

**RESUMEN ASUNTOS RELEVANTES
JUNTA DIRECTIVA
SESIÓN DEL 6 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2012**

I) **Se toma nota** presentación a cargo del Dr. Pablo Ortiz Rosés, Director del Área de Salud Coto Brus, en relación con el trabajo que se desarrolla en esa Área de Salud: *Un paradigma diferente para circunstancias diferentes. La experiencia Coto Brus.*

II) **PROYECTOS DE LEY:**

A) Se tiene a la vista la nota número CEC-453-2012 de fecha 07 de noviembre de 2012, firmada por la Jefa de Área, en la que comunica que la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla con los objetivos constitucionales asignados”*, en la sesión N° 47 del 31 de octubre del año 2012, se aprobó moción para que sea consultado el texto base de discusión del **Proyecto “LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA”**, expediente N° 17.655.

Se han distribuido los oficios números GA-50.723-12, cuyo documento anexo, en adelante se transcribe, en lo conducente, y GA-50.988 de fecha 29 de noviembre y 6 de diciembre del año en curso, respectivamente, suscritos por el señor Gerente Administrativo y por medio de los que se presenta el criterio unificado de las Gerencias Médica:

I. **“Antecedentes**

1. En fecha 07 de noviembre 2012, mediante oficio CEC-453-2012, la Licda. Rocío Barrientos Solano, Jefa Área *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y Propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que esta cumpla con los objetivos constitucionales asignados”* de la Asamblea Legislativa, comunica que en la sesión número N° 47, del 31 de octubre 2012, se aprobó moción para consultar a la Caja el **“Proyecto de ley: “Ley Orgánica del Colegio de Médicos”**. Expediente N° 17.655
2. Mediante oficio número N° JD-PL-0077-12, del 08 de noviembre 2012, la Secretaria Junta Directiva, solicita a las Gerencias Administrativa y Médica, externar criterio referente al expediente mencionado.

II. **Resumen proyecto**

La “*Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la Caja Costarricense del Seguro Social y propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos constitucionales asignados*”. Expediente No. 18.201, elabora el Informe denominado “*Reconstitución del Pacto Social Costarricense con la Seguridad Social*” el mismo realiza un análisis de la situación de la Institución y emite una serie de recomendaciones dirigidas al Poder Ejecutivo, la Junta Directiva Institucional, la Contraloría General de la República, a las Superintendencias Generales (Supen y SUGESE) y a la Asamblea Legislativa, a esta última le recomienda aprobar, promover y reformar algunas leyes de relación directa para la Caja.

Si bien la presente iniciativa no aparece en la lista de proyectos de ley que se recomienda impulsar a la Asamblea Legislativa en el informe mencionado, en la sesión número N° 47, del 31 de octubre 2012, de la Comisión se aprobó la moción para consultar el proyecto de marras.

Con la reforma, se plantea que sea el Colegio el encargado de acreditar a los médicos, tanto graduados en el extranjero como en el país, para que ejerzan la profesión, por medio de dos pruebas una formal y la otra verbal. En el ejercicio de la profesión se seguirán realizando pruebas continuas a los profesionales.

Otros aspectos del proyecto son los siguientes:

- Establecer la legitimación del Colegio de Médicos y Cirujanos para emprender acciones legales en contra de quienes ejercen ilegalmente la Medicina y sus ramas dependientes.
- Definir las profesiones consideradas como ramas de las ciencias médicas y que son parte del Colegio de Médicos y Cirujanos, y enfatizar el tema del ejercicio ilegal de las profesiones en Ciencias Médicas.
- Modificar las sanciones existentes a la fecha, estableciendo equilibrio entre la falta cometida y la sanción por imponer.
- Creación de procedimientos e instancias de sanción que garanticen el debido proceso y el derecho de defensa.
- Delega en el Colegio de Médicos y Cirujanos la Acreditación profesional para el ejercicio de la medicina en el país, proceso que actualmente realiza el CONARE, y las universidades públicas acreditadas para el caso.
- Adicionalmente el proyecto propone que los médicos puedan acogerse al régimen de dedicación exclusiva.

III. Criterio

Se ha procedido a realizar el análisis integral del texto propuesto en el proyecto “**Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica**” considerando de importancia analizar algunos aspectos relacionados con la autonomía de la Caja.

Es importante introducir el tema con la naturaleza jurídica de los colegios de profesionales que son corporaciones de derecho público lo que los constituyen como entes públicos no estatales, de allí que el profesional que pretenda ejercer la profesión en que se capacitó procurará necesariamente afiliarse al Colegio profesional respectivo.

Dentro de las funciones de interés público que los colegios profesionales desempeñan, se encuentra la defensa contra el ejercicio indebido de las profesiones, el velar por la inexistencia de competencia desleal, procurar el progreso de las disciplinas, adicionalmente tiene funciones netamente administrativas, de fiscalización, el control respecto del correcto ejercicio de la profesión y potestades disciplinarias.

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, fue creado por Ley N.º 3019, de 9 de agosto de 1962, dicha ley no ha sufrido ningún tipo de modificación en especial en relación con la autorización de los profesionales en medicina y los profesionales en ramas dependientes de la medicina que regula la institución.

Uno de los temas más importantes del proyecto está relacionado con la responsabilidad en cuanto al reconocimiento y equiparación de títulos y grados que hasta la fecha es responsabilidad de la Universidad de Costa Rica, según lo establecido en el Reglamento del artículo 30 del *Convenio de Coordinación de la Educación Superior Universitaria Estatal*, firmado por las universidades miembros de CONARE. En este sentido, lo establecido en el artículo 8 de la propuesta en consulta, iría en detrimento de las facultades de las universidades para determinar el reconocimiento y equiparación de títulos y grados extranjeros con base en criterios académicos.

Adicionalmente, se han analizado otros aspectos como la dedicación exclusiva, las evaluaciones a los profesionales, para lo que se integra el criterio DGAP-2513-2012, emitido por parte de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, adscrito a la Gerencia Administrativa:

“...No obstante, por la extensión del Proyecto, se efectuarán consideraciones relevantes en aquellos casos que podrían generar un posible roce desde el punto de vista constitucional y legal.

Con respecto al inciso e) del artículo 3 que, señala “Colaborar con las instituciones públicas y del Estado para la promoción y democratización en el acceso de la salud a la población”, sería importante definir los alcances del término democratización y en qué consistiría el papel que pretende desempeñar el Colegio en cuanto a este aspecto se

refiere, pues generaría confusión con la función encomendada a la Caja desde la Constitución Política.

En relación con el **inciso e) del artículo 6)** que estipula que “En el caso de extranjeros, deberán acreditar su estatus de permanencia legal en el país, el cual no podría ser ni de estudiante ni de turista”, se considera que al Colegio de Médicos y Cirujanos no le compete exigir el cumplimiento de un requisito que es de naturaleza migratoria, como lo expresó la Sala Constitucional en sus votos números 3993-96, 87-96 y 93-96, al indicar:

“VI. Ahora bien: si al momento de la inscripción el petente no se halla en la subcategoría migratoria que le permite –desde esa perspectiva- el ejercicio profesional, porque la que tiene limita su actividad legítima, nada autoriza a pensar que la inscripción tiene la virtud de modificar la condición migratoria, confiriéndole un estatus idóneo para aquel ejercicio. **El Colegio de Médicos y Cirujanos no es, evidentemente, la administración pública competente para la aplicación del régimen de migración y extranjería.** Esta materia corresponde a la Dirección General de Migración y Extranjería. Pero, en cambio, el Colegio, como entidad pública no estatal que es, debe velar en lo posible porque los actos que se cumplan ante él se atengan a la legalidad, y, por ende, solo puede proceder a la inscripción del petente extranjero si verifica el plazo de residencia, a partir de la noción de que la permanencia en el país del interesado haya sido regular según la legislación migratoria...”

“...En cuanto al **artículo 20**, se considera importante valorar la pertinencia de aplicar dos veces al año dos evaluaciones estandarizadas; esto por cuanto las diferentes especialidades que existen en la carrera de la Medicina, no siempre quienes la ostentan la ejercen en la vida práctica. Asimismo, preocupa las consecuencias que podría acarrear para la CCSS el hecho de que alguno de sus trabajadores no apruebe dichas evaluaciones y sea suspendido por dicho colegio profesional, en relación con el cumplimiento del servicio público que brinda a los usuarios; considerando que esta Institución es la mayor empleadora de este grupo ocupacional.

El **artículo 23** refiere a la suspensión del ejercicio de la profesión cuando no se paguen tres o más cuotas y la suspensión se levantará con el pago de las cuotas atrasadas, sin embargo, se omite indicar que la sanción disciplinaria procede previo cumplimiento del debido proceso como lo ha establecido la Sala Constitucional:

“En ese sentido es suficiente que la Ley Orgánica otorgue a la Junta Directiva la potestad de sancionar a aquellos miembros que incumplan con su obligación de sufragar las cuotas de mantenimientos del Colegio, de conformidad con lo dispuesto en los reglamentos respectivos. Es evidente que no sólo existe el deber legalmente establecido de sufragar las cuotas de sostenimiento del Colegio, sino que desde este punto de vista, la ley incluso se cuida de que claramente aparezca en su texto el deber de sufragar las cuotas, el órgano que puede conocer de los incumplimientos y,

finalmente la competencia específica de ese órgano para sancionar. De allí que la potestad reglamentaria en cabeza del Colegio, permita señalar como consecuencia natural y razonable al incumplimiento la suspensión del miembro. Entender lo contrario, sería atacar la existencia misma del Colegio, puesto que el dejar a discreción de sus miembros el pagar o no, por ejemplo, llevaría a poner en entredicho su supervivencia. **En todo caso, es evidente que para la imposición de cualquier sanción deberán respetarse los principios del debido proceso que este Tribunal ha señalado en forma reiterada.** La Sala se limita en esta acción a reiterar en abstracto su necesidad, porque su eventual infracción corresponde ser conocida en otra vía”.(Voto N° 6473-1999 de las catorce horas cuarenta y cinco minutos del 18 de agosto de 1999)

Con respecto al **artículo 43**, sería importante valorar el plazo a partir del cual comienza a correr la prescripción, ya que en dicho numeral menciona que la acción disciplinaria del Colegio contra sus miembros prescribe en dos años desde el momento en que se produjo la supuesta falta, cuando a nivel jurisprudencial la línea que se ha seguido es que corre a partir del momento en que se tenga conocimiento del hecho gravoso.

Asimismo, en relación con el **artículo 53** no se comparte autorizar el pago de dedicación exclusiva a los médicos, por cuanto en la Ley N° 6836 “Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas”, se creó el 22 de diciembre de 1982 está dirigida –como evidentemente se desprende de su nombre– a regular condiciones laborales peculiares: las de los médicos, farmacéuticos, microbiólogos, odontólogos, y psicólogos clínicos que prestan servicios en las instituciones públicas

Esta Ley es el instrumento que norma principalmente el sistema retributivo salarial de este grupo ocupacional. Lo que implica que constituye una normativa de carácter especial en materia de salarios, siendo de acatamiento obligatorio para todas las instituciones públicas que contraten profesionales en ciencias médicas.

Cabe indicar que en esta normativa se establecen una escala de salarios con una serie de categorías médicas y un sistema especial para fijar aumentos, sobresueldos, pluses e incentivos profesionales.

En el caso de los médicos, el artículo 5 de la mencionada Ley, expresa textualmente: “El salario del médico estará constituido por el sueldo base, los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha, más los incentivos que se crean por esta ley y que son los siguientes: un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio, incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa; y un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total”.

*Por otra parte, cabe traer a colación que el rubro llamado “**dedicación exclusiva**” es una forma de contratación donde el trabajador se obliga a cambio de una remuneración a no ejercer su profesión de forma liberal. Corresponde al patrono en el ejercicio de su potestad discrecional, analizar si el cargo desempeñado exige esa dedicación.*

Dentro de la normativa interna de la Caja se encuentra contemplado el “Instructivo para la Aplicación del Régimen de Dedicación Exclusiva en la Caja Costarricense de Seguro Social”, el cual regula el régimen de dedicación exclusiva con el fin de obtener del servidor con nivel profesional, su completa dedicación a la Institución. En el artículo 1 del mencionado Instructivo define ese concepto indicando:

Artículo 1: Se entenderá por dedicación exclusiva para efectos del presente instructivo, la compensación económica retribuida a los servidores de nivel profesional, porcentualmente sobre su salario base, previa suscripción de un contrato entre el servidor y la instancia jerárquica que por delegación corresponda, para que obligatoriamente no ejerzan de manera particular (remunerada o ad honorem), la profesión que sirve como requisito para desempeñar el puesto que ostenten así como las actividades relacionadas con ésta; con las excepciones que se establecen en el presente instructivo...”

Sobre el pago de dedicación exclusiva, la Sala Constitucional se ha pronunciado indicando que la Administración no está obligada legalmente, a acordar su pago con todos o algunos de sus profesionales, por cuanto se trata de una compensación económica que no forma parte de lo llamado el núcleo esencial de la relación laboral. En ese sentido, ha manifestado:

“En la especie, la accionante acusa exclusivamente una lesión del derecho de igualdad porque se le ha negado el reconocimiento de la dedicación exclusiva a pesar de estar en igualdad de condiciones con otros servidores compañeros suyos que reciben dicho beneficio. De las razones expuestas en el considerando anterior se deduce claramente que tratándose de la dedicación exclusiva, dada su condición de elemento no sustancial de la relación de empleo público y, en consecuencia, materia disponible para las partes contractuales (la Administración y el servidor), no se puede estar ante un problema que involucre el derecho de igualdad, sobre todo, porque la Administración tiene en este caso la posibilidad, en ejercicio de su potestad discrecional, de pactar o no con los servidores profesionales el reconocimiento de ese beneficio salarial. De ahí que la Administración no esté obligada legalmente, en todo tiempo, lugar y circunstancia, a acordar el pago de la dedicación exclusiva con todos o algunos profesionales de una determinada institución, porque esa compensación económica no forma parte de lo que podría denominarse el núcleo esencial de la relación de empleo público—La cursiva y

subrayado no son del original- (Sentencia N° 2004-07764 de las 10:59 horas del 16 de julio de 2004)

Siguiendo ese mismo orden de ideas, la Junta Directiva de la CCSS en el año 2009, conoció de una solicitud planteada por SIPROCIMECA (Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja) y la Unión Médica Nacional sobre el reconocimiento del 55% de dedicación exclusiva a todos los funcionarios contemplados en la Ley 6836 que así lo soliciten.

La Junta Directiva acordó en el artículo 18° de la sesión N° 8351 celebrada el 28 de mayo de 2009, en lo conducente lo siguiente:

“ARTÍCULO 18°

... Considerando:

2) El criterio técnico brindado por la Subárea Diseño y Valoración de Puestos que, en el oficio número S.D.V.P.-545-2009, concluye: a) El reconocimiento del incentivo por dedicación exclusiva correspondiente a un 55% sobre el salario base, representa un costo institucional total de ¢39.758.271.655,00. b) Asimismo, lo anterior generaría una modificación en la actual estructura porcentual de los diferentes puestos incluidos en la citada Ley.

3) Que la Gerencia Administrativa y Financiera consideran inviable acceder a este beneficio con las primas contributivas, que están actualmente establecidas lo que conllevaría a sacrificar rubros como inversión, medicamentos y equipos entre otros. Esta situación se tornaría aún más crítica en la coyuntura presente del país, lo que comprometería el equilibrio financiero del Seguro de Salud. Además, la Gerencia Médica en el oficio número 17161-5-HM-09 se adhirió al criterio de las citadas Gerencias.

Por tanto, la Junta Directiva ACUERDA atender el oficio número DLMUR-0742-2009, señalando que por los motivos indicados en la parte considerativa del presente acuerdo, no resulta procedente autorizar el reconocimiento solicitado.”-La cursiva y destacado no son del original-

*Por su parte, es importante traer a colación que la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, el 22 de setiembre del 2010, rindió un **dictamen unánime negativo**, sobre el Expediente N° 17.241 “REFORMA DE LOS ARTÍCULOS 2 Y 25 DE LA LEY DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, No. 6836”, publicado en La Gaceta N°90 de 12 de mayo de 2009, el cual fue de iniciativa del exdiputado Federico Tinoco Carmona.*

La propuesta legislativa pretendía la reforma de los artículos 2 y 25 de la Ley de Incentivos de los Profesionales en Ciencias Médicas, No. 6836 del 22 de diciembre de 1982; la cual en lo que interesa establecía la reforma del artículo 25 con la posibilidad de que los médicos especialistas se acogieran al beneficio de la dedicación exclusiva..”

“... Hay otros aspectos importantes que se han tomado en cuenta para esta decisión, como se anota en el expediente, la posibilidad “de una reacción en cadena por parte de otros profesionales.”

En virtud de lo anterior, es necesario que se reconsidere lo consignado en el numeral 53, por cuanto la Junta Directiva como máximo órgano de la Institución, ha reiterado que no existen razones de conveniencia, oportunidad o proporcionalidad para el reconocimiento del pago de la dedicación exclusiva para los médicos u otros profesionales de las ciencias médicas, en virtud de los estudios técnicos-legales, en los cuales determinó que implicaría un enorme costo institucional, mismo que se estima en un monto aproximado de ¢75.000 millones anuales, por lo que, no resulta procedente autorizar dicho reconocimiento.

Adicionalmente la Gerencia Médica, por medio de la Dirección Jurídica, en el criterio N° DJ-8194-12, indica lo siguiente:

“... es importante hacer las siguientes observaciones:

- En el articulado se incluyen dos artículos “3”, lo cual debe ser revisado por los redactores del proyecto.*
- En la definición que se da de “ramas dependientes de las ciencias médicas” incluida en el artículo 3, se hace referencia a las profesiones y tecnologías que brindan apoyo e el tratamiento y/o recuperación de enfermedades del ser humano, posterior al diagnóstico, prescripción y definición del tratamiento de un profesional en medicina; sin embargo cabe recordar que dentro de las acciones que realiza la Institución para garantizar la salud de la población, están las referidas a la prevención y promoción de la salud, las cuales se desarrollan principalmente en el primer y segundo nivel de atención, por lo que se sugiere a la Gerencia Médica que, en conjunto con los expertos en la materia, establezcan la conveniencia de que se incorpore dentro de dicha definición a los profesionales y tecnologías que desarrollan también acciones de prevención y promoción.*
- Aunque en varios artículos del proyecto de Ley se hace referencia a las “profesiones afines”, como sucede en el capítulo denominado “Derechos y Deberes de los miembros y profesionales autorizados”; se hecha(sic) de*

menos en el artículo 3 (donde se incluyen definiciones varias), a cuáles profesionales se hace referencia, lo cual se recomienda aclarar.

- *En el artículo 53 del proyecto de Ley se regula que ningún médico podrá prestarle servicios remunerados al Estado en más de dos cargos en instituciones autónomas, entre otras. Además establece que, cuando un médico labore en cualquier dependencia del sector público, estará impedido para prestarle simultáneamente, servicios a instituciones privadas y no podrán recibir remuneraciones o regalías de particulares durante el período que dure la contratación, por lo que podrán acogerse al régimen de dedicación exclusiva. Al respecto se sugiere agregar a este último aspecto: conforme lo regulado en la institución contratante.*
- *Cabe indicar que, es facultativo de las instituciones públicas determinar el pago de dicho rubro, siendo que una decisión de tal naturaleza dependerá de si ello resulta necesario para satisfacer el interés público y para proteger el interés institucional. Sobre la finalidad del régimen de dedicación exclusiva, se puede indicar, que mediante dicha figura, la Administración pretende -por razones de interés público- contar con un personal dedicado exclusiva y permanentemente a la función estatal, para lo cual, contrata con el funcionario de nivel profesional sus servicios exclusivos, a cambio de un plus salarial.*
- *Aunado a ello, en el mismo artículo 53 se indica que dicha remuneración (dedicación exclusiva) se efectuará conforme lo establezca el Estatuto de Servicios Médicos, no obstante de la revisión de dicha Ley No. 3671, no se observa que exista alguna disposición en el tema específico del pago de dedicación exclusiva, motivo por el cual es necesario que se varíe dicha redacción para que en su lugar se indique que tal remuneración se efectuará conforme la normativa vigente y aplicable, a efectos de garantizar la seguridad jurídica tanto de los funcionarios que eventualmente soliciten su pago, como de la propia Institución”.*

III. Conclusiones

Si bien el proyecto busca fortalecer el Colegio de Médicos y Cirujanos, es importante delimitar claramente las potestades, de manera que no roce con normativa vigente ni con las potestades de otras entidades como pueden ser las de la Dirección General de Migración y Extranjería, CONAPE o las Universidades Públicas.

En relación con la Institución el tema que atañe directamente es el relacionado con la Dedicación Exclusiva, asunto que pertenece a la política salarial, que en última instancia es

potestad exclusiva de la Junta Directiva Institucional, órgano a quien le corresponde establecer y formular directrices en materia salarial.

Es por dicha razones que se considera que el proyecto roza con las competencias y autonomía de la Institución, contraviniendo el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 1º de la Ley Constitutiva de la Caja, autonomía reiteradamente reconocida por la Sala Constitucional, la Autoridad Presupuestaría y la Procuraduría General de la República ...”;

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Martha Baena Isaza, Asesora de la Gerencia Administrativa, con base en la recomendación de las Gerencias Administrativa y Médica, vertida en los oficios de las instancias técnicas y legales, **se acuerda** informar a la Comisión consultante que no se encuentra oposición alguna al Proyecto en consulta, por cuanto se trata de disposiciones facultativas que no obligan a la Institución, pero se considera importante indicar que la falta de precisión en algunos temas como la acreditación continua, podría afectar el adecuado desarrollo de las funciones institucionales.

No obstante lo anterior, en lo que atañe a la realización de las pruebas de acreditación, se deja constancia de la preocupación en términos de que dichas pruebas no se conviertan en un óbice injustificado para la incorporación de esos profesionales que, sin dudarlo, son de interés para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Como complemento se adjuntan los oficios números DGAP-2513-2012, y D.J. 8194-2012, en su orden, con los criterios técnicos y legales.

B) Se presenta la nota número CEC-473-2012, que suscribe la Jefa de Área, por medio de la que, con instrucciones del Diputado Wálter Céspedes Salazar, Presidente de la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la Caja Costarricense del Seguro Social y proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos constitucionales asignados”*, Expediente N° 18.201, en la sesión N° 47 del 31 de octubre del año 2012, informa que se aprobó la moción para que sea consultado *el Expediente N° 18.574 “MODIFICACIÓN A VARIAS LEYES PARA CONTRIBUIR CON EL RESCATE DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL”*.

Se reciben los oficios número GA-50.923-12 que, en adelante se transcribe en lo pertinente, y GA-50.989-12 de fecha 29 de noviembre y 5 de diciembre del presente año, respectivamente, que suscribe el Gerente Administrativo, mediante los cuales presenta el criterio unificado:

I. “Antecedentes

1. En fecha 08 de noviembre 2012, mediante oficio CEC-473-2012, La Licda. Rocío Barrientos Solano, Jefa Área “*Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y Proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que esta cumpla con los objetivos constitucionales asignados*” de la Asamblea Legislativa, comunica que en la sesión número N° 47, del 31 de octubre 2012, se aprobó moción para consultar a la Caja el “**Proyecto de ley: “Modificación a Varias Leyes para Contribuir con el Rescate de la Caja Costarricense del Seguro Social”**”. Expediente N° 18.574.
2. Mediante oficio número N° JD-PL-0079-12, del 08 de noviembre 2012, la Secretaria Junta Directiva, solicita a las Gerencias Administrativa y Médica, externar criterio referente al expediente mencionado.

II. Resumen proyecto

La “*Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la Caja Costarricense del Seguro Social y propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos constitucionales asignados*”. Expediente No. 18.201, elabora el Informe denominado “*Reconstitución del Pacto Social Costarricense con la Seguridad Social*” el mismo realiza un análisis de la situación de la Institución y emite una serie de recomendaciones dirigidas al Poder Ejecutivo, la Junta Directiva Institucional, la Contraloría General de la República, a las Superintendencias Generales (Supen y SUGESE) y a la Asamblea Legislativa, a esta última le recomienda aprobar, promover y reformar algunas leyes de relación directa para la Caja.

La propuesta está compuesta a su vez de tres proyectos diferentes entre sí a saber:

- A. Reforma artículos 21 y 32 de la Ley Orgánica de Colegio de Médicos y Cirujanos.
- B. Reforma artículos 2, 3, 5, 6 y 7 de la Ley de Desconcentración de hospitales y Clínicas de la CCSS.
- C. Reforma artículo 6 y 15 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

Al tratarse de leyes tan disímiles se analizarán de manera individual.

III. Criterio

A. Reforma artículos 21 y 32 de la Ley Orgánica de Colegio de Médicos y Cirujanos:

Parte del análisis de este tema, se realizó en el marco del estudio del proyecto “*Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*” expediente 17.655, mismo que propone una reforma integral a la normativa del Colegio de Médicos y Cirujanos.

El artículo 21 del texto propuesto se refiere a “sanciones” disciplinarias que puede imponer la Junta de Gobierno del Colegio a sus agremiados, el texto original se refiere a “correcciones” dando una mayor fuerza al concepto, además de actualizar la sanción pecuniaria establecida desde el año 1962, en doscientos colones ₡ 200.00., aumentándola y a 30 salarios de un auxiliar Administrativo del Poder Judicial.

En cuanto al artículo 32, el tema se refiere a la Dedicación Exclusiva, asunto ampliamente analizado en el criterio de **Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica**, expediente 17.665, por parte de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, DGAP-2513-2012, del 20 de noviembre 2012, destacándose lo siguiente:

“...No se comparte autorizar el pago de dedicación exclusiva a los médicos, por cuanto en la Ley N° 6836 “Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas”, se creó el 22 de diciembre de 1982 está dirigida –como evidentemente se desprende de su nombre– a regular condiciones laborales peculiares: las de los médicos, farmacéuticos, microbiólogos, odontólogos, y psicólogos clínicos que prestan servicios en las instituciones públicas

Esta Ley es el instrumento que norma principalmente el sistema retributivo salarial de este grupo ocupacional. Lo que implica que constituye una normativa de carácter especial en materia de salarios, siendo de acatamiento obligatorio para todas las instituciones públicas que contraten profesionales en ciencias médicas...”

“...En el caso de los médicos, el artículo 5 de la mencionada Ley, expresa textualmente: “El salario del médico estará constituido por el sueldo base, los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha, más los incentivos que se crean por esta ley y que son los siguientes: un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio, incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa; y un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total”

Al mismo tiempo en la Ley de cita se dictaron reglas para garantizar, a esos servidores, aumentos de acuerdo con los incrementos generales de salarios para los empleados o funcionarios públicos del Gobierno Central y, se estableció la obligación, para todas las instituciones públicas que empleen a médicos, de poner en práctica los mecanismos necesarios, a los efectos de que

tales profesionales reciban los reconocimientos de esa ley, fijados como mínimos, previa equiparación salarial, si fuera necesario (artículos 3 y 12).

*“...Por otra parte, cabe traer a colación que el rubro llamado “**dedicación exclusiva**” es una forma de contratación donde el trabajador se obliga a cambio de una remuneración a no ejercer su profesión de forma liberal. Corresponde al patrono en el ejercicio de su potestad discrecional, analizar si el cargo desempeñado exige esa dedicación.*

Dentro de la normativa interna de la Caja se encuentra contemplado el “Instructivo para la Aplicación del Régimen de Dedicación Exclusiva en la Caja Costarricense de Seguro Social”, el cual regula el régimen de dedicación exclusiva con el fin de obtener del servidor con nivel profesional, su completa dedicación a la Institución. En el artículo 1 del mencionado Instructivo define ese concepto indicando:

***Artículo 1:** Se entenderá por dedicación exclusiva para efectos del presente instructivo, la compensación económica retribuida a los servidores de nivel profesional, porcentualmente sobre su salario base, previa suscripción de un contrato entre el servidor y la instancia jerárquica que por delegación corresponda, para que obligatoriamente no ejerzan de manera particular (remunerada o ad honorem), la profesión que sirve como requisito para desempeñar el puesto que ostenten así como las actividades relacionadas con ésta; con las excepciones que se establecen en el presente instructivo..”.*

“... Sobre el pago de dedicación exclusiva, la Sala Constitucional se ha pronunciado indicando que la Administración no está obligada legalmente, a acordar su pago con todos o algunos de sus profesionales, por cuanto se trata de una compensación económica que no forma parte de lo llamado el núcleo esencial de la relación laboral. En ese sentido, ha manifestado:

“En la especie, la accionante acusa exclusivamente una lesión del derecho de igualdad porque se le ha negado el reconocimiento de la dedicación exclusiva a pesar de estar en igualdad de condiciones con otros servidores compañeros suyos que reciben dicho beneficio. De las razones expuestas en el considerando anterior se deduce claramente que tratándose de la dedicación exclusiva, dada su condición de elemento no sustancial de la relación de empleo público y, en consecuencia, materia disponible para las partes contractuales (la Administración y el servidor), no se puede estar ante un problema que involucre el derecho de igualdad, sobre todo, porque la Administración tiene en este caso la posibilidad, en ejercicio de su potestad discrecional, de pactar o no con los servidores profesionales el reconocimiento de ese beneficio salarial. De ahí que la Administración no esté obligada legalmente, en todo tiempo, lugar y circunstancia, a acordar el pago de la dedicación exclusiva con todos

o algunos profesionales de una determinada institución, porque esa compensación económica no forma parte de lo que podría denominarse el núcleo esencial de la relación de empleo público (conjunto de prestaciones esenciales, en principio, no disponibles). Bajo esas condiciones, no cabe alegar infracción del derecho de igualdad, porque la Administración podría en ejercicio de su potestad discrecional negar el reconocimiento de la dedicación exclusiva a unos servidores y reconocerlo a otros por razones de interés público, conveniencia y oportunidad institucional. –La cursiva y subrayado no son del original- (Sentencia N° 2004-07764 de las 10:59 horas del 16 de julio de 2004)

Siguiendo ese mismo orden de ideas, la Junta Directiva de la CCSS en el año 2009, conoció de una solicitud planteada por SIPROCIMECA (Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja) y la Unión Médica Nacional sobre el reconocimiento del 55% de dedicación exclusiva a todos los funcionarios contemplados en la Ley 6836 que así lo soliciten.

La Junta Directiva acordó en el artículo 18° de la sesión N° 8351 celebrada el 28 de mayo de 2009, en lo conducente lo siguiente:

“ARTÍCULO 18°

(...) Considerando:

1) En el criterio número SJ-1486-2009, la Dirección Jurídica analizó las posibilidades legales para el reconocimiento de la dedicación exclusiva a los profesionales regidos por la Ley 6836, concluyendo en lo fundamental “ ... la aplicación del régimen de dedicación exclusiva no debe ser entendida en forma irrestricta, por lo que su aplicación no debe ser automática ... De esta manera, es necesario que la Caja realice el respectivo análisis técnico-administrativo que determine, mediante criterios de conveniencia y oportunidad, la necesidad de aplicar tal régimen a los profesionales en salud protegidos por la Ley 6836”. Por su parte, en aclaración efectuada en oficio número SJ 2763-2009, el citado órgano se refirió al carácter vinculante de los precedentes judiciales y administrativos utilizados como fundamento de la gestión de SIPROCIMECA, estableciendo al respecto: “Se aclara que los votos de la Sala Segunda y los Dictámenes de la Procuraduría General de la República mencionados, no son de acatamiento obligatorio por cuanto en los primeros la Institución no se constituyó en parte ni tampoco fue consultante ante la Procuraduría. En ese sentido, dichas disposiciones no son vinculantes para la Caja”.

2) El criterio técnico brindado por la Subárea Diseño y Valoración de Puestos que, en el oficio número S.D.V.P.-545-2009, concluye: a) El reconocimiento del incentivo por dedicación exclusiva correspondiente a un

55% sobre el salario base, representa un costo institucional total de ¢39.758.271.655,00. b) Asimismo, lo anterior generaría una modificación en la actual estructura porcentual de los diferentes puestos incluidos en la citada Ley.

3) Que la Gerencia Administrativa y Financiera consideran inviable acceder a este beneficio con las primas contributivas, que están actualmente establecidas lo que conllevaría a sacrificar rubros como inversión, medicamentos y equipos entre otros. Esta situación se tornaría aún más crítica en la coyuntura presente del país, lo que comprometería el equilibrio financiero del Seguro de Salud. Además, la Gerencia Médica en el oficio número 17161-5-HM-09 se adhirió al criterio de las citadas Gerencias.

Por tanto, la Junta Directiva ACUERDA atender el oficio número DLMUR-0742-2009, firmado por el Dr. Amaral Sequeira Enríquez, Secretario General de SIPROCIMECA y el Dr. Juan Gabriel Rodríguez Baltodano, Presidente de la Unión Médica Nacional, mediante el cual solicitan el reconocimiento del 55% de dedicación exclusiva para los profesionales contemplados en la Ley 6836, señalando que por los motivos indicados en la parte considerativa del presente acuerdo, no resulta procedente autorizar el reconocimiento solicitado.”-La cursiva y destacado no son del original-

Por su parte, es importante traer a colación que la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, el 22 de setiembre del 2010, rindió un **dictamen unánime negativo**, sobre el Expediente N° 17.241 “REFORMA DE LOS ARTÍCULOS 2 Y 25 DE LA LEY DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, No. 6836”, publicado en La Gaceta N°90 de 12 de mayo de 2009, el cual fue de iniciativa del exdiputado Federico Tinoco Carmona.

La propuesta legislativa pretendía la reforma de los artículos 2 y 25 de la Ley de Incentivos de los Profesionales en Ciencias Médicas, No. 6836 del 22 de diciembre de 1982; la cual en lo que interesa establecía la reforma del artículo 25 con la posibilidad de que los médicos especialistas se acogieran al beneficio de la dedicación exclusiva; de esta forma, los argumentos expuestos fueron los siguientes:

“Al respecto, se realizaron varias consultas sobre el proyecto, entre ellas y como importantes para tomar una decisión sobre el particular, se citan las siguientes:

“El Instituto Nacional de Seguros, oficio GJUR-014794-2010 de la Dirección Jurídica, se opone al proyecto por los siguientes motivos: “afectaría un 50% de los médicos que actualmente laboran para la Institución y los costos aproximados... podrían rondar los 600 millones de colones al año” (...)

Por otra parte, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, según oficio 31.688 indica que “... considera que no existen razones de conveniencia, oportunidad o proporcionalidad que justifiquen un 40% de aumento sobre el salario base... así como tampoco se justifica la aprobación de un 55% por concepto de dedicación exclusiva...ya que la reforma implicaría un impacto financiero que supera todo parámetro de razonabilidad... ACUERDA comunicar a la Comisión consultante, que la Caja Costarricense de Seguro Social estima que no existen razones de conveniencia y oportunidad que se desprendan de los criterios técnicos o legales que den fundamento a la reforma solicitada, la cual hace que esa reforma se oponga a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 73 de la Constitución Política y provoca que el proyecto en consulta resulte inconstitucional, en cuanto a los aumentos salariales requeridos, así como la aprobación del 55% de dedicación exclusiva para los médicos especialistas, razón por la cual se objeta la aprobación del Proyecto de reforma en mención...”.

(...)

La Dirección General de Servicio Civil indica que La Ley N° 6836 “Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas” otorga una serie de beneficios en materia salarial a los profesionales en ciencias médicas; que superan las retribuciones de otros gremios profesionales amparados al Régimen de Servicio Civil. De aprobarse el proyecto de ley en estudio los beneficios salariales que se otorgarían a ese gremio, acrecentaría el trato desigual con el resto de profesionales del Régimen, lo que, según el estudio originaría desequilibrio en la estructura salarial vigente.

Hay otros aspectos importantes que se han tomado en cuenta para esta decisión, como se anota en el expediente, la posibilidad “de una reacción en cadena por parte de otros profesionales.”

Del análisis anterior, se desprende que la Junta Directiva como máximo órgano de la Institución, ha reiterado que no existen razones de conveniencia, oportunidad o proporcionalidad para el reconocimiento del pago de la dedicación exclusiva para los médicos u otros profesionales en ciencias médicas, en virtud de los estudios técnicos-legales que determinan que implicaría un enorme costo institucional.

Concordante con lo anterior, la misma Sala Constitucional se ha pronunciado en la misma línea, quedando sentada también una posición en la misma Asamblea Legislativa, con el dictamen negativo de una propuesta similar –expediente 17.241.

B. Reforma artículos 2, 3, 5, 6 y 7 de la Ley de Desconcentración de hospitales y Clínicas de la CCSS:

En relación a esta propuesta legislativa, la Gerencia Médica por medio de la Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración Juntas de Salud, indica lo siguiente por medio del oficio AGLDJS-226-12, del 23 de noviembre 2012:

“...Artículo 2.-

Las Juntas de Salud actualmente ejercen la función de control ciudadano, regulado en los artículos 6 inc. d), 7 y 8 del Reglamento de Juntas de Salud.

No se comparte el texto propuesto, puesto que con ello se podrían enfocar las Juntas de Salud inconvenientemente para la administración activa en este tema.

1.- Al asignárseles esta competencia, mediante Ley de la República, se les delega una responsabilidad social por acción u omisión en sus acciones, que podría resultar inconvenientes para este proceso y generar responsabilidades sobre temas altamente complejos, en forma inmerecida, tratándose de servicios “ad-honorem”, que ha sido calificada por una mayoría de integrantes con una valiosa condición, que les permite garantizar su objetividad en sus participaciones.

2.- El desarrollar esta función podría generarse una co-administración indebida, ya que algunas Juntas de Salud podrían ejercer un papel obstructor de la gestión interna del establecimiento, cuando existen responsables administrativos tanto de las jefaturas involucradas como sus superiores jerárquicos en grado, que poseen deberes evaluación, control y dirección, sobre estas actuaciones.

*Consideramos que la competencia de colaboración activa en **planificación** es totalmente **acertada**, ya que es importante tomar en cuenta la opinión de los usuarios, representados en la Junta de Salud, en la planificación del establecimiento de salud, poseer una mayor comprensión de los servicios desde la perspectiva del usuario.*

*La función sobre **colaboración activa en presupuesto**, se encuentra regulada en los artículos 6 inc. c), 7 inc. a) y 8 inc. f) y 9 inc. b) del Reglamento de Juntas de Salud.*

Se recomienda que las Juntas de Salud participen con su opinión o recomendación, más no co-administrando.

No compartimos la obligación de que la Auditoría Interna brinde copia de sus informes a las Juntas de Salud, por cuanto se podría estar violando información preliminar relevante del establecimiento de salud e información privada de los posibles involucrados en estos hallazgos, que además cuentan con sus propias reglas administrativas y legales, para sentar sus responsabilidades..”.

“...No compartimos lo propuesto, ya que el tema es muy complejo, y este tipo de negociaciones se realizan por autoridades superiores al centro de salud y expertos en cada materia. Además el inciso anterior ya les brinda la facultad de participar en la definición de incentivos a los trabajadores del centro de salud, donde ellos brindarán su opinión al respecto y no se trata de un tema que deba ser conocido por la Junta de Salud”.

*“...**Artículo 3: NO SUFRE VARIACIÓN Y SE PROPONE TEXTO.** Está contemplado en la propuesta de reforma, pero el texto no varía”.*

*“...**Artículo 5: NO SUFRE VARIACIÓN Y SE PROPONE TEXTO.***

“...No compartimos mantener el plazo de gestión de las Juntas de Salud, consideramos que debe ser modificado de 2 a 4 años, en este sentido se está tramitando reforma al plazo bajo el expediente número 17982, el cual cuenta con la aprobación favorable de la Junta Directiva, a través del acuerdo segundo tomado en la sesión N° 8493, del 17 de febrero 2011.

En este momento, tal y como consta en el citado expediente de reforma citado a la Ley 7852, y con base en la experiencia y observaciones documentadas realizadas por los actores que participan en el proceso desde sus inicios (directores – juntas de salud – facilitadores locales y regionales), se considera que el plazo de 2 años es inconveniente e insuficiente para que los miembros de las Juntas de Salud realicen su gestión a cabalidad y cumplan con los objetivos trazados. Esta posición cuenta con respaldo documentado a través de encuesta practicada a nivel institucional en el año 2007, a directores

médicos, facilitadores y miembros de Juntas de Salud de todo el país; donde se plasma la necesidad de ampliar el plazo de gestión de las Juntas de Salud.

Consideramos que establecer como requisito de participación, contar con título de bachillerato, roza con el espíritu de la Ley 7852, el cual es incentivar la participación social dentro de los servicios de salud; esto limitaría el aporte de los usuarios y podría resultar incompatible, de acuerdo con las reglas que informan el concepto de “participación social”, al limitar la participación...”.

“...Artículo 6: consideramos que este y cualquier otro aspecto técnico no debe quedar regulado en una Ley, que atenten contra la autonomía de la Institución para definir y ejecutar los procesos a cargo”.

“...Artículo 7: NO SE ACEPTA. El proceso de desconcentración es un tema que actualmente está siendo abordado por las autoridades superiores, para tomar una decisión en torno a la eliminación, continuidad o desarrollo de este proceso, por lo que en este momento no se comparte ninguna reforma en torno a este.

Se trata de una potestad de imperio, concedida exclusivamente por la Constitución Política a la Junta Directiva, que no puede ser compartida, ni cedida a otros grupos, vía Ley de la República, sin incurrir en un posible problema de constitucionalidad.

*Además **no compartimos** que el otorgamiento de la personalidad jurídica instrumental, este sujeto al aval de las Juntas de Salud, ya que va más allá de sus competencias y podría generarse una co-administración con las autoridades superiores...”*

Adicionalmente, en el tema de la Desconcentración de Hospitales y Juntas de Salud, la Gerencia Financiera, realiza el siguiente aporte, por medio de oficio CAIP-801-2012:

“...En este tema, conviene mencionar que la planificación y presupuestación es responsabilidad de los funcionarios de cada centro médico, en cumplimiento de la Ley de Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos Ley N° 8131 y las Normas Técnicas sobre Presupuesto Público N-1-2012-DC-DFOE emitidas por la Contraloría General de la República.

Asimismo, la asignación de recursos presupuestarios depende de la disponibilidad de financiamiento, la planificación estratégica y priorización de las necesidades de la Institución.

En el inciso b) se propone la entrega trimestral de informes de ejecución presupuestaria a la Junta respectiva así mismo se indica que la auditoría interna de la Caja debe brindar copia de los informes que realicen de los centros médicos.

En el artículo 6 se refieren al aval de las Juntas de Salud en temas relacionados con el manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y organización de los recursos humanos.

La Dirección de Presupuesto no comparte, que el manejo presupuestario de las unidades desconcentradas requiera el aval de las Juntas de Salud por cuanto ya se dispone de leyes y normativa específica en materia presupuestaria donde se establecen las responsabilidades de los funcionarios públicos.

El tema presupuestario tiene una naturaleza dinámica por lo cual se requiere la aplicación de normativa y contar de instrumentos ágiles y oportunos, así mismo desde el punto de vista de simplificación de trámites, se podría generar retrasos en la aprobación interna de las unidades en espera del aval de la Junta de Salud.

Así mismo, la Contraloría General de la República acorde con el marco normativo, consideró conveniente la existencia de una dirección única en la actuación de la Caja, en materia presupuestaria, que conozca por tanto no solo el plan presupuesto ordinario sino de todas sus variaciones, ya sea que estas (sic) se den por presupuestos extraordinarios o por modificaciones, y consecuentemente cualquier variación que se haga, en forma pertinente al plan anual operativo.

Por otra parte, el otorgar un aval implica responsabilidad por parte de los miembros de la Junta de Salud, responsabilidad que está en el funcionario público...”.

El proceso de desconcentración es un tema que está siendo abordado por las autoridades superiores, para tomar una decisión en torno a la eliminación, continuidad o desarrollo de este proceso, se trata de una potestad, concedida por la Constitución Política a la Junta

Directiva, que no puede ser compartida, ni cedida a otros grupos, vía Ley de la República, sin incurrir en un posible problema de constitucionalidad.

C. Reforma artículos 6 y 15 Ley Constitutiva de la CCSS.

En lo concerniente a la reforma a la Ley Constitutiva de la Institución, la propuesta presentada, resulta similar al proyecto de “*Ley de Fortalecimiento a la Capacidad Técnica y Autonomía Real de la Caja Costarricense de Seguro Social*”, Expediente Legislativo N° 18.313, conocido por la Junta Directiva de CCSS, en agosto del 2012, si bien con algunas variaciones, el proyecto hoy analizado pretende:

- Reestructurar la institución, variando la integración, de los miembros de la Junta Directiva.
- Propone que el nombramiento y remoción de la Presidencia Ejecutiva se realice por medio de la Junta Directiva y no del Consejo de Gobierno.
- Crea seis Gerencias de División, requiriendo que quienes ocupen el cargo cuenten con postgrado; así mismo permite la creación de otras gerencias por parte de la Junta Directiva, sin variar o segmentar las ya establecidas.

En relación al tema la Dirección de Desarrollo Organizacional, en el mes de agosto indicó en el oficio AEOR-108-2012:

“...Una vez analizado el proyecto de acuerdo con lo analizado en los apartados precedentes, se considera que algunos aspectos organizativos planteados en el proyecto de ley, implicará a la Institución incurrir en mayores costos administrativos y burocráticos, duplicidad funcional, problemas de coordinación, comunicación y en la toma de decisiones, situación que afectará la gestión institucional.

Técnicamente no es conveniente para la Institución que por medio de una Ley se regule la estructura organizacional de la Institución, lo cual podría provoca rigidez de la organización cuando se requiera realizar ajustes para responder a las políticas, las estrategias y a los nuevos requerimientos institucionales ...”.

Adicionalmente existen dos temas importantes para analizar, una corresponde a la Autonomía institucional y otra a las potestades del Consejo de Gobierno.

En relación con las potestades institucionales, se considera que el proyecto de ley vulnera no solo el “Principio de Autonomía de Gobierno y Administración¹” en los términos establecidos por la Dirección Jurídica, sino también los Principios de “Razonabilidad y Proporcionalidad²”, de “Igualdad³”, así como el “Derecho a la Seguridad Social⁴”

¹Los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja, regulan el principio de autonomía de gobierno y de administración de la Caja y el derecho a la Seguridad Social. La Sala Constitucional, en el voto No. 2007-017971 de las 14:51 horas del 12 de diciembre de 2007, en lo conducente, dijo: “...El constituyente atribuyó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma creada por la misma Constitución Política, con las especiales características que ella misma le ha otorgado y compartiendo los principios generales derivados de su condición de ente descentralizado. Según se indicó anteriormente, la Caja Costarricense de Seguro Social encuentra su garantía de existencia en el artículo 73 constitucional, con las siguientes particularidades: a) el sistema que le da soporte es el de la solidaridad, creándose un sistema de contribución forzosa tripartita del Estado, los patronos y los trabajadores; b) la norma le concede, en forma exclusiva a la Caja Costarricense de Seguro Social, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188 de la Constitución Política; c) los fondos y las reservas de los seguros sociales no pueden ser transferidos, ni empleados en finalidades distintas a su cometido. Esto exige reconocer, y afirmar, que la prestación de efectivo auxilio médico a todos los ciudadanos, es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan al régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política, y de la misión que ésta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social...”

²Sobre los principios de razonabilidad y proporcionalidad, se puede consultar la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, resoluciones n° 2010-016202, de las 15:50 horas, del 28 de setiembre de 2010; No. 2007-18486, de las 18:03 horas, del 19 de diciembre de 2007. Esta última, en lo que interesa, señala: “Esta Sala ha reconocido en anteriores oportunidades que el principio de razonabilidad surge del llamado “debido proceso substantivo”, que significa que los actos públicos deben contener un substrato de justicia intrínseca, de modo que cuando de restricción a determinados derechos se trata, esta regla impone el deber de que dicha limitación se encuentre justificada por una razón de peso suficiente para legitimar su contradicción con el principio general de igualdad... Así, ha reconocido la Sala que un acto limitativo de derechos es razonable cuando cumple con una triple condición: debe ser necesario, idóneo y proporcional. La necesidad de una medida hace directa referencia a la existencia de una base fáctica que haga preciso proteger algún bien o conjunto de bienes de la colectividad -o de un determinado grupo- mediante la adopción de una medida de diferenciación. Es decir, que si dicha actuación no es realizada, importantes intereses públicos van a ser lesionados. Si la limitación no es necesaria, tampoco podrá ser considerada como razonable, y por ende constitucionalmente válida. La idoneidad, por su parte, importa un juicio referente a si el tipo de restricción que será adoptado cumple o no con la finalidad de satisfacer la necesidad detectada. La idoneidad de la medida nos indicaría que pueden existir otros mecanismos que en mejor manera solucionen la necesidad existente, pudiendo algunos de ellos cumplir con la finalidad propuesta sin restringir el disfrute del derecho en cuestión. Por su parte, la proporcionalidad nos remite a un juicio de necesaria comparación entre la finalidad perseguida por el acto y el tipo de restricción que se impone o pretende imponer, de manera que la limitación no sea de entidad marcadamente superior al beneficio que con ella se pretende obtener en beneficio de la colectividad...”. En sentido similar, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, resolución n° 4205-96, de las 14:33 horas, del 20 de agosto de 1996, señaló al respecto: “...Sin embargo, no obstante que los derechos fundamentales pueden estar sujetos a determinadas restricciones, éstas resultan legítimas únicamente cuando son necesarias para hacer posible la vigencia de los valores democráticos y constitucionales, por lo que además de «necesaria», «útil», «razonable» u «oportuna», la restricción debe implicar la existencia de una necesidad social imperiosa que la sustente. En este orden de ideas, debe distinguirse entre el ámbito interno, que se refiere al contenido propio o esencial del derecho -que ha sido definido como aquella parte del contenido sin el cual el derecho mismo pierde su peculiaridad, o lo que hace que sea reconocible como derecho perteneciente a determinado tipo-, de manera que no caben las restricciones o límites que hagan impracticable su ejercicio, lo dificulten más allá de lo razonable o lo despojen de la necesaria protección; y el ámbito externo, en el cual cobra relevancia la actuación de las autoridades públicas y de terceros. Asimismo, la legitimidad de las restricciones a los derechos fundamentales está ordenada a una serie de principios que este Tribunal ha señalado con anterioridad -sentencia número 3550-92-, así por ejemplo: 1.- deben estar llamadas a satisfacer un interés público imperativo; 2.- para alcanzar ese interés público, debe escogerse entre varias opciones aquella que restrinja en menor escala el derecho protegido; 3.- la restricción debe ser proporcionada al interés que la justifica y ajustarse estrictamente al logro de ese objetivo; 4.- la restricción debe ser imperiosa socialmente, y por ende excepcional...”

³El artículo 33 Constitucional, en lo atinente, señala: “... Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana...”. La Sala Constitucional al respecto señaló en el Voto 340-95 de las 15:45 del 17 enero del 1995 lo siguiente: “. II.- En reiteradas ocasiones, esta Sala ha definido el principio de igualdad como: “... Implica que la autoridad administrativa debe tener presente, que todos los administrados que se encuentren en la misma situación deben ser tratados igualmente, sin privilegio ni favor y no así, los que por alguna circunstancia se hallen en distintas.” (sentencia número 336-91 de las 14:54 horas del 8 de febrero de 1991.) También en sentencia número 337-91 de las 14:56 horas del ocho de febrero de 1991, la Sala expresó: “II.- El principio de igualdad contenido en el artículo 33 Constitucional, pretende en parte que una misma medida o un mismo trato se de a quienes se encontraren en situaciones idénticas o razonablemente similares, no siendo válida cualquier diferencia para establecer un trato distinto, pues en respeto de la razonabilidad que debe regir todo acto, sólo aquellas diferencias relevantes serían causa legítima para establecer un trato diferente.” Según lo anterior, debe existir, en consecuencia, una discriminación desprovista de toda justificación objetiva y razonable.”

⁴La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en la resolución no. 07393-98, de las 9:45 horas, del 16 de octubre de 1998, en lo que interesa expuso que: “...El derecho a la seguridad social, tutelado en los artículos 73 de la Constitución Política, 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 9 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, garantiza a todos los ciudadanos

Resulta oportuno señalar que los fondos propios de la seguridad social son obtenidos por la contribución forzosa y tripartita del **Estado, Patronos y Trabajadores**, situación que hace fundamental la intervención proporcional de representantes de estos tres sectores de forma igualitaria, tal y como lo establece el artículo 6 inciso 2) de la Ley Constitutiva de la Caja, por ende resulta conveniente que en la conformación de la Junta Directiva se mantenga la intervención de los tres miembros del Estado, y no como lo propone el proyecto al reducir a un miembro esta participación.

En relación con las potestades del Consejo de Gobierno, es importante indicar que la Ley Constitutiva de la Caja, señala que el Consejo de Gobierno, es el único órgano competente para nombrar a los presidentes ejecutivos cuya figura en las instituciones autónomas no sólo le compete presidir sus juntas directivas, sino que constituye un órgano con atribuciones propias, al que le corresponde velar por la ejecución de las decisiones del órgano directivo, coordinar la acción institucional con la de los demás entes públicos y las demás funciones que le encargue la junta directiva. Adicionalmente el artículo 5° del "*Reglamento a la Ley de Presidentes Ejecutivos de las Juntas Directivas del Banco Central de Costa Rica y demás Instituciones Autónomas y Semiautónomas no Bancarias*" (N° 11846 de 9 de setiembre de 1980) dispone que el presidente ejecutivo es el enlace directo entre el Poder Ejecutivo y la institución que representa.

Como se desprende del análisis anterior, el nombramiento de la presidencia ejecutiva en la Institución es un tema de resorte exclusivo del Consejo de Gobierno, avalado por el Poder Legislativo, quien dotó de potestades al Ejecutivo para el nombramiento de los presidentes Ejecutivos de entidades como la Caja.

IV. Conclusiones

Las diferentes reformas que se proponen a la Ley Constitutiva de la Caja, resultan inconstitucionales, por cuanto vulneran no solo el Principio de Autonomía de Gobierno y Administración de la institución, sino también por violentar el Principio de Razonabilidad, Proporcionalidad, Igualdad, así como el Derecho a la Seguridad Social, al pretender una restructuración de la institución, variando entre otros elementos, la integración de la Junta Directiva; aspectos que el constituyente sustrajo del legislador ordinario y ha sido reiterado por la jurisprudencia vigente.

que el Estado, por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social, les otorgará al menos los servicios indispensables en caso de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte. Este régimen de seguridad social se financia en forma tripartita, mediante la contribución forzosa de los patronos, los trabajadores y el Estado. Por lo tanto, la contribución es una obligación esencial para la existencia del régimen de seguridad social, y su finalidad es el fortalecimiento del fondo, para protección y beneficio de los propios contribuyentes...".

En lugar de fortalecer la capacidad técnica y autonomía de la Caja, vulnera las mismas, al implicar una intromisión a la autonomía de gobierno y administración institucional, una vulneración al Principio de Razonabilidad y Proporcionalidad e igualdad, así como el Derecho a la Seguridad Social, al no contarse con los estudios técnicos que justifiquen la modificación de varios artículos de la Ley Constitutiva de la Caja.

Adicionalmente, se vulneran competencias dadas al Consejo de Gobierno en relación al nombramiento del Presidente Ejecutivo y los representantes del Estado en la Junta Directiva.

En el caso de la Desconcentración, se pretende dar potestades adicionales a las Juntas de Salud que resultarían en una coadministración, además de ser un tema que actualmente la Institución se encuentra analizando.

El tema de la Dedicación Exclusiva propuesta en la reforma a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, representa una intervención en las potestades de administración y autonomía dadas constitucionalmente a la Institución en materia salarial.

Es por dicha razones que se considera que el proyecto roza con las competencias de la Caja, contraviniendo el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 1º de la Ley Constitutiva de la Caja, autonomía reiteradamente reconocida por la Sala Constitucional, la Autoridad Presupuestaria y la Procuraduría General de la República ...”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Martha Baena Isaza, Asesora de la Gerencia Administrativa, con la recomendación de las Gerencias Administrativa, Médica y Financiera, **se acuerda** comunicar a la Comisión consultante que:

PRIMERO: en relación al Proyecto de ley “*Reforma artículos 21 y 32 de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*”, por tratarse de disposiciones facultativas que no obligan a la Institución, no encuentra oposición a la propuesta planteada.

SEGUNDO: en cuanto al Proyecto de ley “*Reforma a los artículos 2, 3, 5,6 y 7 de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS*”, se externa oposición respecto de las disposiciones relacionadas con la creación y funcionamiento de las Juntas de Salud, por cuanto el Proyecto incidiría en el desarrollo de las funciones institucionales y, por tanto, en los procesos de toma de decisiones y de prestación de servicios públicos.

TERCERO: en el caso del Proyecto de “*Reforma de los artículos 6 y 15 de la Ley Constitutiva de la Caja*”, se encuentran roces con las disposiciones del artículo 73 de la Constitución política, pues el artículo 6 elimina el equilibrio de la representación tripartita en la Junta Directiva, lo que

contraviene con los principios consignados en la Carta Magna, en cuanto a unidad, representatividad y libre participación. En relación con artículo 15, se echa de menos estudios técnicos y administrativos que permitan determinar los costos, competencia, necesidad y conveniencia de los cambios propuestos para la Institución.

C) Se presenta la nota número CAS-1766/Exp: 18.246, suscrita por la licenciada Ana Lorena Cordero Barboza, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el criterio en cuanto al *texto sustitutivo del Proyecto “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos”, expediente N° 18.246.*

Se tiene a la vista el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número 11.731-8 de fecha 3 de diciembre en curso, cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee así:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

El texto sustitutivo consultado busca establecer un marco jurídico regulatorio en donde se incorporen las condiciones y estructuras necesarias para realizar la **DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS**, garantistas de los derechos a la vida, salud y dignidad de las personas que participen tanto como donador y receptor; reafirmando de esa forma y en todo momento, su condición de sujetos de derechos.

Dicho texto pretende regular la transparencia de la **DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS**, de manera que dichas donaciones se ajusten al principio de inviolabilidad de la vida humana, a los derechos a la salud, la intimidad y la dignidad humana y a los principios bioéticos (la autonomía, la justicia, la no-maleficencia y la beneficencia) establecidos en la Constitución Política y en la legislación nacional e internacional que regula la materia.

Así mismo propone una estructura organizativa acorde con la realidad nacional, respetando la jerarquía ejecutiva del Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud nacional y de igual manera; respeta la autonomía conferida a la Caja Costarricense de Seguro Social en materia de gestión, financiamiento y sostenibilidad para responder a las necesidades de los y las asegurados.

Aporta la ruta de regulación y normalización que debe establecer el Ministerio de Salud para garantizar las buenas prácticas en el proceso de donación y trasplantes, no solo de los establecimientos de salud de la seguridad social; sino también de los servicios de salud privados. Por último, abre paso al control de aquellas actividades que se opongan a los buenos hábitos en materia de donación y trasplantes, de modo tal que se controle a nivel nacional las prácticas ilícitas de tráfico de órganos y tejidos humanos.

ANTECEDENTES

- I. La Comisión Especial Legislativa de la Asamblea Legislativa remitió para conocimiento de la Caja, el Texto Sustitutivo del Proyecto de Ley “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos”. Expediente N° 18.246.
- II. Mediante Solicitud de Gerencia N° 11.676-8 de fecha 15 de noviembre, 2012, se solicitó a la Dirección Jurídica y a la Coordinación Institucional Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, criterio con respecto al Proyecto.

CRITERIO LEGAL:

Mediante oficio DJ-8596-2012 de fecha 27 de noviembre, 2012, remite el criterio la Dirección Jurídica y en lo que interesa se transcribe:

“(…) Tal y como lo señala en el criterio técnico, del Dr. Agüero Chinchilla, el texto sustitutivo consultado, busca establecer un marco jurídico regulatorio en donde se incorporen las condiciones y estructuras necesarias para realizar la DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS, garantistas de los derechos a la vida, salud y dignidad de las personas que participen tanto como donador y receptor; reafirmando de esa forma y en todo momento, su condición de sujetos de derechos.

Dicho texto, pretende regular la transparencia de la DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS, de manera que dichas donaciones se ajusten en general a los principios éticos que regulan la materia y en especial, al principio de inviolabilidad de la vida humana, a los derechos a la salud, la intimidad y la dignidad humana y a los principios bioéticos (la autonomía, la justicia, la no-maleficencia y la beneficencia) establecidos en la Constitución Política y en la legislación nacional e internacional que regula la materia.

Así mismo, propone una estructura organizativa acorde con la realidad nacional, respetando la jerarquía del Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud pública y de igual manera; respeta la autonomía conferida a la Caja Costarricense de Seguro Social en materia de gestión, financiamiento y sostenibilidad para responder a las necesidades de los y las asegurados.

Aporta la ruta de regulación y normalización (vía reglamentaria), que debe establecer el Ministerio de Salud para garantizar las buenas prácticas en el proceso de donación y trasplantes, no solo de los establecimientos de salud de la seguridad social; sino también de los servicios de salud privados.

Por último, abre paso al control de aquellas actividades que se opongan a los buenos hábitos en materia de donación y trasplantes, de modo tal que se controle a nivel nacional las prácticas ilícitas de tráfico de órganos y tejidos humanos.

Para efectos formales, se reitera que, el presente texto sustitutivo, promueve una reforma sustancial al texto contenido en el Proyecto de Ley Expediente 18.246 “Ley de donación y trasplantes de órganos y tejidos humanos”. De igual forma se deroga la ley número 7409 del 12 de mayo de 1994

Como únicas observaciones, se encuentran las siguientes:

1. El artículo 4 propuesto indica: *“La donación de órganos o tejidos humanos procedentes de donantes vivos o fallecidos y su trasplante se realizará con finalidad terapéutica. Su propósito principal será favorecer la salud o condiciones de vida de su receptor, **sin perjuicio de las investigaciones que puedan realizarse adicionalmente.**”*

Ya la abogada que asistió a la reunión de revisión del texto sustitutivo, había advertido, que lo subrayado, podría estar en choque con lo que se determine en el proyecto de Ley Investigación en Seres Humanos que se discute en la Asamblea Legislativa, además de que ese tema no debe de incorporarse al presente proyecto de ley, sino que debe ser tratado en la ley específica.

2. Por su parte, el artículo 31, al hablar de la extracción de órganos, señala que: *“...se iniciarán las técnicas de preservación, **extrayendo previamente muestras de líquidos biológicos y cualquier otra muestra que pudiera estimarse oportuna en un futuro y se mantendrá la cadena de custodia de las muestras depositadas en el hospital a disposición de la autoridad judicial que determinará su destino** ...”*. En este punto, también se había advertido que la Caja, eventualmente podía coadyuvar en la toma de las muestras, sin embargo, su cadena de custodia y demás requerimientos, debían de tramitarse en el poder Judicial, toda vez que son funciones que escapan a las competencias asignadas en la Caja por el constituyente (...).”

CRITERIO TÉCNICO:

Mediante oficio GM-38312-2012 de fecha 19 de noviembre, 2012, remite el criterio la Coordinación Institucional de Donación y Transplante de Órganos y Tejidos y en lo que interesa se transcribe:

“(...) **ASPECTOS JURÍDICOS RELEVANTES:**

REFERENCIA A DERECHOS CONSTITUCIONALES:

“(…) El texto sustitutivo consultado trata de generar el marco jurídico necesario para realizar la **DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS**, acorde con el derecho a la vida, el beneficio de la salud así como, la garantía a la intimidad y dignidad de los participantes (tomando en cuenta a todas las partes participantes posibles (entre otros): donadores vivos o muertos, familiares y receptores.

Se parte entonces del bien fundamental máximo tutelado constitucionalmente: el **derecho a la vida y salud de las personas**, canon 21 Constitucional; toda vez que la doctrina y filosofía reinante definen a la vida como el bien jurídico máspreciado por ende, debe ser tutelado, ocupando el más alto peldaño de la jerarquía de derechos. Tómese en cuenta que sin vida, el resto de derechos pierde sentido. (Ver resolución número 2222-01, de la Sala Constitucional.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El texto sustitutivo al proyecto de Ley trata de conjugar dos principios contrapuestos inicialmente:

- a) El derecho al propio cuerpo, como expresión de la libertad individual.
- b) El principio de solidaridad y altruismo hacia los demás, que tiene un indudable carácter social. Añade, además, que el donante tenga un estado de salud adecuado para la extracción, a fin de no poner en peligro su vida.

Se aclara que en la modificación propuesta por los suscritos sólo podrían ser donantes los mayores de edad, quedando prohibidas las donaciones que pudieran efectuar los menores o con incapacidad volitiva y cognoscitiva certificada por profesional competente o declarada judicialmente.

En cuanto a la recomendación de prohibir la donación inter vivos a menores de edad o incapaces, con la salvedad en los primeros de la médula ósea; incluso con el consentimiento de sus padres, ello obedece a la experiencia de otros países en los que se producía una actuación paterna en detrimento claro de uno de los hijos en favor de otro.

Con la reforma propuesta al proyecto bajo examen se evitan estos abusos, ya que proponemos que los menores **no** pueden ser donantes, **salvo** que se trate de médula ósea por ser un tejido regenerable y siempre que no se cause daño físico permanente al menor. En ese sentido, la Convención de Derechos del Niño, atiende a criterios del menor maduro y su incidencia en el consentimiento informado, a fin de respetar sus decisiones, como las haríamos frente a un mayor de edad, pues si se logra comprobar un grado de madurez suficiente en el menor el mismo

permite que éste tome las decisiones sobre hechos que puedan afectar su vida, entendida esta como el conjunto corporal y psicológico.

Es importante señalar que en el caso de España⁵, país líder en el tema de trasplantes, se cierra toda posibilidad de donación de órganos de menores vivos o incapaces de cualquier edad.

En atención a permitir la donación/recepción entre relacionados genéticamente o por lazos fuertes sentimentales, la legislación propuesta contiene suficientes mecanismos para impedir que las donaciones de órganos inter-vivos se halle movida por intereses puramente económicos, a la vez que se permite que personas ligadas por una efectiva relación de afecto mutuo puedan donarse órganos aun cuando no sean familiares en sentido estricto, tal como ocurriría con las parejas de hecho.

EL CONSENTIMIENTO:

En el tema del consentimiento, cuando se trate de cadáveres, se ha de aclarar que en Costa Rica se ha trabajado en materia de trasplante de fallecidos con el **consentimiento presuntivo**; o sea si la persona expresamente no se opuso, se considera su consentimiento, sin embargo se respeta siempre el parecer de sus familiares, si estos se opusieran.

ASPECTOS MÉDICOS RELEVANTES:

Las opciones terapéuticas cada día se va modificando y mejorando para brindar al paciente la oportunidad de recuperarse y rehabilitarse a su vida cotidiana. Este principio es el que impulsa la actividad trasplantadora desde sus inicios en la tercera década del siglo anterior.

En Costa Rica; la Caja Costarricense de Seguro Social ha procurado solventar la necesidad de muchos pacientes con falla orgánica terminal y con necesidades de sustituir un tejido, práctica de data desde hace más de tres décadas atrás; sin embargo han sido esfuerzos únicos de la institución con carencia de una adecuada estructura organizativa interna, reflejo de la ausencia de responsabilidades adquiridas por parte de la Rectoría en Salud.

Lo anterior refleja las bajas tasas de donación cadavérica por millón de habitantes que se reporta el Observatorio Mundial de Trasplantes para Costa Rica en el 2011: 5.1 órganos por millón de personas⁶. Países como España⁷, líder mundial en aspectos organizativos y de gestión en materia de trasplantes, recomienda mantener una actualización periódica en materia legislativa con el fin

⁵ Según recoge 'Newsletter Trasplant', la publicación oficial de la Comisión de Trasplantes del Consejo de Europa, España, con 3.945 trasplantes en 2008, es el referente mundial en esta disciplina. Es más, si se aplicara el modelo de gestión español en el resto de la Unión Europea, se estima que **más de 20.000 personas mejorarían su calidad de vida.** www.elmundo.es > Salud > Medicina

⁶ Newsletter 2011. Observatorio Mundial de Trasplantes. ONT España. Septiembre 2011.

de garantizar el éxito poniendo a correr las buenas prácticas en el Proceso de Donación y Trasplantes⁸.

Cuadro No. 1
Tasas de donación cadavérica Latinoamérica 2011
Observatorio Mundial de Trasplantes

País	Tasa de donación por millón de personas (pmp)
URUGUAY	20.0 pmp
ARGENTINA	14.9 pmp
CUBA	11,3 pmp
BRASIL	11.2 pmp
COLOMBIA	8,4 pmp
PANAMA	7.1 pmp
CHILE	6.5 pmp
COSTA RICA	5.1 pmp
PERU	4.3 pmp
VENEZUELA	3.8 pmp

Fuente Newsletter 2011, Septiembre ONT 2012.

El cuadro N° 1 ubica a Costa Rica en el lugar octavo de los países latinoamericanos con donación cadavérica por millón de personas y esta ha sido la tónica en los últimos años.

La evolución en materia de donación y trasplantes va transformando las fuentes de obtención de los órganos, inicialmente con mayoría de donadores cadavéricos, posteriormente con donadores vivos y en la actualidad, la mayoría de los dadores de órganos, proceden de estados en muerte encefálica y en asistolia” (Agüero Chinchilla, Marvin Enrique. Modelo de Gestión en Red de Servicios de Salud para el Programa Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos y Células en Costa Rica. España. 2011. Página 2).

Quedan excluidos de este texto sustitutivo, la extracción y el implante de células de cordón umbilical, la sangre y plasma humanos, los gametos, los productos humanos de desecho, la realización de autopsias clínicas y la donación de un cadáver para investigación y enseñanza.

El texto sustitutivo al Proyecto de Ley en discusión incluye una actualización de los conceptos del glosario, resaltando los tipos de donadores que se establecen así como los diferentes tipos de centros trasplantadores que puedan existir. Así mismo, se toma en consideración la importancia de que los centros que se dediquen a este tipo de terapia, cuenten con los requerimientos de

⁸ Organización Nacional de Trasplantes. “Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de Donación de Organos” Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. 31 de Marzo 2011.

calidad de tal manera que garanticen en todo momento, un proceso basado en los estándares internacionales de protección al donador y al receptor de órganos y tejidos.

De igual manera aporta la regulación de la donación en muerte neurológico o en muerte por parada cardiorrespiratoria. Asimismo, la adaptación a los avances científicos y al desarrollo de modelos de gestión en materia de donación y trasplantes que se vayan acorde a la capacidad instalada, y la posibilidad de brindar sostenibilidad a los mismos de acuerdo a las necesidades.

Este texto sustitutivo propone una estructura organizativa en la que se analizó profundamente el entorno nacional, considerando el Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica⁹, así como respetar las funciones del Poder Ejecutivo por el Ministerio de Salud por lo que se recomienda un Consejo Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos como órgano asesor en esta materia al Ministerio y una Secretaría Técnica Ejecutiva de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos a cargo de la unidad técnica responsable de los servicios de salud de ese Ministerio, ejerciendo rectoría en trasplantes¹⁰. Por último y lo más importante, a diferencia del texto contenido en el Expediente N° 18,246; este texto sustitutivo confiere a la institución diseñar el modelo de gestión de acuerdo a su capacidad instalada y posibilidad de sostenibilidad.

Así mismo se recomienda enfatizar el respeto a la dignidad y protección del donante y del receptor, asegurar el respeto de su autonomía, la confidencialidad de la información, la equidad, la transparencia y la trazabilidad del proceso de donación y trasplante.

Entre los aspectos sustanciales importantes de modificación al texto original del expediente N°. 18, 246 se señala:

1. **Artículo 3:** Este artículo amplía el glosario de términos para poder comprender el ámbito de aplicación de dicha ley, cabe resaltar que a diferencia del texto original, el presente adiciona al diagnóstico de muerte no solo la muerte neurológica, sino también “*muerte por parada cardiorrespiratoria*”, lo anterior permitirá solicitar la donación de aquellos pacientes que entran en asistolia sostenida.
2. **Artículo 7:** Fortalece el anonimato entre la familia del donador cadavérico y el receptor y la familia de este. Protege la difusión de información que pueda relacionar directamente la extracción y posterior injerto o implantación.
3. **Artículo 17:** Prohíbe la donación de órganos en personas menores de edad (excepto progenitores hematopoyéticos con consentimiento informado por quien ostente la representación legal) y en los casos de personas con incapacidad volitiva y cognoscitiva para tomar decisiones válidas.

⁹ Organización Panamericana de la Salud Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004.44 p. ; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud ; no.15)

¹⁰ Organización Mundial de la Salud “Principios rectores de la OMS para el trasplante de células, tejidos y órganos humanos”. Geneva 1991.

4. **Artículo 21:** Establece la integración de análisis de caso Comité de Bioética Clínica del Hospital cuando se trate de un donador vivo no relacionado, de modo tal que gire en el tiempo no mayor de 24 horas, las recomendaciones del mismo al equipo coordinador hospitalario de trasplantes.
5. **Artículo 28:** faculta al Ministerio de Salud a reglamentar los criterios diagnósticos de Muerte Encefálica de acuerdo a los avances clínicos y tecnológicos.
6. **Título III. –INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:** Autoriza al Ministerio de Salud de autorizar expresamente a los establecimientos de salud tanto públicos como privados para que realicen el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejido. Elimina los requisitos que estaban establecidos en el proyecto original; de modo tal que se puedan realizar actualizaciones cuando así lo considere pertinente el ente rector en su Reglamento y la normativa correspondiente.
7. **Artículo 37:** Introduce la figura de los equipos hospitalarios para gestionar el proceso de donación y trasplantes, así como la necesidad de que instituciones como la nuestra cuenten con una coordinación institucional. Elimina el modelo de organización propuesto en el proyecto de ley, de modo tal que no se viole la autonomía de la CCSS.
8. **Artículo 38:** Cobra importancia pues faculta al Ministerio de Salud para que efectúe la normativa correspondiente al traslado de órganos y tejidos de donantes, así como de los potenciales receptores mediante las medidas de bioseguridad establecidas.
9. **TÍTULO V.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:** Elimina la Comisión Nacional y crea el *Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos*, adscrito al Ministerio de Salud, como órgano asesor en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, para esta institución. Esta sesionará ordinariamente y cada vez que lo solicite la máxima autoridad del Ministerio de Salud. Incluye la participación de la sociedad civil y además al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
10. **Artículo 44:** Se elimina la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y se crea Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, la cual estará a cargo de la unidad técnica responsable de los servicios de salud de ese Ministerio. La cual se sustentará con recursos procedentes de:
 - a. Recursos incorporados en los presupuestos ordinarios y extraordinarios del Ministerio de Salud.
 - b. Las donaciones, transferencias y subvenciones en efectivo o en servicios recibidas del Poder Ejecutivo, empresas e instituciones estatales autónomas y semiautónomas, las cuales quedan autorizados para este efecto.
 - c. Las donaciones en efectivo, obras y servicios provenientes de personas físicas o jurídicas, entidades u organismos privados, nacionales o internacionales.

Así las cosas, se presenta a continuación el texto sustitutivo aprobado en la Sesión N° 33 del 13 de noviembre de 2012 por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales:

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA
REPÚBLICA DE COSTA RICA**

**LEY DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS
TÍTULO I.- ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PROTECCIÓN DE DONANTES Y
RECEPTORES**

CAPÍTULO I.- Ámbito de aplicación de la norma y definiciones

ARTÍCULO 1.- La presente ley regula las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos y tejidos humanos, incluida la donación, extracción, preparación, transporte, distribución, trasplante y su seguimiento para fines terapéuticos.

ARTÍCULO 2.- La presente ley no será de aplicación a la utilización terapéutica de la sangre humana y sus derivados, sangre de cordón umbilical, a excepción del trasplante de médula ósea.

ARTÍCULO 3.- Para los efectos de esta ley, se establecen las siguientes definiciones:

a. Órgano: aquella parte diferenciada y vital del cuerpo humano, constituida por diversos tejidos que mantiene su estructura, vascularización y capacidad para desarrollar funciones fisiológicas con un grado importante de autonomía y suficiencia. Son, en este sentido, órganos: los riñones, el corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas, el intestino y cuantos otros con similar criterio puedan ser extraídos y trasplantados de acuerdo con los avances científico-técnicos.

b. Banco de tejidos: establecimiento de salud debidamente autorizado por el Ministerio de Salud donde se lleven a cabo actividades de procesamiento, preservación, almacenamiento o distribución de tejidos humanos después de su obtención y hasta su utilización o aplicación en humanos. El establecimiento de tejidos también puede estar encargado de la obtención y evaluación de tejidos.

c. Diagnóstico de muerte: “Cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, cese irreversible de las funciones del cerebro completo, incluyendo las del tronco del encéfalo”. Por lo tanto, la muerte puede ser determinada por criterios cardiopulmonares (ausencia de latido cardíaco, ausencia de movimientos respiratorios, ausencia de actividad eléctrica cardíaca efectiva), o por criterios neurológicos (muerte encefálica).

d. Donante fallecido: cadáver del que se pretende extraer órganos, y tejidos que, cumpliendo los requisitos establecidos en la ley, no hubiera dejado constancia expresa de su oposición. Existen: cadáver ventilado (muerte encefálica), cadáver en paro cardíaco.

e. Donante vivo: aquella persona que cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley, efectúe la donación en vida de órganos y tejidos, o parte de los mismos, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.

Existen varios tipos de donantes vivos:

1. Donante vivo relacionado por consanguinidad: Donante relacionado genéticamente con el receptor en primer, segundo, tercer o cuarto grado de consanguinidad.

2. Donante vivo no relacionado por consanguinidad.

3. Donante vivo emocionalmente relacionado: Aquellos donantes que no tienen consanguinidad o relación genética, pero que tienen un vínculo fuerte de tipo emocional que es discernible y obvio, y que puede ser objetivo y evidente. En esta categoría se encontrarían el cónyuge, conviviente, padrastros, hijastros y amigos.

4. Donante vivo no relacionado: Aquellos donantes no relacionados ni por consanguinidad ni emocionalmente, que pueden ser:

4.1 Donante altruista: Aquella persona que se ofrece a donar un órgano a cualquier persona que esté enferma, aunque sea un desconocido, por esmero y complacencia en el bienestar ajeno y por motivos puramente humanitarios.

4.2 Donación pareada: Utilización de parejas de donantes a parejas de receptores de manera cruzada, cuando exista en aquella relación afín, genética o emocional, incompatibilidad ABO, sensibilización, enfermedad renal hereditaria o ausencia de otro donante disponible.

4.3 Donante de pago: Incluye a la persona que recibe una dádiva en efectivo o en especie para donar órganos o tejidos.

f. Establecimiento de salud extractor de órganos o tejidos de donante fallecido: Establecimiento de salud que, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley y su reglamento, posee la autorización correspondiente emitida por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes fallecidos.

g. Establecimiento de salud extractor de órganos o tejidos de donante vivo: Establecimiento de salud que, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley y su reglamento, posee la autorización correspondiente emitida por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes vivos. h. Establecimiento de salud trasplantador

de órganos o tejidos: Establecimiento de salud que posee la autorización correspondiente del Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de trasplante de órganos o tejidos.

i. Extracción de órganos o tejidos: proceso por el cual se obtienen el o los órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido para su posterior trasplante en uno o varios receptores.

j. Procedimientos operativos estandarizados: instrucciones de trabajo documentadas y autorizadas que describen cómo llevar a cabo actividades.

k. Progenitores hematopoyéticos: Células extraídas de la médula ósea o del cordón umbilical que tiene la potencialidad de formar y desarrollar los elementos celulares de la sangre.

l. Receptor: aquella persona que recibe el trasplante de un órgano o tejido con fines terapéuticos.

m. Residuo quirúrgico: Material anatómico extraído de una persona con fines terapéuticos y distintos a cordón umbilical y progenitores hematopoyéticos.

n. Tejido: toda parte constituyente del cuerpo humano formada por células unidas por algún tipo de tejido conectivo.

o. Trasplante de órganos o tejidos: proceso por el cual se implanta un órgano o tejido sano, con fines terapéuticos, procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.

p. Trazabilidad: capacidad para localizar e identificar los órganos o tejidos en cualquier paso del proceso desde la donación hasta el trasplante o su eliminación.

CAPÍTULO II.- Respeto y protección al donante y al receptor

ARTÍCULO 4.- La donación de órganos o tejidos humanos procedentes de donantes vivos o de fallecidos y su trasplante se realizará con finalidad terapéutica. Su propósito principal será favorecer la salud o condiciones de vida de su receptor, sin perjuicio de las investigaciones que puedan realizarse adicionalmente.

ARTÍCULO 5.- La utilización de órganos o tejidos humanos deberá respetar los derechos fundamentales de la persona, los postulados éticos, la justicia, el respeto y la beneficencia, de conformidad con los principios rectores establecidos en la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

ARTÍCULO 6.- No deberá divulgarse ante la opinión pública información que permita la identificación del donante o receptor de órganos o tejidos humanos.

ARTÍCULO 7.- Los parientes del donante no podrán conocer la identidad del receptor, ni los parientes del receptor la identidad del donante cadavérico. Se evitará cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la extracción y posterior injerto o implantación.

ARTÍCULO 8.- La información relativa a donantes y receptores de órganos y tejidos humanos será recolectada, tratada y custodiada en la más estricta confidencialidad.

ARTÍCULO 9.- El deber de confidencialidad no impedirá la adopción de medidas preventivas cuando se sospeche la existencia de riesgos para la salud individual o pública.

CAPÍTULO III.- Gratificación o remuneración de donaciones y trasplantes

ARTÍCULO 10.- Se prohíbe cualquier forma de gratificación o remuneración por la donación de órganos y tejidos humanos por parte del donante, del receptor o cualquier persona física o jurídica.

ARTÍCULO 11.- La realización de los procedimientos médicos relacionados con la donación, extracción y trasplante de órganos no será, en ningún caso, gravosa para el donante vivo, ni para la familia del fallecido.

ARTÍCULO 12.- Prohíbese solicitar públicamente o hacer cualquier publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido, o sobre su disponibilidad, ofreciendo o solicitando algún tipo de gratificación o remuneración.

TÍTULO II.- OBTENCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CAPÍTULO I.- Obtención de órganos y tejidos provenientes de donantes vivos

ARTÍCULO 13.- El donante vivo de órganos y tejidos deberá gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado, que consten en su expediente clínico y que sea certificado por un médico.

ARTÍCULO 14.- Debe tratarse de tejidos, un órgano o parte de él o ambos, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.

ARTÍCULO 15.- El donante deberá ser informado de los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como de los beneficios que se espera del trasplante para el receptor y otorgar por escrito su consentimiento informado, previo a la intervención, de forma expresa, libre, consciente y sin que medie un interés económico. Este documento también contendrá la firma o firmas del médico o médicos que han de ejecutar la extracción. De este documento se entregará copia al donante y otra constará en su expediente médico.

ARTÍCULO 16.- Salvo en casos debidamente justificados, entre la firma del documento de cesión de órganos y tejidos y la extracción de los mismos, deberán transcurrir al menos

veinticuatro horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención, sin sujeción a formalidad alguna. Incluso los médicos que deberán realizar la extracción o quien coordine el proceso en el establecimiento de salud, podrán oponerse a la misma si albergan dudas sobre la condición libre, consciente y desinteresada del consentimiento del donante.

ARTÍCULO 17.- No podrá realizarse la extracción de órganos y tejidos en los siguientes casos:

- a) Personas con incapacidad volitiva y cognoscitiva para tomar decisiones válidas certificada por profesional competente o declarada judicialmente.
- b) Persona menor de edad, salvo cuando la donación se trate de residuos quirúrgicos o de progenitores hematopoyéticos. En estos casos, el consentimiento informado será otorgado por quien ostente la representación legal y en mayores de doce años, deberá constar además su asentimiento informado.

ARTÍCULO 18.- No se extraerán órganos y tejidos de donantes vivos cuando, por cualquier circunstancia, pudiera considerarse que media condicionamiento económico, social o psicológico o de cualquier otra naturaleza.

ARTÍCULO 19.- Previo a la extracción de órganos y tejidos, el personal de salud deberá procurar, de manera razonable, la viabilidad y el éxito del trasplante, mediante la realización de todos los estudios necesarios.

ARTÍCULO 20.- El personal de salud encargado de la extracción y el establecimiento de salud privado o público, donde se realizará la misma, deberán garantizar al donante vivo toda la atención integral en salud para su restablecimiento y darle seguimiento en relación a este procedimiento específico.

ARTÍCULO 21.- Una vez realizados todos los estudios del potencial donante vivo no relacionado, el receptor y su familia, el equipo coordinador de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario deberá presentar el caso al Comité de Bioética Clínica del Hospital, quien analizará y recomendará en un plazo no mayor de 24 horas, continuar o no con el proceso de donación y trasplante. Dichos análisis y recomendaciones deberán constar en el expediente médico del paciente y ser entregados al coordinador del equipo de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario.

ARTÍCULO 22.- El órgano que se extraiga de un donante vivo, deberá ser destinado previamente a una persona en particular. En caso de los tejidos, estos podrán destinarse a una persona específica o al banco de tejidos del centro hospitalario, acorde con la decisión del donante. En caso de que el receptor del órgano o tejido hubiere fallecido antes de la implantación, pero luego

de la extracción del donante vivo, tanto órganos como tejidos podrán implantarse en otro receptor si así lo indica el respectivo donante en el documento de consentimiento.

CAPÍTULO II.- Obtención de órganos y tejidos provenientes de donador fallecido

ARTÍCULO 23.- La obtención de órganos y tejidos de donantes fallecidos para fines terapéuticos, podrá realizarse siempre y cuando la persona fallecida, de la que se pretende extraer órganos y tejidos, no haya manifestado su oposición. Dicha oposición, así como su conformidad si la expresó, podrá referirse a todo tipo de órganos y tejidos o solamente a alguno de ellos, y será respetada cualquiera que sea la forma en la que se haya expresado.

ARTÍCULO 24.- En caso de que en el expediente del fallecido o en sus documentos o pertenencias personales no se encontrara evidencia alguna de su oposición de donar sus órganos y tejidos, se procederá a facilitar a sus parientes por consanguinidad hasta cuarto grado o por afinidad en primer grado del difunto la información necesaria acerca de la naturaleza e importancia de este procedimiento, a fin de que sean ellos quienes den su consentimiento informado escrito.

ARTÍCULO 25.- En caso de que se trate de fallecidos menores de edad o fallecidos declarados en estado de interdicción, se solicitará la donación a quienes hayan sido en vida sus representantes legales, ya sean estos sus padres, tutores o curadores.

ARTÍCULO 26.- La extracción de órganos y tejidos de fallecidos solo podrá hacerse previa comprobación y certificación médica de su muerte.

ARTÍCULO 27.- El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basarán en la confirmación del cese irreversible de las funciones encefálicas o cardio-respiratorias.

ARTÍCULO 28.- El diagnóstico y certificación de la muerte encefálica deberán ser reconocidos mediante un examen clínico adecuado tras un período apropiado de observación. Los criterios diagnósticos clínicos, los períodos de observación, así como las pruebas confirmatorias que se requieran, según las circunstancias médicas, serán emitidos por el Ministerio de Salud y de acatamiento obligatorio tanto para el sector público como privado y se elaborarán con base en recomendación del Consejo Nacional de Donación y Trasplante.

ARTÍCULO 29.- El diagnóstico y certificación de la muerte encefálica serán suscritos por tres médicos del hospital en que falleció la persona, entre los que debe figurar un neurólogo o neurocirujano y el jefe de la unidad médica en que se encuentre ingresado, o su sustituto. En ningún caso, los médicos que diagnostican y certifican la muerte podrán formar parte del equipo de extracción o trasplante de los órganos que se extraigan.

ARTÍCULO 30.- Será registrada como hora de fallecimiento del paciente la hora en que se completó el diagnóstico de la muerte y el certificado deberá ser emitido antes de que el donante sea llevado al procedimiento de obtención de órganos y tejidos.

ARTÍCULO 31.- En caso de muerte accidental, así como cuando medie investigación judicial, antes de efectuarse la extracción de órganos y tejidos, el médico forense autorizará esta, previa elaboración de informe, siempre que no se obstaculice el resultado de la instrucción de las diligencias judiciales. Una vez recibida la autorización del médico forense o transcurrido el tiempo establecido, en los protocolos emitidos por la autoridad competente, sin que el médico forense haya formulado indicación alguna, se iniciarán las técnicas de preservación, extrayendo previamente muestras de líquidos biológicos y cualquier otra muestra que pudiera estimarse oportuna en un futuro y se mantendrá la cadena de custodia de las muestras depositadas en el hospital, a disposición de la autoridad judicial que determinará su destino, de acuerdo con los protocolos citados.

ARTÍCULO 32.- Al coordinador del equipo de donación y trasplante de órganos y tejidos o profesional competente en quien este delegue, le corresponderá dar la conformidad para la extracción. El mismo deberá extender un documento que se agregara al expediente clínico en el que se haga constancia expresa de que:

- a. Se han realizado las comprobaciones sobre la voluntad del fallecido, o de las personas que ostenten su representación para los efectos de esta ley.
- b. Se ha comprobado y certificado la muerte, adjuntándose el certificado médico de defunción.
- c. En las situaciones de fallecimiento accidental o cuando medie una investigación judicial, que se cuenta con la autorización del médico forense.
- d. El centro hospitalario donde se va a realizar la extracción está autorizado para ello y que dicha autorización está en vigor.
- e. Se hagan constar los órganos y tejidos para los que sí se autoriza la extracción, teniendo en cuenta las restricciones que puede haber establecido el donante o sus parientes.
- f. Se hagan constar el nombre, apellidos y cualificación profesional de los médicos que han certificado la defunción.

TÍTULO III.- INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CAPÍTULO I.- Requisitos y procedimientos generales

ARTÍCULO 33.- El Ministerio de Salud como órgano rector de la salud será el responsable de autorizar expresamente a los establecimientos de salud tanto públicos como privados para que realicen el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

ARTÍCULO 34.- La autorización a la que se refiere el artículo anterior, podrá ser revocada o suspendida por el Ministerio de Salud cuando se incumpla con los requisitos establecidos por esta institución.

ARTÍCULO 35.- Cualquier tipo de modificación sustancial que se produzca en la estructura, los procesos y resultados de donación y trasplante en el establecimiento de salud deberá ser notificada al Ministerio de Salud y podrá dar lugar a la revisión y a la revocación o suspensión de la autorización hasta tanto se cumplan los requisitos exigidos.

ARTÍCULO 36.- El Ministerio de Salud, establecerá la normativa reglamentaria para la adecuada ejecución de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos y sus subprocesos en un plazo máximo de 2 años a partir de la publicación de esta ley. Con base en esta normativa, las instituciones o establecimientos de salud con procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos deberán emitir los documentos de normalización técnica y administrativa, en el plazo de un año, a partir de la publicación de la normativa reglamentaria.

ARTÍCULO 37.- Los establecimientos de salud que desarrollen procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos deben contar con equipos hospitalarios conformados con recurso humano calificado y nombrar un coordinador de donación y trasplante de dichos equipos. Aquellas instituciones que cuenten con más de un establecimiento donde se realice donación y trasplante deberán designar una coordinación institucional.

CAPÍTULO II.- Transporte de órganos, tejidos humanos, donantes y receptores.

ARTÍCULO 38.- El traslado de tejidos y órganos de donantes desde un establecimiento de salud autorizado hacia otro igual, se efectuará según la normativa que establezca para estos efectos por el Ministerio de Salud, así como la movilización de donantes y receptores, en casos calificados por el establecimiento de salud.

TÍTULO IV.- TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CAPÍTULO I.- Requisitos del receptor para la realización del trasplante

ARTÍCULO 39.- Para realizar el trasplante de órganos y tejidos humanos, se requerirá del receptor lo siguiente:

- a. Consentimiento escrito del receptor o sus representantes legales, cuando proceda, previa información de los riesgos y beneficios que la intervención supone. El documento en el que se haga constar el consentimiento informado del receptor comprenderá como requisitos mínimos: nombre del establecimiento de salud, nombre del receptor y cuando corresponda de los representantes legales que autorizan el trasplante y del médico que informa, las razones clínicas que sustentan el proceder, riesgos y complicaciones eventuales, firma y código del médico que informó al receptor, firma del receptor y cuando corresponda de sus representantes legales. El documento quedará archivado en el expediente de salud del paciente y se facilitará copia del mismo al interesado o representantes legales según el caso.
- b. Verificar que se disponga de los estudios básicos requeridos del receptor para realizar el trasplante y la disponibilidad e información del órgano o tejido a trasplantar.

TÍTULO V.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

CAPÍTULO I.- Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos

ARTÍCULO 40.- Créase el Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, adscrito al Ministerio de Salud, como órgano asesor en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, para esta institución.

ARTÍCULO 41.- El Consejo estará integrado por:

- a. El Ministro de Salud o su representante, quien lo presidirá.
- b. El Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social o su representante.
- c. Un representante de los pacientes trasplantados o que requieren de trasplante, que será designado en asamblea en la que participarán los representantes formalmente inscritos ante el Ministerio de Salud por las organizaciones no gubernamentales o grupos comunitarios a los que pertenezcan. Este representante se elegirá cada 2 años y no podrá ser reelecto por más de 1 periodo.
- d. El Coordinador de la Secretaría Técnica Ejecutiva, creada en esta ley.
- e. Un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos, designado por su Junta de Gobierno, con experiencia en áreas relacionadas con los procesos de donación y trasplante. Este representante se elegirá cada 2 años y no podrá ser reelecto por más de 1 período consecutivo.

En calidad de asesor y sólo con voz, un abogado representante de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud.

Los miembros de la Comisión desempeñarán sus cargos en forma ad honórem.

ARTÍCULO 42.- Son atribuciones del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos las siguientes:

- a. Conocer y recomendar las propuestas de la Política Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos y del plan sectorial para su implementación y para el seguimiento y evaluación de su cumplimiento. Dar a conocer la política y el plan sectorial aprobados a todos los actores sociales involucrados.
- b. Facilitar la articulación del Sector Público con el Sector Privado, la Sociedad Civil y otros sectores afines.
- c. Gestionar y recomendar la aprobación y suscripción de convenios de cooperación técnica y financiera con organizaciones nacionales o internacionales, públicas o no gubernamentales, bilaterales y multilaterales, en donación y trasplante de órganos y tejidos.
- d. Rendir informe acerca de los proyectos de ley relacionados con la donación y trasplante de órganos y tejidos.
- e. Gestionar la modificación de la legislación vigente según avances científicos, tecnológicos y técnicos sustentados en la mejor evidencia científica disponible.
- f. Conocer el grado de cumplimiento de la Política Nacional y del Plan Sectorial de implementación de esta y emitir las recomendaciones que correspondan para facilitar o agilizar su ejecución.
- g. Velar por el cumplimiento de la legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 43.- El Consejo sesionará ordinariamente una vez cada trimestre y extraordinariamente cada vez que sea convocado por quien lo preside o tres de sus miembros. El quórum para sesionar válidamente será de la mayoría absoluta de sus integrantes y los acuerdos serán adoptados por mayoría absoluta de los miembros presentes. Será de aplicación supletoria lo establecido en la Ley General de la Administración Pública respecto al funcionamiento del órgano colegiado.

CAPÍTULO II.- Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos

ARTÍCULO 44.- Para efectos de la ley, habrá una Secretaría en el Ministerio de Salud, que se denominará Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del

Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, la cual estará a cargo de la unidad técnica responsable de los servicios de salud de ese Ministerio.

ARTÍCULO 45.- La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos tendrá como objetivo general coordinar las acciones con otras instancias del Ministerio de Salud, el coordinador institucional de ámbito nacional de la Caja Costarricense de Seguro Social en Donación y Trasplante, el sector privado, la sociedad civil y otros sectores relacionados, para garantizar la transparencia, la accesibilidad, la oportunidad, la efectividad, la calidad y la seguridad de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos y sus subprocesos.

ARTÍCULO 46.- La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos tendrá las siguientes funciones:

- a. Conducir la formulación y someter para su aprobación por parte del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos las propuesta de Política Nacional en esta materia y del Plan Sectorial para su Implementación y para el Seguimiento y Evaluación de su Cumplimiento. Dar seguimiento y evaluar su cumplimiento.
- b. Establecer y mantener un registro nacional actualizado de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos, según lo que establezca la normativa reglamentaria emitida por el Ministerio de Salud. El componente con los nombres de las personas involucradas será de carácter confidencial y de acceso restringido.
- c. Identificar áreas críticas y potenciales cooperantes en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.
- d. Analizar y elaborar recomendaciones para el Consejo Nacional sobre proyectos de ley y para la modificación de leyes relacionadas con la donación y trasplante de órganos y tejidos.

ARTÍCULO 47.- La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos estará coordinada por la jefatura de la unidad técnica de servicios de salud del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 48.- El presupuesto de la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos para el cumplimiento de sus funciones estará constituido por los siguientes recursos:

- a. Recursos incorporados en los presupuestos ordinarios y extraordinarios del Ministerio de Salud.

b. Las donaciones, transferencias y subvenciones en efectivo o en servicios recibidas del Poder Ejecutivo, empresas e instituciones estatales autónomas y semiautónomas, las cuales quedan autorizados para este efecto.

c. Las donaciones en efectivo, obras y servicios provenientes de personas físicas o jurídicas, entidades u organismos privados, nacionales o internacionales.

TITULO VI.- EDUCACIÓN Y PUBLICIDAD

CAPÍTULO I.- Educación y publicidad.

ARTÍCULO 49.- El Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos a través de su Secretaría Técnica Sectorial organizará y desarrollará acciones de información y educación de la población en materia de donación de órganos y tejidos para su aplicación en humanos, con la participación de la mayor cantidad de actores sociales. Estas acciones contendrán, como mínimo, los beneficios, las condiciones, requisitos y garantías que suponen estos procedimientos y mediante la gestión con diversos cooperantes de recursos con tal fin.

ARTÍCULO 50.- El Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos a través de su Secretaría Técnica Sectorial facilitará la formación y capacitación de los profesionales de salud relacionados con la donación de órganos y tejidos.

ARTÍCULO 51.- La promoción de la donación u obtención de órganos y tejidos humanos se realizará siempre de forma general y resaltando su carácter voluntario, altruista y desinteresado.

ARTÍCULO 52.- La publicidad relacionada con las actividades de donación de órganos y tejidos estará sometida a la inspección y control por parte del Ministerio de Salud, con base en los lineamientos definidos en el Reglamento de esta ley.

ARTÍCULO 53.- Se prohíbe la publicidad de la donación de órganos y tejidos en beneficio de personas concretas, de establecimientos de salud u organizaciones.

TÍTULO VII.- SANCIONES

CAPÍTULO I.- Sanciones administrativas

ARTÍCULO 54.- El Ministerio de Salud podrá suspender o revocar la autorización para realizar los procesos de donación y trasplante de órganos o tejidos a los establecimientos de salud que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en la presente ley.

ARTÍCULO 55.- Además de las sanciones establecidas en los reglamentos internos, serán sancionados disciplinariamente, con despido sin responsabilidad patronal, sin perjuicio de las sanciones penales correspondientes, quienes por dolo o culpa grave violen la confidencialidad o divulguen o alteren el contenido de la información relativa a donantes y receptores de órganos o tejidos humanos y a la cual tengan acceso en el ejercicio de sus funciones.

TÍTULO VIII.- DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO I.- Derogaciones

ARTÍCULO 56.- Deróguese la Ley de Autorización para Trasplantar Órganos y Materiales Anatómicos Humanos, N.º 7409, de 12 de mayo de 1994 y sus reformas.

ARTÍCULO 57.- Deróguese el artículo 35 de la Ley General de Salud.

CAPÍTULO II.- Reglamentación de la ley

ARTÍCULO 58.- A partir de la fecha de promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo dispondrá de hasta dos años para reglamentarla (...)."

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en el criterio legal y el criterio técnico, recomienda a la Junta Directiva comunicar a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, que se recomienda la aprobación del mismo, tomando en consideración las observaciones realizadas, tanto legales como técnicas ...",

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte del doctor Marvin Enrique Agüero Chinchilla, funcionario de la Gerencia Médica, con base en la recomendación de la Gerencia Médica que consta en el citado oficio N° 11.731-8 y de conformidad con los criterios legal y médico visibles en el oficio 11.731-8, **se acuerda** comunicar a la Comisión Consultante que avala dicho texto sustitutivo. Sin embargo, de acuerdo con las observaciones formuladas por las instancias en referencia, esta Junta Directiva acoge las observaciones que a continuación se detallan:

En los artículos 4, 21 y 31, en sentido de que se recomienda:

- Eliminar la siguiente oración del artículo 4): "...sin perjuicio de las investigaciones de que puedan realizarse adicionalmente. Ello en razón de que el tema de investigaciones debe de analizarse en la ley específica.

- En el artículo 21 el tiempo de respuesta de los Comité de Bioética, remplazar 24 por 72 horas, en el entendido de que las donaciones de órganos y tejidos por donador vivo no representa una emergencia en función del factor tiempo.
- Redactar el artículo 31, de tal manera que quede claro que la Caja puede coadyuvar en la toma de las muestras; sin embargo, la cadena de custodia y demás situaciones atinentes son de exclusivo resorte del Poder Judicial, por no ser funciones sustantivas de la Institución.

ANEXO N° 1

CUADRO COMPARATIVO ENTRE TEXTO PROPUESTO POR LA CCSS Y EL TEXTO SUSTITUTIVO A LEY SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS ENVIADO A CONSULTA POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA EXPEDIENTE 18246

TEXTO SUSTITUTIVO ASAMBLEA LEGISLATIVA	TEXTO PROPUESTO POR LA CCSS	COMENTARIO
TÍTULO I.- ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PROTECCIÓN DE DONANTES Y RECEPTORES		
CAPÍTULO I.- Ámbito de aplicación de la norma y definiciones		
ARTÍCULO 1.- La presente ley regula las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos y tejidos humanos, incluida la donación, extracción, preparación, transporte, distribución, trasplante y su seguimiento para fines terapéuticos.	ARTÍCULO 1.- La presente ley regula las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos y tejidos humanos, incluida la donación, extracción, preparación, transporte, distribución, trasplante y su seguimiento, con el fin de proteger los derechos de personas receptoras y donantes.	La propuesta de la CCSS está incluida en el Capítulo II del Título II Respeto y Protección al Donante y Receptor.
ARTÍCULO 2.- La		

<p>presente ley no será de aplicación a la utilización terapéutica de la sangre humana y sus derivados, sangre de cordón umbilical, a excepción del trasplante de médula ósea.</p>		
<p>ARTÍCULO 3.- Para los efectos de esta ley, se establecen las siguientes definiciones:</p> <p>a. Órgano: aquella parte diferenciada y vital del cuerpo humano, constituida por diversos tejidos que mantiene su estructura, vascularización y capacidad para desarrollar funciones fisiológicas con un grado importante de autonomía y suficiencia. Son, en este sentido, órganos: los riñones, el corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas, el intestino y cuantos otros con similar criterio puedan ser extraídos y trasplantados de acuerdo con los avances científico-técnicos.</p> <p>b. Banco de tejidos: establecimiento de salud debidamente autorizado por el Ministerio de Salud donde se lleven a cabo actividades de procesamiento, preservación, almacenamiento o distribución de tejidos</p>	<p>Banco de tejidos: unidad de un hospital o cualquier otro centro debidamente autorizado donde se lleven a cabo actividades de procesamiento, preservación, almacenamiento o distribución de tejidos humanos después de su obtención y hasta su utilización o aplicación en</p>	<p>Se substituyó hospital o centro por establecimiento de salud como un término más amplio que puede referirse también a bancos o centros y se incluyó debidamente autorizado como lo propuso la CCSS, indicándose que esta autorización corresponde al Ministerio de Salud, quien definirá en el reglamento</p>

<p>humanos después de su obtención y hasta su utilización o aplicación en humanos. El establecimiento de tejidos también puede estar encargado de la obtención y evaluación de tejidos.</p> <p>c. Diagnóstico de muerte: “Cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, cese irreversible de las funciones del cerebro completo, incluyendo las del tronco del encéfalo”.</p> <p>Por lo tanto, la muerte puede ser determinada por criterios cardiopulmonares (ausencia de latido cardíaco, ausencia de movimientos respiratorios, ausencia de actividad eléctrica cardíaca efectiva), o por criterios neurológicos (muerte encefálica).</p> <p>d. Donante fallecido: cadáver del que se pretende extraer órganos, y tejidos que, cumpliendo los requisitos establecidos en la ley, no hubiera dejado constancia expresa de su oposición. Existen: cadáver ventilado (muerte encefálica), cadáver en paro cardíaco.</p> <p>e. Donante vivo: aquella</p>	<p>humanos. El establecimiento de tejidos también puede estar encargado de la obtención y evaluación de tejidos.</p> <p>Diagnóstico de muerte: aquel basado en la confirmación del cese irreversible de las funciones cardio-respiratorias o de las funciones encefálicas.</p> <p>Donante fallecido: cadáver del que se pretende extraer órganos, y tejidos que, cumpliendo los requisitos establecidos en la ley, no hubiera dejado constancia expresa de su oposición. Existen: a) cadáver ventilado (muerte encefálica). b) cadáver en parada cardíaca.</p> <p>Donante vivo: aquella persona que cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley, efectúe la donación en vida de órganos y tejidos, o</p>	<p>qué autorización otorgará.</p> <p>Se amplió el concepto como lo solicitó la CCSS.</p> <p>Se incluyeron las categorías como lo solicitó la CCSS.</p> <p>Se incluyeron las categorías como lo solicitó la CCSS. Se eliminaron las reiteraciones y aspectos no se incluyen en definiciones. La penalización del donante</p>
---	---	---

<p>con los requisitos establecidos en la ley, efectúe la donación en vida de órganos y tejidos, o parte de los mismos, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. Existen varios tipos de donantes vivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Donante vivo relacionado por consanguinidad: Donante relacionado genéticamente con el receptor en primer, segundo, tercer o cuarto grado de consanguinidad. 2. Donante vivo no relacionado por consanguinidad. 3. Donante vivo emocionalmente relacionado: Aquellos donantes que no tienen consanguinidad o relación genética, pero que tienen un vínculo fuerte de tipo emocional que es discernible y obvio, y que puede ser objetivo y evidente. En esta categoría se encontrarían el cónyuge, conviviente, padrastros, hijastros y amigos. 4. Donante vivo no relacionado: Aquellos donantes no relacionados ni por consanguinidad ni 	<p>parte de los mismos, cuya extracción sea compatible con la vida, que no disminuya gravemente su capacidad funcional y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. Existen varios tipos de donantes vivos:</p> <p>Donante vivo relacionado por consanguinidad.</p> <p>Donante relacionado genéticamente con el receptor en primer, segundo, tercer o cuarto grado de consanguinidad (padre, madre, abuelos, tíos y primos).</p> <p>Donante vivo no relacionado por consanguinidad.</p> <p>Donante vivo emocionalmente relacionado. Aquellos donantes que no tienen consanguinidad o relación genética, pero que tienen un vínculo fuerte de tipo emocional que es discernible y obvio, y que puede ser objetivo y evidente.</p> <p>En esta categoría se encontrarían los cónyuges, concubinos, padrastros, hijastros y amigos</p> <p>Donante vivo no relacionado. Aquellos</p>	<p>de pago está prevista en la Ley sobre Trata de Personas.</p>
--	---	---

<p>emocionalmente, que pueden ser:</p> <p>4.1 Donante altruista: Aquella persona que se ofrece a donar un órgano a cualquier persona que esté enferma, aunque sea un desconocido, por esmero y complacencia en el bienestar ajeno y por motivos puramente humanitarios.</p> <p>4.2 Donación pareada: Utilización de parejas de donantes a parejas de receptores de manera cruzada, cuando exista en aquella relación afín, genética o emocional, incompatibilidad ABO, sensibilización, enfermedad renal hereditaria o ausencia de otro donante disponible.</p> <p>4.3 Donante de pago: Incluye a la persona que recibe una dádiva en efectivo o en especie para donar órganos o tejidos.</p> <p>f. Establecimiento de salud extractor de órganos o tejidos de donante fallecido: Establecimiento de salud que, cumpliendo con los requisitos</p>	<p>donantes no relacionados ni por consanguinidad ni emocionalmente, que pueden ser:</p> <p>Donante altruista. Aquella persona que se ofrece a donar un órgano a cualquier persona que esté enferma, aunque sea un desconocido, por esmero y complacencia en el bienestar ajeno y por motivos puramente humanitarios.</p> <p>Donación pareada. Utilización de parejas de donantes a parejas de receptores de manera cruzada, cuando exista en aquella relación afín, genética o emocional, incompatibilidad ABO, sensibilización, enfermedad renal hereditaria o ausencia de otro donante disponible.</p> <p>Donante de pago. Incluye a la persona sujeta a la venta de órganos y tejidos, considerada en esta ley una venta prohibida e ilegal. Este donante no debe ser aceptado bajo circunstancia alguna. Hospital extractor de órganos o tejidos de donante fallecido: Hospital que, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley, y autorizado por el Ministerio de Salud puede</p>	<p>Se sustituyó hospital por establecimiento de salud para incluir bancos y centros y se incluyó, como lo solicitó la CCSS, que la autorización la otorgará el Ministerio de Salud, ampliando que con base en los requisitos no sólo incluidos en esta ley sino también en el reglamento que emita.</p> <p>Se sustituyó hospital por</p>
---	--	--

<p>establecidos en la ley y su reglamento, posee la autorización correspondiente emitida por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes fallecidos.</p> <p>g. Establecimiento de salud extractor de órganos o tejidos de donante vivo: Establecimiento de salud que, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley y su reglamento, posee la autorización correspondiente emitida por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes vivos.</p> <p>h. Establecimiento de salud trasplantador de órganos o tejidos: Establecimiento de salud que posee la autorización correspondiente del Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad de trasplante de órganos o tejidos.</p> <p>i. Extracción de órganos o tejidos: proceso por el cual se obtienen el o los órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido para su posterior trasplante en uno o varios receptores.</p> <p>j. Procedimientos</p>	<p>desarrollar la, actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes fallecidos.</p> <p>Hospital extractor de órganos o tejidos de donante vivo: Hospital que, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley, y autorizado por el Ministerio de Salud puede desarrollar la actividad de extracción de órganos o tejidos en donantes vivos.</p>	<p>establecimiento de salud para incluir bancos y centros y se incluyó, como lo solicitó la CCSS, que la autorización la otorgará el Ministerio de Salud, ampliando que con base en los requisitos no sólo incluidos en esta ley sino también en el reglamento que emita.</p>
--	--	---

<p>operativos estandarizados: instrucciones de trabajo documentadas y autorizadas que describen cómo llevar a cabo actividades.</p> <p>k. Progenitores hematopoyéticos: Células extraídas de la médula ósea o del cordón umbilical que tiene la potencialidad de formar y desarrollar los elementos celulares de la sangre.</p> <p>l. Receptor: aquella persona que recibe el trasplante de un órgano o tejido con fines terapéuticos.</p> <p>m. Residuo quirúrgico: Material anatómico extraído de una persona con fines terapéuticos y distintos a cordón umbilical y progenitores hematopoyéticos.</p> <p>n. Tejido: toda parte constituyente del cuerpo humano formada por células unidas por algún tipo de tejido conectivo.</p> <p>o. Trasplante de órganos o tejidos: proceso por el cual se implanta un órgano o tejido sano, con fines terapéuticos, procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.</p> <p>p. Trazabilidad: capacidad para localizar e identificar los órganos o tejidos en</p>	<p>Residuo quirúrgico con fines terapéuticos: Material anatómico extraído de una persona con fines terapéuticos y distintos a cordón umbilical y progenitores hematopoyéticos.</p>	<p>Se consideró redundante incluir con fines terapéuticos como lo propuso la CCSS ya que estos términos están contenidos en la definición.</p>
--	--	--

<p>cualquier paso del proceso desde la donación hasta el trasplante o su eliminación.</p>		
<p>CAPÍTULO II.- Respeto y protección al donante y al receptor</p>		
<p>ARTÍCULO 4.-La donación de órganos o tejidos humanos procedentes de donantes vivos o de fallecidos y su trasplante se realizará con finalidad terapéutica. Su propósito principal será favorecer la salud o condiciones de vida de su receptor, sin perjuicio de las investigaciones que puedan realizarse adicionalmente.</p>	<p>La extracción de órganos o tejidos humanos procedentes de donantes vivos o de fallecidos se realizará con finalidad terapéutica. Su propósito principal será favorecer la salud o condiciones de vida de su receptor, sin perjuicio de las investigaciones biomédicas que puedan realizarse adicionalmente.</p>	<p>Se sustituyó extracción por donación para evidenciar no sólo una acción, sino el proceso en sí. No se calificó investigaciones ya que además de las biomédicas se pueden realizar otras como epidemiológicas.</p>
<p>ARTÍCULO 5.- La utilización de órganos o tejidos humanos deberá respetar los derechos fundamentales de la persona, los postulados éticos, la justicia, el respeto y la beneficencia, de conformidad con los principios rectores establecidos en la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.</p>	<p>La utilización de órganos o tejidos humanos deberá respetar los derechos fundamentales de la persona y los principios bioéticos: la autonomía, la justicia, la no-maleficencia y la beneficencia.</p>	<p>Se aceptó el texto propuesto por la CCSS y se le adicionó quiénes establecen esos principios rectores.</p>
<p>ARTÍCULO 6.- No deberá divulgarse ante la opinión pública información que permita la identificación del donante o receptor de órganos o tejidos humanos.</p>		

<p>ARTÍCULO 7.- Los parientes del donante no podrán conocer la identidad del receptor, ni los parientes del receptor la identidad del donante cadavérico. Se evitará cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la extracción y posterior injerto o implantación.</p>	<p>Los familiares del donante no podrán conocer la identidad del receptor, y viceversa. Se evitará cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la extracción y posterior injerto o implantación.</p>	<p>Se aceptó el texto propuesto por la CCSS especificándose el viceversa. Se sustituyó familiares por parientes como denominación legal.</p>
<p>ARTÍCULO 8.- La información relativa a donantes y receptores de órganos y tejidos humanos será recolectada, tratada y custodiada en la más estricta confidencialidad.</p>		
<p>ARTÍCULO 9.- El deber de confidencialidad no impedirá la adopción de medidas preventivas cuando se sospeche la existencia de riesgos para la salud individual o pública.</p>		
<p>CAPÍTULO III.- Gratificación o remuneración de donaciones y trasplantes</p>		
<p>ARTÍCULO 10.- Se prohíbe cualquier forma de gratificación o remuneración por la donación de órganos y tejidos humanos por parte del donante, del receptor o cualquier persona física o jurídica.</p>		

<p>ARTÍCULO 11.- La realización de los procedimientos médicos relacionados con la donación, extracción y trasplante de órganos no será, en ningún caso, gravosa para el donante vivo, ni para la familia del fallecido.</p>		
<p>ARTÍCULO 12.- Prohíbese solicitar públicamente o hacer cualquier publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido, o sobre su disponibilidad, ofreciendo o solicitando algún tipo de gratificación o remuneración.</p>		
<p>TÍTULO II.- OBTENCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</p>		
<p>CAPÍTULO I.- Obtención de órganos y tejidos provenientes de donantes vivos</p>		
<p>ARTÍCULO 13.- El donante vivo de órganos y tejidos deberá gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado, que consten en su expediente clínico y que sea certificado por un médico.</p>		
<p>ARTÍCULO 14.- Debe tratarse de tejidos, un órgano o parte de él o ambos, cuya extracción sea compatible con la vida y</p>		

<p>cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.</p>		
<p>ARTÍCULO 15.- El donante deberá ser informado de los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como de los beneficios que se espera del trasplante para el receptor y otorgar por escrito su consentimiento informado, previo a la intervención, de forma expresa, libre, consciente y sin que medie un interés económico. Este documento también contendrá la firma o firmas del médico o médicos que han de ejecutar la extracción. De este documento se entregará copia al donante y otra constará en su expediente médico.</p>	<p>El donante deberá ser informado previamente de las consecuencias previsibles de su decisión, se evaluará su nivel de comprensión y deberá otorgar su consentimiento por escrito, de forma expresa, voluntaria, libre de coacción, intimidación, influencia o incentivos. Dejándole claro que no podrá exigir modificación alguna de sus condiciones de trabajo.</p>	<p>Se amplió el contenido del artículo tomando en consideración los criterios externados por los representantes del MS, de la CCSS y de los asesores legislativos y se integraron 2 artículos relacionados en 1.</p>
<p>ARTÍCULO 16.- Salvo en casos debidamente justificados, entre la firma del documento de cesión de órganos y tejidos y la extracción de los mismos,</p>	<p>Salvo en casos debidamente justificados, ante la coordinación hospitalaria de donación y trasplantes respectiva, entre la firma del documento de</p>	<p>Se mantuvo el artículo y se le incorporó que quien ostente la coordinación del proceso podrá oponerse a la extracción en las situaciones señaladas.</p>

<p>deberán trascorrir al menos veinticuatro horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención, sin sujeción a formalidad alguna. Incluso los médicos que deberán realizar la extracción o quien coordine el proceso en el establecimiento de salud, podrán oponerse a la misma si albergan dudas sobre la condición libre, consciente y desinteresada del consentimiento del donante.</p>	<p>cesión de tejidos u órganos, y la extracción de los mismos, deberán trascorrir al menos veinticuatro horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención, sin sujeción a formalidad alguna, sin que esto genere ninguna responsabilidad de su parte. Incluso los médicos que han de ejecutar la extracción, podrán oponerse a la misma si albergan dudas sobre la condición libre, consciente y desinteresada del consentimiento del donante.</p>	
<p>ARTÍCULO 17.- No podrá realizarse la extracción de órganos y tejidos en los siguientes casos: a) Personas con incapacidad volitiva y cognoscitiva para tomar decisiones válidas certificada por profesional competente o declarada judicialmente. b) Persona menor de edad, salvo cuando la donación se trate de residuos quirúrgicos o de progenitores hematopoyéticos. En estos casos, el consentimiento informado será otorgado por quien ostente la</p>	<p>No podrá realizarse la extracción de tejidos u órganos de personas menores de edad o de personas que por su condición psíquica o cualquier otra causa, no puedan otorgar su consentimiento en la forma indicada en esta ley, salvo cuando se trate de residuos quirúrgicos, o de progenitores hematopoyéticos. En los casos de residuos quirúrgicos o de progenitores hematopoyéticos, el consentimiento será otorgado por quien ostente</p>	<p>Como la redacción de la propuesta de ley y la de la CCSS eran confusas, se redactó de tal forma que quedarán claros los casos en que no se realizará la extracción de órganos y tejidos, incorporando propuestas de fondo de la CCSS.</p>

representación legal y en mayores de doce años, deberá constar además su asentimiento informado.	la representación legal y en el caso de mayores de 12 años, con capacidad volitiva y cognitiva, deberá constar su asentimiento.	
ARTÍCULO 18.- No se extraerán órganos y tejidos de donantes vivos cuando, por cualquier circunstancia, pudiera considerarse que media condicionamiento económico, social o psicológico o de cualquier otra naturaleza.	No se extraerán tejidos u órganos de donantes vivos cuando, por cualquier circunstancia, pudiera considerarse que media condicionamiento físico, económico, legal, social o psicológico.	Se acogió la propuesta de la CCSS, dejando ampliando el tipo de condicionamiento al de cualquier otra naturaleza.
ARTÍCULO 19.- Previo a la extracción de órganos y tejidos, el personal de salud deberá procurar, de manera razonable, la viabilidad y el éxito del trasplante, mediante la realización de todos los estudios necesarios.	Previo a la extracción de tejidos u órganos, el personal de salud deberá procurar, de manera razonable, la viabilidad, la idoneidad y el éxito del trasplante, mediante la realización de todos los estudios necesarios.	La idoneidad del órgano no se puede determinar plenamente hasta que no se extraiga.
ARTÍCULO 20.- El personal de salud encargado de la extracción y el establecimiento de salud privado o público, donde se realizará la misma, deberán garantizar al donante vivo toda la atención integral en salud para su restablecimiento y darle seguimiento en relación a este procedimiento específico.	El personal de salud encargado de la extracción y el hospital donde se realizará la misma, deberán facilitar al donante vivo toda la atención integral en salud para su restablecimiento.	Se incorporó al texto la propuesta de la CCSS y se amplió. Se sustituyó hospital por establecimiento de salud para poder incluir centros y bancos.
ARTÍCULO 21.- Una vez realizados todos los estudios del potencial donante vivo no	Una vez realizados todos los estudios del potencial donante vivo, el receptor o su familia, el equipo	Se modificó el texto incorporando la propuesta de la CCSS y definiendo un plazo al Comité de

<p>relacionado, el receptor y su familia, el equipo coordinador de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario deberá presentar el caso al Comité de Bioética Clínica del Hospital, quien analizará y recomendará en un plazo no mayor de 24 horas, continuar o no con el proceso de donación y trasplante. Dichos análisis y recomendaciones deberán constar en el expediente médico del paciente y ser entregados al coordinador del equipo de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario.</p>	<p>coordinador de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario deberá presentar el caso al Comité de Bioética Clínica del Hospital, quien analizará y recomendará, continuar o no con el proceso de donación y trasplante. Dichos análisis y recomendaciones deberán constar en el expediente médico del paciente y ser entregados al coordinador del equipo coordinador de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario.</p>	<p>Bioética Clínica para emitir su recomendación.</p>
<p>ARTÍCULO 22.- El órgano que se extraiga de un donante vivo, deberá ser destinado previamente a una persona en particular. En caso de los tejidos, estos podrán destinarse a una persona específica o al banco de tejidos del centro hospitalario, acorde con la decisión del donante. En caso de que el receptor del órgano o tejido hubiere fallecido antes de la implantación, pero luego de la extracción del donante vivo, tanto órganos como tejidos podrán implantarse en otro receptor si así lo indica el</p>		

respectivo donante en el documento de consentimiento.		
CAPÍTULO II.- Obtención de órganos y tejidos provenientes de donador fallecido		
ARTÍCULO 23.- La obtención de órganos y tejidos de donantes fallecidos para fines terapéuticos, podrá realizarse siempre y cuando la persona fallecida, de la que se pretende extraer órganos y tejidos, no haya manifestado su oposición. Dicha oposición, así como su conformidad si la expresó, podrá referirse a todo tipo de órganos y tejidos o solamente a alguno de ellos, y será respetada cualquiera que sea la forma en la que se haya expresado.	La obtención de tejidos u órganos de donantes fallecidos para fines terapéuticos o científicos, podrá realizarse siempre y cuando: la persona fallecida, de la que se pretende extraer tejidos u órganos, no haya manifestado su oposición. Dicha oposición, así como su conformidad si la expresó, podrá referirse a todo tipo de tejidos u órganos o solamente a alguno de ellos, y será respetada cualquiera que sea la forma en la que se haya expresado.	Se consideró el proceso de donación en sí es un proceso científico y se estaría redundando al explicitarlo.
ARTÍCULO 24.- En caso de que en el expediente del fallecido o en sus documentos o pertenencias personales no se encontrara evidencia alguna de su oposición de donar sus órganos y tejidos, se procederá a facilitar a sus parientes por consanguinidad hasta cuarto grado o por afinidad en primer grado del difunto	En caso de que en el expediente del fallecido o en sus documentos o pertenencias personales no se encontrara evidencia alguna de su oposición de donar sus tejidos u órganos, se procederá a facilitar a los familiares del difunto la información necesaria acerca de la naturaleza e importancia de este procedimiento, a fin de	Se consideró que es una gran responsabilidad y riesgo legal para la autoridad médica autorizar la donación en las circunstancias especificadas, por lo que no se aceptó la propuesta de la CCSS. Se especificó quienes tienen legalmente la potestad de dar el consentimiento y se caracterizó este como

<p>la información necesaria acerca de la naturaleza e importancia de este procedimiento, a fin de que sean ellos quienes den su consentimiento informado escrito.</p>	<p>que sean ellos quienes den su consentimiento respetando siempre su decisión. Si no se localiza familiar alguno, la autoridad médica máxima del centro donde se realizará la donación será la encargada de dar la autorización.</p>	<p>informado y escrito.</p>
<p>ARTÍCULO 25.- En caso de que se trate de fallecidos menores de edad o fallecidos declarados en estado de interdicción, se solicitará la donación a quienes hayan sido en vida sus representantes legales, ya sean estos sus padres, tutores o curadores.</p>	<p>En caso de que se trate de fallecidos menores de edad o fallecidos con una discapacidad que les hubiera impedido manifestar su oposición de manera libre y consciente; se solicitará la donación a quienes hayan sido en vida sus representantes legales, ya sean estos sus padres, tutores o curadores.</p>	<p>El término legal “declarados en estado de interdicción” incorpora lo propuesto por la CCSS.</p>
<p>ARTÍCULO 26.- La extracción de órganos y tejidos de fallecidos solo podrá hacerse previa comprobación y certificación médica de su muerte.</p>		
<p>ARTÍCULO 27.- El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basarán en la confirmación del cese irreversible de las funciones encefálicas o cardio-respiratorias.</p>	<p>El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basarán en la confirmación del cese irreversible de las funciones encefálicas y/o cardio-respiratorias.</p>	<p>Se acogió la propuesta de la CCSS.</p>
<p>ARTÍCULO 28.- El diagnóstico y certificación de la muerte encefálica</p>		

<p>deberán ser reconocidos mediante un examen clínico adecuado tras un período apropiado de observación. Los criterios diagnósticos clínicos, los períodos de observación, así como las pruebas confirmatorias que se requieran, según las circunstancias médicas, serán emitidos por el Ministerio de Salud y de acatamiento obligatorio tanto para el sector público como privado y se elaborarán con base en recomendación del Consejo Nacional de Donación y Trasplante.</p>		
<p>ARTÍCULO 29.- El diagnóstico y certificación de la muerte encefálica serán suscritos por tres médicos del hospital en que falleció la persona, entre los que debe figurar un neurólogo o neurocirujano y el jefe de la unidad médica en que se encuentre ingresado, o su sustituto. En ningún caso, los médicos que diagnostican y certifican la muerte podrán formar parte del equipo de extracción o trasplante de los órganos que se extraigan.</p>		
<p>ARTÍCULO 30.- Será registrada como hora de fallecimiento del paciente</p>		

<p>la hora en que se completó el diagnóstico de la muerte y el certificado deberá ser emitido antes de que el donante sea llevado al procedimiento de obtención de órganos y tejidos.</p>		
<p>ARTÍCULO 31.- En caso de muerte accidental, así como cuando medie investigación judicial, antes de efectuarse la extracción de órganos y tejidos, el médico forense autorizará esta, previa elaboración de informe, siempre que no se obstaculice el resultado de la instrucción de las diligencias judiciales. Una vez recibida la autorización del médico forense o transcurrido el tiempo establecido, en los protocolos emitidos por la autoridad competente, sin que el médico forense haya formulado indicación alguna, se iniciarán las técnicas de preservación, extrayendo previamente muestras de líquidos biológicos y cualquier otra muestra que pudiera estimarse oportuna en un futuro y se mantendrá la cadena de custodia de las muestras depositadas en el hospital, a disposición de la autoridad judicial que</p>		

<p>determinará su destino, de acuerdo con los protocolos citados.</p>		
<p>ARTÍCULO 32.- Al coordinador del equipo de donación y trasplante de órganos y tejidos o profesional competente en quien este delegue, le corresponderá dar la conformidad para la extracción. El mismo deberá extender un documento que se agregara al expediente clínico en el que se haga constancia expresa de que:</p> <p>a. Se han realizado las comprobaciones sobre la voluntad del fallecido, o de las personas que ostenten su representación para los efectos de esta ley.</p> <p>b. Se ha comprobado y certificado la muerte, adjuntándose el certificado médico de defunción.</p> <p>c. En las situaciones de fallecimiento accidental o cuando medie una investigación judicial, que se cuenta con la autorización del médico forense.</p> <p>d. El centro hospitalario donde se va a realizar la extracción está autorizado para ello y que dicha autorización está en vigor.</p> <p>e. Se hagan constar los órganos y tejidos para los</p>	<p>El coordinador del equipo coordinador de donación y trasplante de órganos y tejidos hospitalario o persona en quien este delegue, le corresponderá dar la conformidad para la extracción. El mismo deberá extender un documento en el que se haga constancia expresa de que:</p> <p>a) Se han realizado las comprobaciones sobre la voluntad del fallecido, o de las personas que ostenten su representación legal.</p> <p>b) Se ha facilitado la información a los familiares, siempre que las circunstancias objetivas no lo hayan impedido, haciendo constar esta última situación si ocurriera.</p> <p>c) Se ha comprobado y certificado la muerte, adjuntándose el certificado médico de defunción.</p> <p>d) En las situaciones de fallecimiento accidental o cuando medie una investigación judicial, que se cuenta con la autorización del médico forense.</p> <p>e) El centro hospitalario donde se va a realizar la</p>	<p>Se acogió la propuesta de la CCSS y se amplió el hecho de que el documento de conformidad para la extracción debe agregarse al expediente clínico.</p> <p>El inciso b de la CCSS está contenido en el artículo 24 y el g en el artículo 29.</p>

<p>que sí se autoriza la extracción, teniendo en cuenta las restricciones que puede haber establecido el donante o sus parientes.</p> <p>f. Se hagan constar el nombre, apellidos y cualificación profesional de los médicos que han certificado la defunción.</p>	<p>extracción está autorizado para ello y que dicha autorización está en vigor.</p> <p>f) Se hagan constar los tejidos u órganos para los que no se autoriza la extracción, teniendo en cuenta las restricciones que puede haber establecido el donante.</p> <p>g) Se hagan constar el nombre, apellidos y cualificación profesional de los médicos que han certificado la defunción, y que ninguno de estos forma parte del equipo de extracción o de trasplante de órganos.</p>	
<p>TÍTULO III.- INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</p>		
<p>CAPÍTULO I.- Requisitos y procedimientos generales</p>		
<p>ARTÍCULO 33.- El Ministerio de Salud como órgano rector de la salud será el responsable de autorizar expresamente a los establecimientos de salud tanto públicos como privados para que realicen el proceso de donación y trasplantes de órganos y</p>		

tejidos.		
ARTÍCULO 34.- La autorización a la que se refiere el artículo anterior, podrá ser revocada o suspendida por el Ministerio de Salud cuando se incumpla con los requisitos establecidos por esta institución.		
ARTÍCULO 35.- Cualquier tipo de modificación sustancial que se produzca en la estructura, los procesos y resultados de donación y trasplante en el establecimiento de salud deberá ser notificada al Ministerio de Salud y podrá dar lugar a la revisión y a la revocación o suspensión de la autorización hasta tanto se cumplan los requisitos exigidos.		
ARTÍCULO 36.- El Ministerio de Salud, establecerá la normativa reglamentaria para la adecuada ejecución de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos y sus subprocesos en un plazo máximo de 2 años a partir de la publicación de esta ley. Con base en esta normativa, las instituciones o establecimientos de salud con procesos de donación y		En este artículo, quedan incluidos los señalamientos de la CCSS de que es el Ministerio de Salud el responsable de establecer la normativa reglamentaria en esta materia y se respeta la autonomía de instituciones como la CCSS quien podrá normalizar sus acciones técnicas y administrativas al amparo de la normativa reglamentaria emitida por el Ministerio de Salud.

<p>trasplante de órganos y tejidos deberán emitir los documentos de normalización técnica y administrativa, en el plazo de un año, a partir de la publicación de la normativa reglamentaria.</p>		
<p>ARTÍCULO 37.- Los establecimientos de salud que desarrollen procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos deben contar con equipos hospitalarios conformados con recurso humano calificado y nombrar un coordinador de donación y trasplante de dichos equipos. Aquellas instituciones que cuenten con más de un establecimiento donde se realice donación y trasplante deberán designar una coordinación institucional.</p>		
<p>CAPÍTULO II.- Transporte de órganos, tejidos humanos, donantes y receptores.</p>		
<p>ARTÍCULO 38.- El traslado de tejidos y órganos de donantes desde un establecimiento de salud autorizado hacia otro igual, se efectuará según la normativa que establezca para estos efectos por el Ministerio de Salud, así</p>	<p>El transporte de tejidos y órganos desde un hospital autorizado hacia otro igual, se efectuará en las condiciones y medios de transporte adecuados, según las particularidades de los tejidos u órganos transportados, y siguiendo</p>	<p>Se modificó la redacción del artículo para explicitar que el Ministerio de Salud es el responsable de normar el traslado de los órganos y tejidos y se amplió este a donantes y receptores, en casos calificados por el establecimiento de salud. Se</p>

como la movilización de donantes y receptores, en casos calificados por el establecimiento de salud.	los protocolos establecidos para tal efecto. Estos medios de transporte serán oficiales y reconocidos.	sustituye hospital por establecimiento de salud para incluir bancos y centros.
TÍTULO IV.- TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
CAPÍTULO I.- Requisitos del receptor para la realización del trasplante		
ARTÍCULO 39.- Para realizar el trasplante de órganos y tejidos humanos, se requerirá del receptor lo siguiente: a. Consentimiento escrito del receptor o sus representantes legales, cuando proceda, previa información de los riesgos y beneficios que la intervención supone. El documento en el que se haga constar el consentimiento informado del receptor comprenderá como requisitos mínimos: nombre del establecimiento de salud, nombre del receptor y cuando corresponda de los representantes legales que autorizan el trasplante y del médico que informa, las razones clínicas que sustentan el proceder, riesgos y complicaciones eventuales, firma y código del médico que informó al		

<p>receptor, firma del receptor y cuando competa de sus representantes legales. El documento quedará archivado en el expediente de salud del paciente y se facilitará copia del mismo al interesado o representantes legales según el caso.</p> <p>b. Verificar que se disponga de los estudios básicos requeridos del receptor para realizar el trasplante y la disponibilidad e información del órgano o tejido a trasplantar.</p>		
<p>TÍTULO V.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</p>		
<p>CAPÍTULO I.- Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos</p>		
<p>ARTÍCULO 40.- Créase el Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, adscrito al Ministerio de Salud, como órgano asesor en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, para esta institución.</p>	<p>Créase la Comisión Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, liderada y convocada por el Ministerio de Salud, encargada de recomendar la política nacional en materia de donación y trasplante de tejidos y órganos humanos. Será el ente regulador y supervisor de la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.</p>	<p>La rectoría corresponden al Ministro(a), el Consejo es un órgano asesor en la materia. En este artículo sólo se crea el Consejo y en el artículo 42 se explicitan sus atribuciones.</p>
<p>ARTÍCULO 41.- El</p>	<p>La Comisión Nacional</p>	<p>Este artículo se modificó</p>

<p>Consejo estará integrado por:</p> <p>a. El Ministro de Salud o su representante, quien lo presidirá.</p> <p>b. El Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social o su representante.</p> <p>c. Un representante de los pacientes trasplantados o que requieren de trasplante, que será designado en asamblea en la que participarán los representantes formalmente inscritos ante el Ministerio de Salud por las organizaciones no gubernamentales o grupos comunitarios a los que pertenezcan. Este representante se elegirá cada 2 años y no podrá ser reelecto por más de 1 periodo.</p> <p>d. El Coordinador de la Secretaría Técnica Ejecutiva, creada en esta ley.</p> <p>e. Un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos, designado por su Junta de Gobierno, con experiencia en áreas relacionadas con los procesos de donación y trasplante. Este representante se elegirá cada 2 años y no podrá ser reelecto por más de 1</p>	<p>estará integrada por:</p> <p>a) El Ministro de Salud o su representante, quien la presidirá.</p> <p>b) El Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social o el Gerente Médico de la Institución o su representante.</p> <p>c) Un médico representante de los hospitales del sector privado, elegido por medio de una terna propuesta por los directores de centros hospitalarios privados autorizados en materia de trasplante.</p> <p>d) Un médico representante de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, miembro del Programa Institucional de Donación y Trasplantes; el mismo elegido por medio de una terna propuesta por el Coordinador Institucional.</p> <p>Los miembros de la Comisión desempeñarán sus cargos en forma ad honorem, y ejercerán el cargo por un período de dos años, pudiendo ser reelectos al final del mismo.</p>	<p>para que sea funcional con representación del Ministerio de Salud, la CCSS, representación de ONGs en materia de donación y trasplante, el Colegio de Médicos y Cirujanos responsable de la regulación del ejercicio médico a nivel nacional, la Coordinación de la Secretaría Ejecutiva y un asesor legal. Los representantes del MS y de la CCSS se podrían modificar cada 4 años con el cambio de Administración de Gobierno y para los demás, se establecen un máximo de 4 años para facilitar la renovación de representantes y de ideas.</p>
--	--	---

<p>período consecutivo. En calidad de asesor y sólo con voz, un abogado representante de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud. Los miembros de la Comisión desempeñarán sus cargos en forma ad honórem.</p>		
<p>ARTÍCULO 42.- Son atribuciones del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos las siguientes: a. Conocer y recomendar las propuestas de la Política Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos y del plan sectorial para su implementación y para el seguimiento y evaluación de su cumplimiento. Dar a conocer la política y el plan sectorial aprobados a todos los actores sociales involucrados. b. Facilitar la articulación del Sector Público con el Sector Privado, la Sociedad Civil y otros sectores afines. c. Gestionar y recomendar la aprobación y suscripción de convenios de cooperación técnica y financiera con organizaciones nacionales o internacionales, públicas</p>	<p>Son atribuciones de la Comisión Nacional de Donación de Órganos y Tejidos las siguientes: a) Formular y Recomendar la política nacional en materia de donación y trasplante de tejidos y órganos humanos. b) Aprobar el plan anual operativo de la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y tejidos, en concordancia con los fines señalados en esta ley. e) Aprobar, modificar e improbar los presupuestos ordinarios y extraordinarios de la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, antes de enviarlos a la unidad organizativa correspondiente del Ministerio de Salud. d) Recomendar las contrataciones administrativas que se</p>	<p>Se modificaron las atribuciones ya que se consideró que las inicialmente planteadas eran más operativas que de un órgano estratégico de alta gerencia.</p>

<p>o no gubernamentales, bilaterales y multilaterales, en donación y trasplante de órganos y tejidos.</p> <p>d. Rendir informe acerca de los proyectos de ley relacionados con la donación y trasplante de órganos y tejidos.</p> <p>e. Gestionar la modificación de la legislación vigente según avances científicos, tecnológicos y técnicos sustentados en la mejor evidencia científica disponible.</p> <p>f. Conocer el grado de cumplimiento de la Política Nacional y del Plan Sectorial de implementación de esta y emitir las recomendaciones que correspondan para facilitar o agilizar su ejecución.</p> <p>g. Velar por el cumplimiento de la legislación vigente en la materia.</p>	<p>realicen según la legislación vigente sobre la materia.</p> <p>e) Conocer y resolver las sugerencias, las propuestas, los planteamientos y los criterios técnicos de la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.</p> <p>f) Aprobar la memoria anual y los balances generales del Consejo.</p> <p>g) Promover y recomendar los convenios de cooperación con organizaciones nacionales o internacionales, públicas o no gubernamentales en donación y trasplante de órganos y tejidos.</p> <p>h) Emitir criterio acerca de los proyectos de ley en trámites legislativos relacionados con la donación de órganos y tejidos.</p> <p>i) Aprobar las investigaciones administrativas que permitan conocer la condición de los centros hospitalarios habilitados para el trasplante para plantear propuestas que mejoren su calidad.</p> <p>j) Garantizar la ejecución correcta de los programas que implemente el Consejo.</p> <p>k) Promover la asistencia</p>	
--	---	--

	<p>técnica y económica nacional o extranjera que permita el desarrollo de los fines de esta ley.</p> <p>l) Representar al país en las actividades nacionales e internacionales relacionadas con la materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.</p> <p>m) Las demás que designe esta ley.</p>	
<p>ARTÍCULO 43.- El Consejo sesionará ordinariamente una vez cada trimestre y extraordinariamente cada vez que sea convocado por quien lo preside o tres de sus miembros. El cuorum para sesionar válidamente será de la mayoría absoluta de sus integrantes y los acuerdos serán adoptados por mayoría absoluta de los miembros presentes. Será de aplicación supletoria lo establecido en la Ley General de la Administración Pública respecto al funcionamiento del órgano colegiado.</p>	<p>La Comisión Nacional sesionará ordinariamente una vez por semestre y extraordinariamente cada vez que sea convocado por su Presidente o por solicitud del coordinador nacional. El quórum para sesionar válidamente será de la mayoría absoluta de sus integrantes y los acuerdos serán adoptados por mayoría absoluta de los miembros presentes. Será de aplicación supletoria lo establecido en la Ley General de la Administración Pública respecto al funcionamiento del órgano colegiado.</p>	<p>Se acogió la propuesta de la CCSS de modificar la frecuencia de las sesiones del Consejo y se incluyó que estas puedan ser convocadas por tres de sus miembros.</p>
<p>CAPÍTULO II.- Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos</p>		
<p>ARTÍCULO 44.- Para efectos de la ley, habrá una</p>	<p>Créase la Oficina Nacional de Donación y Trasplante</p>	<p>Se consideró que es poco viable y factible crear</p>

<p>Secretaría en el Ministerio de Salud, que se denominará Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, la cual estará a cargo de la unidad técnica responsable de los servicios de salud de ese Ministerio.</p>	<p>de Órganos y Tejidos en el Ministerio de Salud, como ente técnico y operativo de la política nacional en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.</p>	<p>nuevas estructuras en las instituciones públicas en la actualidad por lo la instancia técnica ejecutiva debería estar institucionalizada en la unidad que cumpla con las funciones que se asignan. Algunas acciones operativas las efectúan las coordinaciones y los equipos de los establecimientos de salud.</p>
<p>ARTÍCULO 45.- La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos tendrá como objetivo general coordinar las acciones con otras instancias del Ministerio de Salud, el coordinador institucional de ámbito nacional de la Caja Costarricense de Seguro Social en Donación y Trasplante, el sector privado, la sociedad civil y otros sectores relacionados, para garantizar la transparencia, la accesibilidad, la oportunidad, la efectividad, la calidad y la seguridad de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos y sus subprocesos.</p>	<p>La Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos tendrá como objetivo general el coordinar las actividades de donación, extracción, preservación, distribución, intercambio y trasplante de órganos y tejidos en el sistema hospitalario costarricense, para lo que tendrá potestad suficiente de coordinar lo antes dicho en el sector público y privado.</p>	<p>La Secretaría no puede asumir acciones operativas que les corresponden a las coordinaciones y equipos hospitalarios de donación y trasplante, sino que sus acciones deben ser estratégicas y tácticas, las cuales se especifican el artículo 46.</p>
<p>ARTÍCULO 46.- La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y</p>	<p>La Oficina Nacional de de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos tendrá las</p>	<p>Se le otorgan a la Secretaría Ejecutiva Técnica funciones estratégicas y tácticas. Se</p>

<p>Tejidos tendrá las siguientes funciones:</p> <p>a. Conducir la formulación y someter para su aprobación por parte del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos la propuesta de Política Nacional en esta materia y del Plan Sectorial para su Implementación y para el Seguimiento y Evaluación de su Cumplimiento. Dar seguimiento y evaluar su cumplimiento.</p> <p>b. Establecer y mantener un registro nacional actualizado de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos, según lo que establezca la normativa reglamentaria emitida por el Ministerio de Salud. El componente con los nombres de las personas involucradas será de carácter confidencial y de acceso restringido.</p> <p>c. Identificar áreas críticas y potenciales cooperantes en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.</p> <p>d. Analizar y elaborar recomendaciones para el Consejo Nacional sobre proyectos de ley y para la modificación de leyes relacionadas con la donación y trasplante de</p>	<p>siguientes funciones específicas:</p> <p>a) Desarrollar la normativa consensuada en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos y someterla a la aprobación de la Comisión Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.</p> <p>b) Se elimina</p> <p>c) Supervisar el proceso intrahospitalario de donación de órganos y tejidos.</p> <p>d) Realizar memorias anuales sobre las actividades concernientes a la donación de órganos y tejidos.</p> <p>e) Conocer y dar solución a las necesidades remitidas por los coordinadores intrahospitalarios.</p> <p>f) Evaluar anualmente las actividades llevadas a cabo por los coordinadores intrahospitalarios.</p> <p>g) Impulsar la formación del recurso humano y organizar jornadas, reuniones, seminarios, cursos o capacitaciones sobre donación de órganos y tejidos.</p> <p>h) Divulgar los resultados obtenidos en el proceso de donación de órganos y tejidos.</p> <p>i) Impulsar acciones que promuevan la donación de</p>	<p>eliminaron por tanto las operativas y las de competencia específica del MS (normativa reglamentaria), del regulador de la actividad médica nacional (Colegio de Médicos y Cirujanos y de los prestatarios de servicios (CCSS, sector privado).</p>
--	--	---

<p>órganos y tejidos.</p>	<p>órganos y tejidos, así como apoyar campañas educativas en el país, con el fin de difundir información veraz sobre el tema.</p> <p>j) Coordinar convenios de cooperación en donación de órganos y tejidos para trasplantes con hospitales o centros de salud internacionales.</p> <p>k) Ejercer un estricto control sobre la calidad y la experiencia de los médicos encargados de realizar trasplantes, así como sobre las condiciones de los materiales y del equipo de los centros hospitalarios.</p> <p>l) Disponer de la lista de espera nacional, para cada órgano o tejido y sistemas de asignación con criterios definidos que promuevan el orden, la certeza, la transparencia, la credibilidad y la trazabilidad del proceso de donación y trasplante.</p> <p>m) Ejercer un estricto control sobre los bancos de tejidos.</p> <p>n) Apoyar estudios e investigaciones tendientes al desarrollo de los trasplantes en el país.</p> <p>o) Las demás funciones que se fijan en esta ley.</p>	
<p>ARTÍCULO 47.- La Secretaría Ejecutiva</p>	<p>La Oficina Nacional de Donación y Trasplante de</p>	<p>Al estar adscrita la Secretaría Ejecutiva</p>

<p>Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos estará coordinada por la jefatura de la unidad técnica de servicios de salud del Ministerio de Salud.</p>	<p>Órganos y Tejidos estará dirigida por un Coordinador Nacional, profesional en medicina, quien deberá contar con la formación suficiente. El Coordinador Nacional será elegido por el Ministro de Salud, de una terna presentada por la Comisión Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos”, y ejercerá su cargo por un período de cuatro años, pudiendo reelegirse al final de su período. Asimismo contará con un representante de los hospitales privados autorizados por el Ministerio de Salud para realizar trasplantes y por un representante de la Caja Costarricense de Seguro Social, mismo que representará a todos los hospitales de la Caja que se encuentren autorizados por el Ministerio de Salud para el mismo efecto. Los representantes del Sector Público y privado, durarán en sus cargos un período de 4 años y su sustitución deberá ser notificada a la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos. Sesionara ordinariamente cada tres meses con estos</p>	<p>Técnica a la unidad técnica de servicios de salud del Ministerio de Salud, está deberá dotarla de los recursos requeridos para su funcionamiento y según normativa que establezca con este propósito para darle permanente independiente de los cambios de Administración de Gobierno.</p>
--	---	---

	<p>representantes y de forma extraordinaria cuando así lo solicite el coordinador de la oficina. No obstante, cabe mencionar que estos coordinadores mantendrán una comunicación constante de los diferentes procesos de donación y trasplante.</p> <p>El Ministerio de Salud dotará a la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos de la infraestructura organizacional y operativa necesaria para el cumplimiento de sus fines.</p>	
<p>ARTÍCULO 48.- El presupuesto de la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos para el cumplimiento de sus funciones estará constituido por los siguientes recursos:</p> <p>a. Recursos incorporados en los presupuestos ordinarios y extraordinarios del Ministerio de Salud.</p> <p>b. Las donaciones, transferencias y subvenciones en efectivo o en servicios recibidas del Poder Ejecutivo, empresas e instituciones estatales autónomas y</p>	<p>El presupuesto de la Oficina Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos para el cumplimiento de sus funciones estará constituido por los siguientes recursos:</p> <p>a) Recursos incorporados en los presupuestos ordinarios y extraordinarios del Ministerio de Salud.</p> <p>b) Las donaciones, transferencias y subvenciones en efectivo o en servicios recibidas del Poder Ejecutivo, empresas e instituciones estatales autónomas y semiautónomas, los cuales</p>	<p>No se incluye la propuesta de la CCSS porque esta materia esta tutelada por la Ley de Control Interno y la Ley de Administración Financiera de la República.</p>

<p>semiautónomas, las cuales quedan autorizados para este efecto.</p> <p>c. Las donaciones en efectivo, obras y servicios provenientes de personas físicas o jurídicas, entidades u organismos privados, nacionales o internacionales.</p>	<p>quedan autorizados para este efecto.</p> <p>c) Las donaciones en efectivo, obras y servicios provenientes de personas físicas o jurídicas, entidades u organismos privados, nacionales o internacionales. El Ministerio de Salud debe garantizar que los recursos donados para esta Oficina sean destinados única y exclusivamente a los intereses fijados en esta Ley.</p>	
<p>TITULO VI.- EDUCACIÓN Y PUBLICIDAD</p>		
<p>CAPÍTULO I.- Educación y publicidad.</p>		
<p>ARTÍCULO 49.- El Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos a través de su Secretaría Técnica Sectorial organizará y desarrollará acciones de información y educación de la población en materia de donación de órganos y tejidos para su aplicación en humanos, con la participación de la mayor cantidad de actores sociales. Estas acciones contendrán, como mínimo, los beneficios, las condiciones, requisitos y garantías que suponen</p>		

estos procedimientos y mediante la gestión con diversos cooperantes de recursos con tal fin.		
ARTÍCULO 50.- El Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos a través de su Secretaría Técnica Sectorial facilitará la formación y capacitación de los profesionales de salud relacionados con la donación de órganos y tejidos.		
ARTÍCULO 51.- La promoción de la donación u obtención de órganos y tejidos humanos se realizará siempre de forma general y resaltando su carácter voluntario, altruista y desinteresado.		
ARTÍCULO 52.- La publicidad relacionada con las actividades de donación de órganos y tejidos estará sometida a la inspección y control por parte del Ministerio de Salud, con base en los lineamientos definidos en el Reglamento de esta ley.		
ARTÍCULO 53.- Se prohíbe la publicidad de la donación de órganos y tejidos en beneficio de personas concretas, de establecimientos de salud u organizaciones.		

TÍTULO VII.- SANCIONES		
CAPÍTULO I.- Sanciones administrativas		
ARTÍCULO 54.- El Ministerio de Salud podrá suspender o revocar la autorización para realizar los procesos de donación y trasplante de órganos o tejidos a los establecimientos de salud que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en la presente ley.		Se sustituyó al Hospital o Banco por establecimientos de salud.
ARTÍCULO 55.- Además de las sanciones establecidas en los reglamentos internos, serán sancionados disciplinariamente, con despido sin responsabilidad patronal, sin perjuicio de las sanciones penales correspondientes, quienes por dolo o culpa grave violen la confidencialidad o divulguen o alteren el contenido de la información relativa a donantes y receptores de órganos o tejidos humanos y a la cual tengan acceso en el ejercicio de sus funciones.		
TÍTULO VIII.- DISPOSICIONES FINALES		
CAPÍTULO I.-		

Derogaciones		
ARTÍCULO 56.- Deróguese la Ley de Autorización para Trasplantar Órganos y Materiales Anatómicos Humanos, N.º 7409, de 12 de mayo de 1994 y sus reformas.		
ARTÍCULO 57.- Deróguese el artículo 35 de la Ley General de Salud.		Nuevo artículo.
CAPÍTULO II.- Reglamentación de la ley		Se modificó título del capítulo.
ARTÍCULO 58.- A partir de la fecha de promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo dispondrá de hasta dos años para reglamentarla.		Se modificó número de artículo y el plazo para reglamentar de 6 meses a 2 años.

- En todo el documento se eliminó el término células como lo solicitó la CCSS.
- En las definiciones, no se incluyó la correspondiente a tráfico de órganos dado que hay una Ley de Trata de Personas que lo considera y lo penaliza.

Las definiciones se ordenaron en orden alfabético como lo propuso la CCSS.

D) Se tiene a la vista la nota número CPAS-1808-18.444, firmada por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, mediante la que se consulta el criterio en cuanto *al texto dictaminado Proyecto N° 18.444, Ley Reguladora del sistema nacional de Contralorías de Servicios.*

Se distribuye el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número 11.732-8 de fecha 3 de diciembre en curso y cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee así:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

Se trata del dictamen afirmativo de mayoría, del proyecto de Ley denominado “Ley Reguladora del Sistema Nacional de Contralorías de Servicios”, donde los diputados lo consultan señalando: (...) **SOBRE LOS CAMBIOS INCORPORADOS AL TEXTO DEL PROYECTO:** dentro de los cambios realizados del texto del proyecto se incluyó una frase final al artículo 12, dos artículos y tres transitorios que por error no se incluyeron en el texto base. Asimismo ante las manifestaciones de varias instituciones respecto del concepto utilizado de “servicio público”, se notó que si bien el concepto se había utilizado de forma amplia, se prestaba para confusión en relación con qué servicios podrían ser “controlados” por las contralorías propuestas y qué organizaciones de acuerdo con sus actividades las podían constituir y mantener. Por ello, se optó por cambiar el concepto a “servicio”, pues es un concepto genérico que incluye diversas gestiones o necesidades del usuario y evita la confusión respecto de conceptos que tienen otras connotaciones jurídicas y realiza de mejor manera el objetivo de la propuesta.

ANTECEDENTES

- I. La Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa remitió para conocimiento de la Caja, el Texto Dictaminado “Ley Reguladora del Sistema Nacional de Contralorías de Servicios”. Expediente N° 18.444.
- II. Mediante Solicitud de Gerencia N° 11.686-8 de fecha 16 de noviembre, 2012, se solicitó a la Dirección Jurídica y a la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios de Salud, criterio con respecto al Proyecto.

CRITERIO LEGAL DIRECCIÓN JURÍDICA:

Mediante oficio DJ-8536-2012 de fecha 23 de noviembre, 2012, remite el criterio la Dirección Jurídica y en lo que interesa se transcribe:

“(…) En resumen, el proyecto de ley, con dictamen afirmativo de mayoría, introduce las siguientes innovaciones:

- Exceptúa de la aplicación de esta ley y su reglamento, a las contralorías de servicio del sector salud tanto público como privado, en razón de que seguirán rigiéndose por las disposiciones de la Ley “Derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios de salud Públicos y privados”.
- Deja como potestativo que las diferentes instituciones se inscriban al “Sistema” de Contralorías de Servicios. No obstante, en su transitorio IV, dice que cualquier órgano, unidad administrativa y dependencia que se denomine contraloría de servicio, tendrá hasta 6 meses, después de que entre en vigencia la ley, para cambiar su nombre, si deciden no inscribirse al sistema.

En razón de lo anterior, se determina que, para que en la Caja continúen funcionando las Contralorías de Servicios, con ese nombre, no quedaría más opción que inscribirse al sistema, instante en el cual, sería vinculante su articulado, violentándose la autonomía institucional, pues se debería actuar conforme lo señala la Ley. A manera de ejemplo, las Contralorías deberían funcionar con dos personas, profesionales y cumplir con los objetivos que señala el proyecto de ley.

Es necesario reiterar que la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con una Dirección Institucional de Contralorías de Servicios, de la que depende el Departamento de Protección al Usuario, el cual tiene bajo su jerarquía y competencia las Contralorías de Servicios locales distribuidas en los diferentes establecimientos a nivel nacional.

CRITERIO TÉCNICO:

DIRECCION INSTITUCIONAL DE CONTRALORIAS DE SERVICIOS DE SALUD

Mediante oficio DICSS-323-2012 de fecha 22 de noviembre, 2012, remite el criterio la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud y en lo que interesa se transcribe:

“(...) Excepción de Aplicación de la Ley a las Contralorías de Servicios de Sector Salud:

El numeral 3 del proyecto de ley, establece “...*Se exceptúa de la aplicación de esta ley y su reglamento, las contralorías de servicio del sector salud tanto público como privado, las cuales se regirán por las disposiciones de la Ley N° 8239, “Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud públicos y privados” del 02 de abril de 2002 y sus reformas...*”.

En ese sentido, revisado el anterior criterio técnico vertido por esta Dirección Institucional, el 13 de agosto de 2012 con ocasión del texto base del proyecto de ley, se indicó que: “...*resulta recomendable que se consigne en el documento del proyecto de ley la condición excepcional de la Ley 8239 y que la aplicación del Proyecto de Ley se dará en aquellos aspectos que la Ley 8239 no contempla...*” (el subrayado es propio).

Consecuentemente, la finalidad de señalar la existencia de la Ley 8239, se dirigió al fortalecimiento de las competencias de las contralorías de servicio de salud, no a la separación de éstas respecto del proyecto de ley; dicho de otra manera existen aportes del citado proyecto que refuerzan las gestiones de las contralorías cualquiera que sea su ámbito de función.

En el caso de las *contralorías de servicio del sector salud tanto público como privado, se regirán por las disposiciones de la Ley N° 8239, “Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud públicos y privados” del 02 de abril de 2002, sus reformas y de modo complementario por lo dispuesto en esta ley.*

Creación de Contralorías de Servicios, Referencia Artículo 12 Expediente 18.444.

En el ordinal 12 del proyecto de ley, se establece la potestad de varias entidades gubernamentales así como instituciones descentralizadas o autónomas de crear y mantener Contralorías de Servicios con esa denominación; exceptuando las organizaciones que brindan servicios de salud pública o privada, al tenor de lo dispuesto en el artículo tres propuesto.

La redacción del artículo del proyecto de ley, en lo que interesa indica:

“...Los Poderes Legislativo y Judicial, el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE), las dependencias y órganos auxiliares de ellos, las municipalidades, las instituciones descentralizadas o autónomas, las universidades estatales, las empresas públicas propiedad de algunas de las organizaciones mencionadas en este párrafo, los entes públicos no estatales y las empresas propiedad mayoritariamente de sujetos privados que brindan servicios públicos, podrán decidir crear y mantener Contralorías de Servicios, con esa denominación. Si lo hacen deberán inscribir la Contraloría de Servicios respectiva en el Sistema y deberán cumplir con las obligaciones establecidas en esta ley y su reglamento.

Se exceptúan las organizaciones que brindan servicios de salud pública o privadas, de conformidad con el artículo 3 de la presente ley...”

Analizado el presente numeral con relación al numeral 3 del proyecto de ley, se propone **eliminar** la siguiente frase “...*Se exceptúan las organizaciones que brindan servicios de salud pública o privadas, de conformidad con el artículo 3 de la presente ley...*” lo anterior en virtud de que la implementación de las Contralorías de Servicios de Salud se rigen por la ley 8239 y su reglamento (...).”

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en el criterio legal y técnico, recomienda a la Junta Directiva comunicar a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, que si la Caja decide adscribirse al Sistema de Contralorías que propone el proyecto de ley, violentaría su autonomía por lo que lo anterior no resulta conveniente. Ahora bien, si es aprobado el presente proyecto de ley, la institución deberá, en el plazo de 6 meses, variar el nombre de las actuales Contralorías de Servicio Institucionales, a efecto de que sigan funcionando conforme a la Ley de Derechos y deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, pues la Ley no permitiría que conserven su nombre actual. A manera de ejemplo, las Contralorías deberían funcionar con dos personas, profesionales y cumplir con los objetivos que señala el proyecto de ley.

Es necesario reiterar que la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con una Dirección Institucional de Contralorías de Servicios, de la que depende el Departamento de Protección al Usuario, el cual tiene bajo su jerarquía y competencia las Contralorías de Servicios locales distribuidas en los diferentes establecimientos a nivel nacional.

Además, se deben considerar las observaciones señaladas por parte de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, según oficio N° DICSS-323, de fecha 22 de noviembre, 2012 ...”.

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Ana María Cortés Rodríguez, Abogada de la Gerencia Médica y con base en lo deliberado, la Junta Directiva, con base en la recomendación de la Gerencia Médica vista en el mencionado oficio N° 11.732-8, **se acuerda** comunicar a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales que no es jurídicamente posible –y en aras del artículo 73 constitucional, que la Caja Costarricense de Seguro Social se adscriba al Sistema Nacional de Contralorías de Servicios propuesto en el Proyecto de ley en consulta; motivo por el cual, en caso de ser aprobado dicho Proyecto, la Institución decidiría no adscribirse, de acuerdo con el Transitorio propuesto.

E) Se tiene a la vista la nota número CEC-437-2012, firmada por la Jefa de Área, por medio de la que comunica que la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y proponga las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla con los objetivos constitucionales asignados”*, en la sesión N°47 del 31 de octubre del año 2012, se aprobó la moción para que sea consultado el **Proyecto “REFORMA AL ARTÍCULO 7, INCLUSIÓN DE UN NUEVO ARTÍCULO 8 CORRIENDO LA NUMERACIÓN, DE LA LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS”, expediente número 18.569.**

Se distribuye el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número 11.727-8 de fecha 3 de diciembre en curso, cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee así:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

Este proyecto de ley nace de una situación poco clara de ámbito político y no académico, como se puede ver la reforma se justifica con argumentos subjetivos, el problema no ha sido cualitativo de la medicina, lo que quiere decir que el mecanismo usado por el momento ha provisto de herramientas que aseguran la calidad del profesional que sale a laborar a nuestro país.

ANTECEDENTES

- I. La Comisión Especial Legislativa de la Asamblea Legislativa remitió para conocimiento de la Caja, el proyecto de “Ley Reforma del Artículo 7, inclusión de un

nuevo Artículo 8 corriendo la numeración de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos”. Expediente N° 18.569

- II. Mediante Solicitud de Gerencia N° 11.654-8 de fecha 06 de noviembre, 2012, se solicitó a la Dirección Jurídica, Dirección Ejecutiva del CENDEISSS y al Área de Posgrado y Campos Docentes del CENDEISSS, criterio con respecto al Proyecto.

CRITERIO DIRECCION JURIDICA:

Mediante oficio DJ-8274 de fecha de 15 de noviembre, 2012, remite la Dirección Jurídica el criterio correspondiente:

“(…) En resumen, lo que pretende el proyecto de ley, es reformar la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, a efecto de que dicho Colegio pueda requerir, en lugar de la equiparación de estudios que hace actualmente la UCR, por delegación del CONARE, para las personas que quieran inscribirse como médicos en ese colegio; su incorporación por medio de la Comisión Nacional de Acreditación Profesional (CONAME), comisión que se encargará de realizar el proceso de acreditación.

La exposición de motivos de los Señores Diputados, indica que, *se requeriría la sola equiparación de los estudios realizados en una universidad extranjera por parte del CONAME o el desarrollo de una práctica profesional supervisada durante un año en una zona rural del territorio nacional, según lo establezca la C.C.S.S, cuya calificación refrendará la UCR.*

Señala asimismo el proyecto de ley que *la CONAME tendrá como fin acreditar a los graduados tanto en Costa Rica como en universidades extranjeras, para el ejercicio de la profesión, y que, será requisito para su incorporación, quedando exentos del proceso, los graduados en los países cuyos Estados hayan suscrito convenio de mutuo reconocimiento de títulos.*

La conformación del CONAME, requerirá de un representante de la Caja, y dentro de las funciones, aplicarán dos veces por año dos evaluaciones, una oral y una escrita a los solicitantes, resultando obligatorio que los solicitantes aprueben las evaluaciones para su incorporación al Colegio.

Finalmente, señala el proyecto de ley que, en el caso de profesionales graduados en el extranjero, la aprobación de los exámenes, será para el ejercicio profesional de la medicina en Costa Rica y no obliga a las Universidades Nacionales a validar el título y grado obtenido para fines académicos.

En razón de lo anterior, se realizan las siguientes observaciones:

1. La comisión del CONAME, incluye la participación de un funcionario de la Caja para que la integre, cuyas funciones, entre otras son: Elaborar los exámenes, aplicar evaluaciones, evaluar los resultados obtenidos entre otros. Tal situación podría devenir en inconveniente, pues no son funciones sustantivas de la Caja.
2. Uno de los requisitos para la inscripción, es haber realizado un año de internado en un hospital nacional o extranjero. Entendemos que el hospital nacional incluye obviamente a los de la Caja, motivo por el cual, impone a la Caja la apertura de un campo clínico para ese profesional, con las actuaciones que esa situación conlleva (entre otras: supervisión por parte de un médico/docente y uso de las instalaciones institucionales).

Nótese en todo caso, que el proyecto de ley no menciona que este internado será en un área rural (cómo si lo hace la exposición de motivos de los Señores Diputados), programa de internado, que en todo caso NO se lleva a cabo en la institución en áreas rurales, pues se lleva a cabo únicamente en los hospitales nacionales, sitios que cuentan con todas las facilidades que el programa requiere (concentración de especialidades que no se prestan en todo el país, tecnología que se requiere y profesionales capacitados para impartirlo).

En resumen, se observa que el proyecto de ley, deviene en inconveniente para la Caja, en razón de que se le asignan funciones ajenas a su actuar: realizar y revisar exámenes de incorporación, por medio del representante que debe tener en la comisión que este proyecto crea y brindar espacios para internos universitarios provenientes de universidades en el exterior, espacios de internado, que en la actualidad, se reservan para estudiantes de las diferentes Universidades del país, que ganan el examen que los acredita para su realización (...)

CRITERIO TÉCNICO:

ÁREA DE POSGRADO Y CAMPOS DOCENTES DEL CENDEISSS:

Mediante oficio DE-2630-12 de fecha 23 de noviembre, 2012, remite el criterio el Dr. Daniel Rodríguez Guerrero, Director Ejecutivo, CENDEISSS y en lo que interesa se transcribe:

“(…) Entiendo que el problema real es que un porcentaje de personas que estudiaron en el extranjero no pueden incorporarse al Colegio de Médicos, pero ese porcentaje no ha sido estudiado y no se han visto las causas para decir que la manera actual de evaluación de la UCR sea la causante de ese porcentaje que reprueba.

En ese caso se debe exigir un estudio de la realidad de la incorporación al Colegio de Médicos de profesionales extranjeros, analizar el porcentaje de reprobados del examen de la UCR.

Se propone la creación de un órgano burocrático que al parecer no tiene ningún objetivo de mejorar la calidad sino de quitar un poder a otra institución pública que no se ha demostrado que lo esté haciendo mal, y se debe tener cuidado que ese órgano solo quede en papeles ante la imposibilidad de la evaluación real, ya sabemos por experiencia en el CENDEISSS que el asunto es complejo.

Se habla de equidad y proporcionalidad pero nunca desarrollan esos conceptos a razón de esta propuesta.

Todos los médicos que ejercen en el país deben demostrar idoneidad de su formación y nivel de conocimientos. Si estudió en Costa Rica, la Universidad debe estar acreditada por SINAES, como institución estatal acreditadora de las carreras universitarias. Si realizó los estudios fuera del país, sea un médico extranjero o costarricense, deben estar en igualdad de condiciones que los nacionales. Si esto es así, los médicos graduados en el país, no deberían realizar este examen.

Es importante hacer notar que para que el Colegio otorgue los permisos temporales para realizar estudios de posgrado, para investigaciones o para laborar, el médico extranjero o nacional que estudió fuera de Costa Rica deberá demostrar idoneidad para realizar las acciones propias de la disciplina y la especialidad, además de ser capaces de cumplir con los aspectos legales y de rectoría dispuestos para lograr las metas en salud y en desarrollo del país.

Los profesionales que certifiquen y acrediten los estudios realizados fuera del país, deben ser de amplísima y demostrable trayectoria en el ámbito de la formación de los médicos en las instituciones de educación superior y en su práctica médica. Esta actividad no la deben realizar profesionales que no logren demostrarlo. Las especificaciones que deben cumplir estos profesionales deben ser aprobados por una entidad acreditadora de educación superior y estatal.

La acreditación, reconocimiento, equiparación o validación que se le otorgue a los médicos que estudiaron fuera del país el permiso laboral, debe estar respaldada por una Institución de Educación Superior de reconocido prestigio.

El país debe asegurar que los médicos que ejercen en el país hayan realizado estudios en universidades con una valoración y reconocimiento a nivel internacional.

Los programas de estudios realizados por los médicos que estudian en el extranjero deben estar acreditados por una organización estatal o internacional, de reconocido y demostrado prestigio.

Por la experiencia que ha acumulado el CENDEISSS en la realización del examen de internado universitario rotatorio en los últimos 11 años (600 estudiantes en promedio por año) y en la realización del examen de I etapa del proceso de selección para ingresar al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la UCR (Convenio CCSS.UCR) con 1700 médicos por año);

consideramos que no es posible para un equipo de 5 profesionales, realizar este examen 2 veces al año para una gran cantidad de médicos. Además del examen escrito, tendrán que realizar un examen oral a cada uno de ellos. Hay que tomar en cuenta que el número de participantes puede ir aumentando debido a los que repetirán el examen y los que regresarán al país. Nuestra experiencia nos indica que solo cerca del 16 % de los aspirantes al examen de I etapa obtienen una nota mayor a 7.00 (se trabaja con percentil 70).

Consideramos que el examen oral consumirá una gran cantidad de tiempo para su realización. Si a cada estudiante se le asigna 30 minutos y son, al menos los 600 médicos que se gradúan por año, se requerirían muchos tribunales examinadores, quienes a su vez, deberán realizar un examen estandarizado para asegurarle a los participantes igualdad en el nivel de dificultad de la evaluación (...)

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en el criterio Legal y Técnico, recomienda a la Junta Directiva comunicar a la Comisión Especial Legislativa, que se opone al Proyecto propuesto, ya que roza con las potestades otorgadas a la CCSS, ya que se le asignan funciones ajenas a su actuar; realizar y revisar exámenes de incorporación, por medio del representante que debe tener en la comisión que este proyecto crea y brindar espacios para internos universitarios provenientes de universidades en el exterior, espacios de internado, que en la actualidad, se reservan para estudiantes de las diferentes Universidades del país, que ganan el examen que los acredita para su realización”.

Por tanto, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Ana María Cortés Rodríguez, Abogada de la Gerencia Médica, a Junta Directiva, con base en la recomendación de la Gerencia Médica vista en el citado oficio N° 11.727, **se acuerda** comunicar a la Comisión Especial Legislativa que se opone al Proyecto propuesto, que roza con las potestades constitucionalmente otorgadas a la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que se le asignan funciones ajenas a su actuar, tal es el caso de realizar y revisar exámenes de incorporación, por medio del representante que debe tener en la comisión que el Proyecto en consulta crea, y brindar espacios para internos universitarios provenientes de universidades en el exterior; espacios de internado que, en la actualidad, se reservan para estudiantes de las diferentes Universidades del país, que ganan el examen que los acredita para su realización.

No obstante lo anterior, en lo que atañe a la realización de las pruebas de acreditación, se deja constancia de la preocupación en términos de que dichas pruebas no se conviertan en un óbice injustificado para la incorporación de esos profesionales que, sin dudarlos, son de interés para la Caja Costarricense de Seguro Social.

F) Se tiene a la vista la nota número CEC-449-2012 de fecha 06 de noviembre del año 2012, firmada por la Jefa de Área, en la que comunica que la “*Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla con los objetivos constitucionales asignados*”, en la sesión N° 47 del 31 de octubre de 2012, se aprobó la moción para que sea consultado el **Expediente N° 18.533, “INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE LA LEY N° 6836, DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, DE 22 DE DICIEMBRE DE 1982”**.

Se recibe el criterio externado por la Gerencia Médica, en el oficio N° 11.729-8 del 3 de diciembre en curso, que literalmente se lee así:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

El presente proyecto de ley se fundamenta en la necesidad de dar una interpretación auténtica a los artículos indicados, dentro de los cuales se regula los incentivos creados por ley que forman parte del salario de los profesionales en Ciencias Médicas, artículos que han sido interpretados como normas no taxativas, dejando abierta la posibilidad para que cualquier rubro que sea considerado salario pueda formar parte del salario total.

ANTECEDENTES

- I. La Comisión Especial de la Asamblea Legislativa remitió para conocimiento de la Caja, el proyecto de “Interpretación Auténtica de los Artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias de 22 de diciembre de 1982”, Expediente N° 18.533.
- II. Mediante Solicitud de Gerencia N° 11.665-8 de fecha 09 de noviembre, 2012, se solicitó a la Dirección Jurídica, CENDEISSS y a la Dirección Administración y Gestión de Personal, el criterio respectivo.

CRITERIO LEGAL:

DIRECCIÓN JURÍDICA:

Al respecto, la Dirección Jurídica responde mediante oficio N° DJ-08190-2012 de fecha 13 de noviembre de 2012, lo siguiente:

SOBRE LA LEY N° 6836 DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS

En principio y de vital importancia corresponde aclarar que no solo los antecedentes legislativos dieron origen a la Ley No. 6836, sino también las circunstancias históricas y los hechos que originaron que el Poder Ejecutivo presentara ante la Asamblea Legislativa el proyecto de ley relativo a los incentivos para profesionales en ciencias médicas.

En tal sentido se tiene que, el proyecto de esta ley fue sometido a conocimiento de la Asamblea Legislativa, debido al compromiso que se estableció en la cláusula décima del “Arreglo Conciliatorio entre el Presidente de la República, la Comisión del Poder Ejecutivo y los Sindicatos Médicos”, suscrito el día 07 de junio de 1982, la cual indica: *“El gobierno de la República, conviene en que sí en un plazo máximo de cuatro meses, las leyes generales del profesional en ciencias médicas, no han sido promulgadas, se emitirá la ley que establece los incentivos que aquí se convienen.”*

Así las cosas, tenemos por una parte lo expresado por el entonces Presidente de la República Luis Alberto Monge Álvarez y su Ministro de Trabajo y Seguridad Social Guillermo Sandoval Aguilar, quienes al remitir el proyecto de Ley a la Secretaría de la Asamblea Legislativa, mediante oficio No. DM-2445-82 de fecha 6 de octubre de 1982, indicaron entre otros motivos las que seguidamente detallo, los cuales sin lugar a dudas describen con precisión el espíritu de dicha normativa:

“Nos permitimos remitir a ustedes el Proyecto de Ley de Incentivos Médicos que el Gobierno de la República se comprometió a presentar a la Asamblea Legislativa, a más tardar el día 7 de Octubre para su debido trámite, de conformidad con lo que establece la cláusula décima del "Arreglo Conciliatorio entre el Presidente de la República, la Comisión del Poder Ejecutivo y los Sindicatos Médicos", suscrita el día 7 de junio de 1982. (...). El estudio profundo de esta realidad y de las causas que han originado en los últimos años los periódicos conflictos colectivos laborales entre el Cuerpo Médico Nacional y las instituciones empleadoras obligan a buscar fórmulas legislativas que establezcan mecanismos prácticamente automáticos de reajuste de los ingresos médicos que eviten el deterioro y desequilibrio que se produce entre esos ingresos y los de otros profesionales y empleados del sector público según la relación proporcional de redistribución que la sociedad debe dar a quien con su esfuerzo y preparación desempeña funciones de bien común que requieren un adiestramiento académico de muchos años. El proyecto de ley que sometemos a su estimable consideración, tiene como objetivo precisamente buscarle solución a los problemas que venimos señalando, estableciendo por un lado incentivos salariales que obedecen estrictamente a la dedicación por parte del médico y de otros profesionales afines, cuya circunstancia es similar a determinadas funciones que por su naturaleza ameritan aquellos reconocimientos y por otro lado establecer un mecanismo de reajustes periódicos automáticos que mantengan una justa proporción salarial, según

los factores señalados..." (Tomado de las Actas de la Asamblea Legislativa, relativas a la Ley No. 6836, Expediente administrativo No. 9459, pp. 1 a 3).

Dentro de lo acordado por las partes en aquel arreglo conciliatorio de fecha 7 de junio de 1982, se encuentra también la Cláusula quinta que dispuso que *"las partes convinieron que la legislación que se promulgue y los incentivos que aquí se establezcan (que sería posteriormente implementada en la Ley No. 6836) serán de aplicación general y obligatoria para todas las instituciones públicas, autónomas y semiautónomas, empleadoras de profesionales en Ciencias Médicas. En cuenta el Ministerio de Salud los salarios e incentivos serán exclusivamente para médicos"*.

Deviene claro, con fundamento en todo lo anterior, que el espíritu que motivó la presentación del proyecto y posterior promulgación de la Ley No. 6836, fue el de crear para los Profesionales en Ciencias Médicas, toda una normativa especial relativa a los incentivos salariales que les resultaren aplicables, siendo que del estudio de las consideraciones planteadas tanto en la exposición de motivos del proyecto, así como de la discusión por parte de los señores Diputados en los distintos debates que tuvieron, queda claro que ello tuvo como origen el cumplimiento de un pacto (arreglo conciliatorio) que puso fin a una huelga de médicos en el año 1982, argumentándose que tales profesionales requerían adiestramiento académico de muchos años, que se pretendía eliminar en el futuro huelgas y medidas de presión y permitir ajustes automáticos de salarios que permitieran a dicho grupo (y otros del ámbito de la salud que luego fueron incorporados en el proyecto de Ley) mantener una justa proporción salarial respecto de otros profesionales. Es bajo tales argumentos que, se solicitó por parte de algunos diputados la dispensa de trámites legislativos, como su publicación.

SOBRE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE LA LEY INCENTIVOS A PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS

Los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982, establecen que:

“Artículo 5°.-

El salario del médico estará constituido por el sueldo base, los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha, más los incentivos que se crean por esta ley y que son los siguientes: un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio, incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa; y un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total.

Artículo 13.-

El salario total será el salario base más los sobresueldos, incentivos, aumentos, anualidades o pasos y las demás sumas que legalmente se tienen como salarios.

Los incentivos a que se refiere esta ley, se reconocerán al profesional mientras se mantenga en las condiciones requeridas para el otorgamiento del beneficio respectivo.”

Como puede apreciarse, tal regulación es clara al señalar los componentes del salario de los médicos, por cuanto, estos son los rubros fijos que devenga dicho profesional. Así, el artículo 5 es claro al señalar cuáles son los componentes del salario de un médico, mientras que el artículo 13 señala cual es el salario total que finalmente podría devengar un médico, lo que no significa que cualquier rubro que reciba un médico necesariamente debe ser considerado como un componente fijo que forma parte del salario total.

Además, si nos atenemos al espíritu o finalidad de las normas, es claro que el salario total percibido por el profesional en ciencias médicas fue definido con el fin de calcularse con base en los componentes fijos del salario y no en los variables, por lo que solamente pueden considerarse componentes del salario los ahí regulados, de ahí la razón de existencia del numeral 5 que aquí se pretende interpretar de forma auténtica.

Si se realiza una lectura cuidadosa del artículo 5, el mismo contiene la frase “los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha”, por lo que la finalidad de dicha redacción, es la lógica de restringir los componentes fijos que se integrarían dentro del salario a los existentes al momento de promulgación y vigencia de la ley y no los componentes variables como se ha interpretado.

En este orden, no se podría dar una conceptualización de salario distinta a lo establecido en la Ley, la cual se remite a los términos contenidos en el artículo 5. Ello es así, por cuanto de la literalidad del numeral 13 se establece que “El salario total será (...) y las demás sumas que legalmente se tienen como salario...”. Es claro entonces que al establecer dicho numeral “...y las demás sumas que LEGALMENTE se tienen como salario...”, son precisamente las sumas indicadas en la ley, (artículo 5).

Ahora bien, aún y cuando el salario para los profesionales en medicina está integrado por el sueldo base, aumentos, sobresueldos y otros pluses vigentes a la fecha, más los incentivos creados por ley, dicha descripción no permite que se introduzca otros elementos salariales no contemplados en la ley, que es precisamente como se ha interpretado.

Aunado a lo anterior debe señalarse que las normas citadas, contienen un principio de tipicidad de pluses que integran el salario ordinario total, y siendo que la norma es clara en cuanto hace reserva de ley respecto de esos extremos que integran el salario, no hay lugar a interpretaciones jurídicas de ninguna especie, más que la literal.

Por otro lado es pertinente señalar que de conformidad con las definiciones que sobre el concepto de "salario" establece el Código de Trabajo en el artículo 162° se indica:

"...es la retribución que el patrono debe pagar al trabajador en virtud del contrato de trabajo".

Además, dentro de las interpretaciones que al respecto se determinan en algunos documentos académicos, específicamente en el Diccionario Jurídico del autor Rodolfo Cabanellas, el salario se define como *"Salario es la compensación que recibe el obrero(a) o empleado(a) por su trabajo"* y en cuanto al pago de la jornada extraordinaria refiere *"No es salario lo percibido excepcionalmente por trabajos extraordinarios"*.

Según lo indicado en el artículo 162° supra citado, el contrato de trabajo de los funcionarios de la institución se circunscribe propiamente a la jornada ordinaria laboral sobre la cual se fijan los conceptos que conforman el salario total según el puesto que desempeña. En el caso específico de los profesionales en ciencias médicas, se consideran el salario base, anualidad, carrera profesional, bonificación adicional a la carrera hospitalaria, zona rural, vivienda y el incentivo de carrera hospitalaria.

Cabe agregar que, a la Ley N° 6836 que data de 1982, en principio, se le dio una interpretación correcta por parte de los Tribunales, específicamente a los artículos 5 y 13, en el sentido de que el salario total de los profesionales en ciencias médicas fue definido con el fin de calcularse con base en los componentes fijos del salario y no en los variables; sin embargo, en los años 2011 y 2012, se estableció una gran problemática a la Caja, en razón de que se ha venido atendiendo una gran cantidad de procesos judiciales (actualmente 1941 procesos judiciales) que los profesionales en ciencias médicas han interpuesto contra la Caja, solicitando que el pago de guardias y disponibilidades médicas se incorpore al salario total ordinario para el cálculo del incentivo de carrera hospitalaria; a los cuales los Tribunales de Justicia han venido- a nuestro juicio- a dar una interpretación errónea a los artículos antes mencionados como normas no taxativas, dejando abierta la posibilidad para que cualquier rubro que sea considerado salario pueda formar parte del salario total, lo que significaría no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que como vimos nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró. Es en razón de lo anterior, que se hace necesario que existe una interpretación auténtica de dichos numerales, ya que en el momento en que se le dio trámite al proyecto de Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, la Caja no fue consultada y por ende no pudo hacer cuestionamiento alguno en referencia al mismo.

CRITERIO DE LA PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

Respecto de lo dicho anteriormente, la Procuraduría General de la República ha señalado que una retribución extraordinaria variable como tal, no podría formar parte del salario total, en razón de que significaría no solo forzar el texto de la ley, sino incluir aspectos que no se tuvieron en mente cuando se elaboró su redacción. En lo que interesa señaló:

“Sobre el particular le manifestamos, que en consideración a lo que prescribe el artículo 49 de la Ley de la Administración Financiera, el pago de horas extras a que tengan derecho los funcionarios y empleados públicos de acuerdo con la ley, se deben tramitar en planillas

independientes de las que correspondan a los servicios cuya retribución determina la Ley General de Presupuesto, indicando el cargo que desempeña cada persona, el número de horas de trabajo y la causa que motiva este. De tal forma, que no es factible de acuerdo a lo estatuido por el citado artículo, que las horas extra se paguen conjuntamente con el sueldo".

CRITERIO DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

En ese mismo sentido se pronunció la Contraloría General de la República, en dictamen N° 12986 de 27 de diciembre de 1978, señalando:

“De acuerdo con lo externado, es preciso señalar que al no poderse cancelar las horas extras junto con el salario no podemos catalogarlas como salario regular en sí, características que sí contienen los demás rubros que citan los artículos 5° y 13 de la Ley de comentario. De manera tal, que al ser la hora extra una retribución extraordinaria y esporádica, no podría formar parte del salario total en la forma pretendida en esta consulta.

Considerar lo contrario, sea que tal retribución sí forma parte de la remuneración total, significaría no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró su redacción, pues como bien lo expresa la consulta, es frente al espíritu del Arreglo Conciliatorio y a la Exposición de Motivos con que se justificó el Proyecto de ley, que debe interpretarse la Ley N° 6836 de 22 de diciembre de 1982, y de tales documentos jamás podría extraerse una conclusión en tal sentido; amén de la circunstancia de que en la práctica resultaría materialmente imposible establecer el cálculo periódico de los indicados incentivos, junto con los demás rubros que enuncia el artículo 5° de comentario, por las razones antes dichas. “(Véase dictamen C - 083 - 90 del 28 de mayo de 1990)

Es claro entonces, que los rubros variables no forman parte del salario ordinario, ya que sumas que deben determinarse para el salario total de los profesionales en ciencias médicas, son reserva de ley, y no pueden tomarse en cuenta otras sumas que estén reguladas en normas inferiores, como son los reglamentos e instructivos, ya que mediante ellos la Caja, por su autonomía de gobierno y de organización está facultada para crear otras modalidades de pago, los cuales son considerados como rubros variables, sin que se pretenda con ello incluirlos dentro del salario ordinario y en consecuencia no afectan el pago de otros pluses.

DIFERENTES INTERPRETACIONES DE LOS TRIBUNALES

Cabe indicar, que en los procesos judiciales en los cuales se alegaba, que el pago de disponibilidades médicas se incorporara al salario total ordinario para el cálculo del incentivo de carrera hospitalaria, en principio los Juzgados de Trabajo, en primera instancia declararon **SIN LUGAR** las demandas, argumentando:

“Se puede afirmar que cuando se hace mención en la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas a “pluses vigentes a la fecha”, no se está haciendo referencia a la disponibilidad ya que para ese momento no existía el reglamento único de disponibilidad, por ende no existía jurídicamente ese elemento salarial. Así las cosas, de lo anterior se puede concluir que el salario total al que hace referencia el artículo 5 de la ley 6836 en cuestión, se refiere a dos incentivos concretamente, dedicación a la carrera hospitalaria y dedicación a la carrera administrativa; sobre los puntos anteriores la norma es taxativa por lo que tan siquiera hay que realizar interpretación al respecto, la norma no deja espacios abiertos para introducir elementos distintos a los indicados (...) para efectos del cálculo del incentivo mencionado el cual y en eso es clara la norma no tiene que tomarse en cuenta, es criterio de esta juzgadora, que el legislador no introdujo dentro de esta norma tan siquiera en forma tácita o interpretativa dicho rubro, es más el artículo quinto viene a reducir el contenido del artículo trece de la ya tan mencionada ley, de manera que si se le da lectura al numeral en mención el mismo, casi enumera el contenido del salario de los profesionales en medicina, ya que de lo contrario se partiría de una ilógica e irracional aplicabilidad de rubros dentro del salario como el que pretenden los actores” (Sentencia N° 2733 de las 43:32 hrs. del 24 de julio de 2008, Juzgado de Trabajo II Circuito Judicial San José)

De igual forma, el Juzgado de Trabajo en sentencia N° 1664-2011 de las 10:00hrs del 07 de octubre de 2011, cuando lo alegado era que, el pago de guardias médicas se incorporara al salario total ordinario para el cálculo del incentivo de carrera hospitalaria, éste indicó:

“Asumiendo entonces que las guardias médicas son jornada extraordinaria, es criterio del suscrito juzgador que no están consideradas dentro del concepto de salario total que alude el artículo 13, de la lectura de dicho numeral se sigue que la intención del legislador fue incorporar en el concepto de salario total el salario base, sobresueldos, incentivos, anualidades, pasos y las demás sumas que legalmente se tiene como salario, en esta categoría entrarían modalidades salariales como comisiones, salario en especie, participación en beneficios etc, o bien otra clase de pluses salariales contemplados en otros cuerpos normativos que no se incluyeron en la enumeración numerus apertus que se realiza, pero no la jornada extraordinaria. (...) En criterio de este juzgador la intención del legislador fue que el incentivo por carrera hospitalaria tomara en cuenta no solo

el salario base sino también pluses salariales, haciendo incluso una numeración que no se puede considerar taxativa, dejando abierta la posibilidad de incluir pluses no contemplados en la enunciación, empero, la norma no da para incluir en la ponderación del cálculo del incentivo la jornada extraordinaria pues no son un plus salariales y como dato de referencia, para efectos del cálculo, ya está considerado el salario base.”

No obstante, la Sala Segunda de la Corte, se pronunció sobre el tema, indicando:

“...la Sala no comparte la posición de la parte demandada. De los numerales 5 y 13, tal como lo señaló el tribunal, no puede extraerse que el incentivo por dedicación a la carrera hospitalaria deba calcularse únicamente con los componentes fijos del salario, tal y como se ha alegado. Véase que la norma señala expresamente que su importe corresponde a un porcentaje sobre el salario total y en este se incluyen el salario base, los sobresueldos, incentivos, aumentos, anualidades y cualquier suma que se considere salarial. Ahora bien, sin lugar a dudas, lo pagado por disponibilidad constituye un sobresueldo de naturaleza salarial, razón por la cual debe considerarse parte del salario total. Esta Sala, en la sentencia número 309, de las 10:00 horas del 3 de diciembre de 1997, se refirió al concepto de salario total de la siguiente manera: *“El salario total, por su parte, es un concepto que comprende no sólo el salario base, sino que engloba el total de las remuneraciones que por otros conceptos percibe el trabajador. La voz francesa "plus", siguiendo la jurisprudencia de la antigua Sala de Casación (véase el Voto No. 10, de las 16:00 horas, del 21 de enero de 1975), es una acepción gramatical y semántica que significa "más", y es aceptada como un galicismo jurídico. El Diccionario de Derecho Usual de Cabanellas define "plus" como "... "sobresueldo o bonificación" que se da a las tropas en campaña por servicios especiales. Cualquier pago suplementario; como gratificaciones, dietas, viáticos, primas, premios, etc... Con fundamento en esa definición, se afirmó que el "plus salarial", se funda en otro "servicio especial" a remunerar, extendiéndose a cualquier pago suplementario, como los indicados. Pérez Botija -continúa ese fallo diciendo-, en su Manual de Derecho de Trabajo los define también como "emolumentos que se agregan a la retribución base para **compensar trabajos generales o especiales...**". Esa compensación, entonces, no es gratuita ni general; es especial, directa y personal, o sea, se funda en la compensación por la relación laboral particular de cada trabajador. Constituyen pluses los aumentos por antigüedad que se le hace al trabajador en reconocimiento de los años de servicio, a su buen desempeño y a la mayor experiencia adquirida en sus labores, como también lo que percibe por zonaje, puesto que con este rubro se compensan los mayores desembolsos que debe hacer*

*el trabajador que tiene que ejecutar sus labores en lugares distintos al centro de trabajo. El "MAS" trabajo se gratifica con un suplemento salarial y afecta, mejorando, el salario total, pero **no el salario base**".* (En igual sentido puede consultarse la sentencia 996, de las 9:35 horas del 19 de diciembre de 2007). De esa manera, no cabe duda de que el pago por disponibilidad forma parte del salario total y no puede concluirse, como se ha pretendido, que este último está conformado únicamente por los componentes salariales fijos, pues tal conclusión no puede extraerse de la normativa aplicable. Tampoco puede aceptarse la posición de la recurrente, en el sentido de que el incentivo por dedicación a la carrera hospitalaria solo puede calcularse con base en los sobresueldos vigentes a la fecha en que entró a regir la ley. Si bien, el artículo 5 hace referencia a esta circunstancia, lo cierto es que el numeral 13 es el que define el salario total e incluye en el mismo cualquier suma con naturaleza salarial. Igualmente, por lo dicho, no es de recibo el criterio de la parte demandada de que se debe excluir el componente de la disponibilidad del salario total bajo el argumento de que no se retribuye con ella una jornada efectiva de trabajo, pues no cabe duda que lo retribuido mediante ese plus es un servicio especial brindado por el trabajador a su empleadora, al permanecer a su disposición para el momento en que se le llame a prestar el servicio público necesario." (Resolución 2011-0787)

En virtud de lo anterior y de la forma expuesta, se tiene que ni siquiera los Tribunales de Justicia tienen uniformidad respecto de la interpretación de los numerales 5 y 13 de la Ley citada, por lo que han venido resolviendo en los términos expuestos los procesos presentados por los profesionales en ciencias médicas contra la Caja, declarando así, **CON LUGAR** las demandas y condenando al pago de sumas millonarias, generando de esa forma un alto impacto económico a nivel institucional, el cual deviene a nuestro entender, de una aplicación errónea de la Ley.

Así, aunque los Tribunales han venido resolviendo en contra de la Institución, no cuentan con una claridad absoluta del tema. A modo de ejemplo, se debe indicar que dentro del proceso ordinario laboral presentado por Paulina Rodríguez Hernández contra la Caja, el licenciado Luis Eduardo Mesén García, Juez del Juzgado de Trabajo del Segundo Circuito Judicial de San José, formula en fecha 24 de octubre de 2012 una consulta judicial de constitucionalidad sobre los artículos 5 y 13 de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, argumentando: "existe una aparente contradicción normativa que genera "un incentivo sobre incentivos", surgida por una mala técnica legislativa que transgrede, eventualmente, el principio de razonabilidad jurídica de las normas, ya que contradice criterios lógicos que deben ponderar en la elaboración de las normas (...) desde el punto de vista de la razonabilidad técnica, estima aparentemente la redacción incorporada en el numeral 13 de la Ley N6836, no cumple con una adecuada proporcionalidad entre el medio escogido y la finalidad buscada, en el tanto, tentativamente, en el

afán de incorporar un incentivo a un determinado gremio profesional, se incorporan definiciones o conceptos de salario o pluses salariales, que tornan una difícil aplicación”.

LA LEY N° 6836 “INCENTIVOS PARA LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS” NO FUE CONSULTADA A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Como se indicó en líneas anteriores, el Proyecto de la Ley N° 6836 sobre Incentivos a profesionales en ciencias médicas, no fue consultado a la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que en ese momento no se realizó cuestionamiento alguno a dicha ley, a pesar de que se debió considerar los estudios técnicos que desde la perspectiva económica y financiera permitieran medir y evaluar el costo que tendría la implementación de la Ley en las finanzas de la Caja, máxime que se encontraban de por medio el destino de fondos públicos, lo cual resulta lesivo a lo establecido en el artículo 190 de la Constitución Política, el cual dispone:

“Para la discusión y aprobación de proyectos relativos a una institución autónoma, la Asamblea Legislativa oirá previamente la opinión de aquella.”

En ese sentido, Marina Ramírez Altamirano en el Manual de procedimientos legislativos ha indicado como uno de los puntos de los trámites de proyectos de ley, lo siguiente:

“La consulta obligatoria a las instituciones autónomas convierte a la institución consultada en una suerte de organismo auxiliar de la Asamblea para la toma de una decisión que corresponde a ésta en exclusiva. No es la consulta, sin embargo, una norma formalista, carente de sentido y finalidad sustantiva, puesto que con ella se persigue una finalidad tocante a la idoneidad o calidad de la ley para obtener los resultados concretos que se quiere lograr con ella. De tal manera que la consulta debe hacerse en oportunidad procesal tal que la Asamblea tenga la oportunidad real de escuchar a opinión consultiva, es decir, de atenderla y considerarla.”

Por ello, es evidente que se invaden las atribuciones que en virtud de la autonomía de gobierno se le atribuye a la Caja, entendiéndose ésta como la capacidad para realizar su cometido legal sin sujeción a otro ente, de autodirigirse, autogobernarse y dictar sus propios objetivos y organizarse en la forma en que lo estime conveniente para el cumplimiento de la finalidad para la cual fue creada. Esto debido a que, la Asamblea Legislativa emitió una Ley que de forma directiva afectaba los recursos públicos asignados a la Caja Costarricense de Seguro Social, y que a pesar de ello, obvió dar la audiencia respectiva a esta entidad, violentando con ello, lo dispuesto en el artículo 157 del Reglamento de la Asamblea Legislativa, adoptado según acuerdo legislativo N° 399 de 29 de noviembre de 1961, que dispone:

“Consultas institucionales Cuando en la discusión de un proyecto la Asamblea determine que debe ser consultado el Tribunal Supremo de Elecciones, la Universidad de Costa Rica, el Poder Judicial o una institución autónoma, y no lo hubiera hecho la Comisión, se suspenderá el conocimiento del proyecto, procediéndose a hacer la consulta correspondiente. Si transcurridos ocho días hábiles no se recibiere respuesta a la consulta a que se refiere este artículo, se tendrá por entendido que el organismo consultado no tiene objeción que hacer al proyecto. En caso de que el organismo consultado, dentro del término dicho, hiciera observaciones al proyecto, éste pasará automáticamente a la comisión respectiva, si la Asamblea aceptara dichas observaciones. Si ésta las desechare, respetando lo que determina la Constitución Política, el asunto continuará su trámite ordinario”.

En relación con dicha disposición, ese Tribunal Constitucional en la sentencia N° 1633-93 consideró:

“...En resumen: un proyecto de ley es tangible durante el procedimiento legislativo, de modo que puede sufrir válidamente cambios o enmiendas que no alteren su contenido esencial. Por el contrario, si como resultado de las facultades de enmienda el proyecto implica una alteración de tal entidad y consecuencias que establezca una normativa esencialmente diversa de la inicialmente prevista, hay que entender violadas específicamente algunas normas de orden procesal. Así, primariamente las que regulan la iniciativa legislativa (específicamente, los artículos 123 y 124 de la Constitución Política), y como consecuencia, la publicidad del procedimiento legislativo (en particular, el artículo 19 del Reglamento de Orden, Dirección y Disciplina Interior de la Asamblea Legislativa), o **la consulta obligatoria a instituciones autónomas (en tal caso, el artículo 190 de la misma Constitución, en conexión con el artículo 73 de ésta)**. La consulta obligatoria prevista en el citado artículo 190 tiene su antecedente inmediato en una moción que presentó la fracción Social Demócrata en la Asamblea Nacional Constituyente, para que se incluyese una norma cuyo texto sería el siguiente:

"No podrá discutirse en la Asamblea Legislativa ningún proyecto de ley relativo a materias encomendadas a una Institución Autónoma, sin que la respectiva Institución haya rendido dictamen al respecto. Dicho dictamen deberá incluirse y publicarse, obligatoriamente, como uno de los considerandos de la ley que se aprueba." (Actas de la Asamblea Nacional Constituyente, No. 166). -

Esta redacción fue percibida como un modo de restarle atribuciones a la Asamblea Legislativa (ídem), y era, sin duda, un medio bastante explícito de condicionar la decisión legislativa puesto que incidía no solo en la validez sino, sobre todo en la legitimidad de la decisión. **La simple consulta obligatoria dispuesta finalmente en el artículo 190 no tiene esas proporciones: convierte a la institución consultada en una suerte de organismo auxiliar de la Asamblea para la toma de una**

decisión que corresponde a ésta en exclusiva (artículo 121 constitucional). NO ES LA CONSULTA, SIN EMBARGO, UNA MERA FORMALIDAD PROCESAL, CARENTE DE SENTIDO O FINALIDAD SUSTANTIVA, PUESTO QUE CON ELLA SE PERSIGUE UNA FINALIDAD TOCANTE A LA IDONEIDAD O CALIDAD DE LA LEY PARA OBTENER LOS RESULTADOS CONCRETOS QUE SE QUIERE LOGRAR CON ELLA.

De tal manera que la consulta debe hacerse en oportunidad procesal tal que la Asamblea tenga oportunidad real de escuchar la opinión consultiva, es decir, de atenderla y considerarla; dicho de otro modo, lo que explica y justifica el artículo 190 es que la Asamblea cuente realmente con una oportunidad suficiente, durante el proceso, para conocer y apreciar la opinión consultiva antes de tomar una decisión. Se trata, por otra parte, de una opinión que se pide sobre un proyecto determinado, que no es otro que el que ha sido sometido al conocimiento legislativo mediante el ejercicio de la iniciativa”.

Lo anteriormente indicado evidencia, el incumplimiento de la disposición constitucional y otras normativas referentes a la obligatoria consulta que debió efectuarse a la Caja, respecto del proyecto de Ley, pero que a pesar de ello, la Asamblea Legislativa omitió, agravándose dicha situación en virtud de que lo regulado en la Ley objeto de análisis afecta de manera directa los fondos de la seguridad social, toda vez que los salarios que se cancelan a los profesionales en ciencias médicas se toman de tales recursos.

EN CUANTO A LA ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD

Como se indicó en los antecedentes, mediante la resolución de las once horas tres minutos del veintiuno de marzo de dos mil doce, la Sala Constitucional dio audiencia a la Institución sobre las acciones de inconstitucionalidad contra la Ley n° 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, interpuestas por Milena Hidalgo Corrales y Ligia Fallas Fernández, así como también por Sergio Fernando Jiménez Guevara.

La Caja por su parte coadyuvo las acciones presentadas, señalando que la Ley accionada lesiona el principio de igualdad salarial frente al resto de los profesionales que laboran en el sector público y en la Caja, ya que crea categorías salariales especiales para el gremio de los profesionales en ciencias médicas, basado únicamente en los argumentos de la necesidad de poner fin a una huelga de médicos, en establecer mecanismos que de forma automática ajusten los salarios de dichos profesionales y debido a la cantidad de años que tarda su preparación académica; siendo que como se indicó en líneas anteriores, al momento de emitirse dicha Ley, ni el Poder Ejecutivo ni el Poder Legislativo tuvo a disposición y tampoco integró al expediente respectivo, los estudios técnicos que permitieran fundamentar tales medidas y que justificaran de forma objetiva la diferenciación que a nivel salarial se estaba creando entre funcionarios públicos (profesionales en ciencias médicas vs el resto de profesionales) que contaban con el mismo grado académico y ejercían funciones en virtud del mismo en el sector público, al autorizarse mediante

Ley ajustes automáticos únicamente para profesionales en ciencias médicas, lo que evidencia una vulneración al principio de igualdad, así como al principio de no discriminación ni diferenciación en materia de empleo, ya que las funciones realizadas tanto por los médicos como por el resto de los profesionales acarrearán una serie de responsabilidades que se otorgan al funcionario en virtud del grado académico que este tenga, por lo que deben ser tratados con igualdad cuando se trate de profesionales que cuenten con el mismo nivel académico y estén contratados para realizar una labor cuyo requisito sea dicho grado.

Por otra parte, es necesario señalar que, la discriminación desde el punto de vista jurídico, significa otorgamiento de trato diferente basado en desigualdades injustas o arbitrarias, que son contrarias a la igualdad entre los hombres, la prohibición de discriminar cubre la interdicción de hacerlo por cualquier circunstancia personal o social; o sea, que toda diferenciación que carezca de justificación objetiva y razonable puede calificarse de discriminatoria.

También fue alegado por parte la Institución el principio de razonabilidad y proporcionalidad que exige la concordancia de las leyes, y en general de las normas infraconstitucionales, con los valores de la Constitución Política. Exige también la idoneidad de la consecuencia jurídica de la norma a la luz de la realidad social que regula y de los valores que la norma escrita pretende satisfacer o proteger, dentro del respeto de los valores constitucionales a los que subordina su conformidad. Como garantía, excluye la arbitrariedad, prohíbe la desproporcionalidad y delimita la discrecionalidad legislativa en especial y en los poderes públicos en general.

De igual forma no se evidencia que con la emisión de la Ley se garantizara la proporcionalidad exigida para verificar la razonabilidad de las medidas dispuestas salarialmente, siendo que, al comparar la finalidad perseguida por la misma (poner fin a una huelga de médicos y evitar nuevas medidas de presión del gremio) y el tipo de disposición emitida (la implementación de categorías salariales que reconocen ajustes automáticos de salarios para los profesionales en ciencias médicas), no se logra evidenciar el beneficio que la medida significa para la colectividad, toda vez que se trata de beneficios económicos que se reconocen de forma particular solo a determinados gremios de la salud.

Por otra parte, también fue objeto de argumento dentro de la acción el control efectivo de los fondos públicos, ya que se considera que se están concediendo privilegios a un grupo de trabajadores (profesionales de la salud) en perjuicio de un uso racional de los fondos públicos que han sido aportados por todos los costarricenses en virtud del principio de solidaridad que prevalece en la seguridad social, sin que existan razones objetivas que justifiquen el trato desigual y diferenciado respecto del resto de trabajadores del sector público y del sector privado, lo cual refleja en un uso indebido de fondos públicos originado únicamente por la decisión del legislador de crear categorías especiales que asignan reajustes automáticos de salarios para un determinado grupo ocupacional, sin que hayan existido estudios técnicos que justifiquen dicho actuar.

De fundamental importancia en nuestro ordenamiento jurídico resultan los artículos 50 y 74 de la Constitución Política como elementos definitorios del Estado Social de Derecho y la adecuada repartición de la riqueza, junto con el principio de justicia social que resultan básicos para

nuestra sociedad. Dentro de dicho contexto encontramos que, el accionar del Estado y de sus instituciones debe procurar la adecuada distribución de recursos, evitando beneficios particulares que no cuenten con razones objetivas y justificadas para su implementación, ni pretendan cumplir una finalidad garante del bien común.

Ello permite considerar que, mayor obligación tienen las instituciones públicas de garantizar el uso adecuado de los recursos de forma tal que se garantice la mayor eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la distribución de los mismos, siendo que al existir normativa especial que establece ajustes automáticos de salarios para determinados gremios, bajo la única consideración de haber sido creados con el propósito de dar fin a un huelga de médicos, y evitar medidas de presión semejantes (lo que bien sabemos no ha sucedido pues se constatan las distintas huelgas promovidas por el gremio médicos que ha afectado la atención de los usuarios del servicios de salud que brinda la Caja), y como de forma reiterada se ha indicado, sin que existan estudios técnicos que justifiquen tales disposiciones; las normas impugnadas evidentemente resultan contrarias también al principio de adecuada distribución de la riqueza y de los fondos públicos con los que la Caja debe hacer frente a sus obligaciones.

CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto en líneas anteriores, esta Dirección Jurídica recomienda se emita criterio favorable al proyecto de Ley “Interpretación Auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas”, el cual fue presentado como propuesta por ésta misma Dirección, al considerar que es sumamente viable y razonable, ya que cuyo propósito es aclarar que los componentes fijos del salario total ordinario de los profesionales en ciencias médicas, son los establecidos taxativamente en la Ley N° 6836, por lo que no puede considerarse que los rubros variables formen parte de éste y así evitar la interpretación errónea que se ha venido dando (...).”

CRITERIO TÉCNICO:

Al respecto, la Dirección de Administración y Gestión de Personal, responde mediante oficio DAGP-2527-2012, de fecha 22 de noviembre, 2012, lo siguiente:

“(...) A partir del año 2011, la Institución ha enfrentado una gran cantidad de procesos judiciales que los profesionales en ciencias médicas han interpuesto contra la Caja, solicitando que el pago de guardias y disponibilidades médicas se incorpore al salario total ordinario para el cálculo del incentivo de carrera hospitalaria; lo anterior, – a nuestro entender –, en razón de la interpretación errónea que se le ha venido dando por parte de los Tribunales a los artículos 5° y 13° de la Ley de Incentivos Médicos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836, al considerarse que los rubros variables igual forman parte del salario total ordinario, lo que significa no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró y que desde el punto de vista jurídico y técnico no se encuentran de conformidad.

Situación que es preocupante, en virtud de que si se continua resolviendo con base en esa interpretación, generaría el pago de sumas millonarias de manera improcedente, afectando aún más la crisis financiera que enfrenta la Institución.

En la actualidad, según los registros del Sistema de información de la Dirección Jurídica, se encuentran en trámite un total de 1928 procesos, cuyo estado se detalla a continuación:

Cuadro No. 1
Cantidad de casos de demandas judiciales por carrera hospitalaria
-a junio 2012-

Estado	Cantidad
Etapa inicial	678
Etapa probatoria	1227
Sentencia Primera Instancia	23
<i>Con lugar</i>	22
<i>Sin Lugar</i>	1
Total	1928

Fuente: Dirección Jurídica

Conforme lo anterior, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, acuerda en el artículo 13° de la sesión N° 8530 celebrada el 8 de setiembre de 2011, literalmente lo siguiente:

“ARTÍCULO 13°

Por consiguiente, teniendo a la vista los oficios de la Dirección Jurídica números DJ-5382-2011 y D.J.-5053-2011, y habiéndose realizado la respectiva presentación por parte del licenciado Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, la Junta Directiva ACUERDA aprobar la propuesta de Proyecto de ley Interpretación Auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley número 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982, que se lee en estos términos:

“PROYECTO DE LEY

INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE LA LEY N° 6836, DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, DE 22 DE DICIEMBRE DE 1982

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con la promulgación de la Ley N° 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas en el año 1982, se establecieron los complementos fijos que constituyen el salario ordinario de dichos profesionales, mediante los artículos 5 y 13 de dicho cuerpo normativo, a los cuales actualmente se les ha venido dando una interpretación errónea, al considerarse que los rubros variables igual forman parte del salario total ordinario, lo que significaría no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró, pues es frente al espíritu del Arreglo Conciliatorio y a la Exposición de Motivos con que se justificó el Proyecto de ley, que debe interpretarse la Ley N° 6836 de 22 de diciembre de 1982, y de tales documentos jamás podría extraerse una conclusión en tal sentido; amén de la circunstancia de que en la práctica resultaría materialmente imposible establecer el cálculo periódico de los indicados incentivos, junto con los demás rubros que enuncia el artículo 5° de comentario.

Dicha interpretación errónea ha causado la interposición de una gran cantidad de procesos judiciales, que de continuar con la misma, podría acarrear un perjuicio para la Institución al generar el pago de sumas millonarias, que no serían procedentes.

Es por ello que, el proyecto de ley que sometemos a su estimable consideración, tiene como objeto precisamente buscar la solución a este problema, que como se ha señalado, el texto de la norma es claro en indicar taxativamente los componentes fijos que forman parte del salario ordinario de los profesionales en ciencias médicas, no siendo parte de estos, los rubros variables, como se pretende interpretar.

Los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982, establecen que:

“Artículo 5°.-

El salario del médico estará constituido por el sueldo base, los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha, más los incentivos que se crean por esta ley y que son los siguientes: un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio, incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa; y un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total.

Artículo 13.-

El salario total será el salario base más los sobresueldos, incentivos, aumentos, anualidades o pasos y las demás sumas que legalmente se tienen como salarios. Los incentivos a que se refiere esta ley, se reconocerán al profesional mientras se mantenga en las condiciones requeridas para el otorgamiento del beneficio respectivo.”

El presente proyecto de ley se fundamenta en la necesidad de dar una interpretación auténtica a los artículos indicados, dentro de los cuales se regula los incentivos creados por ley que forman parte del salario de los profesionales en Ciencias Médicas, artículos que han sido interpretados como normas no taxativas, dejando abierta la posibilidad para que cualquier rubro que sea considerado salario pueda forma parte del salario total.

Como puede apreciarse, tal regulación es clara al señalar los componentes del salario de los médicos, por cuanto, estos son los rubros fijos que devenga dicho profesional. Así, el artículo 5 es claro al señalar cuáles son los componentes del salario de un médico, mientras que el artículo 13 señala cual es el salario total que finalmente podría devengar un médico, lo que no significa que cualquier rubro que reciba un médico necesariamente debe ser considerado como un componente fijo que forma parte del salario total.

Además, si nos atenemos al espíritu o finalidad de las normas, es claro que el salario total percibido por el profesional en ciencias médicas fue definido con el fin de calcularse con base en los componentes fijos del salario y no en los variables, por lo que solamente pueden considerarse componentes del salario los ahí regulados, de ahí la razón de existencia del numeral 5 que aquí se pretende interpretar de forma auténtica.

Si se realiza una lectura cuidadosa del artículo 5, el mismo contiene la frase “los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha”, por lo que la finalidad de dicha redacción, es la lógica de restringir los componentes fijos que se integrarían dentro del salario a los existentes al momento de promulgación y vigencia de la ley y no los componentes variables como se ha interpretado.

Por lo que, no se podría dar una conceptualización de salario distinta a lo establecido en la Ley, la cual se remite a los términos contenidos en el artículo 5. Ello es así, por cuanto de la literalidad del numeral 13 se establece que “El salario total será (...) y las demás sumas que legalmente se tienen como salario...”. Es claro entonces que al establecer dicho numeral “...y las demás sumas que LEGALMENTE se tienen como salario....”, son precisamente las sumas indicadas en la ley, (artículo 5).

Ahora bien, aún y cuando el salario para los profesionales en medicina está integrado por el sueldo base, aumentos, sobresueldos y otros pluses vigentes a la fecha, más los incentivos creados por ley, dicha descripción no permite que se introduzca otros elementos salariales no contemplados en la ley, que es precisamente como se ha interpretado.

Respecto de lo dicho anteriormente, tanto la Procuraduría General de la República como la Contraloría General de la República han señalado que una retribución extraordinaria variable como tal, no podría formar parte del salario total, en razón de que significaría no solo forzar el texto de la ley, sino incluir aspectos que no se tuvieron en mente cuando se elaboró su redacción. En lo que interesa señaló:

“Sobre el particular le manifestamos, que en consideración a lo que prescribe el artículo 49 de la Ley de la Administración Financiera, el pago de horas extras a que tengan derecho los funcionarios y empleados públicos de acuerdo con la ley, se deben tramitar en planillas independientes de las que correspondan a los servicios cuya retribución determina la Ley General de Presupuesto, indicando el cargo que desempeña cada persona, el número de horas de trabajo y la causa que motiva este. De tal forma, que no es factible de acuerdo a lo estatuido por el citado artículo, que las horas extra se paguen conjuntamente con el sueldo”.

(Contraloría General de la República N° 12986 de 27 de diciembre de 1978).

De acuerdo con lo externado, es preciso señalar que al no poderse cancelar las horas extras junto con el salario no podemos catalogarlas como salario regular en sí, características que sí contienen los demás rubros que citan los artículos 5° y 13 de la Ley de comentario. De manera tal, que al ser la hora extra una retribución extraordinaria y esporádica, no podría formar parte del salario total en la forma pretendida en esta consulta.

Considerar lo contrario, sea que tal retribución sí forma parte de la remuneración total, significaría no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró su redacción, pues como bien lo expresa la consulta, es frente al espíritu del Arreglo Conciliatorio y a la Exposición de Motivos con que se justificó el Proyecto de ley, que debe interpretarse la Ley N° 6836 de 22 de diciembre de 1982, y de tales documentos jamás podría extraerse una conclusión en tal sentido; amén de la circunstancia de que en la práctica resultaría materialmente

imposible establecer el cálculo periódico de los indicados incentivos, junto con los demás rubros que enuncia el artículo 5° de comentario, por las razones antes dichas. “(Véase dictamen C - 083 - 90 del 28 de mayo de 1990)

Por tal motivo, debe interpretarse que los rubros variables no forman parte del salario ordinario.

Por eso, con la finalidad de evitar una interpretación errónea de los artículos indicados, es que se presenta este proyecto de ley, cuyo propósito es aclarar que los componentes fijos del salario total ordinario de los profesionales en ciencias médicas, son los establecidos taxativamente en la Ley N° 6836, por lo que no puede considerarse que los rubros variables forman parte de éste.

Por todo lo anterior, deseamos hacer del conocimiento de las señoras diputadas y de los señores diputados el presente proyecto de ley.

**LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:**

**INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE LA LEY
N° 6836, DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS,
DE 22 DE DICIEMBRE DE 1982**

ARTÍCULO PRIMERO.- Interpretese de manera auténtica los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982, en el sentido de que el salario del médico estará constituido solamente por los componentes fijos que taxativamente se expresan en la Ley, por lo que, no podrá considerarse los rubros variables como parte del salario ordinario.

Rige a partir de su publicación”.

ACUERDO FIRME”.

En ese sentido, mediante oficio P.E. 49.727-11 de fecha 04 de octubre de 2011, la Presidencia Ejecutiva remitió el Proyecto de Ley a la Oficina Iniciativa Popular de la Asamblea Legislativa.

Así las cosas y con el fin de argumentar la posición de la CCSS con respecto a la interpretación auténtica de los artículos 5° y 13° de la Ley No. 6836, se exponen las siguientes consideraciones.

I. CONSIDERACIONES DE INTERES

1. Antecedentes

En el “Arreglo Conciliatorio C.C.S.S.-Sindicatos de Profesionales en Ciencias Médicas” del 15 de abril de 1982, establece en lo que interesa:

*“Artículo Vigésimo Séptimo: JORNADA DE TRABAJO EXTRAORDINARIA:
La jornada ordinaria será diurna y de cuarenta y cuatro horas semanales. La jornada extraordinaria se pagará de acuerdo a lo estipulado en el Código de Trabajo. Para el cálculo del valor a pagar por hora extra se tomará de la totalidad del salario mensual con categorías, pasos y quinquenios.*

(...)

Artículo Vigésimo Noveno: DISPONIBILIDAD:

Las guardias de disponibilidad serán distribuidas equitativamente por el Jefe del Servicio respectivo entre los especialistas que forman ese servicio y que deseen participar en el sistema, por cada una de las especialidades.

El pago será de ¢250.00 (doscientos cincuenta colones) por disponibilidad y ¢300.00 (trescientos colones), la hora efectiva de trabajo.

La disponibilidad se inicia a partir de la hora en que termine la jornada ordinaria.”
El resaltado no es del original.

El día 07 de junio de 1982, se suscribe el “Arreglo conciliatorio entre el Presidente de la República y la Comisión del Poder Ejecutivo y los Sindicatos Médicos”, el cual en lo que interesa señala:

“(...) convenimos en el siguiente arreglo conciliatorio como resultado de las negociaciones que se han llevado a cabo entre las partes para terminar con el conflicto de los Profesionales en Ciencias Médicas y por medio del cual ambas partes llegamos a los siguientes compromisos laborales:

1.- El Gobierno de la República integrará una Comisión Bipartita, formada por un representante de cada uno de los sindicatos e igual número de representantes del Gobierno de la República, para que un plazo no mayor de cuatro meses prepare un proyecto de Ley de Estatuto de Servicios de Profesionales en Ciencias Médicas, que como mínimo regulará la problemática de interno universitario, de Servicio Médico, Sanitario, de las residencias, las guardias de disponibilidad, los salarios, y mecanismos de incentivos salariales, régimen de incentivos y escala de cada médico, la regulación de traslados y ascensos, los programas de adiestramiento, sistema de evaluación de Profesionales en Ciencias Médicas y cualquier otra relación profesional o laboral necesaria para la buena armonía en las relaciones

que deben existir entre las Instituciones empleadoras y el Profesional en Ciencias Médicas.

(...)

3.- **El Gobierno y los sindicatos convienen reconocer los arreglos laborales suscritos** por el anterior Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, Doctor Álvaro Fernández Salas, **específicamente en lo que se refiere al arreglo de fecha 20 de enero de 1992 y el arreglo conciliatorio suscritos por las mismas partes, con fecha 15 de abril del presente año** y aprobado por la Junta Directiva (...).

4.- **El Gobierno reconoce las cláusulas sobre “disponibilidad”,** inamovilidad y estabilidad laboral que oportunamente fueron suscritos y aprobados entre la Caja Costarricense del Seguro social y los sindicatos.

5.- **Las partes convienen que la legislación que se promulgue y los incentivos que aquí se establezcan serán de aplicación general** y obligatoria para todas las instituciones públicas, autónomas y semiautónomas, empleadoras de profesionales en Ciencias Médicas.

6.- Cada vez que se haga cualquier aumento general de salarios a empleados o funcionarios públicos del Gobierno Central, incluso por incentivos generales o por aumentos de carácter general que no se integren a la base salarial; los profesionales en Ciencias Médicas, tendrán como mínimo un aumento porcentual igual al porcentaje en que aumentó el salario promedio de los empleados y funcionarios públicos.

Sin embargo, **por ningún motivo, el salario total promedio de los Profesionales en Ciencias Médicas, podrá ser menor que el salario total promedio de otros profesionales del Gobierno Central e Instituciones Autónomas** es escalafones equivalentes y entendiéndose que no se consideran los ingresos que perciban los Notarios por esta función, o trabajo.

Salario total es: El salario base, más todos los incentivos, sobresueldos, revaloraciones, anualidades, pasos, quinquenios y demás sumas que conforman la remuneración del empleado.

(...)

10.- El Gobierno de la República conviene en que si en un plazo máximo de cuatro meses las leyes generales del Profesional en Ciencias Médicas no han sido promulgadas, se emitirá la ley que establece los incentivos que aquí se conviene.

(...)

12.- Tan pronto como se levante el estado de huelga y a la mayor brevedad las instituciones públicas de salud aquí representadas harán los estudios técnicos necesarios para determinar las horas en que el profesional en Ciencias Médicas ha laborado durante el tiempo de huelga, **cubriendo las emergencias y las guardias de disponibilidad para que se paguen tan pronto como sea posible.**

(...)

14.- En cuanto a los incentivos salariales las partes convienen en lo siguiente:

El Médico Interno tendrá una beca del 36.6% del salario base del G-1.

El Médico Residente I tendrá un salario de ¢9.500.00 y una escala anual de 5.5%.

El salario base del Médico Asistente de Medicina General G-1, será de ¢9.000.00 con el plus de ¢1.300.00 correspondiente al aumento del año 1982.

El incremento anual será de 5.5% sobre el salario base, sin adicionales.

El salario base del Médico Asistentes Especialista G-2, será de ¢9.000.00 con un plus de ¢1.300.00 que represente el aumento de 1982. El Incremento por anualidad será de 5.5% sobre el salario base, sin adicionales.

La escala ascendente a partir del G-2 forma con un adicional de ¢200.00, una anual del 5.5%.

El incentivo para la Consulta Externa será de 12% sobre el salario real para el Médico de Consulta Externa, reconociéndosele 3% aditivo a partir de la quinta hora de Consulta Externa.

La dedicación hospitalaria se reconocerá con un 11% sobre el salario real para los médicos que laboran su jornada en los Hospitales.

La dedicación a zona rural se reconocerá con un 10%, 12% y 14% del salario base para las zonas 2, 5 y 4 de la actual clasificación de la Caja.

Para el Odontólogo 1 el salario base será de ¢8.600.00 con el plus de ¢1.300.00 correspondiente al aumento de 1982. El incremento anual será de 5.5% sobre el salario base, sin adicionales. Se reconocerá un incentivo de 1.50% por cada hora de Consulta Externa laborada. Se reconocerá la dedicación hospitalaria de 11% a los que la desempeñan.

Para el Farmacéutico 1, Microbiólogo Clínico 1, Microbiólogo Químico 1, Psicólogo Clínico 1, el salario base será de ¢8.300.00 con el plus de ¢1.300.00 correspondiente el aumento de 1982. El incremento anual será de 5.5% sobre el salario base, sin adicionales. Se reconocerá un incentivo de 11% para la dedicación exclusiva de este grupo de profesionales, la cual será optativa y remunerable.

A estos dos últimos grupos de profesionales se les reconocerá la dedicación de labores en zona rural con la misma clasificación y valoración que a los profesionales médicos.” El resaltado no es del original.

Mediante oficio N° DM-2445-82 de fecha 6 de octubre de 1982, la Presidencia de la República y el Ministerio de Trabajo, remiten el proyecto de Ley de Incentivos Médicos a la Secretaría de la Asamblea Legislativa, donde señalan lo siguiente

“Nos permitimos remitir a ustedes el Proyecto de Ley de Incentivos Médicos que el Gobierno de la República se comprometió a presentar a la Asamblea Legislativa, a más tardar el día 7 de Octubre para su debido trámite, de conformidad con lo que establece la cláusula décima del "Arreglo Conciliatorio entre el Presidente de la

República, la Comisión del Poder Ejecutivo y los Sindicatos Médicos", suscrita el día 7 de Junio de 1982.

El proyecto que remitimos se complementará en los próximos treinta días, con otro que regule en forma global y definitiva, toda la problemática laboral del Profesional Médico, y que por razones de tiempo no se incluye en el presente.

A fin de honrar los compromisos del Gobierno y de la Comisión que logró poner fin a la Huelga Médica, esperamos contar con la colaboración de los señores diputados para que el presente proyecto reciba dispensa de trámites y se convierta en ley de la República en el menor plazo posible, en virtud de las razones que encontrarán en la exposición de motivos que sigue: (...)."

En el "Dictamen Unánime Afirmativo" del 22 de noviembre de 1982 sobre la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, Expediente N° 9459 de la Asamblea Legislativa, se señala:

*"El estudio profundo de los problemas salariales de los profesionales en ciencias médicas, y de las causas que han originado, en los últimos años, los conflictos colectivos laborales entre el Cuerpo Médico Nacional y las instituciones empleadoras, **nos obligaron a buscar fórmulas legislativas para establecer mecanismos automáticos de reajuste de los ingresos médicos, que eviten el deterioro y desequilibrio existente entre esos ingresos y los de otros profesionales y empleados del sector público, según la relación proporcional de retribución que la sociedad debe dar a quien con esfuerzo y preparación desempeña funciones de bien común, para lo cual se requiere un adiestramiento académico de muchos años.***

*El proyecto de ley que sometemos a su estimable consideración, tiene como objeto, precisamente, buscarle solución al problema que hemos señalado, **estableciendo, por un lado, incentivos salariales que obedecen estrictamente a la dedicación del médico y de otros profesionales afines, cuya circunstancia es similar a determinadas funciones que por su naturaleza ameritan aquellos reconocimientos y, por otro lado, estableciendo un mecanismo de reajustes periódicos automáticos que mantengan una justa proporción salarial, según los factores señalados,** y que venga a eliminar en el futuro, medidas de presión, huelgas y otros conflictos, los cuales entre otras cosas, producen distanciamiento, mutuo resentimiento y, en general, un clima de desarmonía laboral.*

La Comisión se dedicó con esfuerzo a estudiar el proyecto de ley de la mejor forma posible, tratando de introducirle las mejoras que consideró justas y necesarias, por

lo que sometemos a la consideración de los señores diputados el siguiente proyecto de ley: (...)”.

En ese sentido, se promulga el 22 de diciembre de 1982 la “Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, No. 6836”, la cual en lo que interesa establece:

*Artículo 1º.- Créase una escala de salarios con once categorías, representadas por niveles de grados que van del G-1 al G-11. **Cada nivel o grado tendrá un salario base, un salario de contratación que incluye los sobresueldos, y un incremento anual de un 5,5% sobre el salario base, los cuales formarán los salarios intermedios o pasos hasta un máximo de treinta anualidades.***

Artículo 2º.- Para los efectos de esta ley, todas las instituciones públicas contratantes de médicos aplicarán la siguiente escala de categorías:

En el área asistencial la clasificación de los servicios médicos para efectos de concursos y ascensos estará constituida por las siguientes categorías:

G-1 Médico Asistente General.

G-2 Médico Especialista.

G-3 Médico Jefe de Clínica.

G-4 Médico Jefe de Servicio.

G-5 Médico Jefe de Sección o Departamento.

En el área técnico-administrativo se incluyen las siguientes categorías:

G-2 Médico Jefe 1, Especialista o Jefe de Clínica de Consulta Externa 1, correspondiente a Especialista en el Ministerio de Salud.

G-3 Médico Jefe 2, Jefe de Clínica de Consulta Externa 2, correspondiente a Médico Jefe 1 en el Ministerio de Salud.

G-4 Médico Jefe 3, Jefe de Clínica de Consulta Externa 3, Médico Evaluador o Director de Hospital C, correspondiente a Médico Jefe 2, Epidemiólogo Regional y a Supervisor Médico Regional, en el Ministerio de Salud.

G-5 Médico Jefe 4, Médico Subdirector Centro de Docencia, Director Programas Centro de Docencia, correspondiente a Médico Jefe 3, Supervisor de Programa Nacional, y a Jefe de Sección de Departamento, en el Ministerio de Salud.

G-6 Médico Director 1, Asesor Planificación Familiar, Médico Director Clínica Periférica, Médico Director Hospital B, Médico Subdirector Hospital A, Director Centro de Docencia, Médico Evaluador 2, correspondiente a Subdirector de Departamento o

Programa en el Ministerio de Salud.

G-7 Médico Director 2, Director de Programa Materno-Infantil, Director Hospital A, correspondiente a Director de Departamento o Programa, en el Ministerio de Salud.

G-8 Médico Director 3, Médico Asistente de Gerencia, Jefe Control y Evaluación, Jefe de Calificaciones Terapéuticas, correspondiente a Subdirector de Región, en el Ministerio de Salud.

G-9 Médico Director 4, Director Departamento de Programación de Servicios Médicos, Directores Regionales de Servicios Médicos, Médico Director del Departamento de Servicios de Sede, correspondiente a Jefe de Servicios de Salud, en el Ministerio de Salud.

G-10 Médico Director 5, Director General de Servicios Médicos, correspondiente a Director de Servicios de Salud, en el Ministerio de Salud.

G-11 Director General de Salud.

Artículo 3°.- Los profesionales en ciencias médicas del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Seguros y de otras instituciones públicas empleadoras de profesionales en ciencias médicas, recibirán el reconocimiento por incentivos aquí señalados, previa equiparación salarial, si fuera necesario, y según las categorías que por esta ley se establecen.

Artículo 4°.- Entre una y otra categoría en la escala ascendente de los profesionales en ciencias médicas existirá una diferencia de ¢ 400 en la base, como mínimo, sin perjuicio de los otros incentivos que se reconocen por esta ley.

Artículo 5°.- El salario del médico estará constituido por el sueldo base, los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha, más los incentivos que se crean por esta ley y que son los siguientes: un 5,5% por cada año de antigüedad en el servicio, incluido el trabajo realizado en cualquier institución del Estado; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera hospitalaria; un 11% sobre el salario total por dedicación a la carrera administrativa; y un 3% por cada hora de consulta externa a partir de la quinta hora sobre el salario total.

Artículo 6°.- El médico que efectúe funciones mixtas en consulta externa, con menos de ocho horas, recibirá el incentivo de carrera hospitalaria o administrativa, según el caso, sobre su salario total.

Artículo 7°.- El salario base del Médico Asistente de Medicina General (G-1) será de ¢ 9.000 y la escala ascendente se forma con una diferencia entre niveles de ¢ 400.00 hasta el G-11.

Artículo 8°.- El interno universitario tendrá una beca del 36,6% del salario base del médico general (G-1).

Artículo 9º.- *El médico residente de primer año tendrá un salario base de ¢ 9.500 con incrementos anuales del 5,5% sobre el salario base.*

Artículo 10.- *Los profesionales en ciencias médicas, cualquiera que sea su categoría, que presten servicios en las zonas 2, 3, ó 4 del actual reglamento de zonaje de la Caja Costarricense de Seguro Social, o su equivalente en otras instituciones, tendrán un incentivo por dedicación a la zona rural del 10%, 12% y 14%, respectivamente, sobre su salario base.*

Artículo 11.- *El salario del profesional, mientras hace su servicio social o servicio médico sanitario será el equivalente al de todos los asistentes generales para el médico, al de la categoría de odontólogo general para los odontólogos y al básico de su respectiva profesión, en los demás casos.*

Artículo 12.- Cada vez que se efectúe un aumento general de salarios para los empleados o funcionarios públicos del Gobierno Central, incluso por incentivos generales o aumentos de carácter general, que no se integren a la base salarial, los profesionales en ciencias médicas tendrán como mínimo un aumento porcentual, igual al porcentaje en que aumentó el salario promedio de los empleados y funcionarios públicos.

Sin embargo, por ningún motivo el salario total promedio de los profesionales en ciencias médicas podrá ser menor al salario total promedio de otros profesionales del Gobierno Central e instituciones autónomas, en escalafones equivalentes, y se entiende que no se considerarán los ingresos que perciban los notarios por esta función o trabajo.

Artículo 13.- El salario total será el salario base más los sobresueldos, incentivos, aumentos, anualidades o pasos y las demás sumas que legalmente se tienen como salarios. Los incentivos a que se refiere esta ley, se reconocerán al profesional mientras se mantenga en las condiciones requeridas para el otorgamiento del beneficio respectivo.

Artículo 14.- *Los incrementos salariales o incentivos que se establecen en esta ley serán reconocidos en forma retroactiva al 7 de junio de 1982, y son de obligatorio acatamiento para todas las instituciones públicas contratantes de profesionales en ciencias médicas.*

Artículo 15.- *Las instituciones públicas contratantes de profesionales en ciencias médicas quedan autorizadas por esta ley, a establecer los ajustes y mecanismos, y a destinar las partidas presupuestarias necesarias para cumplir con los incrementos e incentivos que por esta ley se establecen; así como para reajustar los salarios*

proporcionalmente en lo que se refiere a los aumentos para los empleados públicos, otorgados durante el año de 1982, en relación con la proporción que le corresponda a los profesionales en ciencias médicas.

Artículo 16.- El salario base del odontólogo 1 será de ¢ 8.600, con un plus de ¢ 1.300 correspondiente al aumento de enero de 1982. Tendrá un incremento anual de un 5.5% sobre el salario base y un incentivo del 1,5% por cada hora de consulta externa laborada. Se reconocerá un 11% por dedicación hospitalaria o administrativa a los odontólogos que la desempeñen.

Artículo 17.- El farmacéutico 1, el microbiólogo químico 1, y el psicólogo clínico 1, tendrán un salario base de ¢ 8.300 más el plus de ¢1.300 de enero de 1982 y un incremento anual del 5,5% sobre el salario base.

Artículo 18.- Los microbiólogos, farmacéuticos y psicólogos clínicos tendrán un incremento de un 11% por dedicación exclusiva. Esta condición es optativa y renunciabile.

Artículo 19.- A los farmacéuticos microbiólogos, psicólogos y odontólogos se les reconocerá el incentivo por dedicación a la zona rural, en las mismas condiciones que a los médicos.

Artículo 20.- Los aumentos e incentivos que se establecen por esta ley se fijan sin perjuicio de los derechos laborales adquiridos por los profesionales en ciencias médicas, ya sea mediante leyes y reglamentos laborales o convenios y arreglos laborales colectivos, o contratos individuales de trabajo.

Artículo 21.- Los salarios e incentivos que por esta ley se establecen constituyen un mínimo; quedan autorizadas las instituciones para mejorarlos en el futuro.

Artículo 22.- Esta ley es de orden público y obligatorio acatamiento para todas las instituciones empleadoras de profesionales en ciencias médicas.

Artículo 23.- Los profesionales contratados como médicos de empresa en las instituciones públicas, o en el sector privado, se registrarán, en cuanto a contratación, por acuerdo de partes, pero ésta no podrá darse en condiciones inferiores a las estipuladas por esta ley.

Artículo 24.- Esta ley rige a partir de su publicación y deroga cualesquiera otras disposiciones legales que se le opongan y, en especial, el artículo 9º de la Ley del Estatuto de Servicios Médicos, número 3671 del 18 de abril de 1966 y el artículo 32

de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, número 3019 del 19 de agosto de 1962, reformado por la ley número 4750 del 26 de abril de 1971, pero éste último únicamente en lo que se refiere a la fijación de las remuneraciones por servicios médicos.

Transitorio: Es entendido que el aumento de ¢ 1.300 otorgado a los empleados públicos en enero de 1982 queda como sobresueldo para todas las categorías, y no será considerado para los efectos de lo que señala el artículo 15.”

Posteriormente, se suscribe el día 12 de julio de 1989 un “Convenio” entre el Gobierno, la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección General del Servicio Civil, Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la C.C.S.S. (SIPROCIMECA) y la Unión Médica Nacional, el cual cita literalmente:

“Este convenio se basa en decisiones judiciales que expresamente reconocen que la aplicación de la Ley 6835 (Ley de Escala Salarial del Sector Público), constituyó un aumento general de salarios para los efectos de la proporcionalidad del artículo 12 de la Ley No. 6836 (Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas) y que las proporcionalidades deben calcularse sobre el salario promedio total del Gobierno Central en la forma que en adelante se indica. También se funda este convenio en un análisis del espíritu de la Ley No. 6836 en el tanto refleja el propósito que se mantenga una equilibrada, razonable y justa proporción entre el salario promedio total de los profesionales en Ciencias Médicas y el salario promedio total de los trabajadores del Gobierno Central, a ese efecto deben tomarse en cuenta, por una parte, los aumentos generales de salarios acordados por el Gobierno a favor de sus trabajadores, y por otra, los incrementos salariales que en promedio tenga ese sector debido a mejoras individuales o particulares, lo anterior como pudo observarse y analizarse a partir de las jornadas de trabajo y diálogo que dieran origen a este convenio con el expreso propósito de que la diferencia de salario promedio total de los profesionales en Ciencias Médicas y el salario promedio total de los trabajadores del Gobierno Central, no crezca ni decrezca desmedidamente. Bajo esta motivación, que involucra algunos aspectos novedosos y que nunca antes se han discutido por las partes negociadoras, se considera razonable y justo darle valor a las mejoras salariales de carácter particular que obtengan el promedio los empleados del Gobierno Central, que no hayan sido otorgados con carácter de aumento general, mediante una fórmula que compense el multiplicador propio del Gobierno Central, con el multiplicado propio de los profesionales en Ciencias Médicas, conforme adelante se explicará.

POR LO EXPUESTO ACORDAMOS:

(...)

4.- En todo caso, se acuerda que la relación entre el salario promedio total de los profesionales en Ciencias Médicas y el salario promedio total de los trabajadores del Gobierno Central, no podrá ser menor a la existente al primero de enero de mil novecientos ochenta y nueve, o sea de 3.11 veces.

(...)

6.- Se tomará como salario promedio de los profesionales en Ciencias Médicas, a efecto de que calcular el multiplicador salarial de esos profesionales, así como la relación establecida en el inciso 4-), el que devengare un médico especialista (G-2) que labore para la Caja Costarricense de Seguro Social, con once anualidades, incentivo por carrera hospitalaria, 15% de bonificación adicional y un monto correspondiente a 50 puntos por carrera profesional. Este salario promedio será revisado periódicamente según se establezca en el reglamento a que se refiere el inciso 10) de este convenio.

(...)

10.- La metodología de aplicación futura de las circunstancias que se describen en los incisos 1), 2), 3), 4), 5), 6), 15) y 16) será parte de un reglamento de la Ley 6836, cuya elaboración estará a cargo de una comisión especial integrada por SIPROCIMECA, la Unión Médica Nacional, el Gobierno de la República, la Dirección General de Servicio Civil, y la Caja Costarricense de Seguro Social (...)

Por otra parte, el 25 de febrero de 1992, se suscribe “Arreglo conciliatorio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas”, que en lo que interesa señala:

“CAPITULO V
DE LOS SALARIOS Y REGIMENES ESPECIALES

(...)

Artículo 47: JORNADA EXTRAORDINARIA. FORMA DE PAGO

La jornada extraordinaria se pagará de acuerdo con lo establecido en el Código de Trabajo y en todo caso tomando en consideración el salario total del Profesional excepto las extras (Horas extras, Guardias, Disponibilidad, Horas extras por disponibilidad).

CAPITULO VI
DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA DE DISPONIBILIDAD

Artículo 53: DEFINICIÓN DE DISPONIBILIDAD

Se entiende por disponibilidad médica la labor que realiza un médico fuera de su jornada ordinaria de trabajo, consistente en estar localizable y disponible para la atención de emergencias y por una remuneración especial.

(...)

Artículo 58: PAGO

El trabajo realizado por disponibilidad es un régimen especial y deberá ser computado por la Caja mensualmente y cancelado su monto al mes siguiente de su reporte, conforme a las fechas de cierre para estos efectos.

(...)

Artículo 64: MONTOS A PAGAR A MÉDICOS ESPECIALISTAS

A partir dl 1 de enero de 1992, de lunes a viernes se pagará un 3% del salario base del G-2 por estar disponible y un 3% del mismo salario por hora efectivamente laborada. Los sábados, domingos y feriados se pagará por estar disponible un 5% del salario base del G-2. (24 horas) y un 3% del mismo salario por hora efectiva laborada.

Asimismo, a través de La Gaceta No. 98 del 22 de mayo de 1998 se promulga el Decreto Ejecutivo N° 26944-MTSS-S “El Reglamento para el cálculo de los reajustes salariales de los Profesionales en Ciencias Médicas Cubiertos por la Ley N° 6836 del 22 de diciembre de 1982”, que en lo que interesa establece:

“CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°–El presente Reglamento regula lo referente a los reajustes salariales y a la relación salarial entre los salarios ordinarios de los Profesionales en Ciencias Médicas y el salario ordinario de los trabajadores del Gobierno Central contemplado en el Convenio suscrito el doce de julio de mil novecientos ochenta y nueve, por el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (SIPROCIMECA), Unión Médica Nacional, Dirección General del Servicio Civil, Caja Costarricense de Seguro Social y el Gobierno de la República.

Artículo 2°–Para los efectos del presente Reglamento, se entiende:

(...)

f) Por “Profesionales”: Profesionales en Ciencias Médicas cubiertos por la Ley 6836 de veintidós de diciembre de mil novecientos ochenta y dos, Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas.

g) Por “testigo”: el representante utilizado para medir las variaciones de los salarios ordinarios de los Profesionales en Ciencias Médicas y del Gobierno.

h) Por “salario mensual de los Profesionales”: el salario de escala de la C.C.S.S. pagado por veintiocho días multiplicado por factor 1,0833.

Artículo 3°–Se entenderá como salario total la suma de todos los conceptos que reciba él [sic] Profesional, tales como salario base, anualidades, carrera

profesional, bonificación adicional, los incentivos creados en la Ley y todas aquellas sumas que legalmente se tengan como salario.

CAPITULO II

De las revaloraciones

Artículo 4°–Para los efectos del presente capítulo, se entenderá:

(...)

i) Por “Med j-1” multiplicador salarial de los profesionales en Ciencias Médicas a la fecha i-1. Se calcula dividiendo el salario ordinario promedio de los Profesionales en Ciencias Médicas a esa fecha, entre su salario promedio base a la misma fecha. Para estos efectos se tomará como salario ordinario promedio y salario base promedio de estos profesionales el que da el testigo definido en el artículo 6, inciso a) del Capítulo III.

(...)

CAPITULO III

De la relación salarial

Artículo 6°–Para calcular la relación entre el salario ordinario de los Profesionales y el salario ordinario de los empleados del Gobierno, se establecerán dos testigos.

El testigo de los Profesionales estará conformado por el salario mensual que devenga un médico especialista (G-2) que labore para la Caja con: salario base, 11 anualidades, incentivo por carrera hospitalaria, bonificación adicional, un monto correspondiente a 50 puntos por carrera profesional y el factor de equilibrio que se crea en el presente Decreto.

El testigo del Gobierno, estará constituido por el salario ordinario promedio mensual obtenido de la siguiente muestra representativa de los empleados del Gobierno.

(...)

Artículo 7°–El salario ordinario de los testigos estará constituido por todos los montos salariales ordinarios, sea cual fuere su denominación, que devengue el empleado o funcionario durante el transcurso de las jornadas ordinarias que lo identifican como un empleado o funcionario a tiempo completo. Tratándose de incentivos a la productividad, por su naturaleza, no se tomarán en cuenta como salario ordinario.

(...)

Artículo 8°–La relación vigente a partir de la fecha de emisión de este Decreto entre el salario promedio de los Profesionales con respecto al de los empleados del Gobierno, se establece en 3,83. Esta será la relación vigente para efectos del artículo 9, hasta tanto no se proceda a una revisión de la conformación de los

testigos. El valor de dicha relación podrá variar cuando se proceda a la revisión de la conformación de los testigos (...).

*Artículo 9º—Cada vez que se dé un aumento general de salarios a los empleados del Gobierno, deberá calcularse la relación entre el salario ordinario promedio de los Profesionales y el salario ordinario promedio de los empleados del Gobierno, que suministrarán los testigos ya aumentados por los efectos de dicho aumento general.
(...)*

*Artículo 11º—Forma parte de este Reglamento el anexo 1, que detalla los montos de los componentes salariales que suministrarán los testigos en el mes de octubre de mil novecientos noventa y siete.
(...)*

Transitorio 3 —El Factor de Equilibrio a partir del primero de enero de mil novecientos noventa y nueve se integrará al salario base y por tanto, afectará los rubros que devenga el Profesional y que representan un tanto por ciento de este salario base. En consecuencia afectará a partir de esa fecha, el pago de horas extraordinarias, guardias, disponibilidades y extras por disponibilidad.

*TESTIGO DE LOS PROFESIONALES A OCTUBRE DE 1997
(Salario Teórico que restablece la antigua relación 3.11; en consecuencia, no crea ningún derecho.)*

<i>BASE:</i>	<i>139.694</i>
<i>11 ANUALIDADES</i>	<i>84.514,9</i>
<i>BONIFICACIÓN ADICIONAL</i>	<i>20.954,1</i>
<i>50 PTOS CARRERA</i>	
<i>PROFESIONAL</i>	<i>29.050</i>
<i>CARRERA HOSPITALARIA</i>	<i>52.237,6</i>
<i>FACTOR DE EQUILIBRIO</i>	<i>24.341</i>
<i>TOTAL</i>	<i>350.792</i>

SALARIO MENSUAL: 350.792 X 1,0833: 380.013”

2. Sobre la interpretación auténtica de los artículos 5º y 13º de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836

Desde antes de la promulgación de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836 y de acuerdo con los diferentes convenios suscritos con los gremios de estos profesionales, la CCSS tenía establecidas las diferentes modalidades de remuneración del personal contratado según las jornadas ordinarias o extraordinarias de trabajo, con la finalidad de

cubrir la atención y prestación de los servicios de salud de forma permanente, es decir, las 24 horas durante los 365 días al año.

En ese sentido, la Institución ha implementado desde siempre el pago de tiempo extraordinario, las guardias y disponibilidades médicas, las cuales tenían debidamente establecido la fórmula de cálculo y forma de pago, tal y como se indica en el “Arreglo Conciliatorio C.C.S.S.-Sindicatos de Profesionales en Ciencias Médicas” del 15 de abril de 1982, de manera tal, que es entendible que si al legislador le hubiese interesado regular estos rubros, así lo habría consignado dentro del cuerpo y articulado de la Ley No. 6836 citada.

Con la promulgación de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836 del 22 de diciembre de 1982 y con fundamento en el “Arreglo Conciliatorio C.C.S.S.-Sindicatos de Profesionales en Ciencias Médicas” del 07 de junio de 1982, se establecieron los complementos fijos que constituyen el salario ordinario de dichos profesionales, mediante los artículos 5° y 13° de dicho cuerpo normativo, a los cuales actualmente se les ha venido dando una interpretación errónea, al considerarse que los rubros variables igual forman parte del salario total ordinario, lo que significaría no sólo forzar el texto de la ley que se comenta, sino insertar dentro de su redacción aspectos que nunca se tuvieron en mente cuando se elaboró.

Se desprende además de ese arreglo conciliatorio de junio de 1982, concretamente del punto 6 del mismo, en relación con el “Dictamen Unánime Afirmativo” del 22 de noviembre de ese año, sobre la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas correspondiente al expediente No. 9459, que el espíritu y la intención fundamental del legislador, por remisión directa a dichos antecedentes, fue establecer un principio de igualdad de trato en materia salarial de los profesionales en ciencias medicas en relación con otros profesionales del sector público, para establecer así una equidad que históricamente había sido deficitaria en perjuicio de estos profesionales; de forma tal, que cualquier interpretación extensiva como la que erróneamente se ha generado a partir del artículo 13° de la ley 6836, en que se amplíe el espectro de rubros que componen el salario ordinario de tales profesionales, deviene en un quebranto no solo del principio de igualdad que justamente tuvo el legislador al dictar la norma y que rescata el artículo 5° de esa ley.

Tómese en cuenta y en abono de lo que viene dicho, que en la cláusula 14 de ese “Arreglo Conciliatorio”, de forma expresa y reiterada se estipula el reconocimiento de rubros que posteriormente integrarían el salario ordinario de dichos profesionales, con expresa alusión de que para pagar esos extremos se hará "sin adicionales", se entiende entonces que esos adicionales son ajenos o extra salario ordinario, o sea que no lo conforman.

Cabe señalar, que en el “Dictamen Unánime Afirmativo” de cita, se expone como uno de los dos objetivos fundamentales de la ley, **establecer los incentivos salariales que obedecen estrictamente a la dedicación del médico** – entiéndase ésta como la dedicación a la carrera

hospitalaria, carrera administrativa ó dedicación exclusiva -; por lo que entonces, los rubros que conforman esos incentivos salariales deben entenderse "estrictamente" los que indica la ley y los cuales se contemplan en el artículo 5° de la misma. Además, si nos atenemos al espíritu o finalidad de las normas, es claro que el salario total percibido por el profesional en ciencias médicas fue definido con el fin de calcularse con base en los componentes fijos del salario y no en las variables, por lo que solamente pueden considerarse componentes del salario los ahí regulados.

Por otro lado, al crearse la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, se establece en el artículo 1°, que cada nivel o grado de las categorías médicas, tendrán un salario base y un salario de contratación, el cual incluye sobresueldos y un incremento de un 5,5% sobre el salario base; es decir conceptos que estrictamente componen el salario ordinario y que encuentran establecidos en el artículo 5° de esa ley, por lo que no podría contemplarse como componentes del salario de contratación, rubros variables futuros y eventuales, como es el tiempo extraordinario, guardias o disponibilidades médicas.

Continuando con el análisis de interés, y en el tema de lo que no constituye salario ordinario de los profesionales en ciencias médicas, véase que ya no solo con anterioridad a la ley, se manejaba un criterio restrictivo sino que incluso con posterioridad, como se aprecia fácilmente de lo estipulado en el "Arreglo conciliatorio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas" del 25 de febrero de 1992, concretamente el artículo 47 que estipula "*La jornada extraordinaria se pagará de acuerdo con lo establecido en el Código de Trabajo y en todo caso tomando en consideración el salario total del Profesional excepto las extras (Horas extras, Guardias, Disponibilidad, Horas extras por disponibilidad)*", dicho de otra forma, las horas extras no forman parte del salario total ordinario del profesional, por lo tanto, es ilógico considerar esas horas extras para pagar un rubro propio que si es del salario total ordinario como la carrera hospitalaria. Sin embargo, como ya se ha señalado, una interpretación errónea de las normas y del espíritu del legislador, está ocasionando que las horas extras sean consideradas, por ejemplo, para el pago de carrera hospitalaria.

Asimismo, otra de las razones que se exponen por parte del Legislador en el "Dictamen Unánime Afirmativo", fue establecer un mecanismo de reajustes periódicos automáticos que mantuvieran una justa proporción salarial de los ingresos médicos en relación con otros profesionales y empleados del Sector Público, tan es así, que dicha motivación y el espíritu de la Ley, se reitera en el convenio suscrito el día 12 de julio de 1989 entre el Gobierno, la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección General del Servicio Civil, Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la C.C.S.S. (SIPROCIMECA) y la Unión Médica Nacional.

Finalmente e insistiendo y remarcando, que el espíritu del legislador fue que el salario total ordinario estuviese integrado por los componentes que señala el artículo 5° de la ley, es que resulta revelador que en el Decreto Ejecutivo No. 26944-MTSS-S "El Reglamento para el cálculo

de los reajustes salariales de los Profesionales en Ciencias Médicas Cubiertos por la Ley N° 6836 del 22 de diciembre de 1982”, se operativiza el contenido de dicha ley, con la finalidad de establecer esa relación salarial entre los salarios ordinarios de estos profesionales y el salario ordinario de los profesionales del gobierno central, justamente para salvaguardar esa equidad e igualdad es que parte, por ejemplo de parámetros que permitan mantener ese equilibrio, donde se establece la figura del "testigo" de los profesionales en ciencias medicas, entiéndase explícitamente el salario base, anualidades, bonificación adicional, carrera profesional, carrera hospitalaria y el factor de equilibrio establecido, siendo que como se aprecia, no forma parte del mismo, rubros variables, como la guardia medica y disponibilidades.

Como puede apreciarse, la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas refiere exclusivamente a los componentes fijos u ordinarios del salario de un médico; de esta forma, si se realiza una lectura cuidadosa del artículo 5°, el mismo contiene la frase *“los aumentos, sobresueldos y pluses, vigentes a la fecha”*, por lo que la finalidad de dicha redacción, es la lógica de restringir los componentes fijos que se integrarían dentro del salario a los existentes al momento de promulgación y vigencia de la ley y no los componentes variables como se ha interpretado, principalmente cuando se considera que estos rubros tenían establecida su forma de cálculo y pago antes y después de dicha legislación.

Por lo que, no se podría dar una conceptualización de salario distinta a lo establecido en la ley, la cual se remite a los términos contenidos en el artículo 5. Ello es así, por cuanto de la literalidad del numeral 13 se establece que “El salario total será (...) y las demás sumas que legalmente se tienen como salario...”. Es claro entonces que al establecer dicho numeral “...y las demás sumas que LEGALMENTE se tienen como salario...”, son precisamente las sumas indicadas en la ley (artículo 5).

3. Sobre el impacto económico de la interpretación errónea de los artículos 5° y 13° de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836

En caso de que se continúe por parte de los Juzgados, el dictar sentencias a favor de los demandantes a partir de la interpretación que se hace de los artículos 5 y 13 de la Ley, en el sentido de considerar los rubros variables para el cálculo del “Incentivo de Carrera Hospitalaria”, como un rubro del salario total ordinario, la Institución tendría que erogar anualmente un monto aproximado de ₡18.170 millones anuales.

Por otra parte, la Institución debe prever las sumas que por concepto de pago de intereses legales, debe asumir ante los casos con resolución en firme en última instancia (casación), en virtud de que los demandantes solicitan el pago de forma retroactiva a partir de la fecha en que inician su relación laboral con la CCSS, considerando que la Ley No. 6836 rige desde el 22 de diciembre del 1982, de esta forma, la CCSS enfrentaría una posible erogación por indemnización de

sentencias judiciales que ronda en ¢172 mil millones de colones considerando el período 1982-2012.

Finalmente, es importante indicar que a la fecha, la Institución ha cancelado por indemnización judicial con ocasión a los extremos de carrera hospitalaria sobre disponibilidades médicas, alrededor de ¢3.708 millones.

II. CONCLUSIONES

1. Antes y después de la promulgación de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas No. 6836 y de acuerdo con los diferentes convenios suscritos con los gremios de estos profesionales, la CCSS tenía establecidas las diferentes modalidades de remuneración del personal contratado según las jornadas ordinarias o extraordinarias de trabajo, con la finalidad de cubrir la atención y prestación de los servicios de salud de forma permanente, es decir, las 24 horas durante los 365 días al año. En ese sentido, la Institución ha implementado desde siempre el pago de tiempo extraordinario, las guardias y disponibilidades médicas, las cuales tenían debidamente establecido la fórmula de cálculo y forma de pago.
2. Con fundamento en los antecedentes, convenios y las normas descritas, se demuestra que la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas N° 6836, refiere exclusiva y estrictamente a los componentes ordinarios salariales que devengan estos profesionales tales como salario base, anualidad e incentivos, por lo que los artículos 5° y 13° de esa norma, deben interpretarse que se refieren al salario total ordinario de los puestos que se rigen bajo esa legislación. Sobre el particular, dicha Ley carece dentro de su regulación el establecimiento de conceptos o rubros variables.
3. De no aprobarse el Proyecto de Ley “Interpretación Auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley No. 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982”, ocasionaría para la Caja Costarricense de Seguro Social un fuerte impacto económico, dado que se tendría que erogar adicionalmente un monto de ¢18.170 millones anuales y se enfrentaría, una posible erogación por indemnización de sentencias judiciales que ronda en ¢172 mil millones de colones considerando el período 1982-2012 (...).”

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en el criterio legal de la Dirección Jurídica y técnico correspondiente de la Dirección de Administración y Gestión de Personal se recomienda a la Junta Directiva la aprobación del Proyecto de Ley “Interpretación Auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley No. 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, de 22 de diciembre de 1982” y dadas las condiciones de oportunidad y conveniencia, respetuosamente se plantea la siguiente redacción a la moción:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

**INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE
LA LEY N.º 6836, DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES
EN CIENCIAS MÉDICAS, DE 22 DE DICIEMBRE DE 1982**

ARTÍCULO ÚNICO.- Interpretese de manera auténtica los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas del 22 de diciembre de 1982, en el sentido de que los artículos 5 y 13 se refieren al salario total ordinario del profesional en ciencias médicas y éste estará constituido solamente por los componentes fijos que taxativamente se expresan en esta Ley y los componentes fijos que se hayan incorporado al salario ordinario en virtud de otras leyes. En ese sentido, los rubros variables que se pagan por jornadas extraordinarias, no forman parte del salario total ordinario del médico. Rige a partir de su publicación”.

con base en la recomendación de la Gerencia Médica contenida en el citado oficio N° 11.729-8 , **se acuerda** comunicar a la Asamblea Legislativa el criterio favorable respecto del Proyecto de Ley “Interpretación Auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas”, el cual fue presentado como propuesta por la Dirección Jurídica, al considerar que es sumamente viable y razonable, ya que cuyo propósito es aclarar que los componentes fijos del salario total ordinario de los profesionales en Ciencias Médicas son los establecidos taxativamente en la Ley N° 6836, por lo que no puede considerarse que los rubros variables formen parte de éste y así evitar la interpretación errónea que se ha venido dando.

Sin embargo, considerando las condiciones de oportunidad y conveniencia, respetuosamente se plantea la siguiente redacción a la moción:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

**INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LOS ARTÍCULOS 5 Y 13 DE
LA LEY N.º 6836, DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES
EN CIENCIAS MÉDICAS, DE 22 DE DICIEMBRE DE 1982**

ARTÍCULO ÚNICO.- Interpretese de manera auténtica los artículos 5 y 13 de la Ley N° 6836, Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas del 22 de diciembre de 1982, en el sentido de que los artículos 5 y 13 se refieren al salario total ordinario del profesional en ciencias médicas y éste estará constituido solamente por los componentes fijos que taxativamente se expresan en esta Ley y los componentes fijos que se hayan incorporado al salario ordinario en

virtud de otras leyes. En ese sentido, los rubros variables que se pagan por jornadas extraordinarias, no forman parte del salario total ordinario del médico.

G) Se presenta la nota número CEC-464-2012 de fecha 07 de noviembre del año 2012, firmada por la Jefa de Área, en la comunica que la *“Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsables de los problemas de la CCSS y propongá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla con los objetivos constitucionales asignados”*, en la sesión N° 47 del 31 de octubre de 2012, se aprobó la moción para que sea consultado el *Expediente N° 18.453, “REFORMA A LA LEY N° 7559 DE 9 DE NOVIEMBRE DE 1995: Ley del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud”*.

Se tiene a la vista el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número 11.730-8 de fecha 3 de diciembre del año en curso, cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

En el proyecto propuesto, se retoma los orígenes del Servicio Social obligatorio para Profesionales de Ciencias de la Salud, e introduce que los cambios propuestos a la Ley N° 7559 obedecen a las variaciones sufridas por el sistema nacional de salud, por lo que se requiere encausarlo hacia las especialidades de estos profesionales.

Bajo ese entendido se propone reformar el artículo 2 de la Ley N° 7559, para que se cree un Servicio Social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud que ejercerán un especialidad o subespecialidad dentro de las disciplinas contenidas en dicho artículo.

ANTECEDENTES

- III. La Comisión Especial Legislativa de la Asamblea Legislativa remitió para conocimiento de la Caja, el proyecto de “Reforma a la Ley N° 7559 del 9 de Noviembre de 1995”, Expediente N° 18.453.
- IV. Mediante Solicitud de Gerencia N° 11.661-8 de fecha 08 de noviembre, 2012, se solicitó a la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS y a la Dirección Administración y Gestión de Personal y a la Dirección Jurídica, criterio con respecto al Proyecto.

CRITERIO DIRECCION JURIDICA:

Mediante oficio DJ-8531-12 de fecha 04 de diciembre, 2012, remite el criterio la Dirección Jurídica y en lo que interesa se transcribe:

“(…) Que el presente proyecto de Ley posee la siguiente redacción:

**“PROYECTO DE LEY
REFORMA DE LA LEY N.° 7559, DE 9 DE NOVIEMBRE DE 1995
Expediente N.° 18.453**

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

El servicio social obligatorio originariamente surge para los profesionales en medicina en nuestro país y tiene su origen en la Ley de Médicos de Pueblo la cual se promulgó mediante Ley N.° 4, de 30 de octubre de 1894, en esa oportunidad se autorizó al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en circuitos médicos para efectos de control de higiene y salubridad pública, medicina legal y asistencia de pobres.

Cuando se creó la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad, mediante la Ley N.° 24, de 4 de junio de 1927, y que es a partir de este momento histórico que el Ministerio de Salud surge como tal, se siente la necesidad de crecer en materia de salubridad, fortalecer nuevos campos y reglamentaciones en diversos aspectos de la salud pública. La Ley de Médicos de Pueblos, vino a ser derogada por la Ley de Médicos Oficiales, de 26 de octubre de 1931, como complemento a esa ley surge en esa época las llamadas unidades sanitarias, dependencias del Ministerio de Salud, que viene a repercutir en el inicio del desarrollo de la medicina preventiva.

Con el desarrollo de la medicina de la salud pública y que se da partir de los años 70 entre otras disposiciones legales de gran importancia se promulga la Ley General de Salud mediante la Ley N.° 5395, de 30 de octubre de 1973, en la cual se viene a establecer el servicio social obligatorio para otras profesiones en ciencias de la salud de común acuerdo entre los colegios respectivos, la Universidad y el Ministerio de Salud. Surgen así disposiciones reglamentarias relacionadas con el servicio social obligatorio en varias de las profesiones en ciencias de la salud acorde con el artículo 40 de la Ley General de Salud.

Posteriormente mediante Ley N.° 7559 de 9 de noviembre de 1995, se promulgó la Ley de Servicio Social Obligatorio para Profesionales de Ciencias de la Salud, la cual no hizo otra cosa que retomar y unificar los conceptos que la historia de la salud se había encargado de conceptualizar en el servicio de las diferentes profesiones en las ciencias de la salud, llevarla a los servicios de salud, fundados en principios de solidaridad, justicia social e igualdad, tendiente con ello a lograr una cobertura total en nuestro sistema de salud.

En conclusión, el marco normativo propuesto, de acuerdo con la experiencia acumulada, la práctica real ha variado, teniendo en la actualidad una amplia cobertura a nivel nacional en lo que atención de servicios de salud se

refiere.

No obstante lo anterior, y debido al cambio en el sistema nacional de salud se ha considerado oportuno, variar el servicio social obligatorio de los profesionales en ciencias de la salud y encausarlo hacia las especialidades de los profesionales en ciencias de la salud.

En virtud de lo anteriormente expuesto, se somete a conocimiento y aprobación de los señores diputados de la Asamblea Legislativa el presente proyecto de ley "Reforma a la Ley N.º 7559, de 9 de noviembre de 1995".

**LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:**

REFORMA DE LA LEY N.º 7559, DE 9 DE NOVIEMBRE DE 1995

ARTÍCULO 1.- *Refórmese el artículo 2 de la Ley N.º 7559, de 9 de noviembre de 1995 "Ley del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud", para que en lo sucesivo se lea así:*

"Artículo 2.- Creación del servicio social obligatorio. *Se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud, como requisito indispensable para ejercer la profesión. Para tales efectos, se consideran profesiones en ciencias de la salud las siguientes:*

- a.- Medicina.*
- b.- Odontología.*
- c.- Microbiología.*
- d.- Farmacia.*
- e.- Enfermería.*
- f.- Nutrición.*
- g.- Psicología Clínica.*

Asimismo, se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud que ejercerán una especialidad o subespecialidad de las disciplinas antes indicadas.

A solicitud de las instituciones públicas que brindan servicios asistenciales a la población, el Ministerio de Salud determinará anualmente en cuáles disciplinas de las señaladas, sus especialidades o subespecialidades 'se requiere dar cobertura local o regional y así lo comunicará a los colegios profesionales respectivos para lo de tu competencia.

El profesional en ciencias de la salud que haya realizado en la práctica su servicio social obligatorio, no requerirá realizarlo para que su especialidad sea reconocida por parte de los colegios profesionales. Se exceptúa de lo anterior, a aquellos que no hubieren realizado efectivamente su servicio social obligatorio para el ejercicio de la profesión, en cuyo caso se requerirá participar en sorteo de servicio social obligatorio de la especialidad

correspondiente, previo a su ejercicio y reconocimiento por parte de los colegios profesionales."

Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República a los catorce días del mes de marzo de dos mil doce."

III.- Análisis del Proyecto de Ley.

Se indica que el criterio aquí emitido se referirá a aspectos jurídicos, obviando aspectos técnico/médicos, financieros, administrativos, o de otra índole.

Aclarado el punto anterior, una vez analizado la exposición de motivos del Proyecto de Ley objeto de consulta, se realiza las siguientes observaciones, a saber:

Primero: En cuanto a la inclusión de los profesionales en Psicología Clínica visible en el punto g) de la presente propuesta de reforma dentro de los profesionales en ciencias médicas, no encuentra esta asesoría que la inclusión de la citada ciencia social roce con la normativa institucional vigente, toda vez que, a nivel de la Caja los profesionales en Psicología están considerados como profesionales en ciencias médicas, lo anterior, con base en el artículo 1 de las *"Normas que regulan las relaciones Laborales, Científicas, Académicas, Profesionales Sesión No. 7861 y Sindicales entre la CCSS y los profesionales en Medicina, Microbiología, Farmacia, Odontología y Psicología de la CCSS y Unión Médica Nacional y sindicato de Profesionales en ciencias Médicas de la CCSS e Instituciones Afines"*, el cual indica:

"Artículo 1.- Nomenclaturas

Para los efectos de estas Normas, se utilizarán las siguientes nomenclaturas con el significado que a continuación se detalla:

(...)

*d) **Profesionales en Ciencias Médicas:** (Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Microbiólogos y **Psicólogos**) que laboran para la Caja Costarricense de Seguro Social.*

(...)" (la cursiva y el resaltado no pertenecen al texto original)

No obstante, resulta importante señalar que, la Psicología Clínica es una rama de la Psicología, y al encontrarse esta última contemplada a nivel Institucional dentro de las profesiones en ciencias médicas, resultaría conveniente analizar la posibilidad de que la reforma de cita, específicamente en el punto g) se indique "Psicología" y no así "Psicología Clínica"

Segundo: Con relación a la creación del servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias médicas que ejercerán una especialidad o subespecialidad, visible en los párrafos 2 de la presente propuesta, a saber:

“Asimismo, se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud que ejercerán una especialidad o subespecialidad de las disciplinas antes indicadas.

Al respecto se hace la observación que no se establece un procedimiento para realizar el servicio social obligatorio para optar por la especialidad o subespecialidad por parte del profesional en ciencias de la salud, en la Caja, por lo que se recomienda en el presente punto que sea la propia Institución que regule la forma en que se realizara la prestación del servicio como las condiciones del mismo.

Sobre este punto, es importante resaltar que el artículo 7 de la Ley objeto de reforma, sí contempla un procedimiento de duración del servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud, como requisito indispensable para ejercer la profesión, el cual durara un año de prestación efectiva en una jornada ordinaria, a saber:

“ARTÍCULO 7.- Duración del servicio social. El servicio social tendrá una duración equivalente a la jornada laboral ordinaria de un año de prestación efectiva y continua, sin perjuicio del número de carreras en que se haya graduado el interesado, salvo que haya realizado el servicio social en otra carrera de las ciencias de la salud, a juicio de la Comisión de servicio social obligatorio, creada en esta ley.”

No obstante, no se desprende de la propuesta presentada que se haya creado un procedimiento en el cual se establezca la duración de la prestación del servicio social, la jornada en la cual va realizarlo, ni la duración del servicio social obligatorio para optar por la especialidad o subespecialidad, hecho que resulta preocupante toda vez que son elementos fundamentales para establecer las condiciones y características para la prestación del servicio de dichos profesionales.

Tercero: El párrafo 3 de la reforma al artículo 2 de la ley 7559, literalmente señala:

“A solicitud de las instituciones públicas que brindan servicios asistenciales a la población, el Ministerio de Salud determinará anualmente en cuáles disciplinas de las señaladas, sus especialidades o subespecialidades 'se requiere dar cobertura local o regional y así lo comunicará a los colegios profesionales respectivos para lo de tu competencia.”

Del contenido del párrafo transcrito se desprende que, el Ministerio de Salud determinara anualmente en cuales disciplinas de las citadas en el presente artículo, sus especialidades o subespecialidades se requiere dar cobertura local o regional.

Sobre este punto, es criterio de esta asesoría que, la anterior disposición contraviene la autonomía Institucional con que cuenta la Caja en la organización de la prestación de los servicios en salud, lo anterior, toda vez que es competencia exclusiva de la Institución determinar cuáles son las disciplinas, especialidades y subespecialidades en ciencias médicas que se requiere a nivel nacional.

Sobre este punto, tal y como ha sido interpretado, el propio “*constituyente atribuyó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma creada por la misma Constitución Política, con las especiales características que ella misma le ha otorgado y compartiendo los principios generales derivados de su condición de ente descentralizado*”¹¹. En consecuencia de ello, se ha reconocido que la Caja goza de un grado de autonomía que le permite “**tener iniciativa propia para sus gestiones, así como para ejecutar sus tareas y dar cumplimiento a sus obligaciones legales, fijándose metas y los medios para cumplirlas.** Garantiza de esta forma, el establecimiento de la seguridad social y su naturaleza, decreta la finalidad de los seguros sociales y regula el destino de los fondos respectivos”¹².

Adicionalmente, la Procuraduría General de la República ha precisado lo siguiente con relación al mismo tema:

“La Sala Constitucional, en varias resoluciones (las no. 3441-04, no. 10545-05, no. 7379-99, no. 3403-94, no. 6556-94, no. 6524-94) ha establecido, conforme al numeral 73 constitucional, el cual señala que la administración y el gobierno de los seguros sociales están a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social, que la Caja goza de una autonomía plena, máxima para el desempeño de su importante función, “(...) por lo cual la reforma al numeral 188 constitucional que instituyó la dirección administrativa no modificó su régimen jurídico” (véase la no. 10545-01). Aún más, sobre los alcances del numeral 73 constitucional, la Sala Constitucional, en reiteradas oportunidades ha manifestado “(...) que la autonomía de la Caja no se encuentra sujeta a límites en materia de gobierno” (véase la misma resolución anteriormente citada). Así las cosas, queda “(...) claro que la ley no puede interferir en materia de gobierno de la

Caja Costarricense de Seguro Social en virtud de la autonomía plena que goza la Institución”

¹¹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Acción de Inconstitucionalidad. Voto 10545 del 17 de octubre de 2001.

¹² Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Voto 4636 del 30 de junio de 1998

*En virtud de lo anterior, y siendo la autonomía de la C.C.S.S. la causa suficiente para que el legislador, en uso de la potestad de legislar, no pueda regular la materia relativa al gobierno y la administración de los seguros sociales, lo que constituye un contenido sustraído de esa potestad, con mucho mayor razón, cuando se trata de una fuente normativa de rango y potencia inferior (...). **En otras palabras, la autonomía de la C.C.S.S. enerva la potestad de dirección del Poder Ejecutivo en la competencia que le Constituyente le otorgó a esta institución autónoma**¹³. –lo resaltado no corresponde al original-*

En igual sentido, dicho órgano asesor del Estado ha indicado:

*“(…) **el legislador, en uso de la potestad de legislar, puede regular cualquier materia, excepto aquellas que han sido asignadas por el Constituyente, en forma exclusiva, a otros entes u órganos, a una determinada fuente normativa o que constituyen un contenido sustraído de la ley.** Desde esta perspectiva, el asignar una determinada competencia constitucional a un ente – como es el caso de la CCSS- y, además, garantizarle una autonomía administrativa y política para que cumpla su cometido, constituye una barrera infranqueable para el legislativo. En este supuesto, existe un compartimento inmune a la potestad de legislar, de donde resulta que lo referente a la administración y el gobierno de los seguros sociales solo puede ser definido por los máximos órganos del ente. En otras palabras, **lo que entraña la administración y el gobierno de los seguros sociales es una competencia que solo puede ser ejercida por los máximos órganos de la CCSS,** de donde resulta la incompetencia del legislativo para normar aquellas actividades o acciones que se subsumen en esos dos conceptos.”¹⁴ **-lo resaltado no corresponde al original.***

Así las cosas, el ente llamada a determinar las necesidades que requiere la población a nivel nacional de las diferentes disciplinas, especialidades y subespecialidades en ciencias médicas es la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, cuenta con autonomía política y de gobierno que permite tener iniciativa propia para autodirigirse y ejecutar su labor sin necesidad de intromisión por parte de otras instituciones.

Cuarto: Por último en cuanto al contenido del párrafo final del artículo objeto de reforma, el cual literalmente señala: “*El profesional en ciencias de la salud que haya realizado en la práctica su servicio social obligatorio, no requerirá realizarlo para que su especialidad sea reconocida por parte de los colegios profesionales. Se exceptúa de lo anterior, a aquellos que no hubieren realizado efectivamente su servicio social obligatorio para el*

¹³ Procuraduría General de la República. Dictamen C-361-2005

¹⁴ Procuraduría General de la República. Dictamen C-130-2000

ejercicio de la profesión, en cuyo caso se requerirá participar en sorteo de servicio social obligatorio de la especialidad correspondiente, previo a su ejercicio y reconocimiento por parte de los colegios profesionales.", resulta importante realizar las siguientes observaciones:

Del artículo de cita se desprende que, los profesionales en ciencias de la salud que realizaron el servicio social obligatorio para ejercer la profesión, no requerirán realizar el servicio social para que su especialidad o subespecialidad sea reconocida por parte de los colegios profesionales.

Al respecto, es criterio de esta asesoría que el contenido del presente artículo no es concordante con el motivo y objeto de la presente propuesta de reforma, así como también el artículo 2 de la misma, las cuales hacen referencia que debido al cambio en el sistema nacional de salud se ha considerado oportuno variar el servicio social obligatorio de los profesionales en las ramas de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Nutrición y Psicología Clínica, encausando hacia las especialidades y subespecialidad la obligatoriedad de realizar un servicio social como requisito para ejercer las mismas.

CRITERIO TECNICO

DIRECCION ADMINISTRACION Y GESTION DE PERSONAL:

“(…) En cuanto a la exposición de motivos de este Proyecto de Ley, retoma los orígenes del Servicio Social obligatorio para Profesionales de Ciencias de la Salud, e introduce que los cambios propuestos a la Ley N° 7559 obedecen a las variaciones sufridas por el sistema nacional de salud, por lo que se requiere encausarlo hacia las especialidades de estos profesionales.

Bajo ese entendido se propone reformar el artículo 2 de la Ley N° 7559, para que se cree un Servicio Social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud que ejercerán un especialidad o subespecialidad dentro de las disciplinas contenidas en dicho artículo, el cual textualmente indica:

“ARTÍCULO 2.- Creación del servicio social obligatorio. Se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud, como requisito indispensable para ejercer la profesión. Para tales efectos, se consideran profesiones en ciencias de la salud las siguientes:

- a) Medicina.*
- b) Odontología.*
- c) Microbiología.*
- d) Farmacia.*
- e) Enfermería.*
- f) Nutrición.*
- g) Psicología Clínica.*

Asimismo se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud que ejercerán una especialidad o subespecialidad de las disciplinas antes indicadas.

A solicitud de las Instituciones públicas que brindan servicio asistenciales a la población, el Ministerio de Salud determinará anualmente en cuales disciplinas de las señaladas de las especialidades o subespecialidades se requiere dar cobertura local o regional y así lo comunicará a los colegios profesionales respectivos para lo de su competencia.

El profesional en ciencias de la salud que haya realizado en la práctica su servicio social obligatorio no requerirá realizarlo para que su especialidad sea reconocida por parte de los colegios profesionales. Se exceptúa de lo anterior, a aquellos que no hubieren realizado efectivamente su servicio social obligatorio para el ejercicio de la profesión, en cuyo caso se requerirá participar en sorteo de servicio social obligatorio de la especialidad correspondiente, previo a su ejercicio y reconocimiento por parte de los colegios profesionales.”

Sobre el particular es importante exponer lo siguiente:

La Ley No. 7559 de “Servicio Social obligatorio para los Profesionales en las Ciencias de la Salud” vigente, establece en su artículo 1° y 2° lo siguiente:

“ARTÍCULO 1.- Principios

Esta ley se fundamenta en principios de solidaridad, justicia social e igualdad, para lograr los objetivos básicos de un servicio social cuya prestación se realizará por medio del sistema nacional de salud. Este servicio satisfará necesidades sociales, institucionales y docentes, extendiendo los servicios de salud a la comunidad, como una forma de retribución del profesional a la sociedad.

ARTÍCULO 2.- Creación del servicio social obligatorio

Se crea el servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud, como requisito indispensable para ejercer la profesión. Para tales efectos, se consideran profesiones en ciencias de la salud las siguientes:

- a) Medicina*
- b) Odontología*
- c) Microbiología*
- d) Farmacia*
- e) Enfermería*
- f) Nutrición”*

La Sala Constitucional ha señalado en cuanto a la naturaleza del Servicio Social Obligatorio:

“III.- Acerca de la naturaleza del servicio social obligatorio. En otras oportunidades este Tribunal Constitucional ha admitido que el principio de solidaridad social, en el que está imbuida nuestra Constitución Política, permite el gravamen soportado por unos en favor de todos, inclusive de unos pocos en favor de muchos (sentencia número 05141 de las dieciocho horas seis minutos del siete de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro), entendiendo así que en un Estado Social de Derecho como el que disfrutamos (artículo 50 constitucional), al lado de los derechos se enuncian deberes y prohibiciones para las personas, a favor de los demás miembros de la comunidad y del mismo Estado. Existen deberes constitucionales explícitos e implícitos: entre los primeros están los contemplados en el artículo 18 de la Constitución Política para los nacionales, que en el artículo 19 se extienden a los extranjeros, a saber: respetar la Constitución y las leyes, defender a la Patria y contribuir para los gastos públicos. Así, el primer deber de todo habitante del país es respetar la Constitución y el Ordenamiento Jurídico en general, presupuesto necesario para la existencia misma del Estado. El deber de defender a la Patria autoriza el eventual reclutamiento militar de los ciudadanos en caso de guerra; y el deber de contribuir para los gastos públicos funda la potestad tributaria del Estado y la obligación de los habitantes del país de pagar impuestos. Entre los deberes constitucionales implícitos están los que derivan de los principios de solidaridad y justicia social, con ocasión de los cuales surgen deberes para unas personas en favor de las demás, ya que se constituyen en medio para resolver la cuestión social en protección de los más necesitados. Consecuentemente, hay una tutela constitucional del trabajo y del trabajador, que a la vez imponen a algunos sujetos ciertas obligaciones de hacer y dar, como pagar salarios justos por parte de patronos, brindar condiciones dignas de labor, contribuir con el seguro social en proporción con los ingresos, etc. Estos deberes constitucionales se desarrollan en la Ley, e incluyen además algunos servicios personales civiles, como por ejemplo el servicio social obligatorio que deben prestar los profesionales de la salud en el caso que nos ocupa. Ahora bien, de ninguna manera podrían considerarse estos deberes como inconstitucionales, puesto que se desprenden de normas y principios de rango constitucional. Eso sí, se dan en el entendido de que los deberes constitucionales, al igual que los derechos con ese rango, no son absolutos, por lo que su regulación debe responder a topes y pautas de proporcionalidad y razonabilidad, debiendo por ello tener ciertas características, tales como generalidad, deben ser determinados, sea, corresponder a un servicio concreto, pero sobre todo, no deben superar lo que requiera la solidaridad y la justicia social. Bajo ese contexto es que se ha establecido el Servicio Social como una actividad extra-escolar obligatoria y de carácter temporal, que todo alumno de ciencias de la salud debe realizar dentro del marco de su perfil profesional, con el

cual podrá adquirir una experiencia práctica que enriquece el aprendizaje en todas las áreas del curriculum universitario. Al mismo tiempo, la experiencia del servicio social refuerza los valores cívicos y morales del estudiante y del profesional. De acuerdo a los principios y filosofía del Servicio Social, esta Sala ha manifestado que con la obligatoriedad de ese servicio social, se persigue el pleno desarrollo de la personalidad humana, de la solidaridad, de la comprensión, y en tal razón contribuyen en la solución de los problemas nacionales. Se ha insistido que tal tarea nos incumbe a todos, cada uno dentro de la específica función que desempeña en la sociedad. En la exposición de motivos de la Ley 7559 "Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en las Ciencias de la Salud" del seis de noviembre de mil novecientos noventa y cinco, se dijo que se creaba ese servicio social obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud, vista la necesidad de que todas las comunidades del país cuenten con servicios de Farmacia, Microbiología y Enfermería eficientes en los establecimientos públicos que requieran de esos servicios, especialmente en las zonas rurales y lugares alejados de los principales centro de población, en los cuales ese tipo de profesionales no se establecen por cuenta propia, ni desempeñan puestos en instituciones, en unos casos por inopia de profesionales y en otros por razones económicas". –La cursiva y el destacado no son del original.- Ver resolución número 2001-11594 de las 09:03 minutos del 09 de noviembre del 2001.

Considerando lo expuesto en la resolución de cita, esta Dirección estima procedente -tanto a nivel constitucional como legal-, la inclusión de un servicio social obligatorio para profesionales en ciencias de la salud que ejercerán una especialidad o subespecialidad. Esto es así, porque la reforma propuesta guarda congruencia con el espíritu de la Ley vigente y en especial con los principios constitucionales de solidaridad y justicia social, característicos de nuestro Estado de Derecho.

Sin embargo, el último párrafo propuesto en la reforma de comentario, a criterio de esta Dirección, no cumple con los preceptos antes referidos, propiamente en lo referente a que este servicio social (entendido como parte de deberes de orden constitucional), se realice siempre bajo una regulación que responda a topes y pautas de proporcionalidad y razonabilidad, para que a su vez logre ser determinado un servicio concreto, de alcance general y que no supere los requerimientos de la solidaridad y justicia social.

Como puede apreciarse de una simple lectura de ese párrafo final sugerido, no queda claro si se refiere al servicio social obligatorio que en general realiza todo profesional en ciencias médicas para ejercer su profesión en los términos de la Ley vigente, ni tampoco a cuál práctica se refiere, si es al ejercicio profesional, a la práctica propia de su formación profesional básica o a la práctica de una especialidad o subespecialidad; aspectos que son de suma importancia, pues

de su determinación depende que un profesional deba realizar el servicio social propuesto en este Proyecto de Ley o bien se le exceptúe de hacerlo.

Sobre el particular y suponiendo que el proyecto de reforma se enfoca solamente a las especialidades y subespecialidades médicas, conviene indicar que el CENDEISSS administra el sistema de formación y posgrado de Médicos Asistentes especialistas, cuyo promedio anual asciende a un total de 220 graduados, que no precisamente se encuentran laborando en la Institución. De esta forma, en caso de existir el servicio obligatorio para su colegiatura, la CCSS debe crear las plazas para su cumplimiento, lo cual podría significar, en caso de requerir el servicio social en la totalidad de las especialidades, un costo estimado anual de seis mil setecientos ocho millones de colones (¢6.708 millones), considerando un salario promedio de un Médico Asistente Especialista G-2, con 6 anualidades y los rubros que componen el salario ordinario, así como las cargas sociales correspondientes.

Por otra parte, no se comprende cuál es la necesidad de afirma que “*se exceptúa de lo anterior, a aquellos que no hubieren realizado efectivamente su servicio social obligatorio para el ejercicio de la profesión, en cuyo caso se requerirá participar en sorteo de servicio social obligatorio de la especialidad correspondiente (...)*”; pues esto no guarda congruencia con la obligatoriedad de realizar un servicio social (ya previsto en la Ley) aun cuando no se trate de una especialidad o subespecialidad y que es un requisito para la incorporación a los colegios profesionales en Ciencias de la Salud.

Así las cosas, se considera que este último párrafo debería ser más preciso sobre cuándo se debe realizar este servicio social, especificando si es para todo estudio de especialidad o subespecialidad, definiendo si se limita a una especialidad o subespecialidad, o bien, si se hará para todas aquellas que las persona curse y qué implicaciones tendrá respecto al estatus de colegiado que tenga el profesional interesado o pretenda llegar a tener en virtud de la ampliación de su formación profesional.

Igualmente, considera esta Dirección que el Proyecto de Ley objeto de comentario no viene a modificar, en su esencia, el servicio social obligatorio vigente, esto implica que su regulación general se mantiene invariable, consecuentemente su naturaleza jurídica se mantendrá como una relación contractual, de índole laboral, a plazo fijo, entre la Institución y los profesionales que lo realicen, sin que genere ningún Derecho adquirido sobre las plazas usadas para esos fines (y que nunca podrán ser ocupadas en propiedad), una vez que concluyan el servicio social¹⁵.

¹⁵Ver Resolución N° 3358-1998 de las 15:09 horas del 26 de mayo de 1998 de la Sala Constitucional.

Respecto al punto g) del artículo 2, donde se incluye como una profesión en ciencias de la salud a la Psicología Clínica, se considera que la Gerencia Médica debe valorar la pertinencia o no de hacer esa inclusión, por ser un tema relacionado precisamente a las ciencias médicas.

Finalmente, se considera importante contemplar cómo afectará esta reforma en otros artículos de la Ley N° 7559, especialmente los numerales 5 y 7, referidos a la remuneración y a la duración del servicio social, respectivamente.

CRITERIO TÉCNICO CENDEISS:

Mediante oficio DE-2630 de fecha 23 de noviembre, 2012, remite el criterio el del CENDEISS y en lo que interesa se transcribe:

“(…) En este caso creo que se debe incluir el tiempo que se debe prolongar el servicio social, es decir si se va hacer anual o por más tiempo, ya que debe ser proporcional a lo que les solicita la Caja a sus residentes cuando firman el contrato de la especialidad. De esa manera nos garantizamos la cobertura de población susceptible aunque un profesional no cumpla con el contrato con la CCSS.

Además, la propuesta reforma no menciona sobre la gestión de plazas para ese servicio, ni especifica cuál es la entidad de crearlas y gestionarlas.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en el criterio legal y técnicos correspondientes, recomienda a la Junta Directiva comunicar a la Comisión Especial Legislativa, que el contenido del presente artículo no es concordante con el motivo y objeto de la presente propuesta de reforma, así como también el artículo 2 de la misma, las cuales hacen referencia que debido al cambio en el sistema nacional de salud se ha considerado oportuno variar el servicio social obligatorio de los profesionales en las ramas de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Nutrición y Psicología Clínica, encausando hacia las especialidades y subespecialidad la obligatoriedad de realizar un servicio social como requisito para ejercer las mismas”.

Por tanto, se acuerda comunicar a la Comisión Especial Legislativa que el contenido del presente artículo no es concordante con el motivo y objeto de la presente propuesta de reforma, así como también su artículo 2, que hacen referencia a que, debido al cambio en el sistema nacional de salud, se ha considerado oportuno variar el servicio social obligatorio de los profesionales en las ramas de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Nutrición y Psicología Clínica, encausando hacia las especialidades y subespecialidad la obligatoriedad de realizar un servicio social como requisito para ejercerlas. Asimismo, se le recomienda tomar en consideración las siguientes observaciones:

- 1) Que al ser la Psicología Clínica una rama de la Psicología y al encontrarse esta última contemplada a nivel institucional dentro de las profesiones en Ciencias Médicas, resulta oportuno valorar la conveniencia de que la reforma de cita, específicamente en el punto g), se indique “Psicología” y no así “Psicología Clínica”.
- 2) Que sea la Caja Costarricense de Seguro Social la que regule la forma y condiciones en que los profesionales en Ciencias Médicas realicen el servicio social obligatorio para ejercer una especialidad o subespecialidad en las disciplinas de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Enfermería, Nutrición y Psicología.
- 3) Que el último párrafo del artículo 2 de la presente propuesta de reforma no es concordante con el motivo y su objeto, la cual establece que los profesionales en Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Nutrición y Psicología Clínica, deben realizar un servicio social obligatorio como requisito para ejercer especialidades y subespecialidades.
- 4) Al dar competencias al Ministerio de Salud en cuanto a definir el lugar y la forma en que se realiza el servicio social obligatorio, siendo ésta una competencia efectiva de la Caja Costarricense de Seguro Social ello devendría en inconstitucional.
- 5) De igual manera, en general y de cara al artículo 73 constitucional es a la Caja a la entidad a quien compete establecer qué especialidades médicas necesita, dónde las requiere y cómo se organiza para su mayor y mejor aprovechamiento, de acuerdo con sus posibilidades financieras.

H) Se tiene a la vista la nota número CRI-184-2012, firmada por la Jefa de Área, por medio del que, con instrucciones de la Diputada María Jeanette Ruiz Delgado, Presidenta de la Comisión Permanente Especial de Relaciones Internacionales y Comercio Exterior de la Asamblea Legislativa, comunica que en la sesión N° 19 del 22 de noviembre del año 2012, se aprobó la moción que se transcribe en lo que interesa: *“Para que el Expediente N° 18.563 **“LEY DE APROBACIÓN DEL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE UNA ASOCIACIÓN ENTRE CENTROAMÉRICA, POR UN LADO, Y LA UNIÓN EUROPEA Y SUS ESTADOS MIEMBROS, POR OTRO; Y LA APROBACIÓN POR PARTE DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA DE LA ENMIENDA AL ARTÍCULO XXI DE LA CONVENCIÓN SOBRE EL COMERCIO INTERNACIONAL DE ESPECIES AMENAZADAS DE FAUNA Y FLORA SILVESTRES, ADOPTADA EN REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA CONFERENCIA DE LAS PARTES, EN GABORONE, BOTSWANA, EL 30 DE ABRIL DE 1983”** sea consultado todas las instituciones autónomas”*.

Se solicitó criterio unificado con las Gerencias Médica, Pensiones y Financiera.

Se ha distribuido el oficio N° GF-31.406-12 fechado 28 de noviembre del año en curso, firmado por el Gerente Financiero que, en lo conducente, literalmente se lee así, en lo que interesa:

“Mediante el oficio JD-PL-0089-12 del 26 de noviembre de 2012, se solicita a las Gerencias Médica, de Pensiones y Financiera emitir criterio respecto al proyecto de ley citado en el epígrafe y tramitado bajo el expediente N° 18.563, debiendo esta última unificar los criterios correspondientes para la sesión del 06 de diciembre de 2012.

En ese sentido y dado que se ha estimado pertinente solicitar criterio a las instancias técnicas de cada Gerencia, así como la magnitud del mismo, se le solicita de la manera más atenta, gestionar ante la Comisión de Relaciones Internacionales y Comercio Exterior de la Asamblea Legislativa, la concesión de una prórroga del plazo indicado en el oficio CRI-184-2012 del 26 de noviembre de 2012, por quince (15) días hábiles más para la remisión del criterio institucional ”,

y **se acuerda** solicitar a la Comisión consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

D) Se retoma el asunto contenido en la nota número TUR-168-2012, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, en la que comunica que dicha Comisión tiene en estudio el **expediente legislativo N° 18.592, Proyecto de ley: “LEY MARCO PARA LA DECLARATORIA DE CIUDADES LITORALES Y SU REGIMEN DE USO Y APROVECHAMIENTO TERRITORIAL”**, y en la sesión N° 14 se **aprobó la siguiente moción: “Para que el texto sustitutivo del EXPEDIENTE N° 18.592, sea enviado a consulta”**.

Se ha distribuido el criterio de la Gerencia Financiera contenido en el oficio número GF-31.408-12 de fecha 30 de noviembre del año en curso, cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee así:

“I. ANTECEDENTES

a) En La Gaceta N° 206 del 25 de octubre de 2012, Alcance N° 163, la Asamblea Legislativa publicó el proyecto de ley denominado “Ley Marco para la Declaratoria de Ciudades Litorales y su Régimen de Uso y Aprovechamiento Territorial”, tramitado bajo el expediente N° 18.592.

b) Mediante oficio TUR-168-2012 del 12 de noviembre de 2012, suscrito por la Licda. Silma Elisa Bolaños Cerdas, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, se consulta el proyecto a la Institución.

c) *Por oficio JD-PL-0082-12 del 13 de noviembre de 2012, emitido por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, se solicita criterio a la Gerencia Financiera.*

II. RESUMEN DEL PROYECTO

En la exposición de motivos del proyecto inicial, se indica que su objetivo es establecer una alternativa al desalojo indiscriminado de la zona marítimo-terrestre, declarando las circunscripciones territoriales ubicadas en el litoral, como áreas urbanas, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Planificación Urbana N° 4240, de 15 de noviembre de 1968 y sus reformas.

Asimismo, que cuenten con un plan regulador costero aprobado y que puedan ser declaradas ciudades litorales, y en consecuencia, obtengan un régimen de uso y aprovechamiento del territorio que comprende dicha declaratoria.

En ese sentido, se indica que dicho proyecto propone el marco regulatorio para la declaratoria de ciudades litorales y el régimen de uso y aprovechamiento de las áreas comprendidas en ellas, lo cual no conllevaría la desafectación de las áreas que tengan naturaleza demanial, es decir, la declaratoria de ciudad litoral, si bien, constituye una excepción a la Ley Sobre la Zona Marítimo-Terrestre, N.º 6043 de 2 de marzo de 1977 y sus reformas, no pretende eliminar la naturaleza de bien de dominio público de los doscientos metros contiguos a la pleamar, sino establecer un régimen de uso aprovechamiento de dichas áreas.

De igual manera se señala, que dicha declaratoria traerá consigo la posibilidad de que las municipalidades de la jurisdicción respectiva, puedan concesionar los territorios comprendidos en ciudades litorales que correspondan al demanio público, en absoluto apego a los planes reguladores costeros aprobados.

Además, la iniciativa establece que la declaratoria de ciudad litoral será competencia del Poder Ejecutivo, lo cual, deberá realizarse mediante Decreto Ejecutivo, previo informe técnico que determine la viabilidad de la declaratoria, el cual estará a cargo de una Comisión Interinstitucional, adscrita al Ministerio de Gobernación y Policía.

Finalmente se indica, que la propuesta no procura desconocer las garantías constitucionales en materia de protección al medio ambiente. Por el contrario, al supeditarse la declaratoria de ciudades litorales a la aprobación de los planes reguladores costeros, se garantiza la no afectación del ambiente, siendo que dichos planes requieren para su aprobación el criterio técnico favorable de la Secretaría Técnica Ambiental (SETENA), lo cual incluye la certificación de patrimonio natural del Estado y los índices de fragilidad ambiental, favoreciéndose la eliminación de la ocupación ilegítima, ya que prevé un régimen de concesión que posibilita el

uso y aprovechamiento de las áreas que incorpora la ciudad litoral. Concesiones que solamente podrán ser otorgadas en estricto apego al plan regulador costero y a la declaratoria de ciudad litoral.

Ahora bien, el texto sustitutivo propuesto, se encuentra conformado por cinco capítulos, veintisiete artículos y un transitorio 1. El primer capítulo, relacionado con la declaratoria de ciudad litoral; el segundo con el régimen para el uso y aprovechamiento territorial de ciudades litorales; el tercero hace referencia a disposiciones generales, tales como excepciones a la ley y autorización al Estado, municipalidades, instituciones autónomas y semiautónomas para invertir en las ciudades litorales.

El cuarto capítulo, hace mención a la reforma al artículo 15 de la Ley sobre División Territorial Administrativa y el numeral 6 de la Ley sobre la Zona Marítimo Terrestre. El capítulo quinto, se refiere a disposiciones transitorias, en el que dispone solo un Transitorio I, referente a que las Municipalidades con jurisdicción en zona marítimo terrestre que tengan interés en tramitar una declaratoria de ciudad litoral, dispondrán de treinta y seis meses para concretar la tramitación de citada declaratoria y veinticuatro meses para concretar la aprobación y publicación del plan regulador urbano de la ciudad litoral.

Asimismo, se indica durante los citados plazos, las municipalidades podrán conservar las construcciones y utilizarlas a título precario, siempre que la Secretaría Técnica Ambiental (SETENA) no acredite la comisión de daño ambiental o de peligro al medio ambiente y se pague un canon por uso del suelo, el cual no generará derecho alguno.

III. CRITERIO TÉCNICO

Para efectos del presente asunto, se solicitó criterio a la Dirección Financiero Contable, la cual mediante oficio DFC-2213-12 del 15 de noviembre de 2012, suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, indica:

“...desde el punto de vista financiero contable no se emite criterio alguno. En el caso específico de la Caja Costarricense de Seguro Social, si bien es cierto en la actualidad tiene edificaciones en ciudades litorales, como es el caso del Hospital Monseñor Sanabria, de acuerdo con el artículo 24 del proyecto, quedaría exento de la aplicación de la ley...”.

Asimismo, por oficio DP-1493-2012 del 15 de noviembre de 2012, la Licda. Sara González Castillo, Directora de Presupuesto, señala:

“...el proyecto de Ley “Marco para la declaratoria de ciudades litorales y su régimen de uso y aprovechamiento territorial” no tiene incidencia presupuestaria, por tanto esta Dirección no emite criterio...”

IV. DICTAMEN LEGAL

Mediante oficio CAIP-0820-2012 del 30 de noviembre de 2012, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de esta Gerencia, rinde el siguiente criterio legal:

“...De previo a conocer el fondo del asunto, es de relevancia indicar qué se entiende por “ciudad” y “litoral”, en cuanto al primero, en el Dictamen C-002-1999 del 5 de enero de 1999, emitido por la Procuraduría General de la República, se indica:

“...En suma, la ciudad configura "el espacio geográfico transformado por el hombre mediante la realización de un conjunto de construcciones con carácter de continuidad y contigüedad; ocupado por una población relativamente grande, permanente y socialmente heterógena, en el que se dan funciones de residencia, gobierno, transformación e intercambio, con un grado de equipamiento de servicios que asegura las condiciones de vida humana...”

En relación con el concepto Litoral, el inciso h) del artículo 2 del Reglamento a la Ley sobre la Zona Marítimo Terrestre, señala:

“...Litoral: “Orilla o costa del mar, que se extiende por las rías y esteros permanentes hasta donde éstas sean sensiblemente afectadas por las mareas y presenten características marinas y definidas...”

Aunado a esto, resulta importante hacer mención que el artículo 6 de la Ley sobre la Zona Marítimo Terrestre, dispone:

“...**Las disposiciones de esta ley no se aplicarán a las áreas de las ciudades situadas en los litorales**, ni a las propiedades inscritas, con sujeción a la ley, a nombre de particulares, ni a aquellas cuya legitimidad reconozcan las leyes...”. (Lo destacado no corresponde al original)

En ese sentido, el Dictamen supracitado, indica también que:

“...La correcta determinación de las ciudades costeras es primordial por los efectos que conlleva en torno a la exclusión de las áreas de la zona marítimo terrestre (sic) del patrimonio público de la Nación y, por consiguiente, de la administración municipal, con ajuste a la Ley 6043 (art. 6). Como señalamos en el dictamen C-062-89, para atribuir la condición de ciudad a ciertos conglomerados, a los fines de exceptuarlos de la vigencia de dicha Ley, el criterio genérico a que se acudía de ordinario era el artículo tercero del Código Municipal precedente, que otorgaba ese título a la cabecera del cantón.

Desde este punto de vista, dijimos en esa ocasión, "no lo serían Cahuita y Puerto Viejo, pertenecientes a Talamanca, en calidad de "villa" y "poblado"

respectivamente, según el Decreto Ejecutivo N° 18673-G de 14 de noviembre de 1988, que oficializa la división Territorial Administrativa de la República. El título de ciudad, lo ostenta Bratsí, Bribrí". Tampoco tendrían la calidad de ciudad el poblado de Jiménez de Golfito, en los ejemplos que planteáramos líneas atrás, ni los que estén en circunstancias parecidas.

El problema surge ahora con el nuevo Código Municipal, Ley N° 7794 de 30 de abril de 1998, que entró en vigencia dos meses después, por cuanto si bien mantiene el texto de que el cantón "es la sede del gobierno municipal", suprimió la frase que otorgaba a las cabeceras el título de ciudad (...)

Ante ello, cabe preguntarse si en la actualidad las cabeceras de los cantones costeros constituyen verdaderas ciudades, o si por el contrario, fueron despojadas de ese rango, lo cual llevaría a la inmediata aplicación dentro de su ámbito de la Ley sobre Zona Marítimo Terrestre, con todas las consecuencias que se seguirían.

La respuesta es afirmativa, tanto por estarse ante situaciones jurídicas consolidadas al amparo del Código Municipal anterior (...), como porque es el criterio válido que ha de estimarse tomó en cuenta el legislador de 1977 al utilizar el término en la Ley 6043, sea, el que responde a la voluntad legislativa (...), y **ser evidente, a la luz de las consideraciones hechas, que en nuestro ordenamiento son ciudades las cabeceras de los cantones** (...). Para una interpretación diversa se requeriría ley expresa disponiendo en contrario y previendo lo relativo a las expropiaciones de propiedades que ingresaron a patrimonio de los particulares (...)

Por lo demás, el artículo 15, párrafo final, de la Ley sobre División Territorial Administrativa, N° 4366 de 5 de agosto de 1969 (...) **dispone que "el título de Ciudad lo concederá la Asamblea Legislativa a los poblados, oyendo previamente el criterio de la Comisión Nacional de División Territorial"**. Norma aplicable a la creación de nuevos cantones; **no a las declaratorias legislativas de ciudades pretéritas**, que omitieron el trámite ahí previsto (...)

La protección de las playas, comprendidas las de las ciudades litorales, la encomendaba a la Municipalidad del lugar el Código Municipal de 1974, en el artículo 4, inciso 8, que desapareció en el nuevo (...). Pero el principio mantiene validez, al encargarse a los Ayuntamientos el gobierno y la administración de los intereses locales, con obligación de promover el desarrollo integral (sostenible) del cantón y el adecuado ordenamiento urbano; funciones en las que se hallaría la de velar por la correcta utilización de las áreas de uso público no confiadas a la defensa de otras instituciones, para garantizar su destino, el mayor bienestar colectivo y una mejor calidad de vida de la población...". (Lo resaltado es propio)

Como corolario de lo citado, el Órgano Procurador en el Dictamen OJ-042-2005 del 31 de marzo de 2005, apuntó:

"...El razonamiento debe partir del artículo 6° de la Ley sobre la Zona Marítimo Terrestre, a tenor del cual sus disposiciones "no se aplicarán a las áreas de las ciudades situadas en los litorales, ni a las propiedades (sic) inscritas, con sujeción a

la ley, a nombre de particulares, ni aquellas cuya legitimidad reconozcan las leyes." **La consolidación de este proceso de formación de ciudades en los litorales del país, con altos porcentajes de espacios reducidos a patrimonio privado y su consiguiente onerosidad para restituirlos al demanio costero, llevó al legislador de 1977 a excluirlas de la afectación que hace en la Ley 6043...**". (El énfasis es propio)

De igual manera, conviene traer a colación, el Dictamen OJ-124-2008 del 14 de noviembre de 2008, que establece:

"...La Ley de Planificación Urbana (art. 1º) y el Reglamento para el Control Nacional de Fraccionamientos y Urbanizaciones (art. I.9) definen el área urbana como el "ámbito territorial de desenvolvimiento de un centro de población". **De donde se deduce que "toda ciudad es área urbana, pero a la inversa no siempre es así.**

Con la errónea equiparación de los vocablos de 'ciudad' y 'áreas urbanas' bastaría la creación o desarrollo de éstas para desafectar del demanio marítimo terrestre y privatizar esos espacios, lo que no es el espíritu que inspira la Ley sobre Zona Marítimo Terrestre, orientada, al contrario, por el régimen publicista (...). A lo que se liga la dificultad a menudo existente para precisar los límites de lo urbano, dado el dinámico proceso o expansión que lo afecta, invadiendo lo rural y haciendo movediza o sutil la frontera entre ambos."

En lo atinente a las costas **las únicas ciudades litorales, cabeceras de cantón, que ostentan ese rango por declaratoria legal son: "Puntarenas (Decreto Legislativo 10 de 17 de setiembre de 1858), Limón (Decreto Legislativo 59 de 1º de agosto de 1902), Jacó (Garabito; Ley 6512 de 25 de setiembre de 1980, art. 3), Golfito y Quepos (Aguirre); estos dos últimos por Ley 3201 de 21 de setiembre de 1963"** (...)

Otra razón que explica la declaratoria legislativa es que **la ciudad forma parte esencial del territorio del país. No existen ciudades fuera de la división político administrativa de la Nación.** En consecuencia, **el título de ciudad ha de conferirlo el propio Estado,** lo que hace por medio del Congreso, en atención a sus repercusiones jurídicas, políticas, sociales y económicas...". (Lo destacado no corresponde al original)

Ahora bien, en relación con la iniciativa de marras, resulta oportuno indicar que si bien desde el punto de vista financiero contable y presupuestario, dicho proyecto no tiene incidencia con la Institución, se sugiere incluir dentro del texto sustitutivo propuesto, lo establecido en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a saber:

"...Para realizar los siguientes trámites administrativos, será requisito estar al día en el pago de las obligaciones de conformidad con el **artículo 31 de esta ley.**

1.-La admisibilidad de cualquier solicitud administrativa de autorizaciones que se presente a la Administración Pública y esta deba acordar en el ejercicio de

las funciones públicas de fiscalización y tutela o cuando se trate de solicitudes de permisos, **exoneraciones, concesiones** o licencias. Para efectos de este artículo, se entiende a la Administración Pública en los términos señalados en el artículo 1 tanto de la Ley General de la Administración Pública (...)

2.- En relación con las personas jurídicas, la inscripción de todo documento en los registros públicos (...)

5. El disfrute de cualquier régimen de exoneración e incentivos fiscales. **Será causa de pérdida de las exoneraciones y los incentivos fiscales acordados, el incumplimiento de las obligaciones con la seguridad social**, el cual será determinado dentro de un debido proceso seguido al efecto...”. (Lo resaltado es propio)

En virtud de lo citado, se recomienda modificar la redacción de los artículos 13, 18 inciso 1), 19 y 21 de la iniciativa propuesta, para que se lea de la siguiente manera:

“...**ARTÍCULO 13.-** No se otorgarán concesiones:

- a) A personas físicas extranjeras que no hayan residido en el país por lo menos durante diez años;
- b) A personas físicas extranjeras cuyo estatus migratorio sea irregular;
- c) A personas jurídicas domiciliadas en el exterior;
- d) A personas jurídicas cuyas acciones, correspondan en más de cincuenta por ciento a extranjeros.

e) A personas físicas y jurídicas que incumplan obligaciones con la Seguridad Social, de conformidad con los artículos 31 y 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social...”

“...**ARTÍCULO 18.-** Para los efectos de esta Ley, son causales de cancelación y extinción de las concesiones otorgadas en ciudades litorales, las siguientes:

1) La cancelación de la concesión se producirá cuando el concesionario:

- a) Incumpla las obligaciones y las condiciones establecidas en esta ley, los reglamentos que al efecto se dicten o las impuestas en el contrato de concesión, excepto si se comprueba caso fortuito, fuerza mayor o hecho de un tercero.
- b) Incumpla sus obligaciones de pago del canon definido.
- c) **Incumpla las obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social...**”

“...**ARTÍCULO 19.-** Cada Municipalidad será responsable de fijar los cánones que los concesionarios deban cancelar a favor de la Administración por el uso y aprovechamiento del demanio público dado en concesión. Dicho canon sustituye el impuesto territorial y no podrá ser superior al monto que se cobre por dicho tributo.

Las municipalidades deberán establecer cánones diferenciados de acuerdo con el uso y la magnitud de la actividad que se autorice desarrollar.

Se exoneran de la cancelación del referido canon, las instituciones del Estado, las instituciones autónomas y semiautónomas que sean prestatarias de servicios públicos en la ciudad litoral; y los beneficiarios de una única concesión, otorgada exclusivamente para uso habitacional, cuyo valor máximo del terreno dado en concesión sea equivalente a cuarenta y cinco salarios base, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley N° 7337 de 5 de mayo de 1993 y sus reformas.

Para efectos de las exenciones supracitadas, se considerará lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social...”.

“...**ARTÍCULO 21.-** Las concesiones otorgadas en ciudades litorales al amparo de esta ley, deberán inscribirse en el Registro General de Concesiones del Registro Nacional.

Para efectos de lo anterior, la Municipalidad correspondiente deberá verificar que la persona física o jurídica beneficiaria de la concesión otorgada, se encuentra al día con las obligaciones de la Seguridad Social, previo a su inscripción en el registro de marras...”

V RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

Con base en el dictamen emitido por la asesoría legal de esta Gerencia, se recomienda a la Junta Directiva contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, referente al texto sustitutivo del proyecto de ley denominado “Ley Marco para la Declaratoria de Ciudades Litorales y su Régimen de Uso y Aprovechamiento Territorial”, tramitado bajo el expediente N° 18.592, en los siguientes términos ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la licenciada Silvia Dormond Sáenz, Asesora de la Gerencia Financiera, con base en la citada recomendación de la Gerencia Financiera, **se acuerda** comunicar a la Comisión consultante que la Institución está de acuerdo con el Proyecto de ley denominado “Ley Marco para la Declaratoria de Ciudades Litorales y su Régimen de Uso y Aprovechamiento Territorial”, tramitado bajo el expediente N° 18.592, toda vez que si bien es cierto, en la actualidad la Caja Costarricense de Seguro Social tiene edificaciones en ciudades litorales así declaradas, tal como Puntarenas, Limón, Jacó, Golfito y Quepos, de acuerdo con el numeral 24 del Proyecto bajo análisis, éstas quedarían exentas de la aplicación de esta iniciativa. Asimismo, desde el punto de vista económico, financiero y presupuestario, la iniciativa no tiene incidencia con los quehaceres propios de la Institución. Sin

embargo, se recomienda a la comisión consultante considerar la modificación de la redacción de los artículos 13, 18 inciso 1), 19 y 21 de la iniciativa propuesta, a fin de que se incluyan dentro del texto sustitutivo, las obligaciones que deben cumplir tanto las personas físicas como jurídicas, en relación con la Seguridad Social, conforme lo establecen los artículos 31 y 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

III) NOMBRAMIENTO DIRECTORES ÓRGANOS DESCONCENTRADOS:

Se acuerda nombrar en forma interina al Dr. Rodolfo Hernández Gómez como Director General a.i. del Hospital Nacional de Niños, a partir del 1° de enero del año 2013 por un período de 6 (seis) meses.

IV) PROGRAMA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS:

Se acuerda prorrogar del 7 de diciembre del año 2012 al 2 de noviembre del año 2013, el permiso con goce de salario, en carácter de beca, que disfruta la doctora Margarita Camacho Vargas, Médico Asistente de Cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional de Niños, para que continúe los estudios de Posgrado en Cirugías y Cardiopatías Congénitas, en el Hospital La Timone, Université Aix de Marseille, Francia.

V) CONSIDERANDO ÚNICO

Que el informe de la Gerencia Médica 11.701-8 realiza recomendaciones para garantizar la sostenibilidad financiera, la calidad del servicio público y la protección del patrimonio de la Institución, valorando la oportunidad y conveniencia de los tópicos de formación académica relacionados con aspectos financieros en el contexto de las Políticas para el mejor aprovechamiento de los recursos dictadas por la Junta Directiva. Del informe referido, queda claro que el internado universitario es un requisito académico, parte del plan de estudios universitario como último año de la carrera, que los Internos Universitarios son estudiantes de último año de la Carrera de Medicina, Farmacia y Microbiología, que el internado universitario es un requisito de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que los Internos Universitarios no están autorizados para realizar actos médicos y no tienen responsabilidades asistenciales dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Asimismo, que los internos universitarios no son funcionarios de la CCSS y no existe un derecho fundamental a recibir una beca para realizar estudios de ninguna naturaleza (Resolución #2001-03286 del 27 de abril del año 2001). Queda claro también que la Constitución Política ha señalado que el presupuesto es el límite de acción de los poderes públicos y que la CCSS ha concedido beca a los Internos Universitarios de acuerdo con sus posibilidades presupuestarias y a la conveniencia de promover la formación de médicos y que, no obstante, la Caja de acuerdo con

sus posibilidades presupuestarias, en el año 2001, dispuso de 350 (trescientas cincuenta) becas para los estudiantes de último año de Medicina, 40 (cuarenta) para Farmacia y 36 (treinta y seis) para Microbiología que realizarían el Internado Universitario en las unidades académicas de la Institución, dicha situación ha variado y en razón de la situación financiera actual de la CCSS, sus posibilidades presupuestarias para otorgar -becas a los Internos Universitarios se han visto disminuidas; además, ha cambiado la conveniencia de fomentar la formación de médicos, dada la alta oferta académica actual en Ciencias Médicas; situación que difiere sustancialmente de las condiciones del año 2001 y que el otorgar becas a estudiantes universitarios no está contemplado entre las funciones sustantivas de la Institución.

También queda claro que el estudiante interno genera diversos gastos para la Institución; gastos que, según la motivación del informe, no deben ser asumidos por la Caja, en consecuencia, el campo clínico que utiliza el universitario debe ser asumido por los centros docentes, de conformidad con el Reglamento de Actividad Clínica Docente.

Queda establecido, que la Caja, en apego a la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, según se dispuso en el artículo 25° de la sesión número 8505 del 28 de abril del año 2011 y en el artículo 6° de la sesión 8509 del 26 de mayo del año 2011, reiterado en la circular número GF-7802, emitida por la Gerencia Financiera el 6 de enero del año 2012, acordó, como medida de sana administración de recursos públicos, no ofrecer becas, esto con la finalidad de que el gasto no incida negativamente en calidad de los servicios esenciales que presta la Institución. Estas acciones entre otras medidas de aprovechamiento racional de recursos financieros, deben complementarse con disposiciones administrativas de igual dogmática.

POR TANTO:

De conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica inserta en el mencionado oficio N° 11.701-8 de fecha 26 de noviembre del año 2012, que refiere a los motivos y fundamentos técnicos, así como de oportunidad y conveniencia para las recomendaciones realizadas, y que se adjunta el criterio de la Dirección Jurídica DJ-7643-2012 de fecha 24 de octubre del año 2012; una vez realizada la presentación por parte de la Dirección Ejecutiva del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), **se acuerda:**

ACUERDO PRIMERO: en apego a la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, las limitaciones financieras actuales de la Institución y las medidas correctivas adoptadas en el contexto de la citada Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, se confirma que la Caja no dispone oferta de becas para Internos Universitarios.

ACUERDO SEGUNDO: modificar el artículo 25° del **REGLAMENTO PARA LA ACTIVIDAD CLÍNICA DOCENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**, cuyo texto queda de la siguiente manera:

“Artículo 25: Costo de los Campos Docentes: Las entidades docentes pagarán el costo con base en la tarifa diaria vigente, durante el período académico, siendo cancelada durante el período respectivo en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles después de haber recibido la factura, previa verificación del CENDEISSS de acuerdo con los parámetros establecidos por la Institución.

Los estudiantes de posgrado (bajo la modalidad de residencias), dada su condición de profesionales en Ciencias Médicas y como funcionarios de esta Entidad no están sujetos al cobro del campo clínico”.

VI) Se acuerda que el tema referente a la visión del proceso de reestructuración, por parte de la Gerencia de Pensiones, se trate en la Comisión de Pensiones.

VII) Se acuerda aprobar las *“Medidas adoptadas por la administración para impulsar las ventas de propiedades temporales”*, que en adelante se transcriben y el *Plan de trabajo para promover la venta de propiedades del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte*, que contempla las etapas para la reforma al *Reglamento para la venta de propiedades provenientes de ejecuciones de garantía hipotecaria o pago de obligaciones del Régimen de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social* y el *Procedimiento de disminución del porcentaje al precio de la base del remate o venta pública de bienes temporales RIVM (Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte)*, y una copia del cual consta en la documentación anexa a la citada comunicación número GP-49.051:

**“MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN PARA
IMPULSAR LAS VENTAS DE PROPIEDADES TEMPORALES”**

a) Insistencia en la publicidad:

Por su parte, es clave indicar que con el fin de impulsar la venta de bienes inmuebles temporales del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, es de vital importancia la **insistencia en la publicidad** de los concursos que esta Área realice a lo largo del período 2013. Para lo cual, se tiene programado al menos una venta mensual, en la cual se hará una publicidad por medio de la página web Institucional, y los días sábados y lunes con suficiente antelación se comunicará sobre el concurso vigente en un medio escrito de mayor circulación nacional, además de acudir a comunicados de prensa que no requiere de erogación de fondos públicos. **Responsable: Área Administrativa, plazo: a partir de febrero del año 2013.**

b) Aplicación en la página web:

Se estará coordinando con la Dirección de Comunicación Organizacional para desarrollar una **aplicación en la página web**, en la que los usuarios podrán acceder en todo momento a los bienes inmuebles que se encuentran disponibles para la venta. **Responsable: Área Administrativa, Dirección de Comunicación, plazo: primer trimestre del año 2013.**

c) Entrega la información cartelaria:

En los recintos del Edificio Jorge Debravo, se estará **entregando la información cartelaria** de los diferentes concursos, a fin de informar a los usuarios sobre los requisitos y demás. **Responsable: Área Administrativa, plazo: a partir de febrero del año 2013, día hábil siguiente de publicado en el Diario Oficial La Gaceta.**

d) Coordinación en diferentes zonas del país la realización de los concursos:

Se estará **coordinando en diferentes zonas del país la realización de los concursos**, con el fin de que los inmuebles que se encuentran localizados en dichas áreas sean accedidos con mayor facilidad por los potenciales oferentes. Igualmente, se elaborará un afiche, el cual será colocado en los distintos centros hospitalarios y administrativos, para que los usuarios se informen sobre este tipo de actividades; éste como mecanismo adicional para promover las ventas. **Responsable: Área Administrativa, plazo: primer trimestre del año 2013”.**

VIII) Se acuerda instruir a la Gerencia Médica y a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que valoren, en el marco de la legalidad, la compra urgente y priorizada de los angiógrafos de los Hospitales México y San Juan de Dios.

Asimismo, se les solicita que con la mayor brevedad posible y con carácter de urgencia –y con el apoyo de la Gerencia de Logística- se busquen soluciones expeditas a corto plazo para solventar la necesidad prioritaria. Se les pide, además, mantener informada a la Junta Directiva del curso que se le dé al asunto, de manera que este órgano colegiado pueda adoptar las acciones necesarias, en caso de requerirse.

IX) Se toma nota del oficio número DPI-614-12 de fecha 29 de noviembre del año 2012, suscrito por el Director de Planificación Institucional, en el que comunica que, en atención al oficio N° DP-1400-2012 suscrito por la Licda. Sara González Castillo, Directora de Presupuesto, y según lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 5° de la sesión N° 8606, en donde se aprobó la modificación presupuestaria 07-2012 del Seguro de Salud, adjunta la nota N° DPI-

APO-52-12 que, en adelante se transcribe, suscrita por la MBA. Meraydi Duarte Briones, Jefa a.c. del Área de Planificación Operativa, en la que se refiere a la incidencia en el Plan Operativo Anual Institucional 2012 (POAI), con el fin de que forme parte del expediente de este acuerdo:

“En atención a oficio DP-1400-2012, suscrito por la Licda. Sara González Castillo, Directora de la Dirección de Presupuesto, en el cual solicita la incidencia en el Plan Operativo Anual Institucional (POAI 2012), producto de los movimientos presupuestarios originados en esta modificación presupuestaria, le informo que se procedió a la revisión respectiva, determinándose que no hay incidencia en el POAI 2012, toda vez que dichos recursos se asignarán a fondos institucionales en diferentes rubros (traslados, servicios médicos, prestaciones legales) como previsión para atender las necesidades en el transcurso del período.

Una vez que los recursos se tomen de dichos fondos de previsión para el financiamiento de actividades específicas, se deberá realizar una valoración con el fin de determinar si inciden en la programación del Plan Operativo Anual Institucional”.

X) Se tiene a la vista la comunicación de fecha 13 de noviembre del año 2012, suscrita por el señor Geovanny Castillo Díaz, en la que comunica formalmente su renuncia como miembro de la Junta Directiva de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja Costarricense de Seguro Social OPC-CCSS. Lo anterior, ha sido debidamente informado a la Confederación de Asociaciones Solidaristas (CONCASOL) que es el órgano legalmente constituido para representar al sector solidarista nacional, el cual lo honró al designarlo como representante de dicho sector en la OPC-CCSS. Agradece todas las atenciones brindadas al suscrito, y **se acuerda** convocar a una asamblea general de accionistas de la OPC CCSS S.A., para el 13 de diciembre en curso, para tratar este asunto.

XI) Se conoce la copia del oficio número 55480, que seguidamente se transcribe, suscrito por el Auditor Interno, dirigido al Gerente Financiero y al Gerente Administrativo, en la cual se refiere a la reactivación de plazas vacantes, y **se acuerda** recordar al Consejo Financiero y de Control Presupuestario que las plazas que se sometan a consideración de la Junta Directiva, para su reactivación, deben ajustarse a las resoluciones adoptadas, en su momento, por parte de este órgano colegiado, así como a lo anotado por la Auditoría en el informe en consideración.

XII) **Se toma nota** de la copia del oficio número P.E. 52.007-12 de fecha 26 de noviembre del año 2012, que firma la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, dirigida al Gerente Financiero, mediante la cual traslada el oficio N° 12595 (DFOE-SOC-0988) de fecha 22 de noviembre de 2012, que en adelante se transcribe, suscrito por la Licda. Giselle Segnini Hurtado, Gerente de Área Servicios Sociales de la Contraloría General de la República, al que adjunta la “Aprobación del Presupuesto Extraordinario No. 4 del 2012 de la Caja Costarricense de Seguro Social”:

“Con fundamento en las atribuciones conferidas a la Contraloría General de la República en el artículo 184 de la Constitución Política de la República, en los artículos 4 y 18 de su Ley Orgánica, N° 7428, y otras leyes conexas, se ha procedido a analizar el Presupuesto Extraordinario Nro.4 de 2012, presentado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aprobado por la Junta Directiva en la Sesión Ordinaria N° 8610, celebrada el 15 de noviembre del año en curso.

Del análisis realizado sobre la documentación adjunta al citado documento, este órgano contralor, resuelve aprobar el presupuesto extraordinario.

Sobre el particular se indica lo siguiente:

1. PLAN OPERATIVO ANUAL

Mediante oficio de la Dirección de Planificación Institucional de la CCSS¹⁶, se indica que: este movimiento presupuestario no tiene incidencia en las metas del Plan Operativo Anual Institucional 2012 (POAI 2012), y que estos recursos son necesarios para iniciar el proceso administrativo de los proyectos que se espera ejecutar durante el año 2013, de la meta 25.1 “Lograr cumplir en un 85% las metas anuales incluidas en el Portafolio de Proyectos de Inversión”, meta que por amplitud y poca claridad, ha sido cuestionada anteriormente por esta Contraloría General.

Además, mediante el oficio P.E. 51.740-12 del 31 de octubre de 2012, de la Presidenta Ejecutiva, se indica que con los fondos provenientes de Ley 9028 para el período 2013-2017, se espera realizar acciones, entre otras, relacionadas con: la Educación, especialmente a niños y jóvenes para que no lleguen a fumar; clínicas de cesación de fumado en las cuales se ofrezca ayuda profesional a las personas que deseen dejar de fumar; Prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades pulmonares y cardíacas y la Adquisición de equipo y ampliación de la infraestructura para incrementar la capacidad instalada para detección temprana del cáncer y enfermedades derivadas del tabaco.

En virtud de lo anterior, es importante tener presente que la planificación es un proceso continuo, por lo que resulta relevante realizar la programación e iniciar las actividades desde el período 2012 para el diagnóstico, el tratamiento, y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo y el fortalecimiento de la Red Oncológica, indispensables para mejorar la salud de los costarricenses, aspecto que fue considerado

¹⁶ Oficio N° DPI-583-12 del 13 de noviembre de 2012.

por esta Contraloría General para aprobar la presentación de este documento en forma extemporánea.

2. APROBACIONES

a) Esa entidad presentó una propuesta de incremento en los ingresos y egresos por un monto de ¢9.024,0 millones, que corresponden en su totalidad al Seguro de Salud. Después del análisis realizado se aprueba por el monto propuesto. Es responsabilidad de esa Administración garantizarse que la ejecución de los recursos propuestos, se realice de conformidad con las leyes que le dieron origen, y de acuerdo con los principios de eficiencia, eficacia y economía en el uso de los fondos públicos.

b) El aporte del Gobierno Central se aprueba por la suma de ¢9.024,0 millones, con base en el Proyecto de ley Nro. 18623, Modificación a la Ley N° 9019 Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República, que se encuentra en trámite en la Asamblea Legislativa.

c) En relación con los egresos, éstos se aprueban en el entendido de que dicha aprobación se refiere únicamente al contenido presupuestario, por lo que los montos propuestos representan el límite máximo de gasto con que cuenta la entidad para la ejecución respectiva. En cuanto a la ejecución propiamente dicha, se recuerda que es responsabilidad absoluta de las autoridades de esa institución, velar para que la misma se realice de conformidad con la normativa jurídica y técnica vigente”.