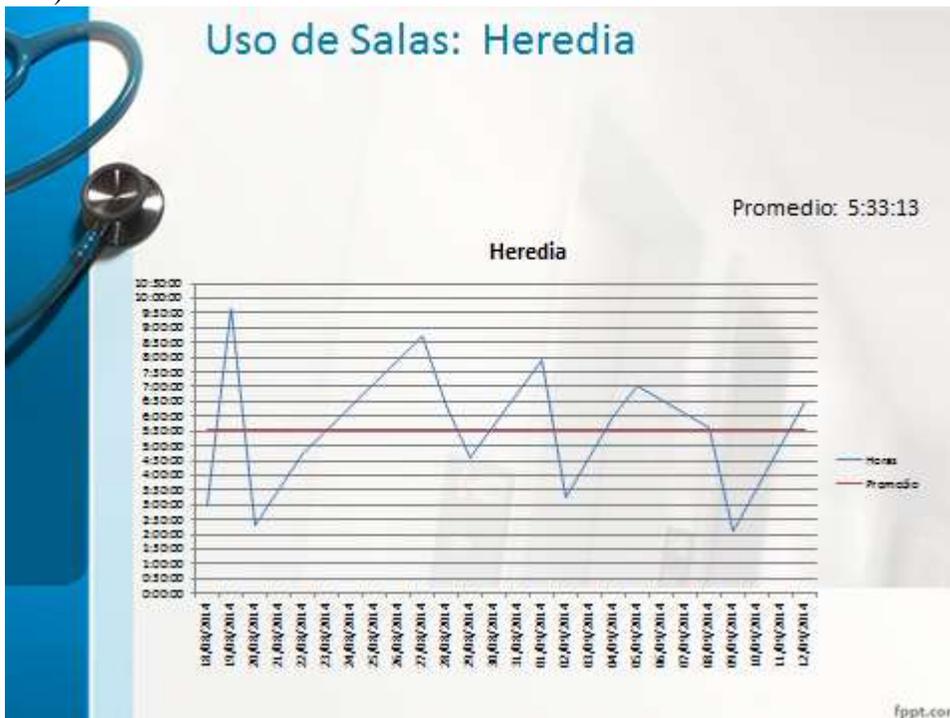
xxiii)



xxiv)



xxv)



xxvi)



xxvii)



A propósito de una consulta de la doctora Sáenz Madrigal tendiente a conocer cuántos quirófanos quedaron fuera de servicio, responde le doctor Montero Chacón que funcionando habían 16 quirófanos. La sala del Hospital ubicada en el 7º piso, está en un promedio de 4.32%, no llega a

cinco, porque es la sala de las emergencias, se debe dejar lo más libre posible y no se puede saturar con programación.

Pregunta el Director Devandas Brenes si se están remodelando nueve salas y cuando se construyan las 21 que se están planteando, se tendrán 30.

Al respecto, indica el doctor Montero Chacón no ser así, por razones de espacio físico no se puede contar con un mayor número de salas, las 14 salas que se plantea ubicar, de acuerdo con la distribución que se informó, vendrían a sustituir los quirófanos que no funcionarían más, pero, eventualmente, los cinco quirófanos que se están construyendo en el ala derecha del segundo piso, más los dos quirófanos que estarían disponibles para emergencias, o sea, el número de quirófanos sería de alrededor de 19 y no se tiene proyectado, tener más quirófanos en el área donde actualmente están en desuso. Con la inversión que se ha realizado, más las funciones que se están dejando, la idea es dejarlos, para contar con 23 quirófanos. Aclara que es probable que los quirófanos de emergencias funcionen y se destinen a cierto tipo de cirugías. Los quirófanos del segundo piso del ala derecha se utilizarían como quirófanos de cirugía ambulatoria, a efecto de tener los 14 quirófanos del plan final, para especialidades o procedimientos específicos de las especialidades de alta complejidad, por cuanto se tiene una alta demanda de cirugías muy complejas.

En cuanto a una pregunta del Dr. Devandas Brenes tendiente a conocer si el proyecto fue incluido en un plan de inversiones y se solicitó financiamiento, pero no se le asignó contenido presupuestario, contesta el Dr. Montero que son dos proyectos grandes que tienen la atención del problema electromecánico de todo el Hospital. El proyecto de las salas de operaciones, en específico, no se financió y hasta el año pasado se le dio la aprobación.

Ante una pregunta el doctor Devandas Brenes tendiente a conocer si el proyecto se aprobó el año pasado, por qué no se inició, indica el Dr. Montero que hubo que atender la emergencia que se presentó con lo quirófanos.

**Finalmente, se da por recibido el informe en referencia.**

Los doctores Montero Chacón y Méndez se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 40º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 41º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 42°**

Se presenta el oficio N° GM-SJD-5676-14, del 02 de octubre del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta para aprobar beneficios para estudios, según en adelante se detalla, a favor de: Dra. Paula León Salas y del Dr. Manuel Ángel Caballero Barba, ambos Médicos Asistentes Especialistas en Radiología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Pasantía en Resonancia Magnética de Cuerpo y Resonancia Magnética de Cerebro, Cabeza y Cuello, respectivamente, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, del 15 de octubre al 30 de noviembre del año 2014:

- a) Permiso con goce de salario del 14 de octubre de 2014 al 01 de diciembre del año 2014.
- b) Pago de estipendio mensual por US\$1.200 (mil doscientos dólares).
- c) Costo de tiquetes aéreos por un monto único de US\$1.293 (mil doscientos noventa y tres dólares).
- d) Pago del costo de curso por un total de US\$1.500 (mil quinientos dólares).
- e) Pago del seguro médico por un US\$400 (cuatrocientos dólares).

El doctor Esquivel Sánchez se refiere a la propuesta en consideración:

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

Presentación de casos:

- Dra. Paula León Salas.
- Dr. Manuel Ángel Caballero Barba.

8 de octubre 2014.

## b) Resumen de casos.

<b>Funcionario</b>	<b>Lugar de Trabajo</b>	<b>Estudios</b>	<b>Diagnóstico de Necesidad</b>	<b>Beneficios Esperados</b>	<b>Proceso de Selección</b>	<b>Beneficio Económico</b>
Dra. Paula León Salas Médico Asistente Especialista en Radiología Dr. Manuel Ángel Caballero Barba Médico Asistente Especialista en Radiología	Hospital San Juan de Dios.	Pasantía en Resonancia Magnética de Cuerpo y Resonancia Magnética de Cerebro, Cabeza y Cuello respectivamente, en el Hospital Italiano de Buenos Aires del 15 de octubre 2014 al 30 de noviembre 2014.	De acuerdo al oficio DG-10688-2013 suscrito por la Dra. Hilda Oreamuno Ramos, Directora General a.i. del Hospital San Juan de Dios se contempló la necesidad de capacitar al recurso humano en el área de Radiología e Imágenes Médicas se encuentra identificada en el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y Formación vigente del Hospital.	De acuerdo con lo indicado por la Dra. Lucía Díaz Silva, Jefe a.i. Servicio de Radiología del Hospital San Juan de Dios, los beneficios para el Servicio inicialmente serán cualitativos dado que la calidad del servicio prestado por el Departamento va a aumentar al estar nuestros médicos mejor preparados.  El número de estudios en el Servicio van a disminuir dado que los pacientes reciben un diagnóstico claro y certero desde el inicio de su abordaje.  Eventualmente	De acuerdo con lo que indica la Dra. Lucía Díaz Silva Jefe de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital San Juan de Dios, no se realizó un proceso de selección para seleccionar a los candidatos de beca para el desarrollo de la actividad académica. Al respecto, se investigó y se analizaron propuestas de actividades educativas y formativas de acuerdo a las necesidades del servicio y de formación	1-Permiso con goce de salario del 14 -10-2014 al 01-12-2014.. 2-Pago de estipendio mensual por un monto \$1.200.00. 3-Pago de tiquetes aéreos por un monto de \$1293.00. 4-Pago del costo de curso por un monto total de \$1.500.00. 5-Pago del seguro médico por un monto total de \$400.00. Compromiso contractual laboral: Dra. León Salas 05 años y 01 mes. Compromiso contractual laboral: Dr. Caballero Barba 05 años y 01 mes.

				<p>cuando las imágenes de los resonadores se envíen vía digital a nuestro Hospital o cuando coloque un resonador contaremos con radiólogos capacitados para solventar esta necesidad. Por lo que el impacto se considera alto.</p>	<p>profesional para las funciones que desempeñan la Dra. León Salas y el Dr. Caballero Barba.</p>	
<p><b>Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22° de la sesión N° 8707</b></p>						

c)

<b>Propuestas de Acuerdo</b>	
<b>Caso</b>	<b>Acuerdo</b>
Dra. Paula León Salas y del Dr. Manuel Ángel Caballero Barba	Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor de la Dra. Paula León Salas y del Dr. Manuel Ángel Caballero Barba para realizar Pasantía en Resonancia Magnética de Cuerpo y Resonancia Magnética de Cerebro, Cabeza y Cuello respectivamente, en el Hospital Italiano de Buenos Aires Argentina del 15 de octubre 2014 al 30 de noviembre 2014. Se recomiendan los siguiente beneficio para estudio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permiso con goce de salario del 14 de octubre de 2014 al 01 de diciembre de 2014.</li> <li>• Pago de estipendio mensual por un monto \$1.200.00 USD.</li> <li>• Pago de tiquetes aéreos por un monto único de \$1293.00 USD.</li> <li>• Pago del costo de curso por un monto total de \$1.500.00 USD.</li> <li>• Pago del seguro médico por un monto total de \$400.00 USD.</li> </ul>

Respecto de una inquietud del Director Gutiérrez, indica la doctora Sáenz Madrigal que el nombre de Asistente Especialista viene del tema de la asistencia, el médico de asistencia y no del administrativo, que se encuentra en la asistencia médica de forma directa.

Refiere el licenciado Gutiérrez Jiménez conocer poco la operación de este proceso y sería interesante entender cuántas personas hay y quién sustituye el servicio en esos días.

Sobre el particular, señala el doctor Esquivel Sánchez que quedan tres médicos en el servicio y es un curso específico en un hospital italiano, o sea, una pasantía específica.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que estaría de acuerdo en que se apruebe la propuesta, siempre y cuando la Gerencia Médica garantice que, durante ese período, no se producirá una afectación en el servicio.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-5676-2014, de fecha 2 de octubre del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez, Jefe del Área de Planificación del CENDEISS (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 de la doctora Paula León Salas y del doctor Manuel Ángel Caballero Barba, Médicos Especialista en Radiología del Hospital San Juan de Dios, beca -según en adelante se detalla- para que realicen una Pasantía en: Resonancia Magnética de Cuerpo: Dra. León Salas, y Resonancia Magnética de Cerebro, Cabeza y Cuello: Dr. Caballero Barba, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina:

I) Permiso con goce de salario del 14 de octubre al 1° de diciembre del año 2014.

El permiso con goce de salario se contempla como parte del presupuesto ordinario del Hospital San Juan de Dios.

II) El pago para cada uno de los beneficiarios:

- a) Durante el citado período de estudios, estipendio mensual que asciende a S\$1.200 (mil doscientos dólares).
- b) Del costo de tiquetes aéreos por un monto único de US\$1.293 (mil doscientos noventa y tres dólares).
- c) Del costo del Curso por un total de US\$1.500 (mil quinientos dólares).
- d) De seguro médico por US\$400 (cuatrocientos dólares).

La erogación correspondiente a los beneficios aprobados, salvo lo que corresponde al permiso con goce de salario, se hará con cargo al presupuesto del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica Institucional.

Los beneficios otorgados quedan sujetos a las disposiciones reglamentarias vigentes.

Lo anterior, en el entendido de que se garantice que no se va a producir una afectación sensible en la prestación del servicio.

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

El doctor Esquivel Sánchez se retira del salón de sesiones.

### **ARTICULO 43°**

Comenta la doctora Sáenz Madrigal que en la revisión que se hizo a nivel sectorial del plan institucional que se estuvo revisando con el Ministerio de Hacienda y la Caja, que se aprobó en la Junta Directiva, hubo una recomendación del grupo para incluir algún indicador del EDUS (Expediente Digital Único en Salud), no se determinó como problemático, porque ya se tiene una meta de incluir dos temas por mes. Además, que se incluya algún tema sobre listas de espera y hubo una petición de adicionar un tema sobre el portafolio de inversiones o sobre la parte de infraestructura. El planteamiento o la preocupación que se había manifestado es que, efectivamente, se tiene una lista del portafolio y existe una priorización, de tal manera que quedara con base en la priorización que la Caja establezca. Lo anterior, por cuanto están por revisar los criterios. En este caso, existe un interés del Ministerio de Hacienda de incluir el tema de la sostenibilidad financiera en el Plan Nacional de Desarrollo. El asunto es importante porque si está incluido en ese Plan, va a requerir evaluación y monitoreo por ambas partes. Se está

trabajando en asunto, los grupos técnicos están reunidos y cuando esté el documento listo se presenta a consideración de la Junta Directiva.

Por otra parte, por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** fijar una sesión extraordinaria para el miércoles 15 de octubre en curso, a las 11 a.m., para tratar los asuntos que se detallan:

**I) Gerencia Médica:** oficios suscritos por la señora Gerente Médico.

a) Oficio número GM-SJD-5707-2014 del 08 de octubre del año 2014: atención artículo 20° de la sesión N° 8742 del 2 de octubre en curso: presentación informe en relación con la listas de espera.

**b) Proyectos de ley: se externa criterio:**

i. *Expediente número 16887, Proyecto adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973.* Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 22 de los corrientes, número PE.46.004-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número DH-108-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (8742). Externa criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5678-2014 del 06 de octubre del año 2014.

ii. *Expediente número 19105, Proyecto Ley de creación de la política pública nacional al primer nivel de atención en salud.* Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 24 de los corrientes, número PE.46.029-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número CAS-586-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio con las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías y Médica coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. Emite criterio mediante oficio N° GM-SJD-5677-2014 del 06 de octubre del año en curso.

**II) Gerencia de Logística.**

a) **Oficio N° GL-18.359-14** de fecha 3 de octubre del año 2014, que firma la Gerente médico: propuesta adjudicación compra de medicamentos N° 2014ME-000105-05101; a través de la plataforma de compras electrónicas Compr@red: ítem único: 1.500.000 (un millón quinientos mil) cientos de Metformina Clorhidrato 500mg., tabletas con o sin recubierta con FILM (FILM COATED), sin ranura a favor de la empresa Sango Unido Internacional S. A., oferta N° 03, oferta en plaza por un monto total de US\$ 1.020.000 (un millón veinte mil dólares); *modalidad de la compra: prorrogable; una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.*

**III) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías:**

- a) Propuesta de acuerdo solicitada, en relación con el **oficio N° GIT-33589-14** de fecha 22 de agosto del año 2014: informe gestión del mantenimiento institucional y estado de las Áreas Regionales de Mantenimiento (ARIM).
- b) **Oficio N° GIT-33744-14** de fecha 29 de agosto del año 2014, que firma la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: atención artículo 15° de la sesión N° 8726: informe del estado de cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República.
- c) **Proyecto de Ley: se externa criterio:**
  - i. ***Expediente número 18.630, Proyecto reforma de la Ley número 5361, Ley de fortalecimiento de la educación en ingeniería topográfica y sus reformas.*** Se traslada a 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: 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. Externa criterio mediante oficio N° GIT-33913-2014 del 18 de setiembre anterior, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías.

**IV) Correspondencia.**

**V) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**

- a) **Oficio N° P.E.-39.148-14** de fecha 3 de setiembre del año 2014, que firma la señora Presidenta Ejecutiva: designación de las doctoras: Erna Meléndez Bolaños y María Gabriela Chavarría Fonseca, propietario y suplente ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) en representación de la CCSS.

**ARTICULO 44°**

**ACUERDO PRIMERO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *expediente número 16887, Proyecto adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973*, que se traslada a Junta Directiva la comunicación del 22 de los corrientes, número PE.46.004-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número DH-108-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio N° GM-SJD-5678-2014 del 06 de octubre del año en curso, y la Junta Directiva, en virtud del análisis que debe realizar, para externar criterio –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para responder.

**ACUERDO SEGUNDO:** se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente número 19105, Proyecto Ley de creación de la política pública nacional al primer nivel de atención en salud*, que se traslada a Junta Directiva por medio de la comunicación del 24 de los corrientes, número PE.46.029-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-586-2014, firmado por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías, y Médica, que se emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5677-2014 del 06 de octubre en curso, firmado por la Gerente Médico, y la Junta Directiva, en virtud del análisis que debe realizar, para externar criterio –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para responder.

**ACUERDO TERCERO:** se tiene a la vista la consulta respecto del *Expediente número 19.188, Proyecto reforma del Transitorio único de la Ley de protección y pensión anticipada a los trabajadores cesados a consecuencia del proceso de modernización el Instituto Costarricense de Puertos del Pacífico (INCOP)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 2 de los corrientes, número PE.46.143-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio N° CEI-08-2014, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Especial Investigadora de la Provincia de Puntarenas, de la Asamblea Legislativa.

Se recibe la comunicación que suscribe el Gerente de Pensiones, N° GP-47.164-14, fechada 7 de octubre del año en curso, que en adelante se transcribe en forma literal:

“Mediante oficio JD-PL-070-14 del 24 de setiembre del 2014, se solicita a la Gerencia de Pensiones, externar criterio para la sesión del 02 de octubre del año en curso, en relación al proyecto de ley “Proyecto reforma del transitorio único de la Ley de Protección y pensión anticipada a los trabajadores cesados a consecuencia del proceso de modernización al Instituto Costarricense de Puertos al Pacífico (INCOP)”, Expediente N° 19.188.

Al respecto, se solicitó a la Dirección Administración de Pensiones, a la Dirección Actuarial y Económica y a la Asesoría Legal de esta Gerencia, analizar el texto en consulta y emitir el criterio técnico-legal correspondiente.

En fecha 06 de octubre del 2014 la Dirección Administración de Pensiones presenta a esta Gerencia misiva DAP-1676-2014 mediante el cual solicita:

“(…)  
*De la manera más respetuosa, insto a que esa Gerencia le solicite a la Junta Directiva de la Institución, pedir una prórroga de quince días hábiles a la Comisión Especial Investigadora de la Provincia de Puntarenas de la Asamblea Legislativa, para la presentación del Criterio técnico-legal sobre el Proyecto de Ley Expediente N° 19.188, “Proyecto reforma del transitorio único de la Ley de Protección y pensión anticipada a los trabajadores cesados a consecuencia del proceso de modernización al Instituto Costarricense de Puertos al Pacífico (INCOP)”.*

*Sobre este particular, se insta a esa Gerencia, pedir la autorización debida a la Junta Directiva Institucional, para conocer de este caso en la sesión a realizarse el 23 de octubre del año en curso.*

*Lo anterior, por cuanto debe analizarse de qué manera la aprobación del Proyecto puede impactar las finanzas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, pues, dicho proyecto pretende aumentar la cobertura citada en el transitorio único de la Ley N°8832, del 29 de abril del 2010, **de 24 meses a 36 meses para cumplir la edad requerida para prejubilarse con esta ley**, con el objeto de que los funcionarios del INCOP puedan cancelar el monto de las cotizaciones faltantes hasta alcanzar las cuotas y la edad requeridas pudiendo acogerse a la prejubilación una vez cumplidos los cincuenta años”.*

En virtud de lo expuesto, muy respetuosamente proponemos se someta a consideración de la Junta Directiva el solicitar a la Comisión Especial Investigadora de la Provincia de Puntarenas de la Asamblea Legislativa, un plazo **adicional** de quince días hábiles para contestar”.

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación del licenciado Pacheco Ramírez –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo adicional de quince días hábiles más para responder.

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

A las dieciocho horas con cuarenta minutos se levanta la sesión.