

Miércoles 5 de noviembre de 2014

N° 8749

Acta de la sesión extraordinaria número 8749, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las doce horas del miércoles 5 de noviembre de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo informó que, por razones de salud, no le será posible participar en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de salario.

ARTÍCULO 1°

Comprobación de quórum.

La Directora Alfaro Murillo informó que, por razones de salud, no le será posible participar en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de salario.

ARTÍCULO 2°

La agenda se desarrollará conforme con lo previsto y el documento distribuido.

Ingresa al salón de sesiones los licenciados Walter Campos Paniagua, Subdirector, y Víctor Zamora Murillo, funcionario de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

ARTÍCULO 3°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22336-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTÍCULO 4°

Se tiene a la vista la consulta relacionada con el expediente número 19243, Proyecto reforma integral a la Ley General del VIH, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 22 de octubre del año en curso, número PE.46.006-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número DH-149-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5716-2014 del 13 de octubre del presente año, que firma la Gerente Médico y literalmente se lee así, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

En atención al oficio JD-PL-0069-14 del 23 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio DH-149-2014,

suscrito por la licenciada Flor Sánchez Rodríguez, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

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

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

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

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

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

La Caja Costarricense de Seguro Social en su momento remitió las observaciones correspondientes a otro proyecto de ley sobre dicha reforma (expediente N°18903), donde se manifestó un criterio de inconformidad al respecto.

ANÁLISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

1. Criterio Técnico: Dr. Hugo Chacón Ramírez – Dra. Gloria Terwes Posada. Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

El presente proyecto plantea como objetivo regular todas las acciones conducentes a la respuesta nacional al VIH para detener y revertir el impacto de la epidemia. Ello bajo la premisa de que la atención integral del VIH es de interés público, por lo que el cumplimiento de todas las disposiciones contenidas en la presente propuesta de ley, son de acatamiento obligatorio. Además, se señalar que las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH. Entre sus fines se encuentran el identificar y definir un mecanismo de financiamiento sostenible para la política y el plan estratégico. Para esos fines propone la creación de una instancia denominada Creación del Consejo Nacional de Atención Integral de VIH.

En ese sentido, resulta importante traer a colación el tema de la autonomía institucional frente al derecho a la salud, que se desarrolla en los siguientes términos:

SOBRE LA AUTONOMÍA INSTITUCIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD

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

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”¹.

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

Sobre el particular cabe señalar que en lo que se refiere a la garantía del derecho a la salud, existe obligación legal por parte del Estado en cuanto a velar por la salud pública (Sala

¹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resoluciones N.º 916-2009, 18803-2008, 18804-2008, 18850-2008) y en consecuencia las **autoridades públicas tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para su protección**, ante lo cual es un **imperativo constitucional que los servicios de salud sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y célere** (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Resolución N.º 16047-2008 y otras). Dentro de dicho contexto, las instituciones públicas encargadas de velar por la protección de la salud de la población pueden adoptar las medidas, que el ordenamiento jurídico les autoriza, para alcanzar este objetivo.

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

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

El derecho a la salud es un derecho fundamental inherente a toda persona, el cual se encuentra tutelado desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, reiterado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998, siendo reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los cuales se encuentran lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos², 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁴.

² Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1^{ero}: “los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y el párrafo 2^{do} dispone diversas medidas que “deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

⁴ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la

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

También resulta importante indicar que, la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU⁵, el cual fue creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se constituye en una observación general sobre el derecho a la salud. Dentro de ésta se encuentra establecido en el Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas:

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

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

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

Sobre este punto, la jurisprudencia judicial ha señalado, lo siguiente:

“En cuanto al derecho a la salud, es importante aprovechar el contexto que nos presenta el caso en estudio para aclarar que, si bien nuestra Constitución Política no contempla en forma expresa ese derecho -aunque sí se preocupa de regular expresamente los aspectos con ella relacionados, catalogados como parte de los derechos constitucionales sociales, como el derecho a la seguridad

satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”

⁵ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000,

social-, no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que éste -el derecho a la vida- es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan. Se dice con razón, que el ser humano es el único ser de la naturaleza con conducta teleológica, porque vive de acuerdo a sus ideas, fines y aspiraciones espirituales, en esa condición de ser cultural radica la explicación sobre la necesaria protección que, en un mundo civilizado, se le debe otorgar a su derecho a la vida en toda su extensión, en consecuencia a una vida sana. Si dentro de las extensiones que tiene éste derecho está, como se explicó, el derecho a la salud o de atención a la salud ello incluye el deber del Estado de garantizar la prevención y tratamiento de las enfermedades. (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N° 1915-1992 de las catorce horas doce minutos del 22 de julio de 1992)

Ahora bien, respecto al numeral 1 antes citado de la Ley General de Salud, el autor Román Navarro, ha señalado que en dicha norma hay plasmado un interés coincidente de los ciudadanos, población en conjunto y de cada uno en particular, de proteger, recuperar, conservar o restaurar la salud de la población en general y por ende, cada individuo tiene el interés de conservar o recuperar la salud o prevenir la enfermedad.⁶

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

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

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

Ante dicho contexto, se debe aclarar que los instrumentos internacionales en cuanto al tema, como lo es la Declaración de San Salvador: Género, Violencia y VIH, aprobada en la tercera

⁶ Navarro, Román, Derecho a la Salud, San José, Costa Rica. 2010.

sesión plenaria, celebrada el 5 de noviembre de 2007, ha establecido dentro de su texto el deber de los Estados a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral; y promover el acceso^{7/} a los servicios de salud y medicamentos, incluyendo medicamentos genéricos y productos farmacéuticos conexos.

La Sala Constitucional la cual ha precisado:

*“... la prestación de efectivo auxilio médico a los enfermos de SIDA es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan el régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política y de la misión que esta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social.”*⁸

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

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

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

“Las personas afectadas por enfermedades transmisibles están obligadas a someterse al tratamiento correspondiente, pudiendo utilizar para tal efecto los servicios públicos de salud en la forma que el reglamento lo determine. Los pacientes de lepra, tuberculosis y enfermedades venéreas, quedan especialmente obligados a someterse al tratamiento, gratuito de su enfermedad o continuarlo si lo hubieren suspendido, salvo que acrediten debidamente, ante la autoridad sanitaria correspondiente, que están siendo tratados en instituciones privadas o por un médico particular”.

A nivel nacional, ésta temática ha sido uno de los objetivos a cumplir en el Plan Estratégico Nacional VIH 2011-2015 elaborado por el Ministerio de Salud, ente rector del sector salud, al

^{7/} La Delegación de los Estados Unidos subrayó que la sostenibilidad es un componente esencial para ampliar el acceso y que una evaluación real de los costos asociados con la provisión de servicios relacionados con el VIH/SIDA es un requisito previo a la sostenibilidad; no existen programas “gratuitos” a un nivel superior. Además, Estados Unidos observó que en ciertas intervenciones de VIH/SIDA, como las campañas sociales de mercadeo, los programas “gratuitos” pueden no ser el enfoque más eficaz para lograr los resultados deseados.

⁸ Sala Constitucional, Voto 5934 de las 18:39 horas del 23 de setiembre de 1997.

cual le compete la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como la movilización que impactan los determinantes de la salud de la población. Así también se ha establecido como uno de los objetivos del desarrollo del milenio 2015.

La Institución en aras de salvaguardar el derecho a la vida y por ende el de la salud de la población con diagnósticos de VIH, ha implementado acciones estratégicas que responde a la Política Nacional del VIH, MS, 2008 y a la respuesta nacional al VIH y sida “PLAN OPERATIVO ANUAL INTERSECTORIAL POA – 2011-2015”.

Bajo ese contexto, le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, las siguientes líneas estratégicas:

- Línea Estratégica 2: Promoción y Prevención
Objetivo 2: “Fortalecimiento del acceso y cobertura de los servicios de Promoción y prevención”
- Distribución de condones
- Sangre Segura
- Tamizaje mujer embarazada y Tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de Transmisión Materno Infantil.

Línea Estratégica 3: Vigilancia de la Salud, Monitoreo y Evaluación

Objetivo 3: “Fortalecimiento de los sistemas de Información en VIH”

- SINVIH
- Vigilancia y control de Infecciones Transmisión Sexual en Mujeres Trabajadores Sexuales, población trans femenina y Hombres teniendo sexo con hombres.

Línea Estratégica 4: Atención Integral y TARV

La Línea estratégica 2, específicamente la Gerencia Médica ha incluido Acciones Estratégicas Gerenciales PND 20011-2014, el cual obedece a Fortalecer la Atención Integral de la mujer embarazada con VIH, a fin de ésta durante el 2014 se mantenga al menos un 95% el porcentaje de embarazadas VIH positivas recibiendo el TARV.

Por otro lado es importante recalcar que la Institución ha fortalecido la atención integral a la persona con VIH, manteniendo el aprovisionamiento de tratamientos antirretrovirales de dosis simplificadas, así mismo el fortalecimiento de los procesos de consejería y atención psicológica a las personas que son atendidas en los servicios de salud. No obstante, dicha atención se brinda actualmente a la población que cuenta con alguna modalidad de aseguramiento, salvo los casos de mujeres embarazadas durante su estadio prenatal, mismo que se interrumpe en el período post – natal si ésta no tuviere alguna modalidad de aseguramiento. Así mismo, resulta preocupante la atención que se brinda en aquellas personas con VIH y en tratamiento que están cubiertas bajo una modalidad de aseguramiento por contrato laboral, el cual se interrumpe al momento de fenecer la relación laboral, tomando en consideración que el tratamiento es de por vida y con el riesgo de potenciar resistencia antimicrobiana y poca adherencia a los esquemas terapéuticos disponibles nacional e internacionalmente.

SOBRE EL PROYECTO EN CUESTIÓN

De la revisión del proyecto de ley en cuestión se desprende que se trata de una reforma integral que contiene un total de 64 artículos, la cual tiene como propósito actualizar la Ley General de VIH y Sida, mejorando la inclusión de derechos sexuales y reproductivos, sin embargo se considera que dicha propuesta no viene a satisfacer los ideales para la atención de esta población.

De seguido procederemos analizar mediante un cuadro comparativo el artículo de la ley actual frente a la propuesta consultada:

Ley Gral. del VIH/SIDA	Proyecto de Ley N° 19.243	Comentarios
<p>ARTÍCULO 1.-Objetivo La presente ley tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República.</p>	<p>ARTÍCULO 1.-Objetivo La presente ley tiene por objetivo regular todas las acciones conducentes a la Respuesta Nacional al VIH para detener y revertir el impacto de la epidemia.</p>	
<p>ARTÍCULO 2.- Definiciones VIH: virus de inmunodeficiencia humana causante de la enfermedad denominada Sida. El término se utiliza además para describir al grupo de portadores del virus, que no han desarrollado aún síntomas ni signos de la enfermedad, es decir, pacientes asintomáticos. Sida: término que define la enfermedad o al grupo de pacientes que la padecen. VIH-Sida: incluye los casos de personas infectadas por el virus, pero unas son</p>	<p>ARTÍCULO 4.-Definiciones Para efectos de aplicación de la presente ley, se utilizarán las siguientes definiciones:</p> <p>a) Atención integral de la salud: Conjunto de políticas y acciones de salud para la promoción, prevención, apoyo, orientación, tratamiento, rehabilitación e inclusión social dentro del marco de los Derechos Humanos y el VIH.</p> <p>b) Antirretrovirales: Medicamentos que actúan específicamente contra el VIH, inhibiendo su replicación o multiplicación.</p>	

<p>asintomáticas y las otras ya han desarrollado la enfermedad.</p> <p>Infectado: una persona contagiada por el virus.</p> <p>Seropositivo: término que describe la aparición de anticuerpos en el suero del paciente, que permiten diagnosticar el estado de infección por un agente, mediante una prueba de laboratorio.</p> <p>Portador: persona que tiene en su organismo un microorganismo o una enfermedad.</p> <p>Antirretrovirales: grupo de medicamentos que actúan, específicamente, contra el VIH, inhibiendo su reduplicación.</p> <p>Allegado: persona con la que habitualmente se relaciona el paciente.</p> <p>Pruebas positivas: exámenes de laboratorio que reportan la existencia de evidente infección por el VIH.</p> <p>Tratamiento ambulatorio: terapia que el paciente recibe sin necesidad de internarse en un centro de atención de la salud.</p> <p>Enfermedad infectocontagiosa: enfermedad producida por la transmisión del agente causal que la causa, ya sea por contacto directo con la persona</p>	<p>c) Consentimiento informado: Convenio que involucra al personal de salud y a la persona a la que atiende y conlleva una concatenación de actos en la relación entre ambos. Está constituido por dos elementos: proveer información en forma clara y coherente a la persona que recibe el servicio de salud y obtener el acuerdo o autorización de la persona que recibe el servicio. Su propósito es asegurar que a la persona se le ha informado acerca del proceso de salud y enfermedad y que esta ha autorizado que se realice determinado acto o procedimiento, lo cual viene a garantizar el principio de la autonomía de la voluntad de la persona, como uno de los pilares de la atención del VIH.</p> <p>d) Contactos sexuales: Mujeres y hombres con las que la persona con VIH o sida mantiene relaciones sexuales. Se considerarán contactos sexuales aquellas relaciones actuales o regulares.</p> <p>e) Discriminación por VIH: Toda distinción, exclusión o restricción basada en la condición de VIH o sida, por acción o por omisión, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos de las personas con VIH y sus familiares o personas cercanas.</p> <p>f) Enfoque de derechos humanos: Este enfoque coloca a las personas y su</p>	
--	---	--

<p>afectada o por otra vía, como el aire, los alimentos, el agua, u otras.</p>	<p>interrelación con el tejido social en el centro de la atención de la ley, con el fin de garantizar la dignidad humana y el interés público en la salud individual y colectiva. Dentro de este enfoque se busca eliminar cualquier tipo de violencia, según sigue:</p> <p>i) Violencia: Es la acción u omisión directa e indirecta que tiene como finalidad dañar la integridad de una persona y puede ser física, patrimonial, psicológica o emocional.</p> <p>ii) Violencia sexual: Es toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.</p> <p>iii) Violencia basada en género -Es todo acto de violencia que se ejerce contra una persona en función de su rol de</p>	
--	--	--

	<p>género - independientemente del tipo de relaciones interpersonales que mantengan agresor y víctima, que pueden ser de tipo sentimental, laboral, familiar, o inexistentes- que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la víctima, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.</p> <p>g) Enfoque de diversidad: Se refiere al reconocimiento de las diferencias entre diversos grupos o sectores de la población y al respeto a esas diferencias, así como al respeto a sus derechos. Incluye la diversidad étnica, por discapacidad, por edad, por sexo, por orientación sexual, entre otras.</p> <p>h) Estilos de vida saludables: Conjunto de conocimientos y decisiones personales que pueden alcanzarse en la medida que se cuente con las oportunidades y condiciones sociales que permiten a las personas ejercer cierto grado de control para la construcción de su nivel de salud.</p> <p>i) ITS: Infecciones de transmisión sexual.</p>	
--	--	--

	<p>j) ONG: Organizaciones No Gubernamentales.</p> <p>k) Personas cercanas: Personas con las que habitualmente se relacionan las personas con VIH.</p> <p>l) Personas con VIH: Personas con un estado serológico positivo por VIH.</p> <p>m) PEMAR: Poblaciones de mayor riesgo de exposición al VIH. Corresponde a la población en mayor riesgo de infección por el VIH de manera enunciativa, mas no limitativa, son las siguientes: Hombres que tienen sexo con hombres; personas usuarias de drogas; personas transgénero; personas que se dedican al trabajo sexual; mujeres embarazadas; mujeres en condición de vulnerabilidad; víctimas de violencia sexual; personas privadas de su libertad; migrantes y personas en situación de calle.</p> <p>n) Riesgo en epidemiología: efecto o probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada.</p> <p>o) Seropositivo: Término que describe la aparición de anticuerpos del VIH en el suero de la persona y que permite diagnosticar la infección mediante una prueba específica de laboratorio.</p> <p>p) Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.</p> <p>q) VIH: Virus de</p>	
--	--	--

	<p>inmunodeficiencia humana.</p>	
<p>ARTÍCULO 3.-Respeto de los derechos fundamentales</p> <p>Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y el Sida garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República.</p>	<p>ARTÍCULO 2.-La atención integral del VIH es de interés público</p> <p>La atención integral del VIH es de interés público, por lo que el cumplimiento de todas las disposiciones contenidas en la presente ley, son de acatamiento obligatorio. Las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer todos sus derechos y deberes en relación con el VIH.</p> <p>ARTÍCULO 3.-Respeto de los derechos fundamentales</p> <p>Las acciones relacionadas con la educación, la prevención, la promoción y la atención integral del VIH garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de todos los habitantes de la República, consagrados en la Constitución Política y en los instrumentos internacionales de derechos humanos.</p>	<p>En este artículo de “la atención integral del VIH es de interés público”, <u>se debe incluir en primer término al Estado</u>, ya que como se ha señalado en líneas arriba dentro de todos los instrumentos internacionales se hace referencia a que es el Estado el obligado a intensificar medidas y ampliar el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento de modo gradual y sostenible, incluida la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y el uso efectivo de medicación antirretroviral.</p>
<p>ARTÍCULO 4.-Prohibición de discriminación o trato degradante</p> <p>Prohíbese toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH-Sida, así como de sus parientes y allegados.</p> <p>Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y las libertades de las personas infectadas por el VIH-Sida, excepto los casos previstos en esta ley relativos a comportamientos</p>	<p>ARTÍCULO 8.-Derecho a vivir en un entorno libre de estigma y discriminación</p> <p>Todas las personas sin excepción alguna, tienen derecho a vivir en un entorno libre de actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias.</p> <p>Todas las personas tienen derecho a contar con espacios de información y educación en derechos humanos con enfoque de género, generacional y de diversidad que promuevan la igualdad, la solidaridad, el respeto a las diferencias, la no estigmatización y la no discriminación.</p> <p>Asimismo tendrán el deber de</p>	

<p>riesgosos o peligrosos de estas personas.</p> <p>Salvo las excepciones contenidas en esta ley, a todo portador del VIH-Sida le asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección.</p>	<p>no incitar, promover o legitimar prácticas estigmatizantes y discriminatorias.</p> <p>ARTÍCULO 9.-Derecho a una vida sexual</p> <p>Todas las personas tienen derecho a una vida sexual satisfactoria, segura y saludable, libre de coerción, manipulación y violencia independientemente de su etnia, orientación sexual, identidad de género o credo.</p> <p>ARTÍCULO 11.- Derecho a la educación integral para la sexualidad</p> <p>Todas las personas tienen derecho a la educación integral para la sexualidad con enfoque de derechos humanos, identidad género, generacional y de diversidad sexual a cargo del Estado, sin menoscabo de las obligaciones que competen al grupo familiar en esta materia.</p> <p>En el caso de poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH, estas tienen derecho a recibir una educación integral de la sexualidad que responda a sus necesidades y particularidades.</p> <p>ARTÍCULO 14.- Derecho al desarrollo</p> <p>Las personas con VIH tienen derecho al pleno ejercicio de sus derechos y al desarrollo de todas sus potencialidades y actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales.</p> <p>ARTÍCULO 15.- Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones</p> <p>Las personas con VIH tienen derecho a participar en los diferentes espacios de toma de decisiones</p>	
--	---	--

	<p>relacionados con políticas públicas, planes, programas y proyectos que aborden la temática del VIH.</p> <p>ARTÍCULO 19.- Derecho al ejercicio de una sexualidad responsable y segura</p> <p>Todas las personas con VIH tienen derecho al ejercicio de una sexualidad responsable y segura. Para ello tendrán derecho entre otros a la información y acceso a los recursos que sean necesarios para asegurar su salud sexual y la toma de decisiones reproductivas de manera responsable.</p> <p>ARTÍCULO 20.- Deber de atender su salud</p> <p>Las personas con VIH tienen la responsabilidad de atender su salud y procurar estilos de vida saludables, estricto cumplimiento del tratamiento, siguiendo las indicaciones prescritas por el equipo de personas profesionales en salud, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.</p> <p>ARTÍCULO 58.- Prohibición de discriminación por VIH</p> <p>Se prohíbe toda distinción, exclusión o restricción basada en la condición de VIH, por acción o por omisión, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos por parte de las personas con VIH y sus familiares o sus personas cercanas.</p> <p>ARTÍCULO 59.- Prohibición de medidas coercitivas</p> <p>Se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y las libertades de las personas por su condición de VIH, sus familiares o personas cercanas.</p>	
--	--	--

<p>ARTÍCULO 5.-Regulación de derechos y obligaciones</p> <p>Toda persona portadora del VIH-Sida tiene los derechos y las obligaciones consagrados en la Constitución Política, los instrumentos internacionales sobre derechos fundamentales ratificados por Costa Rica, los estipulados en la Ley General de Salud, esta ley y demás legislación relacionada con la materia.</p> <p>La violación de cualquier derecho o garantía será denunciante ante las autoridades judiciales, para reclamar las responsabilidades penales, civiles y administrativas del caso.</p>	<p>ARTÍCULO 25.- Procedimiento para trámites de denuncia</p> <p>Actuando de conformidad con el principio de protección de la integridad y seguridad de la persona denunciante, todas las instancias públicas y privadas deberán contar con procedimientos expeditos y oportunos para tramitar denuncias de personas con VIH, sus familiares y personas cercanas.</p> <p>Todas las instancias públicas y privadas tienen el deber de guardar la confidencialidad respecto de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas.</p>	
<p>ARTÍCULO 6.-Derecho a información sobre la salud</p> <p>Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico.</p>	<p>ARTÍCULO 10.- Derecho a la información sobre el VIH</p> <p>Todas las personas sin excepción alguna, tienen derecho a recibir información comprensible, confiable, oportuna y científica sobre el VIH y sobre sexualidad y salud reproductiva, en todos los ámbitos públicos y privados, formales e informales con el fin de contribuir a la prevención.</p> <p>El Estado y sus instituciones deberán garantizar el ejercicio de este derecho en poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH, respondiendo a sus necesidades y particularidades.</p> <p>ARTÍCULO 12.- Derecho a información sobre su salud</p> <p>Las personas con VIH tienen derecho a contar con información</p>	

	<p>comprensible, oportuna, precisa, clara, veraz y científica, acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por parte de las personas profesionales en la materia.</p>	
<p>ARTÍCULO 7.-Derecho a la atención integral en salud Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a asistencia médica-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad. Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH-Sida. Los médicos tratantes deberán presentar, a la Caja Costarricense de Seguro Social, reportes sobre la aplicación de dichos medicamentos. El reglamento de esta ley determinará condiciones, periodicidad y demás requisitos de esos informes.</p>	<p>ARTÍCULO 16.- Derecho a la atención integral en salud Las personas con VIH tienen derecho a la atención integral de su salud y a la prescripción y despacho oportuno de los medicamentos antirretrovirales de calidad; además, a todo tratamiento y avance científico y tecnológico oficialmente aprobado y con evidencia tendiente a mejorar su calidad de vida o bien que le garantice la atención de su salud y que responda a sus necesidades y características particulares según edad, género y orientación sexual; de acuerdo con la normativa nacional. ARTÍCULO 17.- Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad Las personas con VIH tienen derecho a los tratamientos profilácticos de calidad, según la valoración médica en cada caso particular y a todos aquellos otros que sean necesarios para su atención, de acuerdo con las normas de seguridad farmacológica que estén en la normativa vigente. ARTÍCULO 13.- Derecho a la consejería Las personas con VIH tienen derecho a recibir consejería para obtener información, orientación, apoyo y acompañamiento psicosocial antes y después de la prueba, así como durante el tratamiento, para la toma de las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva de manera co-responsable.</p>	
<p>ARTÍCULO 8.- Confidencialidad Con las excepciones</p>	<p>ARTÍCULO 18.- Derecho a la confidencialidad</p>	

<p>contenidas en la legislación, la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del VIH-Sida. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse al padecimiento de esta enfermedad, sin el consentimiento previo del paciente.</p> <p>El personal de salud que conozca la condición de un paciente infectado por el VIH-Sida, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.</p> <p>El portador del VIH-Sida tiene derecho a comunicar su situación a quien desee; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio.</p>	<p>La confidencialidad es un derecho fundamental de las personas con VIH. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse a esta condición sin el consentimiento previo de la persona.</p>	
<p>ARTÍCULO 9.-Excepción de la confidencialidad</p> <p>Para efectos exclusivamente probatorios en un proceso penal o de divorcio en materia de familia y a solicitud de la autoridad judicial competente, el personal de salud que atienda al paciente con VIH-Sida deberá reportar la situación de infección por el VIH, con el debido respeto a la dignidad humana del paciente.</p>		

<p>ARTÍCULO 10.- Derechos y condiciones laborales</p> <p>Queda prohibida toda discriminación laboral contra cualquier trabajador con VIH-Sida. En caso de desarrollar alguna enfermedad que le impida continuar con sus actividades habituales, recibirá el trato establecido en la legislación laboral vigente.</p> <p>Ningún patrono, público o privado, nacional o extranjero, podrá, por sí mismo ni mediante otra persona, solicitar dictámenes ni certificaciones médicas a los trabajadores sobre la portación del VIH para obtener un puesto laboral o conservarlo.</p> <p>El empleado no estará obligado a informar a su patrono ni compañeros de trabajo acerca de su estado de infección por el VIH. Cuando sea necesario, podrá informarlo a su patrono, quien deberá guardar la debida confidencialidad y, en su caso, procurar el cambio en las condiciones de trabajo para el mejor desempeño de las funciones, según criterio médico.</p>	<p>ARTÍCULO 47.- Fuero opcional por VIH</p> <p>Las personas con VIH que así lo deseen, podrán comunicar de su estado serológico a su empleador. A partir de la comunicación al empleador, no podrán ser despedidas, salvo por alguna de las causales establecidas en el Código de Trabajo y debidamente comprobadas conforme a la garantía constitucional del debido proceso. El empleador que ha sido notificado conforme a esta norma, estará obligado a cumplir con la garantía del derecho a la confidencialidad de la persona, establecido en esta ley, para lo cual, el trabajador recibirá el apoyo de la Inspección General de Trabajo.</p> <p>ARTÍCULO 48.- Obligaciones del Ministerio de Trabajo, empleadores públicos y privados y organizaciones sindicales o gremiales</p> <p>El Ministerio de Trabajo deberá velar por espacios laborales libres de todo estigma y discriminación por razones vinculadas al VIH, así como vigilar por que las instancias públicas o privadas no soliciten dictámenes ni certificaciones médicas a los trabajadores sobre el VIH para obtener un puesto laboral o conservarlo.</p> <p>Todos los empleadores incluirán en los reglamentos internos de trabajo disposiciones que garanticen información para la prevención del VIH y el respeto y garantía a los derechos de las personas trabajadoras sin discriminación por VIH de acuerdo con la legislación laboral vigente.</p> <p>Todas las organizaciones o agrupaciones sindicales podrán defender los derechos de las personas con VIH y sus allegados, así como coadyuvar en los esfuerzos por hacer efectiva las disposiciones comprendidas</p>	
---	--	--

	<p>en la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 49.- No discriminación laboral</p> <p>Ninguna persona trabajadora estará obligada a informar a su empleador ni compañeros de trabajo acerca de su estado de VIH. Cuando la persona trabajadora lo considere necesario, podrá informarlo a su empleador, quien quedará obligado a guardar la confidencialidad.</p> <p>Queda prohibida toda discriminación laboral contra cualquier persona trabajadora con VIH. En caso de desarrollar alguna enfermedad que le impida continuar con sus actividades habituales, recibirá el trato establecido en la legislación laboral vigente.</p> <p>Ningún empleador, público o privado, nacional o extranjero, podrá, por sí mismo ni mediante otra persona, solicitar dictámenes ni certificaciones médicas sobre VIH a las y los trabajadores para obtener un puesto laboral o conservarlo.</p> <p>ARTÍCULO 60.- No discriminación laboral</p> <p>Ninguna persona trabajadora estará obligada a informar a su empleador ni compañeros de trabajo acerca de su estado de VIH. Cuando la persona trabajadora lo considere necesario, podrá informarlo a su empleador, quien quedará obligado a guardar la confidencialidad.</p> <p>Queda prohibida toda discriminación laboral contra cualquier persona trabajadora con VIH. En caso de desarrollar alguna enfermedad que le impida continuar con sus actividades habituales, se ajustarán las labores a lo establecido en la legislación laboral.</p> <p>Ningún empleador, público o</p>	
--	---	--

	<p>privado, nacional o extranjero, podrá, por sí mismo ni mediante otra persona, solicitar dictámenes ni certificaciones médicas sobre VIH a las personas trabajadoras para obtener un puesto laboral o conservarlo.</p>	
<p>ARTÍCULO 11.- Derechos en los centros de enseñanza Ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación del VIH como requisito de ingreso o permanencia. Ningún estudiante podrá ser discriminado, excluido ni expulsado por ser portador del VIH o estar enfermo de Sida; tampoco cuando alguno de sus familiares o allegados resulte infectado.</p>	<p>ARTÍCULO 50.- Obligaciones de los centros de educación y centros penitenciarios</p> <p>El Consejo Nacional de Rectores (Conare) y el Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (Conesup) deberán verificar la inclusión en la currícula de carreras formadoras de trabajadores de la salud, y ciencias sociales contenidos relacionados con la prevención, la atención, la consejería en materia de VIH y en derechos humanos relacionados al VIH.</p> <p>Las instituciones de educación, así como el Ministerio de Justicia en los centros penales, deberán contribuir con la prevención del VIH y otras ITS proveyendo información y cualesquiera otros mecanismos que establezca el Ministerio de Salud como ente rector en la materia.</p>	
<p>ARTÍCULO 12.- Registro expedito de la medicación antirretroviral Los medicamentos para el tratamiento del VIH-Sida deberán ser inscritos, mediante un trámite expedito, en los registros que para el efecto lleva el Ministerio de Salud, siempre que estas medicinas hayan sido aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de América (FDA) y el Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP) de la</p>	<p>ARTÍCULO 26.- Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros</p> <p>La Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos, los medicamentos antirretrovirales y todos aquellos otros que sean necesarios para la atención de las personas con VIH, de manera oportuna, de acuerdo con las normas de seguridad farmacológica y los respectivos protocolos de atención.</p> <p>El tratamiento antirretroviral no será suspendido por ninguna razón administrativa, financiera o de otra</p>	<p>En el artículo 26 “Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros”, se debe tomar en consideración que dicha función específicamente delegada a la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizarse de acuerdo con la normativa institucional. Así mismo se debe tener en cuenta que los casos donde la persona con VIH y en tratamiento, dejó de ser activo o dejó de cotizar al seguro de salud, el Estado deberá garantizar la permanencia del tratamiento antirretroviral.</p>

<p>Unión Europea. El procedimiento mencionado se regirá por el reglamento de esta ley.</p>	<p>índole, con excepción del criterio médico.</p> <p>ARTÍCULO 34.- Proveer antirretrovirales de emergencia</p> <p>La Caja Costarricense de Seguro Social, proveerá tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, a las personas que hayan sido víctimas de violación sexual y accidentes laborales en las que han sido o podrían haber sido expuestas a riesgo de infección, de acuerdo con el protocolo que al efecto se establezca. Igualmente deberá garantizar el acceso a la prueba y a que esta se le realice de manera oportuna y brindará acompañamiento y apoyo a la persona mientras dure el tratamiento de emergencia. En casos de accidentes laborales, las personas trabajadoras se hayan visto expuestas al riesgo de infección por VIH, la responsabilidad de proveer la terapia antirretroviral será conjunta entre el Instituto Nacional de Seguros y la Caja Costarricense de Seguro Social. El Ministerio de Salud deberá velar por el cumplimiento de esta disposición e incluir la terapia antirretroviral de emergencia dentro de las normas de atención integral del VIH.</p> <p>Los establecimientos públicos y privados estarán obligados a conocer dichos protocolos y a realizar las referencias de las personas usuarias a los establecimientos de salud correspondientes.</p>	<p>En el artículo 34 sobre provisión a antirretrovirales de emergencia debe tomarse en consideración que este artículo es confuso, toda vez que señala que los casos de accidentes laborales, tendrán derecho a recibir tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos públicos de salud, no obstante, se deja de lado el hecho de que existe un ente público (INS) y múltiples aseguradoras privadas que administran la póliza de riesgo de trabajo, que por competencia le corresponde atender dichos casos, no se prevé ni se establece tácitamente, el financiamiento para dicho objetivo, simplemente se deja abierto a que serán los establecimientos públicos de salud los que darán acceso a dichos tratamientos. Se recomienda que se defina claramente en dicho artículo la obligación de cada ente según las competencias asignadas por el legislador, tomando en consideración que en caso de riesgos laborales corresponderá al patrono cubrir al trabajador bajo la póliza de riesgos del trabajo con la aseguradora que corresponda. Ahora bien, en aquellos casos donde se omita tramitar la póliza de riesgo del trabajo con la aseguradora correspondiente, y la Caja brinde dicha atención, posteriormente deberá realizar el cobro respectivo.</p> <p>Se recomienda que al proyecto de ley, se le incluya un artículo en específico que haga referencia a la atención del riesgo por exposición ocupacional al VIH.</p>
--	---	--

<p>ARTÍCULO 13.- Carácter de la prueba</p> <p>Las pruebas para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en esta ley.</p>		
<p>ARTÍCULO 14.- Autorización excepcional para la prueba</p> <p>La prueba diagnóstica de infección por el VIH no es obligatoria, salvo en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando exista, según el criterio médico que constará en el expediente clínico, necesidad de efectuar la prueba exclusivamente para atender la salud del paciente, a fin de contar con un mejor fundamento de tratamiento.</p> <p>b) Cuando se requiera para fines procesales penales y de divorcio, previa orden de la autoridad judicial competente.</p> <p>c) Cuando se trate de donación de sangre, hemoderivados, leche materna, semen, órganos y tejidos.</p>	<p>ARTÍCULO 35.- Realización de pruebas consentidas</p> <p>Ningún servicio de salud público o privado podrá realizar una prueba de VIH si la persona se opone, salvo en las siguientes excepciones:</p> <p>a) Cuando exista incapacidad física o mental deberá obtenerse el consentimiento según lo establecido en la legislación vigente.</p> <p>b) Cuando se trate de donación de productos humanos, incluida sangre, hemoderivados, leche materna, semen, órganos y tejidos.</p> <p>c) En la mujer gestante para salvaguardar la salud del producto, atendiendo el interés supremo de la infancia y brindar tratamiento de calidad y oportunidad en caso que fuese necesario.</p> <p>En todos los casos, los resultados de la prueba se utilizarán en forma confidencial.</p> <p>ARTÍCULO 30.- Derecho a la prueba de VIH</p> <p>La realización de la prueba es</p>	<p>Discrepa con las regulaciones y normativas institucionales, específicamente con los seguros de salud y los protocolos de atención clínica-terapéutica.</p> <p>En el artículo 30 propuesto se indica que todas las personas tienen derecho al acceso a la prueba de VIH, a fin de que se realice de manera oportuna y gratuita. Al respecto se debe señalar que como bien se indicó líneas arriba no se evidencia quien asumirá los costos de dichas pruebas, ya que se indica que serán “gratuitas” y en el momento que cualquier persona la solicite; así también debe señalarse que las pruebas se realizarán no solo con base en la normativa nacional sino también con base en la normativa institucional y los protocolos de atención integral.</p>

	<p>de carácter voluntario, todas las personas tienen derecho al acceso a la prueba de VIH, así como a solicitarla y a que esta se les realice de manera oportuna y gratuita en los servicios de salud públicos, siguiendo las normas de calidad establecidas por el Ministerio de Salud y contando con información previa y consejería.</p> <p>ARTÍCULO 31.- Derecho al consentimiento informado</p> <p>Todas las personas tienen derecho al consentimiento informado en forma objetiva y veraz para la realización de las pruebas de VIH, la prescripción de tratamientos y medicamentos y la aplicación de procedimientos relacionados con la atención de su salud.</p> <p>ARTÍCULO 32.- Derecho a la prueba de VIH de las mujeres embarazadas y su pareja</p> <p>Todas las mujeres embarazadas tienen derecho a la información clara y precisa para realizarse la prueba de diagnóstico de VIH de manera eficiente y oportuna y al consentimiento informado para su realización, habiendo recibido previamente una consejería integral. Igualmente se le deberá ofrecer la prueba a su pareja, bajo las mismas condiciones.</p> <p>ARTÍCULO 33.- Proveer consejería en salud sexual y reproductiva</p> <p>Los establecimientos de salud públicos y privados deben proveer consejería en salud sexual y reproductiva con el fin de garantizar el derecho de todas las personas a vivir una sexualidad segura e informada, según se establece en esta ley. Con esa misma finalidad, deberán garantizar también servicios de consejería para las personas con VIH.</p>	
--	---	--

		<p>Los servicios de consejería en salud sexual y salud reproductiva deben ser amigables para adolescentes y jóvenes y responder a sus necesidades, particularidades y nivel de desarrollo. No se podrá violar, en función de la autoridad parental, el derecho a la intimidad de las personas menores de edad.</p>	
<p>ARTÍCULO 15.- Obligación de comunicar Exclusivamente para fines epidemiológicos y estadísticos, los médicos, microbiólogos, directores de los servicios de salud y los directores o responsables de laboratorios que atiendan casos de detección del VIH, deberán informar sobre las pruebas que resultaron positivas, al Ministerio de Salud, el cual elaborará los formularios oficiales para los fines indicados y los distribuirá.</p>	<p>ARTÍCULO 39.- Obligación de reportar Exclusivamente para fines epidemiológicos y estadísticos, los servicios de salud públicos y privados, deberán remitir los resultados confirmatorios de las pruebas positivas de VIH y los datos requeridos según el protocolo de vigilancia establecido a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, quien establecerá los formularios oficiales y los sistemas automatizados de información para los fines indicados.</p>		
<p>ARTÍCULO 16.- Formalidades de la comunicación Para proteger la identidad de las personas infectadas, la información relativa a la vigilancia epidemiológica del VIH será codificada y confidencial. Toda comunicación será escrita, para garantizar la uniformidad en los trámites, según el sistema de reporte que el Ministerio de Salud establezca.</p>	<p>ARTÍCULO 38.- Información epidemiológica La Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud estará en la obligación de mantener un sistema de información VIH-sida con los datos epidemiológicos en forma actualizada y desagregada de manera sistemática, garantizando la confidencialidad de los casos, el uso y el acceso oportuno a la información y análisis de la epidemia de VIH y sida.</p>		
<p>ARTÍCULO 17.- Notificación al paciente El médico tratante o</p>	<p>ARTÍCULO 21.- Deber de comunicar a sus contactos sexuales</p>		

<p>el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de esta, los medios y las formas de transmitirla, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligatoriedad de informar a sus contactos sexuales.</p> <p>Para ese efecto, el médico tratante o el personal de salud deberá proveer a la persona infectada por el VIH la información necesaria que deberá facilitarles a sus contactos y la forma de hacerlo.</p> <p>Cuando el paciente no quiera o no pueda comunicar el resultado de su diagnóstico por lo menos a sus contactos sexuales actuales, el personal de atención en salud deberá realizar las gestiones posibles, a fin de lograr dicha notificación.</p> <p>La notificación deberá realizarse de tal modo que respete la confidencialidad de las personas involucradas.</p>	<p>Las personas con VIH, podrán comunicar su diagnóstico a sus contactos sexuales actuales o regulares. Cuando una persona no pueda comunicar este resultado a sus contactos sexuales, la persona profesional responsable de la atención deberá realizar las gestiones necesarias a fin de lograr dicha comunicación, la cual deberá realizarse de tal modo que garantice la confidencialidad de las personas involucradas de acuerdo con lo establecido en el reglamento de esta ley.</p> <p>ARTÍCULO 36.- Comunicación a la persona con VIH</p> <p>El médico tratante o el personal de atención en salud que informe a una persona sobre su estado serológico en relación con el VIH, deberá hacerlo en un ambiente de respeto a su integridad física y emocional, brindándole información clara y comprensible y garantizando la confidencialidad. Deberá informarle además sobre sus derechos y obligaciones contempladas en esta ley. Para estos efectos, la Caja Costarricense de Seguro Social y las instituciones privadas que brindan servicios de salud, en coordinación con el Ministerio de Salud, deberán capacitar a su personal, para que cumplan responsablemente en sus funciones.</p>	
<p>ARTÍCULO 18.- Gratuidad de la donación</p> <p>Toda donación de sangre, leche materna, semen, órganos y tejidos siempre deberá ser gratuita. Se prohíbe la comercialización de estos productos.</p> <p>El Ministerio de Salud ejercerá los controles correspondientes.</p>	<p>ARTÍCULO 40.- Gratuidad de la donación</p> <p>Toda donación de sangre, leche materna, semen, órganos y tejidos deberá ser gratuita; se prohíbe la comercialización de estos productos. El Ministerio de Salud es responsable de establecer las regulaciones e implementar los controles correspondientes.</p>	

<p>ARTÍCULO 19.- Acciones de los bancos</p> <p>Para prevenir la transmisión del VIH, los bancos de productos humanos deberán ejercer control sobre la calidad y los procesos que apliquen, con el objeto de procurar garantizar la inocuidad de la sangre y sus derivados, de la leche materna, el semen y otros tejidos u órganos, desde la recolección hasta la utilización.</p> <p>Para ese fin, todos los bancos deberán realizar, antes de utilizar los productos mencionados, las pruebas correspondientes para determinar la existencia de hepatitis B, hepatitis C, sífilis, VIH y cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, según determinen las autoridades competentes de salud.</p>	<p>ARTÍCULO 41.- Acciones de los bancos de productos humanos</p> <p>Para prevenir la transmisión del VIH, los bancos de productos humanos deberán ejercer control sobre la calidad y los procesos que apliquen, con el objeto de procurar garantizar la inocuidad de la sangre y sus derivados, de la leche materna, el semen y otros tejidos u órganos, desde la recolección hasta la utilización.</p> <p>Para ese fin, todos los bancos de productos humanos deberán realizar, antes de utilizar los productos mencionados, las pruebas correspondientes para determinar la existencia de VIH, según determinen las autoridades de salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 20.- Control de los hemoderivados</p> <p>Los fabricantes de hemoderivados y productos biológicos de origen humano estarán obligados a certificar que la prueba exigida por el Ministerio de Salud fue realizada, para determinar que cada donante, sus productos y la sangre empleada en el proceso no son portadores de anticuerpos contra el VIH. Además, deberán acreditar que cuentan con las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal adecuados para</p>	<p>ARTÍCULO 42.- Control de los hemoderivados</p> <p>Los fabricantes de hemoderivados y productos biológicos de origen humano estarán obligados a certificar que la prueba exigida por el Ministerio de Salud fue realizada, para determinar que cada donante, sus productos y la sangre empleada en el proceso no están infectados con el VIH. Además, deberán acreditar que cuentan con las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal adecuado para realizar dichas pruebas, sin perjuicio del cumplimiento de otro tipo de controles y normas de calidad y de cualquier otra medida requerida por el Ministerio de Salud.</p>	

<p>realizar dichas pruebas, sin perjuicio del cumplimiento de otro tipo de controles y normas de calidad y de cualquier otra medida requerida por el Ministerio de Salud.</p> <p>El Ministerio no registrará ni autorizará el desalmacenaje de productos humanos importados hasta tanto el representante en Costa Rica de las industrias fabricantes, no haya presentado los certificados aludidos en el párrafo anterior.</p> <p>Previo a la autorización del uso de los hemoderivados, el Ministerio de Salud deberá garantizar que las pruebas referidas en el párrafo primero, se realizaron a cada donante individualmente y no a productos diluidos ni homogeneizados que utilicen a varios donantes.</p>		
<p>ARTÍCULO 21.- Prohibiciones para donar</p> <p>A las personas que conozcan su condición de infectados por el VIH se les prohíbe donar sangre o sus derivados, semen, leche materna, órganos o tejidos.</p>	<p>ARTÍCULO 43.- Restricciones a la donación</p> <p>La delimitación de restricciones a la donación de sangre o sus derivados, semen, leche materna, órganos o tejidos, se regirá por la normativa legal existente.</p>	
<p>ARTÍCULO 22.- Uso de sustitutos sanguíneos</p> <p>Para evitar el contagio por el VIH, las instituciones competentes de salud promoverán el uso de sustitutos sanguíneos, especialmente cristaloides y coloides o el mecanismo de la transfusión autóloga, cuando sea posible.</p>	<p>ARTÍCULO 44.- Uso de sustitutos sanguíneos</p> <p>Para evitar la transmisión del VIH, las instituciones competentes de salud promoverán el uso de sustitutos sanguíneos, especialmente cristaloides y coloides o el mecanismo de la transfusión autóloga, cuando sea posible.</p>	

<p>ARTÍCULO 23.- Medidas universales de bioseguridad</p> <p>Los bancos de productos humanos, los laboratorios y establecimientos de salud deberán contar con el personal, material y equipo adecuados, de conformidad con las recomendaciones sobre medidas de seguridad universales, difundidas por el Ministerio de Salud.</p> <p>Los trabajadores en servicios de atención de la salud, públicos o privados, en especial los odontólogos, microbiólogos, profesionales en enfermería, médicos y todos los que practiquen procedimientos faciales y capilares, acupuntura, tatuajes o cualquier otro procedimiento, quirúrgico o invasivo, deberán acatar las disposiciones de bioseguridad del Ministerio de Salud para el uso de equipos y el manejo tanto de instrumentos como de material humano.</p> <p>El Ministerio de Salud se encargará de supervisar la operación correcta de los establecimientos relacionados con las actividades mencionadas en los párrafos anteriores</p>	<p>ARTÍCULO 37.- Medidas universales de bioseguridad</p> <p>Los bancos de productos humanos, los laboratorios y establecimientos de salud deberán contar con el personal, material y equipo adecuados, de conformidad con las recomendaciones sobre medidas universales de bioseguridad, difundidas por el Ministerio de Salud.</p> <p>Los personas trabajadoras en servicios de atención de la salud, públicos o privados, en especial las personas profesionales en odontología, microbiología, enfermería, medicina y todos los que practiquen procedimientos faciales y capilares, acupuntura, tatuajes o cualquier otro procedimiento, quirúrgico o invasivo, deberán acatar las medidas de bioseguridad universal así como otras disposiciones del Ministerio de Salud para el uso de equipos y el manejo tanto de instrumentos como de material humano y biológico.</p> <p>El Ministerio de Salud es el responsable de regular los establecimientos relacionados con las actividades mencionadas en este artículo.</p>	
<p>ARTÍCULO 24.- El preservativo como medio de prevención</p> <p>El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de</p>	<p>ARTÍCULO 29.- Derecho al acceso al condón femenino y masculino</p> <p>Todas las personas tienen derecho al acceso oportuno y gratuito al condón femenino y masculino de calidad en los servicios de salud públicos. A ninguna persona se le negará este derecho y el Estado garantizará el cumplimiento de esta</p>	<p>Dicho artículo implica incremento en los costos y desabastecimiento del condón extrafuerte. Por ello, en cuanto a lo regulado en el artículo “Derecho al acceso al condón femenino y masculino” se hace referencia a que será los servicios de salud públicos quienes darán acceso a dicho</p>

<p>Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población.</p> <p>Dichas instituciones se encargarán, además, de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo.</p> <p>Los moteles y centros de habitación ocasional que no llevan registro de huéspedes quedan obligados a entregar como mínimo dos preservativos, como parte del servicio básico.</p>	<p>disposición.</p>	<p>insumo. No obstante, si bien es cierto dicha práctica resulta ser una estrategia de salud pública preventiva y que eventualmente genera impacto en el sistema de salud, lo cierto es que debe realizarse según la normativa institucional y los protocolos, según las posibilidades con las que la Caja cuenta, evitando que se provoque un uso irracional de los recursos.</p>
<p>ARTÍCULO 25.- Papel de las organizaciones no gubernamentales</p> <p>Las organizaciones no gubernamentales deberán registrarse ante el Ministerio de Salud, el cual no podrá rechazar registro alguno, salvo si la organización postulante se dedicare a otras actividades ajenas a la prevención y atención de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y las actividades relacionadas.</p> <p>Las acciones que desarrollen esas organizaciones, dedicadas a prevenir y atender el VIH-Sida, podrán ser consideradas parte del Programa Nacional del Sida, según decisión del Ministerio de Salud. Sin embargo, la ausencia de dicha aprobación no</p>	<p>ARTÍCULO 55.- Organizaciones no gubernamentales</p> <p>Las personas físicas y jurídicas que trabajan en VIH, deberán registrarse ante el Ministerio de Salud, cumpliendo los requisitos y procedimientos que se establezcan en el Reglamento a esta ley. No se podrá rechazar el registro, salvo si se demuestra que no trabajan en VIH.</p> <p>Deberán además rendir informes periódicos al Conasida, de acuerdo con las directrices que se establezcan en el Reglamento a esta ley.</p>	<p>.</p>

<p>implicará para el Ministerio de Salud la inexistencia de la acción desarrollada por la organización de que se trate y se incluirá en los archivos correspondientes.</p> <p>Las organizaciones no gubernamentales podrán prestar el apoyo requerido por las autoridades de salud, con el fin de garantizar mejores resultados en las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH-Sida.</p>		
<p>ARTÍCULO 26.- Las enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Las acciones de prevención del VIH que desarrolle el Ministerio de Salud con entidades públicas o privadas, deberán coordinarse de manera integral con los servicios y programas de prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH.</p>		
<p>ARTÍCULO 27.- Obligatoriedad</p> <p>Los trabajadores de la salud, públicos y privados, deben prestar apoyo y atención a los pacientes con VIH-Sida. Asimismo, están obligados a brindar la atención que requieran las personas afectadas con VIH-Sida tomando en cuenta las medidas de bioseguridad dispuestas.</p>		
<p>ARTÍCULO 28.- Albergues de atención</p> <p>El Estado podrá</p>	<p>ARTÍCULO 28.- Financiamiento de programas y albergues</p> <p>El Estado destinará recursos</p>	

<p>destinar los recursos necesarios para la creación y el fortalecimiento de albergues para la atención de los pacientes que requieran apoyo, según los lineamientos del Ministerio de Salud. El Estado está facultado para apoyar, en iguales términos, los albergues privados sin fines de lucro, que se dediquen a atender a estos pacientes.</p>	<p>para el desarrollo de programas de promoción de estilos de vida saludable, prevención y atención en relación con el VIH por parte de las ONG, así como para la creación y el fortalecimiento de albergues para la atención de las personas con VIH que requieran apoyo, según los lineamientos del Ministerio de Salud. El Estado está facultado para apoyar, en iguales términos, los albergues privados sin fines de lucro, que se dediquen a atender a estas personas.</p>	
<p>ARTÍCULO 29.- Reglas</p> <p>De conformidad con las reglas vigentes en la materia, las investigaciones relativas al VIH-Sida deberán respetar las consideraciones especiales del paciente. Por esta razón, el protocolo de investigación, los médicos y científicos quedan sujetos a las disposiciones de esta ley, la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki, dictada por la Asociación Médica Mundial, así como cualquier otra normativa, nacional o internacional, dictada para el efecto.</p> <p>Ninguna persona infectada por el VIH podrá ser objeto de experimentos, sin haber sido advertida de la condición experimental y de los riesgos, y sin que medie su consentimiento previo o el de quien legalmente esté autorizado para darlo.</p> <p>En todo caso, las investigaciones científicas en seres humanos relacionadas con el VIH no serán permitidas cuando peligre la vida de las personas.</p>	<p>ARTÍCULO 46.- Reglas</p> <p>De conformidad con las reglas vigentes en la materia, las investigaciones relativas al VIH deberán respetar las consideraciones especiales de las personas, por esta razón el protocolo de investigación y los investigadores quedan sujetos a las disposiciones de esta ley, la Ley General de Salud, la Declaración de Helsinki, dictada por la Asociación Médica Mundial, así como a cualquier otra normativa, nacional o internacional, dictada para tal efecto.</p> <p>Ninguna persona con VIH podrá ser objeto de experimentos, sin haber sido advertida de la condición experimental y de los riesgos de la misma, y sin que medie su consentimiento previo o el de quien legalmente este autorizado para darlo.</p>	<p>El título del artículo del artículo debe de ser “ Investigaciones en VIH”.</p> <p>Pero además, el artículo puede resultar innecesario en razón de la promulgación de la nueva Ley de Investigaciones Biomédicas.</p>

<p>ARTÍCULO 30.- Papel del Estado en la educación</p> <p>El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH-Sida con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad.</p>	<p>ARTÍCULO 51.- Adoptar una política de educación integral para la sexualidad</p> <p>Con el fin de contribuir a fortalecer la prevención del VIH y otras ITS, es responsabilidad del Estado emitir la política nacional de educación integral para la sexualidad desde una perspectiva de derechos humanos, de género, generacional y de diversidad sexual.</p> <p>Corresponderá al Ministerio de Salud conducir el proceso de elaboración de esta política con amplia participación interinstitucional y sectorial y garantizando la participación ciudadana.</p> <p>La educación integral de la sexualidad en niñas, niños, adolescentes y jóvenes deberá responder a las necesidades y particularidades de cada población y será de interés y prioridad pública de acuerdo con los principios consignados en la legislación nacional en materia de niñez, adolescencia y juventud.</p> <p>ARTÍCULO 52.- Incorporación de niñas, niños y adolescentes</p> <p>Todas las instituciones públicas y privadas que tienen dentro de sus competencias el trabajo con población adolescente y joven, deberán incorporar de forma prioritaria en sus políticas, programas y proyectos, la prevención del VIH en esta población, incluyendo información sobre el condón como medio de prevención. En particular, las instituciones educativas deberán incorporar la educación integral de la sexualidad en el marco de la prevención del VIH en su currícula educativa.</p>	
<p>ARTÍCULO 31.- La educación como instrumento preventivo</p> <p>El Consejo Superior</p>		

<p>de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, incluirá en los programas educativos temas sobre los riesgos, las consecuencias y los medios de transmisión del VIH, las formas de prevenir la infección y el respeto por los derechos humanos.</p> <p>Además, gestionará, ante las universidades públicas y privadas y sus respectivas unidades académicas, que se incluyan en las carreras profesionales de las ciencias de la salud, programas de estudios relativos a la prevención y atención del VIH-Sida.</p>		
<p>ARTÍCULO 32.- Capacitación al trabajador de la salud</p> <p>Todos los centros de salud, públicos o privados, deberán facilitar a sus trabajadores capacitación adecuada acerca del manejo del VIH-Sida y de los medios e instrumentos recomendados por el Ministerio de Salud para asegurar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, y ofrecerles las condiciones y los recursos necesarios para evitar el contagio.</p>		
<p>ARTÍCULO 33.- Igualdad de la atención integral en salud</p> <p>Todas las personas privadas de libertad tienen el derecho de recibir la misma atención integral en salud que el resto de la comunidad, así como las medidas preventivas.</p> <p>Quedan prohibidas</p>	<p>ARTÍCULO 53.- Medidas preventivas en las cárceles</p> <p>El Ministerio de Justicia, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá la obligación de definir y llevar a la práctica las políticas y actividades de prevención tendientes a disminuir el riesgo de transmisión del VIH tanto para las personas privadas de</p>	

<p>las pruebas masivas y obligatorias sobre el VIH. La prueba voluntaria del VIH deberá estar disponible y acompañarse de una adecuada consejería antes de la prueba y después de ella.</p>	<p>libertad como para su pareja sexual y para las personas funcionarias del sistema penitenciario. A efectos de prevención del VIH deberá proveer de condones masculinos y femeninos a la población penitenciaria, de acuerdo con las necesidades de la población.</p>	
<p>ARTÍCULO 34.- Medidas preventivas en las cárceles El Ministerio de Justicia, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá la responsabilidad de definir y llevar a la práctica las políticas y actividades educativas, tendientes a disminuir el riesgo de la transmisión del VIH tanto para las personas privadas de libertad como para su pareja sexual y los funcionarios penitenciarios.</p> <p>ARTÍCULO 35.- Disponibilidad de preservativos El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las personas privadas de libertad durante todo el período de su detención.</p>	<p>ARTÍCULO 50.- Obligaciones de los centros de educación y centros penitenciarios</p> <p>El Consejo Nacional de Rectores (Conare) y el Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (Conesup) deberán verificar la inclusión en la currícula de carreras formadoras de trabajadores de la salud, y ciencias sociales contenidos relacionados con la prevención, la atención, la consejería en materia de VIH y en derechos humanos relacionados al VIH.</p> <p>Las instituciones de educación, así como el Ministerio de Justicia en los centros penales, deberán contribuir con la prevención del VIH y otras ITS proveyendo información y cualesquiera otros mecanismos que establezca el Ministerio de Salud como ente rector en la materia.</p> <p>El Ministerio de Justicia, en los centros penales, debe garantizar adicionalmente el acceso oportuno a condones.</p>	
<p>ARTÍCULO 36.- Atención especializada en salud Las personas privadas de libertad que requieran atención sanitaria especializada debido a complicaciones causadas por la infección con el VIH y no puedan ser atendidas en el centro de reclusión,</p>		Norma eliminada

deberán recibir tratamiento ambulatorio, internamiento hospitalario o el que se necesite		
<p>ARTÍCULO 37.- Cuidado del menor institucionalizado</p> <p>El Ministerio de Justicia, en coordinación con el Ministerio de Salud y el Patronato Nacional de la Infancia, deberá desarrollar programas educativos acerca de salud para atender las necesidades especiales de los menores institucionalizados, con el fin de introducir actitudes y comportamientos adecuados que eviten la transmisión de infecciones, en especial del VIH o enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Las decisiones relacionadas con la notificación a los padres u otra persona responsable acerca del estado de esos menores infectados por el VIH, el consentimiento para tratarlos y cualquier otro tipo de intervención, deben ser tomados en la misma forma que para el resto de la sociedad, atendiendo especialmente el principio del respeto del interés supremo de la infancia; todo de conformidad con la presente ley y la Convención de los Derechos del Niño.</p> <p>El Patronato Nacional de la Infancia, en coordinación con el Departamento Nacional de Control del Sida, deberá diseñar y ejecutar programas educativos y de prevención de enfermedades infecto-contagiosas,</p>		Norma eliminada

dirigidos a menores trabajadores de la calle.		
<p>ARTÍCULO 38.- Prohibición del aislamiento</p> <p>Prohíbese la segregación, el aislamiento y las restricciones a las actividades laborales, deportivas, recreativas y de cualquier otra índole, en perjuicio de las personas privadas de libertad e infectadas por el VIH.</p> <p>Solamente se exceptúan de lo estipulado en el párrafo anterior, los siguientes supuestos:</p> <p>a) Cuando la convivencia con otras personas privadas de libertad arriesgue la salud del paciente, siempre que medie el consentimiento del afectado.</p> <p>b) Cuando la persona privada de libertad haya sido amenazada por actos de abuso físico o sexual por parte de otros presos, o cuando estos la traten de manera discriminatoria o degradante, siempre que medie el consentimiento del afectado.</p> <p>c) Cuando se trate de una persona privada de libertad que deliberadamente intente infectar con el VIH a otros sujetos, se le aplicará una medida de aislamiento, sin perjuicio de aplicar otro tipo de medidas cautelares.</p>		Norma eliminada
<p>ARTÍCULO 39.- Ejecución de la pena</p> <p>Las personas privadas de libertad, en el</p>		Norma eliminada

<p>estado terminal del Sida, podrán ser valoradas por el juez ejecutor de la pena para los efectos de los artículos 491 y 492 del Código Procesal Penal.</p>		
<p>ARTÍCULO 40.- Reclamación por agravios</p> <p>De conformidad con las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de reclusos, las personas privadas de libertad tienen el derecho de denunciar todo tratamiento que incumpla las disposiciones de esta ley. La denuncia podrá presentarse ante las instancias penitenciarias competentes, los organismos nacionales e internacionales o la Defensoría de los Habitantes de la República.</p>		Norma eliminada
<p>ARTÍCULO 41.- Actuación dolosa del trabajador de la salud</p> <p>Se impondrá prisión de tres a ocho años al trabajador de la salud, público o privado que, conociendo que el producto por transfundir o transplantar o el artículo por utilizar están infectados por el VIH, lo utilice en una persona a sabiendas de los riesgos y admita como probable el resultado de infección.</p> <p>La pena será de doce a veinte años de prisión si, como resultado de la transfusión, el trasplante, el suministro o la utilización de un artículo, algunas personas resultaren infectadas por el VIH-Sida.</p>		Eliminada la sanción.

<p>Las mismas penas se impondrán a los trabajadores de la salud, públicos o privados, que conozcan los riesgos y admitan como probable el resultado de sus actos, así como a quienes faciliten alguna de las actividades anteriores.</p>		
<p>ARTÍCULO 42.- Actuación culposa del trabajador de la salud Se impondrá de uno a tres años de prisión al trabajador de la salud, público o privado que, por impericia, imprudencia o negligencia realice una transfusión de sangre o sus hemoderivados, transplante órganos o tejidos, suministre semen, leche materna o utilice un objeto invasivo, de punción o cortante, infectado por el VIH. La pena será de cuatro a diez años de prisión si, como resultado de la conducta descrita en el párrafo anterior, se infectare alguna persona. Las mismas penas se aplicarán a las personas que, con impericia, imprudencia o negligencia, faciliten alguna de las actividades anteriores.</p>		Eliminada la sanción.
<p>ARTÍCULO 43.- Violación de la confidencialidad y comercialización de productos humanos Se impondrá prisión de seis meses a tres años al trabajador de la salud, público o privado, o al que tenga restricción por el secreto profesional que, a</p>		Eliminada la sanción.

<p>sabiendas de que un paciente está infectado por el VIH, sin su consentimiento, de mala fe y sin justa causa de conformidad con esta ley, facilite información, se refiera pública o privadamente a la infección o la comunique a otra persona.</p> <p>La misma pena se aplicará al trabajador de la salud, público o privado, que ofrezca dinero a un donante de sangre, leche materna, semen, tejidos y otros productos humanos, como compensación.</p>		
<p>ARTÍCULO 44.- Negativa a brindar atención</p> <p>Se impondrá prisión de uno a tres años al trabajador de la salud, público o privado, o al encargado de la institución que se niegue, omita o retarde la atención sanitaria a una persona infectada por el VIH, sin perjuicio de otras responsabilidades en que pueda incurrir.</p> <p>Si de esta negativa resultare un daño a la salud de la persona ofendida, la pena será de tres a ocho años de prisión.</p>		Eliminada la sanción.
<p>ARTÍCULO 45.- Inhabilitación por conducta dolosa o culposa</p> <p>Cuando el trabajador de la salud incurra en alguna de las conductas descritas en los cuatro artículos anteriores, el juez podrá imponer, de oficio, además de las penas consignadas en cada caso, la</p>		

<p>inhabilitación absoluta o especial, de acuerdo con la gravedad del hecho y dentro de los límites establecidos en el Código Penal.</p>		
<p>ARTÍCULO 46.- Negativa a comunicar</p> <p>Se impondrá una multa de uno a tres salarios base del puesto de oficinista 1 del Poder Judicial a las personas que, de acuerdo con el artículo 18 de esta ley y para fines epidemiológicos, estén obligadas a reportar al Ministerio de Salud, los resultados de la infección por el VIH y no lo hagan</p>		<p>Eliminada la sanción.</p>
<p>ARTÍCULO 47.- Solicitud ilegal de la prueba</p> <p>Se impondrá una multa de cinco a quince salarios base correspondientes al puesto de oficinista 1 del Poder Judicial al patrono, médico de empresa o encargado de un centro educativo, público o privado, que solicite u obligue a un empleado, una persona por contratar o un estudiante que quiera ingresar o permanecer en un centro educativo, a realizarse el examen diagnóstico de infección por el VIH, sin perjuicio de otras responsabilidades en que pueda incurrir.</p>		<p>Eliminada la sanción.</p>
<p>ARTÍCULO 48.- Discriminación Quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias por raza, nacionalidad, género, edad, opción</p>	<p>ARTÍCULO 61.- Reforma al Código Penal</p> <p>Refórmese el artículo 373 del Código Penal para que en adelante diga:</p>	

<p>política, religiosa o sexual, posición social, situación económica, estado civil o por algún padecimiento de salud o enfermedad, será sancionado con pena de veinte a sesenta días multa.</p> <p>El juez podrá imponer, además, la pena de inhabilitación que corresponda, de quince a sesenta días.</p>	<p><u>“Artículo 373.-</u> Discriminación</p> <p>Será sancionado con pena de cuarenta a ochenta días multa, quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias fundadas en consideraciones de raza, nacionalidad, género, edad, opción política, libertad de opinión, religión, orientación sexual, posición social, situación económica, estado civil o condición de salud o enfermedad, incluyendo el VIH.</p> <p>En todo caso como pena accesoria el juez ordenará a la persona responsable de discriminación, asistir a un curso de formación o sensibilización sobre derechos humanos.”</p>	
<p>ARTÍCULO 49.- Monto de las multas Los montos que se recauden por concepto de multas de conformidad con la aplicación de sanciones según esta ley, serán destinados a la caja única del Estado, y deberán emplearse para cumplir con las responsabilidades que impone la presente ley al Ministerio de Salud, aplicando estrictamente las normas de vigilancia de la Contraloría General de la República.</p>		Norma eliminada
<p>ARTÍCULO 50.- Incumplimiento de las medidas universales de bioseguridad El Ministerio de Salud apercibirá, mediante una orden sanitaria escrita, a</p>		Eliminada la sanción

<p>los establecimientos de servicios de salud, públicos o privados, y a quienes practiquen la acupuntura, los tatuajes, los servicios estéticos o cualquier otro procedimiento quirúrgico o invasivo, sin contar con el material, el equipo, las normas y la capacitación dispuestos por este para prevenir y atender el VIH. Ante el reiterado incumplimiento injustificado de la respectiva orden sanitaria, se ordenará la clausura del establecimiento.</p>		
<p>ARTÍCULO 51.- Reformas del Código Penal Refórmanse el artículo 262 del Código Penal, Ley No. 4573, de 4 de mayo de 1970; además se le adiciona al artículo 81 bis un nuevo inciso d). Los textos dirán:</p> <p>“Artículo 262.- Propagación de enfermedades infecto-contagiosas Se impondrá prisión de tres a dieciséis años a quien conociendo que está infectado con alguna enfermedad infecto-contagiosa que implica grave riesgo para la vida, la integridad física o la salud, infecte a otra persona, en las siguientes circunstancias:</p> <p>a) Donando sangre o sus derivados, semen, leche materna, tejidos u órganos.</p> <p>b) Manteniendo relaciones sexuales con otra persona sin informarle de la</p>		<p>Eliminada la sanción.</p>

<p>condición de infectado.</p> <p>c) Utilizando un objeto invasivo, cortante o de punción que haya usado previamente en él.”</p> <p>“Artículo 81 bis.- Son delitos de acción pública y perseguibles solo a instancia privada:</p> <p>(...)</p> <p>d) Los delitos contemplados en la Ley General del VIH-Sida.”</p>		
--	--	--

De todo lo expuesto, podemos resumir que a pesar de que entre los planteamientos del texto del proyecto se encuentran el identificar y definir un mecanismo de financiamiento sostenible para la política y el plan estratégico, en el desarrollo del mismo se omite abordar esta temática, misma que se considera fundamental para garantizar la sostenibilidad de las acciones en aras de detener y revertir la epidemia.

Los artículos que de manera directa o indirecta incluyen implicaciones hacia la CCSS son:

- ARTÍCULO 26.- Adquisición de medicamentos antirretrovirales y otros
- ARTÍCULO 29.- Derecho al acceso al condón femenino y masculino
- ARTÍCULO 30.- Derecho a la prueba de VIH

Los textos de dichos articulados son técnicamente razonables pero financieramente inviables o insostenibles para la CCSS si no se incorpora al texto de la ley la garantía de financiamiento de tratamientos, condones y pruebas en términos de incorporar un nuevo artículo o adicionar a los existentes el siguiente texto:

"El estado cubrirá los costos de tratamientos, condones y prueba VIH para las personas no aseguradas o que no puedan acceder a ninguna modalidad de aseguramiento a fin de garantizar los derechos enunciados en los artículos 26, 29 y 30 de la presente ley."

El actual texto de ley propuesto elimina el artículo 26, relativo al delito de propagación de enfermedades y el 81 bis inciso d) sobre delitos de acción pública perseguibles a instancia privada, ambos del Código Penal. Estos artículos de manera resumida hacen referencia a sanciones a toda persona que conociéndose portadora de VIH mantenga relaciones con otras personas sin las precauciones requeridas para impedir la transmisión de la enfermedad. Es criterio del Área de Atención Integral a las Personas que esta eliminación se constituye en un desatino y paradójicamente no se corresponde con los objetivos planteados en el nuevo texto de ley propuesto, desde el punto de vista de un enfoque de salud pública la salud no es únicamente responsabilidad de las instituciones, sin duda alguna es también responsabilidad de las personas.

Otros aspectos de la propuesta de ley susceptibles de mejoramiento son:

- En el numeral 9 agregar la palabra **satisfactoria**
- **En el artículo 11 se propone que el título diga: “Derecho a la educación en sexualidad integral”** en lugar de Derecho a la educación integral para la sexualidad. Agregar en el primer párrafo ...”**que responda a sus particularidades y necesidades”** y eliminar el segundo párrafo pues **discrimina**
- En el numeral 13 eliminar, “**antes y después de la prueba”** pues ya las personas tienen VIH
- En el artículo 16 agregar “**e institucional vigente”**
- En el 17 corregir de acuerdo.....”**con las normas de seguridad farmacológica que estén en la normativa nacional e institucional vigente”**.
- En el artículo 51, en el primer párrafo, cambiar **el termino educación integral por educación para la sexualidad integral**

En ese sentido se recomienda pronunciarse en oposición al texto del proyecto propuesto, en función de que los siguientes argumentos:

1)-Tal y como está redactado en este momento atenta contra la sostenibilidad financiera institucional en virtud de que los tratamientos antirretrovirales son de alto costo aunado al hecho de que un porcentaje importante de esta población no tiene condición de aseguramiento y el proyecto de ley no aborda el tema de financiamiento para garantizar los derechos que se enuncian especialmente en los artículos 26, 29 y 30 de la propuesta de ley. Se hace necesario le sea incorporado este aspecto al texto de ley en términos de que el Estado asumirá los costos de toda persona no asegurada o que no pueda acceder a ninguna modalidad de aseguramiento a fin de garantizar los derechos enunciados en los artículos 26, 29 y 30 de la presente ley.

2)-El texto propuesto elimina el artículo 26, relativo al delito de propagación de enfermedades y el 81 bis inciso d) sobre delitos de acción pública perseguibles a instancia privada, ambos del Código Penal. Estos artículos de manera resumida hacen referencia a sanciones a toda persona que conociéndose portadora de VIH mantenga relaciones con otras personas sin las precauciones requeridas para impedir la transmisión de la enfermedad. Es criterio del Área de Atención Integral a las Personas que esta eliminación se constituye en un desatino y favorece la impunidad pues desde el punto de vista de salud pública la salud no es únicamente responsabilidad de las instituciones, sin duda alguna es también responsabilidad de las personas ...”.

El doctor Chacón Ramírez, con el apoyo de las láminas que se especifican, se refiere al criterio en consideración:

- I) PROYECTO DE LEY N°19243 “REFORMA INTEGRAL A LA LEY GENERAL DE VIH”.

II) Objetivo:

- La presente ley tiene por objetivo detener y revertir el impacto de la epidemia centrando las acciones en la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva y la prevención en poblaciones en más alto riesgo,

III) El texto propuesto lista/detalla una serie de derechos de la población y de portadores de VIH, todos ellos acorde con las intervenciones técnicamente aceptadas para el abordaje de esta temática en sus componentes de promoción, prevención y atención y en general no propone aspectos diferentes a los que ya están siendo aplicados en la Caja Costarricense de Seguro Social en los procesos de atención a las personas.

ARTÍCULO 2.- La atención integral del VIH es de interés público

ARTÍCULO 3.- Respeto de los derechos fundamentales

ARTÍCULO 8.-Derecho a vivir en un entorno libre de estigma y discriminación

ARTÍCULO 9.-Derecho a una vida sexual

ARTÍCULO 11.-Derecho a la educación integral para la sexualidad

ARTÍCULO 15.-Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones

ARTÍCULO 19.-Derecho al ejercicio de una sexualidad responsable y segura

ARTÍCULO 20.-Deber de atender su salud

ARTÍCULO 10 y 12.- Derecho a la información sobre el VIH y sobre su salud.

ARTÍCULO 16.-Derecho a la atención integral en salud

ARTÍCULO 17.-Derecho a los tratamientos profilácticos de calidad

ARTÍCULO 13.-Derecho a la consejería

ARTÍCULO 18.-Derecho a la confidencialidad

ARTÍCULO 47.-Fuero opcional por VIH

ARTÍCULO 49.-No discriminación laboral

ARTÍCULO 34.-Proveer antirretrovirales de emergencia (víctimas de violación)

ARTÍCULO 35.-Realización de pruebas consentidas

ARTÍCULO 30.-Derecho a la prueba de VIH

ARTÍCULO 31.-Derecho al consentimiento informado

ARTÍCULO 32.-Derecho a la prueba de VIH de las mujeres embarazadas y su pareja.

IV) Conclusiones:

- La redacción del texto atenta contra las regulaciones institucionales y la sostenibilidad financiera, en virtud de que la Atención integral al VIH y los tratamientos antirretrovirales son de alto costo, aunado al hecho de que un porcentaje importante de esta población no tiene condición de aseguramiento y el proyecto de ley no aborda el tema de financiamiento para garantizar los derechos que se enuncian especialmente en los artículos:
- 2, 16 y 13 que tienen relación con el Derecho a la atención Integral del VIH, la prueba del VIH y la Consejería
- 29 con relación al Derecho a los condones femeninos y masculinos y
- 17, 26 y 34 con relación a la provisión de ARV, Derecho a tratamientos profilácticos
- Se hace necesario, le sea incorporado al texto de ley en términos de que el “Estado asumirá los costos de toda persona no asegurada o que no pueda acceder a ninguna modalidad de aseguramiento a fin de garantizar los derechos enunciados en los artículos respectivos.

V) Conclusiones:

- Se eliminaron varios artículos relacionados a las sanciones.
- Se propone mantener los siguientes artículos de la ley vigente:
 - Art. 41 Actuación dolosa del trabajador de salud.
 - Art. 48 Discriminación.
 - Art. 50 Medidas de bioseguridad.
 - Art. 51 Reforma código penal. Propagación de enfermedades de forma dolosa.

VI) Conclusiones:

- A pesar de que entre los planteamientos del texto del proyecto se encuentran el identificar y definir un mecanismo de financiamiento sostenible para la política y el plan estratégico, en el desarrollo del mismo se omite abordar esta temática, misma que se considera fundamental para garantizar la sostenibilidad de las acciones en aras de detener y revertir la epidemia.

VII) Propuesta de acuerdo:

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N°19243 “REFORMA INTEGRAL A LA LEY GENERAL DE VIH”, y tomando en consideración todo lo anteriormente expuesto, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de inconformidad al proyecto de ley N° 19243 consultado, solicitar que se tomen en consideración las observaciones realizadas por la Institución.

A propósito, recuerda la señora Presidenta Ejecutiva que el Proyecto de Ley había sido de conocimiento de esta Junta Directiva.

Aclara la Licda. Coto Jiménez que este es otro de los Proyectos de Ley y todavía queda uno en la Asamblea Legislativa, porque son tres proyectos.

Expone el Dr. Chacón Ramírez y refiere que el problema que se determinó en la modificación, es en el sentido de que se está eliminando el listado de derechos que están contenidos en la Ley actual, por ser una persona portadora y contaminar a otra persona, conociendo que es portadora, antes se sancionaba a la persona, ahora, se está eliminado. El componente en derechos es técnicamente correcto y no habría problema. La situación es que se eliminaron todas las sanciones como si fuera un catálogo de derechos y les parece ilógico, que en la balanza solo existan derechos y no responsabilidades, dado que se están eliminando. Por otro lado, es un catálogo de derechos pero en ningún sitio, a pesar de que al inicio en la justificación del Proyecto de Ley se indica que se deben buscar mecanismos de financiamiento, para que el país asuma esta atención, en el tema no se vuelve a mencionar, no se determina en ningún sitio donde se indique cuál va ser la garantía financiera para el grupo de población. Se refiere, por ejemplo, que cualquier persona debe tener acceso a una prueba de VIH y les parece lógico, desde el punto de vista de tamizaje, pero hay personas aseguradas y no aseguradas, si una persona que ha iniciado un tratamiento por alguna razón se quedó sin tratamiento, debe mantenerlo. Primero, se eliminó la parte de responsabilidades y el Proyecto de Ley no contiene, ningún aspecto donde se garantice los fondos como país, para darle respaldo a los derechos. Les parece que al Proyecto de Ley se le

debe agregar que el Estado, asumirá los costos de toda persona no asegurada o que no pueda acceder a ninguna modalidad de aseguramiento, con el fin de garantizar los derechos anunciados en los artículos respectivos. Por lo menos, se haría una garantía de sostenibilidad sin recargar, necesariamente, a la Institución lo que establece. Considera que el Proyecto de Ley se debe quedar con:

Art. 41 Actuación dolosa del trabajador de salud.

Art. 48 Discriminación.

Art. 50 Medidas de bioseguridad.

Art. 51 Reforma código penal. Propagación de enfermedades de forma dolosa.

El Dr. Chacón procede a leer la propuesta de acuerdo.

El Director Fallas Camacho señala que en esta Junta Directiva hay algunos Miembros que en alguna oportunidad estuvieron como Diputados en la Asamblea Legislativa y como sugerencia, han indicado que en un Proyecto de Ley se debe ser categórico, en términos de que se oponen o no se oponen. Lo que indican es que en la Asamblea Legislativa sino se manifiesta una oposición al proyecto de Ley, continúa el proceso.

Destaca el Dr. Chacón Ramírez que el documento no tiene apariencia, ni conformación de un Proyecto de Ley, es una cartilla de derechos de una persona omitiendo todas sus responsabilidades.

Señala el Dr. Fallas Camacho que el criterio se sustentaría más por el lado de la Salud Pública, porque es un derecho de todas las personas, no es individual. Le parece que es prudente y, además, existe una inconsistencia, la Caja como institución de salud indicar que no es un punto que se debe de considerar, para problemas de esta naturaleza y para otros también, no solo para VIH.

Sobre el particular, indica el Dr. Chacón Ramírez que se le hará el agregado, indicando que en función de que se debe de considerar la responsabilidad de las personas y no, únicamente, los derechos.

Recalca el Dr. Fallas Camacho que se indique en el criterio los elementos de Salud Pública.

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19243, Reforma integral a la ley general de VIH, tomando en consideración todo lo anteriormente expuesto y con la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva -unánimemente- **ACUERDA** emitir criterio de inconformidad en cuanto al Proyecto de ley N° 19243 consultado y solicita que se tomen en consideración las citadas observaciones que formula la Institución.

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

ARTÍCULO 5º

Se presenta la consulta que concierne al expediente número 18961, *Proyecto ley reguladora de la investigación biomédica*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 24 de octubre del año en curso, número PE.46.032-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-581-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se tiene a la vista el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número GM-SJD-5717-2014, de fecha 13 de octubre del año en curso que firma la Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-0074-14 del 24 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CAS-581-2014, suscrito por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

En principio es importante señalar que el proyecto de ley aquí consultado, entro en la corriente legislativa para estudio en fecha 05 de noviembre del 2013, sin embargo, en abril del presente año fue aprobada la Ley Nº 9234 Ley Reguladora de la Investigación Biomédica”.

Ahora bien, el presente proyecto de ley deviene de un consenso de una mesa de diálogo intersectorial, y tiene como objetivo cumplir en el ámbito de la investigación biomédica, con el mandato recogido en la Constitución Política que encomienda al Estado la promoción de la ciencia y la investigación científica en beneficio del interés general, desarrollada a partir de los principios éticos y teniendo como parte primordial el derecho a la vida y la salud del participante como persona y en tanto parte integral de la comunidad.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

1. Criterio Técnico: emitido por parte de la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS.
2. Criterio legal: emitido por la Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada Acuerdos Junta Directiva de la Gerencia Médica.

SOBRE LA AUTONOMÍA INSTITUCIONAL Y LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

En relación con este tema, la Dirección Jurídica Institucional en el criterio DJ-3171-2013 de fecha 14 de mayo de 2013, indicó:

*“Con la promulgación de su Ley Constitutiva del 22 de octubre de 1943 – con algunas modificaciones-, se establece que **“el servicio y cuerpo médico de la Caja actuarán con absoluta independencia de cualquier otra entidad administrativa ajena a ésta, salvo que la Junta Directiva, o en su caso la Gerencia disponga lo contrario, y su libertad de acción NO SERÁ INTERFERIDA POR DISPOSICIONES DE NINGUNA OTRA LEY o decreto existentes en la fecha de vigencia de la presente ley”**”⁹ –lo resaltado no corresponde al original-.*

En el ámbito nacional, la Caja paulatinamente se fue posicionando como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Así, desde el propio texto constitucional se dispone:

*“**Artículo 73.-**Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.*

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán exclusiva cuenta de los patronos y se registrarán por disposiciones especiales”. –lo resaltado no corresponde al original.

En tal sentido, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”¹⁰

*Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, se observa que según consta en las Actas N°. 125 y N°. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: **“Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole***

⁹ Ley Constitutiva de la Caja, artículo 68.

¹⁰ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo"¹¹. –Lo resaltado no corresponde al original-

Es importante aclarar que en el tanto la autonomía política o de gobierno encierra la capacidad del ente para definir sus propias metas, para autodirigirse, resulta en consecuencia incompatible con la dirección o imposición de límites por parte de otro órgano o ente, incluyendo disposiciones que de forma unilateral pretenda el Ministerio de Salud regular la investigación en seres humanos, cuando existirán investigaciones de esa naturaleza que se realicen en centros asistenciales de la Caja.

Es claro que esta entidad tiene facultad de regular internamente tal actividad y que dicha regulación deberá ser acorde con lo que el legislador establezca para esta materia, pero sin que ello pueda significar la intromisión ni del legislador ni del ejecutivo en cómo se materialicen las acciones relacionadas con la investigación biomédica ni cómo deban financiarse las mismas cuando se realizan dentro de la Institución.

La Caja, una vez definido el marco legal que de forma general (vía Ley) regule la investigación en seres humanos, puede producto del grado de autonomía con que cuenta (administrativa y de gobierno), no solo organizar tal práctica sino también puede determinar sus propias política, metas y medios para alcanzarlas. Ello por cuanto el grado de autonomía de esta Institución va más allá de la previsión del artículo 188 Constitucional, dado que al estar dispuesta en el numeral 73 de la Constitución Política, prevé no solo la autonomía administrativa sino también la autonomía de gobierno.¹²

Así, conforme lo indicado en nuestro anterior criterio DJ-8717-2012, en el que se analizó el proyecto de Ley marco de investigaciones en seres humanos, tramitado en el expediente 18.564 y basados en lo analizado por la Sala Constitucional en su voto 1668-2010, con el propósito de garantizar los intereses institucionales, esta Asesoría considera necesario reiterar:

*“Con base en las facultades y autonomía que la Constitución Política le otorga a la Caja mediante su artículo 73, sería conveniente aclarar que **dicha regulación se aplicará de forma supletoria a la regulación interna que la Institución dicte para la autorización y ejecución de investigaciones internas; principalmente para aquellos casos en que se solicite realizar una investigación con asegurados de la Caja.** Dicho de otra forma, resulta necesario señalar expresamente que las políticas y regulación de las investigaciones que se realice en la Caja o que incluya a asegurados que se*

¹¹ Página 34 del Tomo III de la Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

¹² Dictamen DJ-5689-05. Además, ese criterio es pacífico tanto en la doctrina nacional como en la jurisprudencia. En ese sentido puede verse la resolución de la Corte Suprema de Justicia del 25 de mayo de 1989, en la que se indicó que “salvo el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social (artículo 73 *ibid*) las Instituciones Autónomas no tienen tampoco autonomía política”. En sentido similar, la Sala Constitucional, refiriéndose a la autonomía de la Caja, ha dicho que se trata de un “[...] grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188”.

encuentren bajo tratamiento de la Institución, corresponde en primera instancia a la Institución y que las disposiciones de la Ley en este punto se aplicarán en forma supletoria a la regulación interna que dicte la Institución”.

Con base en lo anterior es claro que, jurídicamente el legislador puede establecer el marco general de la investigación en seres humanos en el país, como ahora se pretende mediante el proyecto que se tramita bajo el expediente 17.777, Ley reguladora de la investigación biomédica; no obstante dicha regulación no puede incluir aspectos que pretendan ordenar a la Caja cómo materializar dicha actividad a nivel interno ni disponer de los recursos de la seguridad social para implementar la misma, siendo estos aspectos operativos que en virtud de la autonomía institucional podrán ser determinados por la propia Institución.

Dicha posición es congruente con el criterio de la Procuraduría General de la República, órgano que en relación con la autonomía dada a la Caja, ha indicado:

Así lo ha reconocido la Procuraduría General de la República, al señalar que “(...) la legislación no puede restar o disminuir a los entes autónomos aquellas potestades administrativas que les son necesarias para cumplir su correspondiente finalidad específica. Además, de conformidad con la propia Constitución, la Asamblea Legislativa está imposibilitada para disponer que otros órganos (incluyendo por supuesto al Poder Ejecutivo) o entes, intervengan o afecten la independencia administrativa de la institución autónoma, dentro de lo cual está, como se indicó, la potestad de disponer de sus servidores.”¹³

Tal afirmación resulta aplicable aún y cuando se trate sobre la facultad del Ministerio de Salud de ejercer el poder de policía en salud¹⁴.

Al respecto, tomemos en cuenta que “(...) la responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud, no consiste en prestar directamente a cada persona servicios de salud, sino de regular y fiscalizar el cumplimiento de condiciones técnicas, profesionales, higiénicas en orden a las prestaciones de salud que proporcionan diversas entidades públicas o privadas”.¹⁵

De lo anterior se desprende que la competencia asignada a la Caja es incompatible con la dirección o imposición de límites que pretenda imponerle otro órgano o ente; es decir, constitucionalmente se protege a la Institución de que entes u órganos externos puedan intervenir en la definición de las políticas, planes, proyectos, condiciones, beneficios, requisitos u otros aspectos propios de la administración y gobierno del seguro social, o que de forma directa e indirecta afecten sus recursos”.

¹³ Dictamen de la Procuraduría General de la República número C 130-2006.

¹⁴ DJ-2522-213

¹⁵ Resolución de la Sala Constitucional número 5177-2004 de 11:05 hrs. de 14 de mayo de 2004. Ver también dictamen de la Procuraduría General de la República número C-130-2006 del 30 de marzo de 2006.

SOBRE EL PROYECTO DE LEY EN CUESTIÓN

Tal y como se indicó líneas arriba, el proyecto de Ley que ahora se presenta tiene como objetivo regular la investigación biomédica con seres humanos, estableciendo un marco jurídico para la realización de investigaciones científicas en seres humanos, actividad que como anteriormente hemos señalado, debe respetar en todo momento derechos fundamentales de las personas participantes de tales investigaciones, como lo son los derechos a la vida, a la salud, a la dignidad humana, a la autodeterminación informativa, a la igualdad, a la intimidad y a la confidencialidad, entre otros.

Sin embargo, debemos llamar la atención que en abril del presente año se aprobó la Ley N° 9234 la cual regula todo lo relacionado con las investigaciones biomédicas y que actualmente se encuentra vigente y en proceso de elaboración de la reglamentación respectiva.

Desde el punto de vista técnico resulta importante detallar el siguiente cuadro con las observaciones y anotaciones respectivas:

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
“personas físicas” se repite en la ley	La ley es sobre humanos, se debe aclarar al inicio una definición de persona en vez de recargar el texto con el término “física” en una legislación sobre investigación en humanos		Eliminar el término persona física de la ley.
Artículo 1 El objeto de la presente ley es regular la investigación biomédica con seres humanos	No es tan exhaustiva como la Ley actual.	La ley 9234 dice “El objeto de la presente ley es regular la investigación biomédica con seres humanos <u>en materia de salud, en los sectores público y privado.</u> ”	“El objeto de la presente ley es regular la investigación biomédica con seres humanos, <u>en los sectores público y privado.</u> ”
Artículo 2. Definiciones Autonomía: Es la garantía, el derecho y la capacidad de las personas físicas y para tomar decisiones sin	El término “garantía” está implícito en el concepto de derecho, por ende es innecesario y confuso en este contexto. La Real Academia	En la Ley 9234 se define como Artículo 2. Definiciones Autonomía: Capacidad de las	Artículo 2. Definiciones Autonomía: Es el derecho y la capacidad de las personas físicas para

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
influencia de otras personas o presiones externas.	Española en la edición 22° define como Garantías constitucionales: “1. f. pl. Derechos que la Constitución de un Estado reconoce a todos los ciudadanos.”	personas para tomar decisiones sin influencia de otras personas o presiones externas. Con respecto a esta ley se agregó: “Es la garantía, el derecho” y “personas físicas”.	tomar decisiones sin influencia de otras personas o presiones externas.
Artículo 2 – Definiciones: Evento o reacción adversa que sería atribuible a la experimentación: ocurrencia desfavorable que: a) resulta en fallecimiento, b) amenaza la vida, c) requiere hospitalización del participante o prolongación de la hospitalización existente, d) produce incapacidad o invalidez persistente o significativa, o produce una anomalía congénita o defecto de nacimiento.	En vez de decir “Evento o reacción adverso serio” dice “ Evento o reacción adversa que sería ” con lo cual incluye como definición de evento adverso serio a todos los eventos serios y deja de lado a todo evento que se da luego de iniciar el uso del medicamento o dispositivo experimental. Se debe cambiar “ Evento o reacción adversa que sería ” por “Evento o reacción adverso serio”	La Ley 9234 contiene el mismo error.	Artículo 2 – Definiciones: Evento o reacción adversa serios atribuible a la experimentación: ocurrencia desfavorable que: a) resulta en fallecimiento, b) amenaza la vida, c) requiere hospitalización del participante o prolongación de la hospitalización existente, d) produce incapacidad o invalidez persistente o significativa, o produce una anomalía congénita o defecto de nacimiento.
Artículo 2 – Definiciones: Anonimizar: Proceso por el cual deja de ser posible establecer el nexo entre un dato y una	Redacción confusa		Artículo 2 – Definiciones: Anonimizar: Proceso por el cual deja de ser posible establecer el nexo entre un

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
muestra y el dueño del mismo			individuo y sus datos o muestras.
Definiciones: Biodisponibilidad: Medida de la cantidad de fármaco o principio activo contenido en una forma farmacéutica de dosificación que llega a la circulación sistémica y de la velocidad a la cual ocurre este proceso.	La definición no es clara y confunde la composición del fármaco con conceptos de farmacocinética.		Debe aclararse la definición.
Artículo 2 – Definiciones: Bioequivalencia	La definición excluye los estudios del mismo fármaco en diferente presentación.		Revisar la definición para que incluya todos los tipos de estudios de bioequivalencia.
Artículo 2 – Definiciones: Droga potencial o nuevo fármaco en investigación.	No incluye la aclaración de ser experimental para la indicación clínica. Esto porque cada fármaco o aparato es aprobado para cada indicación específica.		Artículo 2 – Definiciones: Droga potencial o nuevo fármaco en investigación: Cantidad de fármaco o principio activo contenido en una forma farmacéutica de dosificación, que ha pasado las pruebas o estudios preclínicos y va a ser utilizado en los estudios y pruebas clínicas <u>para una indicación terapéutica o diagnóstica clínica específica.</u>
Artículo 2 – Definiciones: Estudios de bioequivalencia	Excluye los estudios de bioequivalencia en sujetos enfermos. Son experimentos para demostrar la eficacia similar entre dos compuestos similares, sin necesidad de ser fase		Ampliar definición o aclarar los tipos de estudios de bioequivalencia que son remunerados claramente en la ley.

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
	I.		
Artículo 2 – Definiciones: Estudio farmacocinéticos			
Artículo 2 – Definiciones: Estudios intervencionales: son estudios tendientes a modificar el curso o desenlace de lo estudiado en los participantes.	La definición no discrimina entre la terapia normal y la terapia dada con fines de investigación.	La Ley 9234 contiene la definición de intervención.	Artículo 2 – Definiciones: Estudios intervencionales: son estudios donde se varía el tratamiento o los métodos diagnósticos clínicos del participante con el fin de obtener información científica.
Artículo 2 – Definiciones: Estudios observacionales: ...”Para los efectos de esta ley también se considerarán los estudios epidemiológicos y no intervencionales”	Las investigaciones en seres humanos cuantitativas son todas estudios epidemiológicos, incluyendo los ensayos clínicos. Los estudios no intervencionales es sinónimo de estudios observacionales. La redacción no es congruente.	La Ley 9234 también usa el término “estudio epidemiológico” como un tipo de estudio observacional.	..Es sinónimo de estudio observacional el estudio no intervencional.
Artículo 2 – Definiciones: Eventos o reacciones adversas atribuibles a la experimentación	Confunde el concepto de Evento adverso serio con el concepto de un evento severo. No define como identificará los eventos atribuibles a la experimentación. La severidad es un criterio clínico, mientras que el que sea serio ya está especificado en la definición mal escrita al	Carece de esta definición.	Identificar como evento serio las categorías que se describen y como severo o leve de acuerdo al criterio del investigador. Deben los legisladores definir como se definirá “atribuibles a la experimentación” si por parámetros estadísticos o clínicos

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
	inicio del documento y se vuelve a repetir en este artículo.		o ambos. En este caso se sugiere incluir ambos casos en la definición.
<p>Artículo 2 – Definiciones: Fase pre-clínica: Antes del inicio de las fases en humanos, se debe demostrar la realización de todos los procedimientos realizados in vitro y en animales, como requisito previo.</p>	<p>Esta descripción escueta no logra garantizar el principio de “no maleficiencia”. La fase pre-clínica debe garantizar que la exposición en seres humanos del medicamento no sea tóxica. Esto se garantiza a través de los estudios previos en laboratorio, en animales (con experimentación comparada). Toda esta documentación debe ser accesible al comité de bioética previo a la aprobación del estudio.</p>	<p>La Ley 9234 no incluye este apartada de investigación pre-clínica.</p>	<p>Incluir el requisito de documentar toda la información disponible sobre el medicamento para la indicación experimental en la fase preclínica previo a la aprobación del estudio. (A veces esta documentación es conocida como “Brochure del investigador”).</p>
<p>Artículo 2 – Definiciones: Investigación biomédica</p>	<p>Se define como una actividad ética, cuando es una actividad científica que debe someterse a la bioética. Se debe eliminar “ética” dado que no es inherente a la investigación biomédica el ser ética.</p> <p>La clasificación de los estudios en observacionales e intervencionales es exhaustiva, por lo cual no hay otro tipo de estudios. (Los estudios cualitativos se consideran dentro de los estudios</p>		<p>Se sugiere utilizar la definición de la Ley 9234</p>

Fuente (Proyecto 18.961)	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
	observacionales)		
Artículo 2 – Definiciones: Investigador	Incluye deberes, responsabilidades del investigador. Se debería incluir en un capítulo específico.		
Artículo 2 – Definiciones: Medicamento	Esta definición incluye como medicamento a los suplementos nutricionales. Para efectos de esta ley no es pertinente regular los suplementos nutricionales dado que la legislación es para drogas y dispositivos.		Excluir los suplementos nutricionales.
Artículo 2 – Definiciones: Protocolo	Es indispensable en la definición incluir los procedimientos del estudio.		Incluir en la definición los procedimientos del estudio.
Artículo 2 – Definiciones: Participante	No incluye a los estudios en muestras o de datos.		Incluir en la definición al individuo al que pertenecen las muestras o datos recopilados.
Artículo 2 – Definiciones: Participante: ..el participante puede ser una persona sana que voluntariamente participa en una investigación, o una persona generalmente un paciente voluntario, cuya condición es relevante para el uso del producto estudiado o para respuesta a las preguntas que están siendo investigadas.	La participación en un estudio clínico debe ser siempre voluntaria, respetando así el principio de Autonomía. La mención de “una persona generalmente un paciente voluntario” provoca dos malentendidos: -se puede decir que puede darse investigación sin la aceptación voluntaria. -se puede decir que hay voluntarios para		Se sugiere usar la definición de la Ley vigente o: ...o , una persona, que acepta voluntariamente participar en la investigación y cuya condición es relevante para el uso del producto estudiado o para respuesta a las preguntas que están siendo investigadas.

Fuente 18.961)	(Proyecto	Comentario	Anotaciones y Comparación con la Ley vigente	Texto sugerido
		investigación. La redacción no es clara.		
Artículo 2 – Definiciones: Patrocinador. ...La publicación de los resultados de la investigación, tanto positivos como negativos, son responsabilidad del investigador		La responsabilidad recae en el patrocinador que contrata la investigación, aun cuando la propiedad intelectual sea del investigador principal.	La Ley 9234 indica las responsabilidades del patrocinador en una sección diferente a la de las definiciones.	Artículo 2 – Definiciones: Patrocinador. ... La publicación de los resultados de la investigación <u>patrocinada</u> , tanto positivos como negativos, son responsabilidad del <u>patrocinador</u> .

Por otro lado, resulta necesario realizar las siguientes observaciones jurídicas, las cuales en su momento también fueron realizadas al anterior proyecto de ley¹⁶, y que aplican para el texto que ahora se propone:

1. “(...) Se omite en el proyecto de Ley incluir un artículo referido a su ámbito de aplicación, aspecto que como ya hemos indicado, por seguridad jurídica, debe estar incorporado en el mismo cuerpo normativo.
2. En el artículo 4 de los “*Principios de la Investigación Biomédica*”, en el apartado 6) se indica que el consentimiento informado es “*un documento obligatorio, con el fin de garantizar el respeto y la autonomía de los participantes*”, siendo que dicha concepción podría generar confusión dado que esta no es una definición apropiada. Por tal motivo y a efectos de garantizar la debida congruencia en el texto de la Ley, se sugiere que se utilice la definición que se da en el artículo 9 del mismo proyecto, a saber: “*El consentimiento informado es un proceso de comunicación que culmina con la suscripción del documento legal por el cual una persona voluntariamente acepta participar en una investigación biomédica*”.

En el criterio de la Dirección Jurídica en oficio DJ-8717-2012 del 3 de diciembre de 2012, el cual brindó las observaciones respectivas para el proyecto de ley anterior, se indicó: “*1.1) en relación al consentimiento informado, este debe de obtenerse a través de ciertas garantías, como por ejemplo, la que estipula la Declaración de Helsinki de 1996, que en su décimo principio básico establece que al obtener el consentimiento informado de la persona, el médico debe observar, atentamente “(...) si en el individuo se ha formado una relación de dependencia hacia él o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, el consentimiento informado debe obtenerse por un médico que no participa en la investigación y que es completamente independiente de dicha relación oficial (...).” Bajo esa tesis, se recomienda*

¹⁶ Dirección Jurídica Institucional oficio DJ-4213-2013.

se incluya en el texto del proyecto que el consentimiento informado será realizado por un profesional médico distinto al que realizará la investigación”; tal recomendación se mantiene y por ello, no es suficiente que el consentimiento se brinde en presencia de un testigo independiente a la investigación.

Dentro de dicho contexto se sugiere revisar la redacción actual del artículo 9 que regula el consentimiento informado y que dispone: *“En todos los casos de investigación biomédica que se realice con seres humanos, el investigador debe obtener el Consentimiento Informado del participante potencial en la investigación o de su representante legal”*. En su lugar bien podría indicarse: *“En todos los casos de investigación biomédica que se realice con seres humanos deberá obtenerse de previo el consentimiento informado del participante. Dicho consentimiento deberá ser obtenido por un médico que no participe en la investigación”*, siendo que lo así indicado sí se ajusta al décimo principio básico de la Declaración de Helsinki de 1996.

3. En el párrafo 4) del artículo 9 referido al consentimiento informado indica: *“El objetivo primordial del consentimiento informado es proteger y garantizar a los participantes respeto a todos sus derechos. **No podrá constituirse en un mecanismo para proteger legalmente al investigador, al patrocinador, a las OIC y a las OAC**”* (lo resaltado es nuestro). Esto a pesar de que tanto en el inciso l) del artículo 10 como en el artículo 30 del proyecto de Ley de forma clara dispone el derecho a recibir indemnización para el participante por lesiones o daños provocados por eventos o reacciones adversas leves o severas relacionadas y como consecuencia de la investigación, así como también por muerte del participante.

Por tal situación, debemos reiterar que, desde el punto de vista legal no es procedente que se afirme en el artículo 9 que el consentimiento informado no podrá ser usado como medio de prueba para el investigador o patrocinador, debido a que una vez que la persona da su consentimiento informado para participar en una determinada investigación, y este ha sido debidamente documentado, tal documento podría constituir prueba idónea para determinar la verdad real de los hechos en casos donde posteriormente el participante demanda al médico o al equipo que haya realizado la investigación, siendo que si la investigación se realizó por parte de personal de la Caja, una demanda de tal naturaleza podría incluir acciones contra esta Institución por concepto de responsabilidad solidaria, además de la responsabilidad subjetiva y objetiva que pudiera ser determinada, conforme lo dispuesto en el numeral 190 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública. Nótese que al indicar el proyecto de Ley que el documento donde se registra el consentimiento informado del participante no podrá ser utilizado como medio de prueba, para proteger legalmente al patrocinador, investigador y otros, podría implicar una violación del principio del debido proceso y particularmente del principio de libertad probatoria, cuando bajo determinadas circunstancias el caso haya generado la apertura de un procedimiento administrativo o de un proceso en sede jurisdiccional.

Nótese que incluso en el inciso j) del artículo 60 del proyecto se establece como obligación del patrocinador de la investigación, que en determinados casos bien podría ser la Caja, *“Indemnizar a los participantes que sufrieren lesiones o daños provocados por eventos o reacciones adversas leves y/o severas o a sus herederos en caso de muerte de aquellos, como consecuencia directa del estudio clínico y que tenga relación con los procedimientos de éste*

(...)”. Al respecto debemos reiterar que, es claro que dicha indemnización dependerá de la prueba que se recabe en el caso concreto siendo que el consentimiento informado que se haya documentado constituiría en tales casos prueba necesaria para determinar el grado de responsabilidad que podría ser atribuida eventualmente a la Caja.

Por tal motivo debemos reiterar la sugerencia en cuanto a eliminar el texto arriba indicado que aparece subrayado en nuestra transcripción, a saber, que el consentimiento informado no podrá constituirse en medio de prueba para el patrocinador o investigador, toda vez que dicha limitación afectaría de forma directa su derecho de defensa.

4. Conforme la recomendación hecha en el punto 2 anteriormente indicado, se sugiere incluir en el artículo 10 referido al “*contenido mínimo del documento de consentimiento informado*”, un inciso en el que se indique la identidad del médico ajeno a la investigación quien será responsable de obtener el consentimiento informado del participante, así como también deberá indicarse la identidad del “testigo independiente” que dispone el artículo 9 del proyecto de Ley.
5. En el artículo 14, referido al “*uso de la información de los participantes*”, se indica: “*Se prohíbe la utilización de la información y de los datos de los participantes, con fines no contemplados o permitidos en el consentimiento informado o en la ley. (...)*” –lo resaltado es nuestro. Al respecto se sugiere revisar lo así redactado pues podríamos considerar como un error material que se regule tal prohibición en casos permitidos en el propio consentimiento o en la Ley, siendo lo correcto que se indique: “*en los casos no permitidos en el consentimiento informado o en la Ley*”.
6. Se reitera la sugerencia en cuanto a agregar al final del artículo 16 referido al consentimiento informado para personas con discapacidad, la siguiente indicación: “*Lo anterior con el propósito de garantizar que el participante comprenda la información brindada en relación con la investigación, sus posibles riesgos y beneficios*”.
7. En el texto objeto de consulta se omite incluir un artículo 18, siendo que la numeración del articulado pasa de 17 a 19, lo cual debe corregirse.
8. Se reitera nuestra observación respecto del contenido del artículo 24, relacionado con el derecho a retractarse que tendrán los participantes en la investigación, al final del primer párrafo se indica: “*En aquellos casos en que el retiro abrupto signifique un riesgo para la salud del participante, se deberán establecer los mecanismos que minimicen la situación de riesgo*”. A ello se sugiere agregar: “*de manera que en todo momento se garantice la vida y la salud del participante. El personal médico a cargo de la investigación deberá informar al participante, según sea posible, en qué consiste el riesgo y cómo puede este afectarlo*”.
9. El artículo 29 del proyecto de ley dispone, entre los derechos del participante, el derecho a la atención médica, y en tal sentido se indica: “*Ningún participante en una investigación biomédica perderá su derecho a recibir la atención en salud que tendría derecho de recibir, antes, durante o después de su participación en una investigación*”. Dicha redacción resulta confusa y por tal motivo, se sugiere revisar la misma. En tal sentido debemos reiterar nuestra recomendación en cuanto a que, bien podría considerarse que dicho derecho quede regulado

de la siguiente forma: “**Derecho a recibir atención en salud.** Todo participante en una investigación biomédica conservará su derecho a recibir atención en los servicios en salud que requiera, antes, durante o después de su participación en la investigación. Cuando se trate de la atención en servicios públicos de salud que brinde la Caja Costarricense de Seguro Social, de previo deberá acreditarse la condición de aseguramiento de la persona para determinar su derecho a recibir las prestaciones que solicita. Se exceptúan de lo anterior, los casos en que se presente alguna emergencia así calificada por el personal médico que trata al participante, siendo que en tal supuesto existirá obligación legal de atender de forma inmediata a dicha persona. Los gastos de la atención brindada deberán ser cubiertos por la persona que recibió la atención en salud o por el Estado en los casos que según la normativa vigente así corresponda”.

10. En el artículo 38 del proyecto de Ley se establecen los requisitos académicos y profesionales para integrar el CONIS, y al respecto se dispone: “Los miembros del CONIS, titulares y suplentes, deben ser profesionales en alguno de los siguientes campos: Derechos Humanos, la Bioética, la investigación biomédica, la salud pública y otros relacionados directamente con las actividades que regula esta ley. Para ocupar un puesto en el CONIS, se requiere: a) Poseer un título universitario con el grado de licenciatura como mínimo y estar adscrito al Colegio respectivo; b) Tener reconocida y probada honorabilidad; c) contar al menos con cinco (5) años de ejercicio de la profesión. (...)”. Respecto del inciso a) se sugiere agregar: “Además, contar con posgrado en Derechos Humanos, Bioética, investigación biomédica, la salud pública u otras disciplinas relacionadas directamente con las actividades que regula esta ley”.
11. En el artículo 43 del texto objeto de consulta se establecen las funciones del CONIS, y en tal sentido el inciso a) dispone: “Supervisar y dar seguimiento a las investigaciones biomédicas y garantizar la vida, la salud, el interés, el bienestar y la dignidad de las personas, y normar aquellos aspectos de su competencia establecidos por esta ley”. (lo resaltado es nuestro). Respecto de la última frase resaltada se sugiere valorar que no es responsabilidad del Comité garantizar de forma directa los bienes jurídicos que ahí se señalan, sino fiscalizar la labor de quienes realizan investigaciones biomédicas para que en todo momento sea respetado estos bienes a los participantes. Nótese que el artículo 58 del proyecto establece tales obligaciones para el caso del investigador. Por ello nuevamente se sugiere la siguiente redacción: “Supervisar y dar seguimiento a las investigaciones biomédicas y fiscalizar que los profesionales encargados de las mismas y los investigadores involucrados directa e indirectamente, garanticen en todo momento la vida, la salud, la dignidad humana, el interés, el bienestar, la confidencialidad y la igualdad de trato entre los participantes”.
12. En relación con el mismo artículo 43 se observa que el inciso l) dispone como función del CONIS: “Verificar que los CEC cuenten con adecuados y suficientes recursos financieros para su funcionamiento. El CONIS podrá requerir a las entidades que constituyan los CEC que los doten de adecuados y suficientes recursos humanos y materiales para su debido funcionamiento”-lo resaltado es nuestro-. Al respecto se reitera la recomendación hecha sobre este punto, en cuanto a que se considere que lo remarcado resulta violatorio del principio de autonomía institucional por cuanto ningún ente o órgano, aún creado en la normativa que aquí se está revisando, puede ordenar a la Caja la dotación de recursos para el funcionamiento del CEC, toda vez que tal asunto podrá ser definido a lo interno de la

Institución, siempre y cuando no sea en detrimento de las funciones sustantivas de la Caja. En caso de que el CEC no cuente con recursos suficientes y así se haga del conocimiento del CONIS, dicho órgano solo podría hacer observaciones no vinculantes a la Institución sobre la necesidad de que el CEC cuente con recursos para su funcionamiento, según las investigaciones que se están efectuando, así como también sólo podría efectuar recomendaciones respecto de posibles fuentes de financiamiento adicionales que se puedan utilizar. Sobre el tema de la autonomía institucional ver lo indicado en el punto II) del presente criterio.

13. El artículo 49 se refiere a la integración de los Comités Éticos Científicos (CEC) que se integrarán en toda entidad pública o privada donde se realicen investigaciones con seres humanos, y en tal sentido el párrafo segundo de dicho numeral dispone: *“Los CEC deben ser multidisciplinarios en su composición y deben estar integrados por un representante de la comunidad **y por lo menos un profesional con experiencia en Bioética y/o Derechos Humanos.** Los demás miembros deben ser profesionales con al menos cinco (5) años de experiencia en su campo y con experiencia en investigación biomédica. Todos los miembros del CEC deben tener reconocida y probada honorabilidad”* (lo resaltado es nuestro). Al respecto debemos reiterar que, a nivel de la Caja, tales comités podrían ser integrados en distintos centros médicos del país, siendo que dentro del recurso humano con que cuenta la institución en las unidades asistenciales, pocos profesionales cuentan con formación en áreas como la bioética o los Derechos Humanos, lo cual podría imposibilitar en muchos casos la integración de tales comités. Por ello, se sugiere adecuar lo marcado con negrita para que se ajuste al contenido del artículo 38 que dispone los requisitos académicos para los integrantes del CONIS, y en tal sentido se recomienda ajustar la redacción del párrafo segundo del artículo 49 para que dentro de la integración del CEC se disponga que por lo menos un profesional cuente con experiencia en las mismas disciplinas que dispone el numeral 38, a saber, Derechos Humanos, Bioética, investigación biomédica, salud pública y otros relacionados directamente con las actividades que regula esta ley.
14. En el artículo 55 que regula las funciones de los Comités Éticos Científicos, siendo que en los incisos a) y b) se establecen obligaciones como las de asegurar el respeto de los bienes jurídicos vida y salud entre otros; y de proteger los derechos, seguridad, libertad, dignidad y bienestar de los sujetos que participen en una investigación biomédica; sin embargo estas obligaciones son competencia de los profesionales encargados de la investigación. Se reitera que, lo que corresponde a los Comités citados es fiscalizar la labor que en tal sentido realicen los investigadores. Por lo cual se sugiere revisar este aspecto y determinar obligaciones y responsabilidades del Comité según su ámbito de competencia en materia de fiscalización, el cual es distinto del quienes realizan la investigación.
15. El artículo 57 se refiere al presupuesto y recursos para el Comité Ético Científico y en tal sentido se dispone: *“**Las entidades que constituyan un CEC tienen la obligación de dotarlo de los recursos humanos y materiales necesarios para el cabal cumplimiento de sus funciones y obligaciones.** El presupuesto del CEC será financiado con los siguientes recursos: a) El monto de los ingresos por concepto revisión y posible aprobación de los proyectos de investigación sometidos a su consideración, que cobre la institución a la que pertenece el CEC, b) El monto de los ingresos por concepto supervisión, renovación e inspección de los proyectos aprobados, que cobre la institución a la que pertenece el CEC”*.

En este punto debemos reiterar que, tal y como se indicó en el punto II) del presente criterio, conforme el principio de autonomía institucional regulado en el artículo 73° de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja, los recursos de la seguridad social no podrán ser destinados para finalidades distintas a las que originaron su creación, siendo que el ámbito de competencias de la Caja se limita a la prestación de servicios públicos de salud y a la administración del régimen de pensiones; desde esta perspectiva la investigación biomédica no constituye una función sustantiva de la Institución sino más bien accesoria y por ende, jurídicamente no es procedente que el legislador pretenda que en el caso de la Caja, incluida dentro de *“las entidades que constituyan un CEC”*; se ordene como una obligación dotar de tales recursos a los Comités, cuando esta es una obligación del Estado y debe por ello definirse la contribución de este respecto del financiamiento para los Comités, conforme los mecanismos que sean dispuestos por el legislador.

Por ello nuevamente se sugiere variar el contenido de dicha norma (ver el remarcado), para que en su lugar se lea: *“Las entidades que constituyan un CEC deberán contar con recursos suficientes para dotar a dichos comités del recurso humano y materiales necesarios para el cabal cumplimiento de sus funciones y obligaciones; cada entidad podrá definir la forma en que dichos recursos sean suministrados”*. Además de agregar un inciso c) en lo que se refiere a cómo se financiará el presupuesto del CEC, para que se establezca: *“Otros recursos propios de la institución a la que pertenece el CEC”*.

16. El artículo 58 establece las obligaciones del investigador, siendo que el inciso w) dispone: *“Declarar cualquier posible conflicto de interés antes y durante la realización de la investigación”*. En este punto debemos reiterar que, a efectos de precisar de mejor manera el contenido de dicha norma y evitar confusiones en su aplicación, nuevamente se sugiere variar su contenido para que se lea de la siguiente manera: *“Declarar e informar ante el CEC y ante el CONIS cualquier posible conflicto de interés antes y durante la realización de la investigación. El investigador en quien pueda darse un conflicto de interés, deberá abstenerse de participar de la investigación, desde el momento en que tenga conocimiento de que las actividades que realiza pública o privadamente puedan generar cuestionamientos sobre su imparcialidad y objetividad respecto del objetivo de la investigación”*. Esta recomendación resulta también aplicable para el caso del inciso x) del artículo 60 que establece la misma disposición cuando se trata del patrocinador.
17. Dentro del mismo artículo 58 se establece en el inciso y) *“acatar las disposiciones del Ministerio de Salud, el CONIS y el CEC en materia de su competencia, según corresponda”*, reiteramos que conforme el principio de autonomía institucional¹⁷ es necesario que a dicha norma se agregue: *“así como las disposiciones que a nivel interno sean definidas en esta materia por la entidad pública en la cual se realiza la investigación”*.
18. El artículo 60 dispone las obligaciones del patrocinador de la investigación y al respecto se indica en el inciso d): *“Asegurar suficiente financiamiento, adecuados recursos materiales y equipo al investigador y a la entidad que realizarán la investigación, mediante la suscripción de contratos que contengan dichas condiciones”*. Con el propósito de garantizar el respeto

¹⁷ En relación con este principio ver lo indicado en el apartado II) del presente criterio.

del principio de autonomía institucional¹⁸, de nuevo se sugiere agregar a dicha norma la siguiente frase: *“Cuando se trate de instituciones públicas, dicho financiamiento deberá asegurarse sin detrimento del interés público que le compete garantizar a esa entidad”*.

19. En el mismo artículo 60 el inciso j) dispone como obligación del patrocinador (que bien podría ser la Caja), indemnizar a los participantes que sufrieren lesiones o daños provocados por eventos o reacciones adversas leves y/o severas o a sus herederos en caso de muerte de aquellos, como consecuencia directa del estudio clínico y que tenga relación con los procedimientos de éste. En tal sentido se establece en dicha norma que el patrocinador *“deberá contar con una póliza de seguro con vigencia que cubra desde el inicio de la investigación, la cual se verifica, para cada participante, con la firma del Consentimiento Informado y por un mínimo de dos años después de finalizada la investigación, lo cual se verifica, con la entrega al CEC o autoridad competente, del informe final del estudio”*. De nuevo debemos señalar que, a criterio de esta asesoría, dicha disposición violenta en principio de autonomía institucional, ya abordado ampliamente en el apartado II) del presente criterio, por cuanto dispone una obligación a la Caja en cuanto a brindar una póliza para tales efectos. En tal sentido no puede establecerse un requisito de esa naturaleza a esta entidad.
20. En el inciso r) del artículo 60, se establece como obligación del patrocinador, que se reitera podría ser la Caja: *“Acatar las disposiciones del Ministerio de Salud, el CONIS y el CEC en materia de su competencia”*. A efectos de que ello no signifique una violación al principio de autonomía institucional que faculta a la Caja a autoregularse y autodirigirse, se recomienda agregar la siguiente frase al final de esa norma: *“En el caso de las investigaciones en seres humanos realizadas en la Caja Costarricense de Seguro Social tales disposiciones se aplicarán de forma supletoria a las que sobre la misma materia sean dispuestas por dicha entidad, normativa que en todo caso deberá ser acordes con el contenido de esta Ley ”*.
21. El artículo 66 que se refiere a las prohibiciones a los jefes de las instituciones públicas, dispone: *“Las autoridades respectivas de los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social en donde se pretenda realizar una investigación biomédica, podrán denegar la facilitación de los recursos a los que hace referencia este artículo, si a su juicio el ceder algún tipo de recurso, podría afectar la atención de los pacientes y el servicio médico asistencial a cargo de esa institución”*.

Dicha redacción resulta confusa, primero porque en la Caja existen otras unidades distintas de los hospitales, como las clínicas o los centros especializados, en los que también podría autorizarse una investigación en seres humanos, y segundo porque la determinación en cuanto a la distribución de recursos públicos debe obedecer a criterios de lógica, razonabilidad y conveniencia, de forma tal que se garantice su uso eficiente, eficaz y equitativo, y no dejarse únicamente a juicio de la autoridad superior del centro, tal decisión.

Por ello, de nuevo debemos recomendar que se varíe el contenido de dicha norma para que se establezca con mejor precisión de la siguiente manera: *“La autoridad superior de los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social en donde se pretenda realizar una investigación biomédica, de previo a autorizar la dotación de recursos tanto para el*

¹⁸ Ibídem

funcionamiento del CEC como para el desarrollo de la investigación, deberá determinar objetivamente y conforme los respectivos estudios técnicos, que existe capacidad suficiente para financiar tales acciones, sin detrimento de las actividades médicos-asistenciales que deban realizarse para garantizar el interés público en materia de prestación de servicios de salud, ello a efectos de procurar el uso eficiente, eficaz y equitativo de los recursos públicos que dicha entidad debe administrar”.

22. El artículo 72 del proyecto dispone: *“Los menores de edad y las personas con trastornos mentales conductuales o cognoscitivos moderados forman parte de los grupos vulnerables. Las condiciones para que puedan participar en una investigación biomédica son las siguientes: a) Investigaciones biomédicas en las que participen menores de edad: Los menores de edad sólo podrán participar en investigaciones en los siguientes casos: i. Cuando los resultados de la investigación biomédica puedan producir beneficios reales o directos para su salud; ii. Cuando el resultado de la investigación biomédica sea beneficiosa para otras personas de la misma edad o condición; iii. Cuando no se puedan obtener resultados comparables en individuos mayores; iv. En los casos que se señalan en el artículo 71 anterior. En la investigación biomédica en menores de edad deberá garantizarse que el beneficio sea superior al riesgo mínimo aceptable, y que la investigación no sea nociva para su salud, su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social”.* A lo anterior nuevamente se recomienda agregar que para la participación del menor de edad deberá contarse con consentimiento expreso de sus padres o de quien ejerza la patria potestad, lo cual deberá quedar debidamente documentado en el expediente respectivo a la investigación.
23. El artículo 73 establece: *“Personas altamente dependientes de la atención en salud. Las investigaciones clínicas deberán ser evaluadas con especial cuidado cuando se realicen con seres humanos particularmente vulnerables, a criterio del CEC, en razón de su alta dependencia en la atención de salud, como ocurre con las personas con discapacidad altamente dependientes de cuidado y atención, que tengan capacidad volitiva. Las investigaciones biomédicas requerirán de condiciones y procedimientos adicionales de protección. (...)”.* Se sugiere nuevamente revisar la redacción de este artículo, a efectos de evitar confusiones en su aplicación dado que algunas de las frases incluidas en el mismo resultan redundantes, siendo necesario jurídicamente en cuanto a lo que se está regulando. “

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, involucra acciones de la Caja y dispone para esta institución una serie de obligaciones que atentan contra la autonomía institucional, como por ejemplo lo dispuesto en los artículos 43, 57, 58, 60 inciso j) y 60 inciso r); siendo que la Caja goza de un grado de autonomía superior en la administración y gobierno de los seguros sociales que imposibilita al legislador ordinario a disponer sobre el quehacer de esta entidad y sobre los recursos públicos que esta administra.

Además es importante, resaltar que el Estado es el responsable de garantizar que la investigación en seres humanos se realice de conformidad con lo dispuesto en el ordenamiento jurídico y en las normas aplicables en esta materia, sin embargo, la Caja tiene la facultad legal, en virtud del principio de autonomía de establecer su propia regulación interna, la cual lógicamente deberá ser acorde con lo dispuesto en la Ley que sobre el mismo tema se emita.

El proyecto de Ley objeto de consulta contiene una serie de vicios que resultan contrarios a Derecho y que además afectan los intereses institucionales, motivo por el cual desde el punto de vista jurídico no resulta procedente avalar el texto remitido para su revisión”.

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

- i) **PROYECTO DE LEY N° 18961 LEY REGULADORA DE LA INVESTIGACION BIOMEDICA**
CONSULTANTE: COMISION PERMANENTE DE ASUNTOS SOCIALES
OBJETIVO PROYECTO: DEVIENE DE UN CONSENSO DE UNA MESA DE DIALOGO INTERSECTORIAL Y TIENE COMO OBJETIVO CUMPLIR EN EL AMBITO DE LA INVESTIGACION BIOMEDICA, CON EL MANDATO RECOGIO EN LA CP QUE ENCOMIENDA AL ESTADO LA PROMOCION DE LA CIENCIA Y LA INVESTIGACION CIENTIFICA DE BENEFICIO DE INTERES GENERAL, DESARROLLADA A PARTIR DE LOS PRINCIPIOS ETICOS Y TENIENDO COMO PARTE PRIMORDIAL EL DERECHO A LA VIDA Y LA SALUD DEL PARTICIPANTE COMO PERSONA Y PARTE INTEGRAL DE LA COMUNIDAD

- ii) Antecedente
 - ENTRO PARA ESTUDIO 05 -09-13
 - EN ABRIL ENTRO A REGIR LA LEY 9234 LEY REGULADORA DE INVESTIGACION BIOMEDICA
 - UN PROYECTO CON LA MISMA PROPUESTA QUE SE CONSULTA YA FUE CONSULTADO A LA CCSS: OPOSICION

- iii) Criterio legal.
 - AUTONOMIA DE LA CCSS
 - *Jurídicamente el legislador puede establecer el marco general de la investigación en seres humanos en el país, como ahora se pretende mediante el proyecto, Ley reguladora de la investigación biomédica; no obstante dicha regulación no puede incluir aspectos que pretendan ordenar a la Caja cómo materializar dicha actividad a nivel interno ni disponer de los recursos de la seguridad social para implementar la misma, siendo estos aspectos operativos que en virtud de la autonomía institucional podrán ser determinados por la propia Institución.*
En abril del presente año se aprobó la Ley N° 9234 la cual regula todo lo relacionado con las investigaciones biomédicas y que actualmente se encuentra vigente y en proceso de elaboración de la reglamentación respectiva.

- iv) Observaciones:
 - NO INCLUYE AMBITO APLICACIÓN
 - NO HAY CONGRUENCIA EN EL TEXTO. CONSENTIMIENTO INFORMADO. DECLARACION DE HELSINKI.
 - ERROR EN LA NUMERACION

- FUNCIONES DEL CONIS. DOTACION DE RECURSOS. ATENTA CONTRA LA AUTONOMIA DE LA CCSS.
- v) Criterio técnico bioético.
- La propuesta de ley N° 18.961 es similar en su redacción y fondo a la Ley vigente Ley N°9234 “Ley Reguladora de la Investigación Biomédica”.
 - Esta propuesta tiene artículos que requieren elaboración para ser incluidos como ley, por ejemplo:
 - Definiciones de medicamento, bioequivalencia, protocolo,
 - Principios de Investigación Biomédica,
 - Consentimiento informado sin exenciones.
 - Los cambios en esta propuesta pueden ser realizados a través del Reglamento de la ley vigente actualmente.
- vi) Conclusión.
- La Gerencia Médica basada en los criterios técnicos externados, considera que el proyecto de ley propuesto, involucra acciones de la Caja y dispone para esta institución una serie de obligaciones que atentan contra la autonomía institucional, imposibilita al legislador a disponer sobre el quehacer de esta entidad y sobre los recursos públicos que esta administra.
 - Además es importante, resaltar que el Estado es el responsable de garantizar que la investigación en seres humanos se realice de conformidad con lo dispuesto en el ordenamiento jurídico y en las normas aplicables en esta materia, sin embargo, la Caja tiene la facultad legal, en virtud del principio de autonomía de establecer su propia regulación interna, la cual lógicamente deberá ser acorde con lo dispuesto en la Ley que sobre el mismo tema se emita.
 - El proyecto de Ley objeto de consulta contiene una serie de vicios que resultan contrarios a Derecho y que además afectan los intereses institucionales, motivo por el cual desde el punto de vista jurídico no resulta procedente avalar el texto remitido para su revisión.
- vii) Propuesta de acuerdo:
- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por el Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18961 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACION BIOMEDICA”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, externar criterio de oposición al proyecto de Ley N° 18961 consultado.

El Director Devandas Brenes refiere que cuando se indica que existe una Ley nueva que se aprobó, si la Caja tiene la facultad para regularla al interior de la Institución, pregunta existe algún reglamento nuevo.

Contesta la Licda. Coto Jiménez que se está en el transitorio de la elaboración de Reglamento.

Ante una inquietud del doctor Devandas Brenes, indica la doctora Sáenz Madrigal que el Reglamento se está elaborando en el Ministerio de Salud con funcionarios de la Caja. Es interinstitucional.

Sugiere el Dr. Devandas Brenes que se indique en la agenda, el tema de las investigaciones en la Caja. Dado que conversó con la Dra. Rodríguez, Directora del Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) esta mañana y ve la conveniencia de que se explique en qué estado está el asunto de las investigaciones, si existen o no en la Caja, ya que es un tema muy sensible. Estima que la Junta Directiva debe adoptar acciones en el asunto.

Por consiguiente, en relación con la consulta realizada por el Departamento de Secretaría del Directorio de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18961, “Ley reguladora de investigación biomédica”, y tomando en consideración todo lo anteriormente señalado, y acogida la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva – por unanimidad- **ACUERDA** externar criterio de oposición al Proyecto de Ley N° 18961 consultado.

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

La doctora Terwes Posada se retira del salón de sesiones.

ARTÍCULO 6°

Se tiene a la vista la consulta relacionada con el expediente número 19129, Proyecto Ley orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 25 de octubre del presente año, número PE.46.058-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CG-361-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se distribuye el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número GM-SJD-5715-2014 de fecha 14 de octubre del presente año que suscribe la Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

“En atención al oficio JD-PL-075-14 del 25 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CG-361-2014, suscrito por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I. Antecedentes

El presente proyecto de ley pretende derogar la Ley Orgánica de Médicos y Cirujanos (ley N°3019 del 09 de agosto del 1962) y sus reformas. Tiene como fin fortalecer las competencias del Colegio de Médicos para regular el ejercicio profesional de la medicina a nivel nacional.

Cabe resaltar que en el año 2012 fue consultado el mismo texto del proyecto de ley que ahora se consulta, mismo que se tramitaba en ese momento bajo el expediente N°17655. En ese sentido la Junta Directiva de la Caja, en el artículo 2 de la sesión N°8614 acordó:

“(...)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.(...)”

De la revisión del articulado propuesto, se desprende que el mismo no sufrió cambio alguno.

ANÁLISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

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

El proyecto de ley pretende derogar la Ley Orgánica de Médicos y Cirujanos (ley No. 3019 del 09 agosto 1962) y sus reformas, teniendo como fin fortalecer las competencias del Colegio de Médicos para regular el ejercicio profesional de la medicina a nivel nacional.

Entre los aspectos que se incorporan, esta la creación de la CONAME: Comisión Nacional de Acreditación Profesional (Capítulo III, Artículo 8), adscrita al Colegio de Médicos cuyo fin es el de evaluar (mediante exámenes escritos y orales) los conocimientos y competencias de los graduados que soliciten inscripción al Colegio.

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.

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, y en ese sentido es importante traer a colación el criterio DGAP-2513-2012, emitido por parte de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, adscrito a la Gerencia Administrativa, en el cual se señaló:

“... 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 es competente 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.”

Por otra parte y tal y como se ha indicado líneas arriba el proyecto que se consulta es idéntico al que en su momento se fue consultado a ésta Institución, es importante señalar lo que ha indicado la Dirección Jurídica al respecto de la revisión del mismo:

“... 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”.*

Ahora bien, a parte de las consideraciones ya enunciadas, es importante señalar que se agrega como requisito para la incorporación al Colegio de Médicos, la realización y aprobación de un examen de acreditación ante CONAME (Artículo 6, ítem b), y como parte de las funciones de CONAME serán el definir y divulgar los ejes temáticos y las competencias que serán evaluadas en los exámenes que se realicen (Artículo 11, ítem d).

Es de especial importancia para la CCSS es el No. 20 que hace referencia al diseño, aplicación y evaluación de exámenes de acreditaron continua para los profesionales ya incorporados, ello en función de la totalidad de médicos que laboran con la CCSS deberán someterse a esta proceso. En el texto del articulado no se define una periodicidad quedando a criterio de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos, aquellos casos en que un determinado profesional no logre la nota (calificación) mínima requerida, deberá matricular y aprobar cursos de actualización profesional so pena de ser suspendido del Colegio hasta que apruebe una de dos opciones:

- a) El examen respectivo o
- b) Cursos de actualización/formación profesional definidos por el Colegio.

Bajo esas circunstancias la CCSS deberá dar permiso a sus médicos de participar en:

- La evaluación periódica que determine el Colegio de Médicos
- Para aquellos casos en que un determinado médico no apruebe el examen, deberá dar permiso para los cursos de actualización que se le asignen con compensación del examen

Lo anterior a riesgo de tener contratado personal médico sin estar autorizado por el Colegio de Medico; sin embargo a pesar de lo mencionado, el criterio del Área de Atención Integral a las Personas es que esta circunstancia es favorable para la CCSS pues el Colegio de Médicos asumiría un rol más proactivo y vinculante con el proceso de actualización de los profesionales en medicina, situación que generará un efecto sinérgico con las acciones que en este sentido y de manera periódica se generan a lo interno de la Institución.

CONCLUSION Y RECOMENDACIÓN

Ésta Gerencia de conformidad con los criterios externados, considera que si bien el proyecto de ley consultado, busca fortalecer el Colegio de Médicos y Cirujanos, es importante delimitar claramente las potestades, de manera que no roce con normativa vigente, considerándose importante indicar que la falta de precisión en algunos temas como la acreditación continua, podría afectar el adecuado desarrollo de las funciones institucionales, toda vez que la presente ley va más allá de regular aspectos propios de la función que como colegio profesional le corresponde, toda vez que la acreditación que pretende deviene en una competencia de otra institución y no es una atribución que corresponda a los colegios profesionales.

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, sin embargo se considera que éste tema debe ser regulado por ley de empleo público y no como lo pretende este proyecto, por ende la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva emitir un criterio de oposición al mismo”.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, en relación con la norma específica que indica que los médicos se pueden acoger a la dedicación exclusiva, indica la Licda. Coto Jiménez que básicamente a lo que se refiere, es en el sentido de que se podrán acoger a ese incentivo, sin embargo, tienen que tener presente que es un tema facultativo y es la Junta Directiva la que puede disponer, si ese rubro se llega a pagar a los médicos.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que es el artículo 53° del Estatuto de Servicios Médicos y recuerda que cuando se realiza pago de dedicación exclusiva, es una potestad de la Junta Directiva. El médico la puede solicitar o el profesional, pero es una potestad de la administración otorgar o no ese beneficio.

La Licda. Coto Jiménez lee el artículo 53° del Estatuto de Servicios Médicos: *“Ningún médico podrá prestarle servicios remunerados al Estado en más de dos cargos en Instituciones Autónomas Estatales Semiautónomas, Municipalidades o Empresas Públicas, únicamente, podrá desempeñar los dos cargos cuando no exista superposición horaria. El horario ordinario de trabajo en cada puesto será de ocho horas y la mínima de cuatro horas. Cuando un médico labore en cualquier dependencia del sector público, incluso, en las estructuradas según modelos organizacionales de derecho privado, están impedidos para prestar simultáneamente servicios a instituciones privadas y no podrán recibir remuneraciones o regalías de particulares durante el período que dure su contratación, por lo que podrán acogerse al régimen de dedicación exclusiva. Esa remuneración de los servicios médicos de dichas instituciones será la que establezca el Estatuto de Servicios Médicos”*. Sin embargo, al revisar ese Estatuto se hace la observación, en ningún momento se hace referencia al pago de dedicación exclusiva.

En cuanto a una pregunta del Dr. Devandas Brenes, en términos de quién hace el Estatuto de Servicios Médicos, responde la doctora Sáenz Madrigal que lo aplica la Dirección General de Servicio Civil. Es una Ley.

Menciona don Mario Devandas que el Estatuto de Servicios Médicos, es una Ley posterior y a pesar de ello, se podría solicitar una interpretación, en términos de que se está dando a los médicos la facultad de decidir, si solicita o no la dedicación exclusiva y es un derecho. El

médico podrá lo podrá solicitar, posiblemente, cuando estén restringiendo algunas posibilidades del ejercicio, por lo cual se puede convertir en un derecho subjetivo.

Sobre el particular, indica el Subdirector Jurídico que a como está redactada la norma y la interpreta el Director Devandas Brenes es correcto, la parte potestativa se indica podrá, es el médico el que decide y, actualmente, no funciona así, sino que es la administración o las administraciones públicas que ante una solicitud de dedicación exclusiva, determinan si está en posibilidades de otorgarla o no. Lo que significa que, prácticamente, se está convirtiendo la dedicación exclusiva en una prohibición que si es por ley, incluso, el contexto en el que viene dado pareciera que es una prohibición, porque al profesional se le está impidiendo laborar en el sector privado, cuando trabaja para el sector público o alguna empresa pública organizada con un modelo privado, entonces, le da la posibilidad de que decida si se acoge a la dedicación exclusiva.

El Director Devandas Brenes considera que se deberían acoger a la dedicación exclusiva.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala estar de acuerdo con don Mario Devandas.

Aclara la Licda. Coto que está exponiendo el criterio que emitió la Junta Directiva en el año 2012.

El Dr. Fallas Camacho indica que su duda es donde indica que a un médico se le hará los exámenes uno formal y otro verbal.

Al respecto, indica la Licda. Coto que el Dr. Chacón Ramírez explicará la parte de los exámenes.

Abona la señora Presidenta Ejecutiva que se está incluyendo en una modificación en la modalidad de contrataciones, por medio de un Instructivo de Dedicación Exclusiva que un colegio profesional, aplica lo que corresponde a la contratación de los profesionales en el servicio público y ese tema, le parece que es muy complicado porque no corresponde a una ley específica, sino que es una cuestión que "cobija" para todo el sector público.

Pregunta el Director Devandas Brenes que si el artículo 53° del Estatuto de Servicios Médicos, es el que se incluye en el proyecto.

Responde la Licda. Coto que sí y se refiere, exclusivamente, de que se podrán acoger al Régimen de Dedicación Exclusiva.

Indica el Dr. Devandas Brenes que leyendo el artículo 53° citado, indica que "*un médico labore en cualquier dependencia del sector público, estará impedido para prestarle simultáneamente, servicios a instituciones privadas*", significa que un médico que trabaje en la Caja después de que concluir su jornada laboral, no podría trabajar en la Clínica Bíblica.

Sobre el particular, señala la señora presidenta Ejecutiva que ese aspecto está regulado.

Interviene el Dr. Hugo Chacón Ramírez y respecto de los exámenes señala que la Ley anterior especificaba períodos para ellos, este Proyecto de Ley no está especificando cada cuanto, se está

dejando a criterio de una instancia que se va a crear que se denomina CONAME (Comisión Nacional de Acreditación Profesional), que está adscrita al Colegio de Médicos y cuyo fin va a ser realizar la evaluación, que se puede optar por una oral y una escrita, no es que sea necesariamente las dos. A diferencia de la anterior, si un Médico perdía el examen no podía continuar trabajando, en la propuesta actual, si pierde el examen y la opción es que el médico lleve un curso que definirá el CONAME. Esta Comisión que se está creando con esta figura va a estar conformada por el Colegio de Médicos, que la va a presidir la Universidad de Costa Rica, la Unidad de Recursos Rectores de las Universidades Privadas, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, se va a agregar como requisito a la incorporación del Colegio de Médicos, la realización y aprobación de un examen de acreditación ante CONAME, como parte de las funciones de esta instancia, será definir lugar, los ejes temáticos y las competencias que serán evaluadas en los exámenes que se realicen. Señala que preocupa porque si realizan un único examen para médicos y le preguntan a un Cirujano Oncólogo, por ejemplo, cuál es esquema de vacunación en Costa Rica, no lo conoce y si a un médico de primer nivel de atención, le preguntan cómo se hace una angioplastia, no tiene conocimiento sobre ese tema. Por otro lado, el Colegio de Médico tendría que entender que la Caja tiene médicos que se han desempeñado en el área administrativa, médicos que están en el primer, segundo y tercer nivel de atención, de manera que no sería más o menos viable, que el Colegio establezca un único examen genérico para cualquier médico, porque la Caja tiene médicos en diferentes categorías que se han desempeñado durante muchos años y en ese contexto sería lo lógico que se aplique el examen.

Respecto de pregunta del Director Devandas Brenes tendiente a conocer si un médico que está incorporado al Colegio de Médicos, realiza una especialidad se tiene que volver a incorporar al Colegio, indica el Dr. Fallas Camacho que si tiene nacionalidad extranjera, tiene que realizar el examen de la especialidad.

Aclara el Dr. Chacón Ramírez e que si el médico realizó la especialidad en Costa Rica, solo la inscribe. Continúa el doctor Hugo Chacón y señala que se están planteando dos esquemas de evaluación para el médico que se va a inscribir por primera vez en el Colegio de Médicos y se le realiza, posiblemente, un examen genérico. Se está haciendo referencia de todos los médicos que están inscritos y que se va a establecer un mecanismo de evaluación periódico, durante toda su vida.

Sobre el particular, indica la doctora Sáenz Madrigal que aquí hay varios temas delicados que se ha ido analizando, uno de fondo, el que acredita o certifica una profesión es una Universidad, no es una función de un Colegio Médicos y el segundo que se relaciona con el tema, es que en otros países lo que han hecho los Colegios Médicos, es la certificación y recertificación que es distinto a la acreditación. Se está confundiendo un tema que es académico de las universidades con el ejercicio de la profesión, como ilustración, si una persona se gradúa en la Universidad de Costa Rica, lleva ese título al Colegio de Médicos y ahí se inscribe y comienza a pagar la cuota. Una persona viene de una universidad extranjera, por ejemplo, de Cuba, México o cualquier otro país, tiene que hacer exámenes en la Universidad de Costa Rica y una vez que los pasa se inscribe en el Colegio de Médicos. Si la persona lleva el proceso directamente a que esa función sea el Colegio de Médicos la que la realice está complicada. Le parece que el Colegio de Médicos está rozando competencias que no le corresponden a un colegio profesional, porque su función es la regulación del ejercicio del profesional. La certificación y la recertificación si pueden ser funciones de los Colegios de Médicos, pero no la acreditación.

Pregunta el Director Devandas Brenes sobre las consecuencias que tiene la certificación y la recertificación.

Responde la señora Presidenta Ejecutiva que no le otorgan el carnet de médico, no puede ejercer, lo suspende el Colegio de Médicos. Porque es el ejercicio de la profesión, no se está indicando que esa persona sea médico. Por otro lado, hasta ahora el Colegio de Médicos no ha realizado exámenes para certificar, lo que se presentan son cursos y si es médico general los acredita, se puede certificar.

Ante una inquietud del Director Devandas Brenes indica el Dr. Chacón que el riesgo que tenían es que si el Colegio de Médicos va a realizar un examen general y se lo aplican a un especialista en Medicina Nuclear, o se le pregunta acerca del primer nivel de atención, del control prenatal y no conoce de esos temas y no gana el examen, la Caja se quedaría con un funcionario contratado sin derecho a ejercer. Les parece que se deberían crear instancias diferentes de evaluación, no se pueden evaluar a todos los profesionales por igual, porque de lo contrario se estarían condenando a que unos si ganen el examen, pero otra gran masa se va a quedar, por ejemplo, si una persona ha trabajado quince años en un hospital nacional, como se le va a pedir de repente que tengan experiencia en el primer nivel de atención, si su “expertice” ha sido en el tercer nivel de atención, en el área curativa y a veces en áreas netamente de subespecialidades y sería en ese contexto, en el que al médico se le podría evaluar.

Señala el Dr. Fallas Camacho que hace mucho tiempos se había pensado que pare certificar a los médicos, no fuera por medio de un examen de un equipo, sino a través de un sistema mecánico automatizado, en el que no interviene una persona para calificar, porque es muy subjetivo. Es el mismo problema que se tiene para la selección de los médicos que van a realizar la residencia.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que su posición es que la función del Colegio de Médicos, no es acreditar la formación médica.

Señala el Dr. Chacón Ramírez que, además, implicaría para la Caja, primero, conceder el permiso para que los médicos realicen el examen y para aquellos que no lo pasen, se les debe conceder el permiso, para que asistan a los cursos de los temas que necesitan reforzar.

La Dra. Sáenz Madrigal manifiesta su preocupación, porque si no ganan el examen el curso se lo van a cobrar a la Caja o hay que despedir los médicos, porque no se pueden tener trabajando sin haber pasado el examen.

Respecto al régimen de dedicación exclusiva señala el Dr. Chacón que en su momento se pensó que a pesar de que se aprobara esta Ley, la Caja tenía posibilidades de indicar si la quiere pagar o no, por ese aspecto no se habían sido muy contundentes en oponerse. En ese sentido, habría que modificar la redacción de la propuesta de acuerdo, porque si se creía que no era vinculante para la Institución, que la Caja podía decidir si la quería pagar o no. El texto de la propuesta no está redactado en esos términos, se tendría que modificar en función de oponerse más bien, o sea, se debe agregar un criterio de oposición, en función de que se estarían asumiendo competencias que no le corresponden a un Colegio Profesional. En ese sentido, se redactaría la propuesta de acuerdo.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que el otro tema es sobre la Ley, porque el tema está regulado por otra Ley que es la encargada de regular el empleo público.

- a) **PROYECTO DE LEY N° 19129 LEY ORGANICA DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA**
CONSULTANTE: COMISION PERMANENTE DE GOBIERNO Y ADMINISTRACION
OBJETIVO PROYECTO: El proyecto de ley pretende derogar la Ley Orgánica de Médicos y Cirujanos (ley No. 3019 del 09 agosto 1962) y sus reformas, teniendo como fin fortalecer las competencias del Colegio de Médicos para regular el ejercicio profesional de la medicina a nivel nacional.

- b) Contenido.

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.

- c) Antecedente

Cabe resaltar que en el año 2012 fue consultado el mismo texto del proyecto de ley que ahora se consulta, mismo que se tramitaba en ese momento bajo el expediente N°17655. En ese sentido la Junta Directiva de la Caja, en el artículo 2 de la sesión N°8614 acordó:

- *“(..)**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 dudarlos, son de interés para la Caja Costarricense de Seguro Social.(...)”

De la revisión del articulado propuesto, se desprende que el mismo no sufrió cambio alguno.

d) Criterio legal.

SE INCLUYEN 2 ARTICULOS 3

- *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.*
- *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.*

e) Entre los aspectos novedosos que se incorporan en esta propuesta de texto está la creación de la CONAME: **Comisión Nacional de Acreditación Profesional** (Capítulo III, artículo 8), adscrita al Colegio de Médicos cuyo fin es el de evaluar (mediante exámenes escritos y orales) los conocimientos y competencias de los graduados que soliciten inscripción al Colegio.

Dicha instancia estará conformada por un miembro de:

- Colegio Médicos (preside).
- Universidad Costa Rica.
- Unidad de Rectores de Universidades Privadas de Costa Rica.
- Ministerio de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social.

En consecuencia se agrega como requisito para la incorporación al Colegio de Médicos, la realización y aprobación de un examen de acreditación ante CONAME (Artículo 6, ítem b),

y como parte de las funciones de CONAME serán el definir y divulgar los ejes temáticos y las competencias que serán evaluadas en los exámenes que se realicen (Artículo 11, ítem d).

f) El Artículo No. 20 es de interés para la CCSS por cuanto hace referencia al diseño, aplicación y evaluación de exámenes de acreditaron continua para los profesionales ya incorporados, ello en función de la totalidad de médicos que laboran con la CCSS deberán someterse a esta proceso. En el texto del articulado no se define una periodicidad quedando a criterio de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos, aquellos casos en que un determinado profesional no logre la nota (calificación) mínima requerida, deberá matricular y aprobar cursos de actualización profesional so pena de ser suspendido del Colegio hasta que apruebe una de dos opciones:

- El examen respectivo o
- Cursos de actualización/formación profesional definidos por el Colegio

Bajo esas circunstancias la CCSS deberá dar permiso a sus médicos de participar en estos procesos a riesgo de tener contratado personal médico sin estar autorizado por el Colegio de Medico.

Sin embargo a pesar de lo mencionado, el criterio del Área de Atención Integral a las Personas es que esta circunstancia es favorable para la CCSS pues el Colegio de Médicos asumiría un rol más proactivo y vinculante con el proceso de actualización de los profesionales en medicina, situación que generará un efecto sinérgico con las acciones que en este sentido y de manera periódica se generan a lo interno de la institución.

g) Propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19129 “LEY ORGANICA DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 19129.

Por lo tanto, en relación con la consulta planteada por la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19129 “Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos” , tomando en consideración lo anteriormente señalado y, también, en virtud de que las competencias que se le atribuyen en el Proyecto en consulta no corresponden a un colegio profesional, y con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** emitir criterio de oposición al Proyecto de ley consultado N° 19129.

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

ARTÍCULO 7°

Se tiene a la vista la consulta referente al *expediente número 16887, Proyecto adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 22 de octubre del año en curso, número PE.46.004-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número DH-108-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número GM-SJD-5678-2014 de fecha 6 de octubre del año en curso que firma la Gerente Médico, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-067-14 del 23 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio DH-108-2014, suscrito por la señora Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

La Ley General de Salud, fue aprobada hace 41 años, se encuentra vigente desde 1973, y tiene como fin regular todo lo relacionado con la salud pública de manera general.

Dicha ley en su artículo 1° indica que *“la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”*, en su artículo 2 establece que *“es función del Estado velar por la salud de la población”* y que le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud Pública, entre otros *“definir la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.”*

Así las cosas, bajo el amparo de esta Ley, se presenta este proyecto en la corriente legislativa, con el objetivo de introducir un nuevo capítulo, que pretende regular lo referente a los Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva, como un derecho de todas las personas al disfrute de estos derechos sin discriminación ni coerción alguna de acuerdo con cada etapa del desarrollo humano, dentro de los límites y responsabilidades establecidas en el ordenamiento jurídico.

Cabe destacar que en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, -- conocida como la Conferencia del El Cairo--, se consensuó internacionalmente que asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva es un derecho humano que debe ser protegido y promovido por los Estados hasta lograr su pleno respeto y ejercicio.

II. ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

3. Criterio Técnico: Dr. Hugo Chacón Ramírez. Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
4. Criterio Legal: Licda. María del Rocío Amador Herrera, Asistente de la Gerencia Médica.

La iniciativa pretende reformar la Ley General de Salud con la finalidad de adicionar a ese cuerpo normativo un capítulo sobre derechos en salud sexual y reproductiva que determine:

- El establecimiento de responsabilidades del Estado en dicha materia
- El reconocimiento de los derechos en salud sexual y salud reproductiva de todas las personas
- Los derechos de algunos grupos de población en particular

El proyecto de ley está conformado por 20 artículos, enumerados del 37 al 56, que serán adicionados por medio del capítulo III a la Ley General de Salud.

De estos 20 artículos, procedemos a analizar los que hacen referencia a la Caja Costarricense de Seguro Social con el fin de determinar si procede que la Institución se manifieste de manera favorable o no para su aprobación en el seno legislativo.

Concretamente tenemos 2 artículos, a saber el artículo 39 y el 41 que hacen referencia a la Caja,

“ARTÍCULO 39

*Le corresponderá al Estado mediante sus instituciones promover los cambios culturales, sociales, económicos, políticos e institucionales, así como definir las políticas públicas, para hacer efectivo el pleno ejercicio de estos derechos. **Es obligación del Ministerio de Salud en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social**, el Ministerio de Educación Pública y otras entidades públicas con responsabilidades en la materia, dictar y ejecutar las políticas y aplicar las normas necesarias para asegurar el cumplimiento de los derechos en salud sexual y en salud reproductiva, tendientes al mejoramiento de la calidad de los respectivos servicios, así como de la educación en salud sexual y salud reproductiva.”*
(Lo resaltado no es del original)

Como se desprende, este artículo 39 determina la obligación del Ministerio de Salud, en su calidad de ente Rector, en coordinación con la Caja, el Ministerio de Educación Pública y “*otras entidades públicas con responsabilidad en la materia*”, dictar y ejecutar las políticas y aplicar las normas necesarias para asegurar el cumplimiento de los derechos en salud sexual y salud reproductiva.

Es decir, mediante este artículo se atribuyen competencias específicas a una serie de entidades y órganos públicos en esta materia, entre éstos la Caja que no implican obligaciones que no sean propias del accionar de la institución en estos temas.

El artículo 41, del proyecto de ley establece que:

ARTÍCULO 41.

“El Ministerio de Salud en su calidad de órgano rector del sector, asegurará el acceso y la disponibilidad de los medios de anticoncepción y protección que sean seguros, eficaces y modernos. La Caja Costarricense de Seguro Social deberá garantizar su provisión y disponibilidad, de acuerdo con cada etapa del desarrollo humano y las necesidades específicas de cada población.” (Lo resaltado no es del original)

Al respecto cabe mencionar que la Institución implementa mediante diferentes programas de prevención así como de promoción de la salud, acciones en materia de salud sexual y salud reproductiva, por lo que el artículo anterior no establece ninguna acción, compromiso o responsabilidad que la Caja en la actualidad no efectúe.

Es importante indicar que en el 2010 se presentó el informe de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, como un esfuerzo de política pública para tener una radiografía del comportamiento del país y como una herramienta más para la toma de decisiones por parte de los entes involucrados en ejecutar y promover acciones en estos temas, en la cual la Caja tuvo participación.

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

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”¹⁹.

¹⁹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

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

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

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

La reiterada jurisprudencia constitucional, ha señalado que la Caja debe adaptar sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que estos respondan a los cambios en el perfil epidemiológico, a la nueva integración de los grupos etarios que componen la sociedad y a las exigencias que enfrenta el sistema sanitario, de ahí la importancia de adicionar este nuevo capítulo a la Ley General de Salud, que venga a regular el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, como un Derecho Humano y un elemento más del Derecho a la Salud.

SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

Por otro lado es importante recordar que el derecho a la salud, tiene su génesis a partir de la constitución de la OMS en 1946. Posteriormente el mismo fue reiterado en la declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998. Además es reconocido en múltiples instrumentos internacionales, entre los cuales destaca lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

De manera particular debe hacerse referencia también, al contenido de la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, órgano creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual constituye una observación general sobre el derecho a la salud, cuyo comprensión resulta de particular interés para los objetivos de este estudio. Se trata de la principal interpretación hecha en cuanto al derecho a la protección de la salud por parte del organismo internacional de mayor jerarquía, como lo es la ONU, por medio de su Comité de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales Entre las principales consideraciones que se incluyen en dicha Observación, encontramos las siguientes:

“(...) 8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. (...), entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona.

Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. (...)

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores

determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.

Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del 5 artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud.

(...). Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta"

Dado todo lo anterior, se considera que el proyecto de ley en revisión se encuentra acorde con los paradigmas actuales relacionados con la atención de la salud en sus componentes de acceso, promoción, prevención y atención, es decir en general no propone aspectos diferentes a los que ya están siendo aplicados en la Institución en los procesos de atención a las personas.

CONCLUSIÓN

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, no presenta roces con la autonomía de administración y gobierno de la que goza la Caja, dado que lo que pretende normar, mediante la adición de un capítulo a la Ley General de Salud, los Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Por lo anterior, se considera que la reforma propuesta en el proyecto de ley consultado, no contiene ningún roce de legalidad ni interfiere con las competencias institucionales, por lo que no existe motivo alguno para oponerse al mismo”.

El doctor Chacón Ramírez, con el apoyo de las láminas que se detallan, se refiere al criterio en consideración:

- 1) PROYECTO DE LEY N° 16887 “ADICION NUEVO CAPITULO III REFERENTE A LOS DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA AL TITULO I DEL LIBRO I DE LA LEY GENERAL DE SALUD N°5395 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 1973”.
- 2)
 - ✓ El proyecto propone incorporar un nuevo capítulo (capítulo No. 3) al título No. 1 de la Ley General de Salud No. 5395. Dicho capítulo plantea una serie de derechos de la población así como deberes y responsabilidades del Estado relacionadas con la salud sexual y reproductiva, de hecho el capítulo se denominará: DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.
 - ✓ Dicho planteamiento está acorde con los paradigmas actuales relacionados con la atención de la salud en sus componentes de acceso, promoción, prevención y atención y en general no propone aspectos diferentes a los que ya están siendo aplicados en la Caja Costarricense de Seguro Social en los procesos de atención a las personas.
- 3) **CONCLUSIÓN.**

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, no presenta roces con la autonomía de administración y gobierno de la que goza la Caja, dado que lo que pretende normar, mediante la adición de un capítulo a la Ley General de Salud, los Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Por lo anterior, se considera que la reforma propuesta en el proyecto de ley consultado, no contiene ningún roce de legalidad ni interfiere con las competencias institucionales, por lo que no existe motivo alguno para oponerse al mismo.

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 16887 “ADICION NUEVO CAPITULO III REFERENTE A LOS DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA AL TITULO I DEL LIBRO I DE LA LEY GENERAL DE SALUD, N° 5395 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 1973” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 16887.

El doctor Chacón Ramírez indica que lo que está mencionado en el Proyecto de Ley, la Caja lo está haciendo pero, además, en el proyecto no se menciona a la Caja. Existe una lógica en el Proyecto de Ley, es pertinente y está en función de los derechos que tienen todas las personas.

Por consiguiente, en relación con la consulta formulada por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 16887 “Adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395, del 30 de octubre del 1973”, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 16887.

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

ARTÍCULO 8°

Se tiene a la vista la consulta relacionada con el expediente número 19105, *Proyecto Ley de creación de la política pública nacional al primer nivel de atención en salud*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la comunicación del 24 de octubre del año en curso, número PE.46.029-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-586-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio a las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías y Médica, quien coordina y remite el criterio unificado.

Se distribuye el criterio unificado por la Gerencia Médica contenido en el oficio número GM-SJD-5677-2014 de fecha 6 de octubre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

“En atención al oficio JD-PL-071-14 del 24 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CAS-586-2014, suscrito por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

En un artículo escrito por Luis Bernardo Villalobos y Mario Piedra, en 1998 titulado “Reforma en la Salud de Costa Rica: Implicaciones en la gestión Municipal”, señalan que: *“La evolución de la salud costarricense se vio afectada en los primeros años de la década de los `80 no solo por la crisis económica y financiera que vivió el país, sino también por la migración centroamericana con motivo de los conflictos bélicos en sus respectivas naciones, así como por las políticas de ajuste estructural que se impulsaron para tratar de corregir la crisis de la deuda y para, «modernizar» el aparato estatal, luego de dos Programas de Ajuste Estructural, en que se diseñó el PAEIII, dentro del cual la Reforma del Estado es quizá su principal componente. **En ese marco, se plantea la Reforma del Sector Salud, a partir de la cual se pretende, entre otras cosas, «lograr la efectiva descentralización administrativa y funcional y el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local. Ello llevará a un descongestionamiento del nivel central de las instituciones y facilitará la toma de decisiones oportunas y adecuadas a la necesidades reales del nivel regional y local».**”⁴ Es precisamente ese “fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local”, lo que nos interesa destacar, ya que en estos momentos está por discutirse en la Asamblea Legislativa un proyecto de ley, que busca efectuar una modificación al Régimen Municipal del país, se replantea su organización y funcionamiento para enfrentar los retos del nuevo siglo.”²⁰ (Lo resaltado no es del original)*

Como se aprecia la discusión de la Reforma del Sector Salud fue discutida y analizada desde hace varios años, quedando plasmada en la Ley que se conoce como Reforma del Sector Salud en la cual se planteó la readequación del Modelo de Atención de Servicios de Salud con enfoque de Atención Integral en el Primer Nivel de Atención.

El proyecto de ley denominado “Ley de Creación de la Política Pública Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud”, fue presentado por la Diputada Carmen Granados Fernández, en la legislatura anterior.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

1. Gerencia Infraestructura y Tecnología: Mediante oficio GIT-33991-2014 de la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente.
2. Criterio Técnico: Mediante oficio DDSS-1308-14 del Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Criterio Legal: Mediante oficio de fecha 06 de octubre del 2014 de la Licda. María del Rocío Amador Herrera, Asistente de la Gerencia Médica.

En el mencionado Proyecto de Ley, la Diputada Granados Fernández señala que durante el 2012-2013, transcurrieron las investigaciones de múltiples actores realizadas en torno a la crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social. Además indica que *“no existe una normativa ni tampoco una política que integre y regule de forma efectiva y adecuada la prestación de los servicios del*

²⁰ “Reforma en la Salud en Costa Rica: Implicaciones en la gestión municipal”, escrito por Luis Bernardo Villalobos y Mario A. Piedra González, en Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, Volumen 6 No. 1, Enero de 1998

primer nivel de atención. Por el contrario existen desigualdades en la prestación de estos servicios y políticas y direccionamiento de la propia Caja que causan distorsiones y generan impactos negativos en la salud al no cubrir las necesidades reales de la población.”

Aunado a lo anterior, tal y como lo indica en la exposición de motivos del proyecto, la Diputada Granados señala: “(...) *creemos que el establecimiento de esta política pública se engarza dentro de los quehaceres propios de un Ministerio de Salud que debe ser fortalecido en su rectoría y cuyas acciones deben ser visibilizadas y apoyadas por todo el Sistema Nacional de Salud, de una vez por todas, sin mezquindades y obstáculos y para tutelar la salud y el bienestar de la población”.*

De lo anterior, es claro que el proyecto es una propuesta de política pública en materia de salud que como tal le corresponde al Ministerio de Salud emitir, sin embargo **señala que será aplicada por la Caja.**

Del análisis del proyecto, se desprende que el mismo hace referencia a una serie de lineamientos y acciones que son competencia de la gestión y administración de los servicios de salud que brinda la Institución, por lo que son de exclusivo resorte de la Caja su definición y atención.

La iniciativa pretende crear los lineamientos generales para la elaboración de la Política Pública Nacional de Atención Primaria en Salud, que como lo indica deberá ser elaborada por el Ministerio de Salud, en coordinación con las demás instituciones, órganos y entes que conforman el Sistema Nacional de Salud incluyendo los gobiernos locales.

El proyecto está conformado por 4 artículos en los cuales se define el objeto, se declara de interés público la Política Pública Nacional de Atención Primaria en Salud, se establecen los fines y los elementos de la política.

En el artículo 4, donde se establecen los elementos de la política pública que deben cumplirse, indica en su punto 3) “*definir el tamaño de la comunidad y el área de atracción para el funcionamiento adecuado de un EBAIS y de un área de salud*”, al respecto cabe señalar que estos aspectos le corresponde a la Caja definirlos mediante los estudios técnicos que realiza, por lo que no corresponde que estén incluidos dentro de una Política Pública Nacional, ya que trasgrede las competencias de la institución, que como se indicó supra, goza de autonomía de administración y gobierno.

Otro de los elementos que llama la atención en el Proyecto de Ley, es la conformación de “*equipo de trabajo ampliado*”, para el Primer Nivel de Atención, donde indica que deberán valorarse las incorporaciones de profesionales de distintas disciplinas, tales como acupunturistas, homeópatas y consejeros espirituales, iniciativa que llevaría a la Caja a crear un sinnúmero de plazas de profesionales que no tiene, por lo que no es viable.

En el elemento 5) se refiere a la “*conformación del equipo de apoyo que brindan las área de salud a los distintos centros de atención primaria en salud*”, donde indica que deben valorar incorporar profesionales en geriatría, pediatría, odontología y psiquiatría, que ya se encuentran incorporados, como es el ejemplo de la Áreas de Salud administradas por Terceros.

En los siguientes puntos, por ejemplo el punto 10) el proyecto no introduce nada nuevo dentro del quehacer de la Caja en el Primer Nivel de Atención, ya que se refiere a los programas que la Institución ejecuta a través de la Normas de Atención Integral en los diferentes grupos etarios.

Así las cosas, la proponente del proyecto no planteó nada nuevo a lo que ya se está haciendo a excepción de introducir homeópatas y otros, la CCSS no tendrá que hacer mayor esfuerzo técnico para cumplir, pues ya todo está hecho. Sin embargo cabe mencionar que el proyecto no hace mención al financiamiento que requiere la implementación de esta ley para el primer nivel de atención.

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

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”²¹.

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

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

²¹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

La reiterada jurisprudencia constitucional, ha señalado que la Caja debe adaptar sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que estos respondan a los cambios en el perfil epidemiológico, a la nueva integración de los grupos etarios que componen la sociedad y a las exigencias que enfrenta el sistema sanitario.

Por otro lado es importante dejar claro que la premisa bajo la cual se fundamenta la propuesta del proyecto, se considera equivocada al afirmar que “no existen una normativa ni tampoco una política que integre y regule de forma efectiva y adecuada la prestación de los servicios del primer nivel de atención ”, lo anterior porque desde el año 1993 se planteó el desarrollo de un modelo readecuado de atención vigente a la fecha el cual está documentado y oficializado y se ha venido desarrollando en un proceso de forma paulatina en la institución así mismo en este momento la institución se encuentra en un proceso de revisión y fortalecimiento de dicha propuesta.

En función de lo anterior la Caja Costarricense de Seguro Social inicio la sectorización del territorio nacional y la consecuente implementación de las Áreas de Salud a nivel nacional así como también sus correspondientes Equipos Básicos de Atención, al día de hoy se han implementado 104 Áreas de Salud y 1095 EBAIS, los estudios de revisión del Modelo en aplicación han evidenciado:

- 1-Que la propuesta de modelo readecuado sigue vigente (último análisis realizado en el año 2013)
- 2-Que la Caja Costarricense de Seguro Social no ha terminado de implementar dicho modelo.

Es importante dejar claro que este modelo propone el desarrollo de atención integral en salud mediante la promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, implementación de intervenciones basadas en evidencia (eficaces, seguras y costo eficientes), lo anterior, coordinado mediante una apertura programática, por medio de Programa Atención Integral del Niño y la Niña, Programa Atención Integral al Adolescente, Programa Atención Integral al Adulto, Programa Atención Integral al Adulto Mayor, Programa Atención Integral de Salud Mental, Programa Atención Integral a las Adicciones, Programa Atención Integral a la Violencia, Programa Atención Integral a la Población Indígena, Programa Atención Integral a Enfermedades Crónicas Degenerativas, para ello se implementa en Áreas de Salud con equipos de apoyo multidisciplinarios (Trabajo social, enfermería, medicina, nutrición, psicología, odontología) así como los equipos básicos de atención por sectores geográfico poblacionales de 3500 a 4500 habitantes. Debido a que este es un proceso de implementación en todo el territorio nacional la Caja Costarricense de Seguro Social inicia dicha implementación en zonas prioritarias: periferia del país, fronteras y costas, aún queda pendiente la sectorización en algunas zonas del área metropolitana así como también re sectorizar áreas poblacionales con crecimientos de la población que han superado los 4.500 habitantes por EBAIS en función de comportamiento vegetativo, movimientos poblacionales, desarrollos habitacionales y urbanísticos.

Esta propuesta retoma la mayoría de componentes del modelo readecuado y los replantea pero con un nivel de detalle que trasgrede la autonomía institucional tanto de administración como de gobierno, para lo cual se citan ejemplos:

1. Definir el tamaño de la comunidad y el área de atracción para el funcionamiento adecuado de un EBAIS y de un área de salud.
2. El apoyo logístico necesario y mínimo para cada centro de atención primaria en salud que incluya al menos el suministro de equipos y su mantenimiento, el suministro de materiales y papelería; el transporte de pacientes en situación de emergencias; el mantenimiento de la infraestructura, sistemas de vigilancia de mobiliario, equipo e inventarios de bodegas, suministro y esterilización de equipos; manejo de desechos y materiales contaminados y, finalmente, el recurso humano.
3. Definir los tipos de actividades de los centros de atención primaria en salud.
4. Definir los programas servicios de salud mínimos que deberán brindar los centros de atención primaria en salud.
5. Cualquier otro que el Ministerio de Salud ordene implementarse
6. Indicar los registros que deben llevarse en cada centro de atención primaria en salud, tales como el registro de las organizaciones o comités “prosalud” y el registro de los grupos de autoayuda que existan en esa área geográfica.
7. La implementación universal de la digitación de todos los procesos de la CCSS y especialmente la implementación del expediente digital único en salud de conformidad con lo dispuesto en la LEY 9162 que crea el EDUS.
8. Jornadas y horarios de atención de los centros de atención primaria en salud, incluyendo horarios nocturnos y la posibilidad de atención los fines de semana.
9. Financiamiento y costo de los servicios de salud del primer nivel de atención.
10. Presupuesto para el primer nivel de atención en salud

En orden con lo así expuesto, considera esta gerencia que, la Caja es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y cuenta con autonomía para autoregularse y autodirigir sus actuaciones, por lo que tal y como está planteado el proyecto de ley, contraviene las competencias que por ley le corresponden a la Caja Costarricense de Seguros Social, por lo que se recomienda oponerse a dicha propuesta.”.

La licenciada Coto Jiménez se refiere al citado criterio, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- i) **ASUNTO: PROYECTO DE LEY N°19105 “LEY DE CREACION DE LA POLITICA PÚBLICA NACIONAL AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD”**
- 2) En la exposición de motivos del proyecto, la Diputada Granados señala: “(...) *creemos que el establecimiento de esta política pública se engarza dentro de los quehaceres propios de un Ministerio de Salud que debe ser fortalecido en su rectoría y cuyas acciones deben ser visibilizadas y apoyadas por todo el Sistema Nacional de Salud, de una vez por todas, sin mezquindades y obstáculos y para tutelar la salud y el bienestar de la población*”.

En consecuencia en principio el proyecto estaba conceptualizado como componentes de aplicación del Ministerio de Salud, sin embargo prácticamente el 100% de su contenido es dirigido a la CCSS instruyéndola respecto de cómo se debe implementar la prestación de servicios en el 1er nivel de atención, conformándose más en una propuesta de Modelo de Prestación de Servicios en el 1er Nivel de la CCSS que una propuesta de Política Pública. Se desprende de lo anterior, que el contenido del proyecto hace referencia a una serie de lineamientos y acciones que son competencia de la gestión y administración de los servicios de salud que brinda la Institución en el marco de su autonomía de administrativa y autonomía de gobierno, por lo que son de exclusivo resorte de la Caja su definición y atención.

- 3) Esta propuesta retoma la mayoría de componentes del modelo readecuado y los replantea pero con un nivel de detalle que trasgrede la autonomía institucional tanto de administración como de gobierno, para lo cual se citan ejemplos:
- ✓ Define volumen población para un EBAIS y para un Área de Salud.
 - ✓ Define el apoyo logístico en cada centro de atención primaria en salud: -define el recurso humano del centro, -el suministro de equipos y su mantenimiento, -el suministro de materiales y papelería, -el transporte de pacientes en situación de emergencias, -el mantenimiento de la infraestructura, -los sistemas de vigilancia de mobiliario, equipo e inventarios de bodegas, -el suministro y esterilización de equipos, -manejo de desechos y materiales contaminados.
 - ✓ Define los tipos de actividades que deberán realizar los centros de atención primaria en salud.
 - ✓ Define los programas que deberá implementar la CCSS en los servicios. Igualmente indica que adicionalmente incorporará cualquier otro que el Ministerio de Salud ordene implementarse
 - ✓ Define los registros que deben llevarse en la CCSS.
 - ✓ Define la implementación universal de la digitación de todos los procesos de la CCSS y especialmente la implementación del expediente digital único en salud de conformidad con lo dispuesto en la LEY 9162 que crea el EDUS.
 - ✓ Define jornadas y horarios de atención de los centros de atención Ira, incluyendo horarios nocturnos y la posibilidad de atención los fines de semana.
 - ✓ Definirá el financiamiento y costo de los servicios de salud del primer nivel de atención.
 - ✓ Presupuesto para el primer nivel de atención en salud.
- 4) Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:
- “(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.

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

5) **RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO**

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19105 “LEY DE CREACION DE LA POLITICA PUBLICA NACIONAL AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de oposición al proyecto de ley consultado N° 19105. En función de dos razones:

-Este texto no plantea nada diferentes a lo que la CCSS ha venido implementando desde el año 1997 en función del modelo readecuado de salud.

-La Caja es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y cuenta con autonomía para autoregularse y autodirigir sus actuaciones (Constitución Política, **artículo 73**), por lo que tal y como está planteado el proyecto de ley, contraviene las competencias que por ley le corresponden a la Caja Costarricense de Seguros Social.

En resumen, el doctor Hugo Chacón indica que el Proyecto de Ley es un documento identífico a lo que se está revisando del modelo de atención. Se está pretendiendo mediante una Ley aplicar un modelo de atención en el primer nivel de atención a la Institución. La propuesta de acuerdo es de oposición porque está queriendo mediante una política, definirle a la Caja la forma de brindar los servicios.

Por consiguiente, en relación con la consulta planteada por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa sobre Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19105 “Ley de creación de la Política pública nacional al primer nivel de atención en salud” , tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACEURDA** emitir criterio de oposición al Proyecto de ley consultado N° 19105, por cuanto el texto no plantea nada diferente a lo que la Caja Costarricense de Seguro Social (CSSS) ha venido implementando desde el año 1997 en función del modelo readecuado de salud. Además, debe tomarse en consideración que la Caja Costarricense de Seguro Social es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y, de conformidad con el artículo 73 Constitucional, cuenta con autonomía para autoregular y autodirigir sus actuaciones, según las competencias establecidas en el ya citado artículo 73, por lo que el presente Proyecto de ley deviene en inconstitucional, toda vez que contraviene las competencias que por ley le corresponden a la Caja.

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

ARTÍCULO 9°

Se presenta la consulta relacionada con el *expediente número 18690, Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo (PIDE)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 18 de los corrientes, número PE.45.956-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CTE-275-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa.

Se tiene a la vista el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número GM-SJD-5652-2014 de fecha 25 de setiembre del año en curso que firma la Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-066-14 del 18 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio cte-275-2014, suscrito por la licenciada Silma Elisa Bolaños Cerdas, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley N° 18690 fue consulta a ésta Institución en el año 2013, en su oportunidad se externó criterio a la Asamblea Legislativa mediante el oficio N°52.471 de fecha 11 de octubre del 2013, indicando:

“La Junta Directiva, de conformidad con los criterios legal y técnico contenidos en el oficio GM-SJD-45445-2013, de fecha 30 de setiembre, 2013, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, ACUERDA manifestar a la Comisión consultante Comisión Permanente Especial de Ciencia, Tecnología y Educación de la Asamblea Legislativa, que se opone al Proyecto, en virtud de que:

- a) A la CAJA le corresponde regular con carácter exclusivo y excluyente las prestaciones propias de los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso al régimen, las modalidades de aseguramiento, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios para su fortalecimiento.*
- b) De conformidad con el artículo 73 de la Constitución Política, la CAJA se encuentra imposibilitada para destinar recursos a finalidades distintas para las que fue creada.*
- c) Cualquier tipo de colaboración o convenio que se quiera suscribir con ocasión del PIDE deberá darse siempre conforme a las competencias constitucionales y legales asignadas a la CAJA. ACUERDO FIRME”.*

Ahora se consulta nuevamente el proyecto en mención sin embargo se presenta un texto sustitutivo del anterior y que procederemos analizar.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

1. Criterio Técnico: Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

El presente proyecto de ley pretende crear un programa integral de desarrollo educativo como un auxilio social y de servicio comunal, dicho programa se considerará una política pública de la persona joven y está enfocado en: 1) formación académica adecuada, impartida y dirigida por el MEP, 2) Enseñanza, formación y preparación o capacitación de oficios, artes o técnicas por parte del INA y 3) un servicio social comunitario.

Dicho programa estará dirigido a familias con adolescentes y jóvenes de ambos sexos entre los 12 a los 28 años de edad inclusive, que viven en condiciones de pobreza, en riesgo y vulnerabilidad social.

Además se crea el servicio social cívico comunitario como una actividad de beneficio público, dentro de las áreas de acción en que se desarrollará dicho servicio social se establece “F) centros de recuperación de adictos o voluntarios en clínicas u hospitales”.

Por otro lado se crea la Dirección Nacional de Servicio Social Cívico Comunitario de resorte del Poder Ejecutivo adscrito al Ministerio de Cultura Juventud y Deporte, el cual funcionará como órgano desconcentrado mínimo, administrativa y técnicamente autónomo, la cual será responsable del desarrollo y cumplimiento del programa integral de desarrollo educativo y su presupuesto deviene de las partidas específicas del Poder Ejecutivo, presupuesto nacional.

El proyecto de ley establece un título III sobre las Instituciones públicas y privadas, dentro de las primeras señala que la ley es de interés social y determina la obligatoriedad de todas las instituciones públicas acorde a sus competencias de prestar y brindar sus servicios y beneficios a los pasantes que así lo requieran, **en específico a la Caja, el artículo 43 establece que al inscribirse al servicio social cívico comunitario, el Estado garantizará la inmediata atención y seguimiento de su salud y la de sus dependientes, donde la cobertura en salud a dicha población será brindada bajo el régimen de asegurados por el Estado.**

Además, se establece que el Ministerio de Salud en coordinación con la Dirección Nacional de Servicio Social Cívico Comunitario, velarán que cada pasante y su familia sean incorporados al EBAIS o Clínicas de salud correspondiente.

De todo lo expuesto resulta de vital importancia referirnos en primera instancia a la autonomía y competencias del ente prestador de servicios de salud, o sea de la Caja Costarricense de Seguro Social.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Como primer punto, debemos indicar que el artículo 73 de la Constitución Política de la República y el 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, establecen la función y la naturaleza jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social, a saber:

“Artículo 73: Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.” (El resaltado no pertenece al texto original)

“Artículo 1.- La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, CAJA.

La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente.

Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.”

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

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”²²

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas N°. 125 y N°. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: "**Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla.** De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, **dándole a la Caja plena autonomía** para independizarla así del Poder Ejecutivo"; y además agrega que: "**Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable**"²³. –Lo resaltado no corresponde al original-

²²Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

²³Página 36 del Tomo III de la Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

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

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”²⁴.

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

La Caja Costarricense de Seguro Social posee autonomía, tanto de gobierno como administrativa, pudiendo la institución, tal y como lo ha desarrollado por la Sala Constitucional en su voto 919-99, definir políticas, metas y los medios generales para su consecución, como parte de su autonomía de gobierno; en tanto la autonomía administrativa supone ‘la optimización de los servicios públicos que se prestan, para llegar en la mejor forma posible hasta todos los beneficiarios, de tal suerte que existe una autoadministración del ente frente al Estado para adoptar decisiones fundamentales, claro está, dentro de un marco de limitaciones de rango constitucional.

Ahora bien, es importante dejar claro el Estado es el llamado a garantizar el derecho a la salud de la población y por ende la universalización de los seguros sociales, es por ello que el numeral 177 constitucional consagra el principio de subsidiaridad estatal en virtud de que para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense del Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución.

En esa misma línea el artículo 3° del Reglamento del Seguro de Salud dispone la subsidiariedad estatal, indicando: *“Según lo dispuesto en el artículo 177 de la Constitución Política, en relación con el artículo 73 ibídem, el Estado es responsable subsidiario en la atención integral de la salud”*.

²⁴ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

Dado lo anterior y, si bien es cierto el proyecto en estudio está enmarcado dentro del campo de la educación queda claro que su desarrollo e implementación involucra a toda la Administración Pública. En el caso específico a la Caja, tal y como se mencionó líneas arriba el artículo 43 establece que al inscribirse al servicio social cívico comunitario, el Estado garantizará la inmediata atención y seguimiento de su salud y la de sus dependientes, donde la cobertura en salud a dicha población será brindada bajo el régimen de asegurados por el Estado.

En el caso particular es importante señalar que la población a quien va dirigida el proyecto del Programa Educativo es de los 12 a los 28 años de edad, es decir, la población menor de edad, tal y como lo establece el Código de la Niñez y la Adolescencia la atención será directa y gratuita a cargo del Estado, siendo que en los casos en que el menor no se encuentre cobijado bajo ninguna modalidad de aseguramiento, el costo por la atención debe ser asumido por el Estado. Y en los demás casos donde ya no correspondan a menores de edad el proyecto de ley es claro en señalar que el aseguramiento será a cargo del Estado, según lo establecido en el Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado, que indica:

“Artículo 2. DEFINICIONES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 del Reglamento del Seguro de Salud, se establecen las siguientes definiciones:

Asegurados por cuenta del Estado:

Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por carecer de ingresos suficientes y por su condición de pobreza se encuentra en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

Atenciones con cargo al Estado:

Protección que se brinda a personas sin ninguna modalidad de aseguramiento, cubiertas por alguna de las disposiciones legales citadas en el artículo 1° de este Manual. Bajo esta modalidad se incluyen las personas que no califican para ser asegurados por cuenta del Estado.

Artículo 3. DEL PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR EL BENEFICIO POR PRIMERA VEZ

Los servicios de salud que se brindan a personas que no dispongan de alguna modalidad de aseguramiento, cuando se cuente con algún elemento que permita presumir la carencia de recursos económicos, suficientes para optar por un seguro contributivo o sufragar el costo completo de los servicios médicos, se procederá de la siguiente manera:

– El solicitante deberá identificarse, mediante la presentación de cualquiera de los siguientes documentos, según corresponda: cédula de identidad, pasaporte, cédula de residencia u otro documento idóneo del que se desprenda con certeza la identidad de la persona.

– El funcionario designado para realizar el trámite, deberá llevar un registro de solicitantes de seguro por cuenta del Estado provisionales, mediante un libro de actas con los siguientes datos:

Nombre y apellidos.

II. Número del documento de identificación.

III. Fecha de atención.

IV. Dirección del domicilio.

_ El solicitante deberá firmar en el libro de actas misma que deberá cotejarse con la del documento de identidad. Igualmente se consignará la firma del funcionario que realiza el registro.

_ Tratándose de asegurados a cargo del Estado la verificación consistirá en determinar el cumplimiento de la condición especial que le permite acceder al seguro (Niñez, adolescencia, maternidad, enfermedad maligna, persona joven, indigentes y cualquier otro grupo que contemple la legislación.

_ Cumplido lo anterior se emitirá un carné por un período provisional de tres meses y se llenará en el lugar el formulario diseñado para tal efecto, iniciándose el procedimiento de verificación para el otorgamiento del beneficio de forma definitiva. _ Cuando el interesado solicite el formulario para ser llenado en su domicilio, éste podrá entregarse; en caso de no presentarse el formulario y los requisitos en el transcurso de la vigencia del beneficio provisional, vencido el mismo no se podrá aplicar prórroga alguna.

_ Únicamente procede la prórroga en el beneficio provisional, cuando presentados los requisitos en tiempo, la Administración requiera de un plazo adicional para resolver el otorgamiento definitivo.”

En ese sentido y siendo que el texto del proyecto que se consulta es claro en señalar que la participación de la Institución es acorde a sus competencias, esto tomando en consideración que sus recursos no pueden ser destinados a fines distintos, y al determinar claramente que el beneficio en salud a otorgar para un determinado segmento de población, será a cargo del Estado, no existirían elementos de oposición a la presente propuesta.

CONCLUSIÓN

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, es claro en establecer la participación de la Institución acorde a sus competencias, otorgando con cargo al Estado el beneficio de salud de la población que se pretende asegurar bajo la modalidad de Asegurados por el Estado, todo de conformidad con los requisitos, condiciones y beneficios de los regímenes contributivos administrados por la Institución, por lo que el proyecto no implica ningún roce de legalidad que pueda atentar contra las competencias institucionales y en ese sentido se recomienda externar un criterio de no oposición para la propuesta”.

La licenciada Coto Jiménez se refiere al criterio en consideración, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- 1) PROYECTO DE LEY N° 18690 PROGRAMA INTEGRAL DE DESARROLLO EDUCATIVO PIDE
CONSULTANTE: COMISION PERMANENTE ESPECIAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

OBJETIVO PROYECTO: El presente proyecto de ley pretende crear un programa integral de desarrollo educativo como un auxilio social y de servicio comunal, dicho programa se considerará una política pública de la persona joven y está enfocado en: 1) formación académica adecuada, impartida y dirigida por el MEP, 2) Enseñanza, formación y preparación o capacitación de oficios, artes o técnicas por parte del INA y 3) un servicio social comunitario.

2)



3) Antecedente

El proyecto de ley N° 18690 fue consultado a ésta Institución en el año 2013, en su oportunidad se externó criterio a la Asamblea Legislativa mediante el oficio N°52.471 de fecha 11 de octubre del 2013, indicando:

- “La Junta Directiva, de conformidad con los criterios legal y técnico contenidos en el oficio GM-SJD-45445-2013, de fecha 30 de setiembre, 2013, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, **ACUERDA** manifestar a la Comisión consultante Comisión Permanente Especial de Ciencia, Tecnología y Educación de la Asamblea Legislativa, que se opone al Proyecto, en virtud de que :
- a) A la CAJA le corresponde regular con carácter exclusivo y excluyente las prestaciones propias de los seguros sociales, incluyendo las condiciones de ingreso al régimen, las modalidades de aseguramiento, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios para su fortalecimiento.
- b) De conformidad con el artículo 73 de la Constitución Política, la CAJA se encuentra imposibilitada para destinar recursos a finalidades distintas para las que fue creada.

- b) *Cualquier tipo de colaboración o convenio que se quiera suscribir con ocasión del PIDE deberá darse siempre conforme a las competencias constitucionales y legales asignadas a la CAJA. ACUERDO FIRME”.*

4) Criterio

- AUTONOMIA CCSS: GOBIERNO Y ADMINSTRACION, OPTIMIZACION DE LOS SERVICIOS PUBLICOS.

Si bien es cierto el proyecto en estudio está enmarcado dentro del campo de la educación queda claro que su desarrollo e implementación involucra a toda la Administración Pública.

En el caso específico a la Caja, el artículo 43 establece que al inscribirse al servicio social cívico comunitario, el Estado garantizará la inmediata atención y seguimiento de su salud y la de sus dependientes, donde la cobertura en salud a dicha población será brindada bajo el régimen de asegurados por el Estado.

En ese sentido y siendo que el texto del proyecto que se consulta es claro en señalar que la participación de la Institución es acorde a sus competencias, esto tomando en consideración que sus recursos no pueden ser destinados a fines distintos, y al determinar claramente que el beneficio en salud a otorgar para un determinado segmento de población, será a cargo del Estado, no existirían elementos de oposición a la presente propuesta.

5) Propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18690 “PROGRAMA INTEGRAL DE DESARROLLO EDUCATIVO” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 18690

Sobre el particular, pregunta el Director Fallas Camacho que si ese aseguramiento es para los dos Regímenes o solo para el de Salud.

Responde la Licda. Coto Jiménez que sólo para Salud y lee el “*artículo 43° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Atención Médica. Al inscribirse al Servicio Social Cívico Comunitario, el Estado garantizará la inmediata atención y seguimiento de su salud y la de sus dependientes, donde la cobertura en salud a dicha población será brindada bajo el régimen de asegurados por el Estado*”. Anteriormente, la Junta Directiva en el año 2013, había emitido un criterio de ese Proyecto de Ley. El texto que fue consultado, anteriormente, fue un texto diferente porque no indicaba como era que se iban a asegurar esas personas, sino que simplemente delegaba la atención en salud en la Caja, sin indicar como era el régimen que los iba a cubrir, ni quien iba a financiar el costo de aseguramiento de esas personas, en cambio en el actual, viene claramente definido, en términos de que va a ser por seguros por el Estado.

El Director Devandas Brenes se refiere a la propuesta de acuerdo en el que indica “recomienda emitir criterio”, que debe decir de una vez “la Junta Directiva acuerda”.

Por tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa, en cuanto al Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 18690 “programa integral de desarrollo educativo”, tomando en consideración lo anteriormente señalado, y con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** emitir criterio de no oposición al Proyecto de ley consultado N° 18690.

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

ARTÍCULO 10°

Se tiene a la vista la consulta relativa al *expediente número 19.273, Proyecto credencial para los asistentes de personas con necesidades especiales*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 17 de octubre del presente año, número PE.46.317-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CEPD-117-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Especial Dictaminadora de los Proyectos de Ley sobre Temas Vinculados con las Personas con Discapacidad, de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio número GM-SJD-47053-2014 de fecha 21 de octubre del presente año que firma la Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

“En atención al oficio JD-PL-077-14 del 17 de octubre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CEPD-117-2014, suscrito por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Especial Dictaminadora de los Proyectos de Ley sobre temas vinculados con las Personas con Discapacidad, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

De acuerdo al “Informe sobre la situación de la niñez y la Adolescencia” realizado por la UNICEF y el Consejo Nacional de Rehabilitación (CNREE), basado en el Censo de Población del año 2011, un 43% de los niños con discapacidad en Costa Rica son pobres y están marginados. Dicho informe indica que: *"A pesar de los avances con el establecimiento de leyes esta población sigue estando excluida, todavía se necesita hacer muchos esfuerzos en disminuir la pobreza, mejorar la salud y educación, y proteger los derechos humanos"*.

El informe muestra que el país ha avanzado con el reconocimiento de derechos y establecimiento de compromisos éticos y normativos, pero que se mantiene un retraso en la aplicación de los mismos, de ahí el interés de facilitar el acceso a los servicios públicos, en nuestro caso el acceso a los servicios de salud para las personas que asisten a menores con alguna discapacidad.

El proyecto de ley denominado “Credencial Nacional para los Asistentes de Personas con Discapacidad”, indica que la iniciativa tiene su origen en los Convenios y convenciones

Internacionales sobre los Derechos de las niñas y niños, la Constitución Política y las leyes nacionales en la materia.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

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

5. Criterio Técnico: Dr. Hugo Chacón Ramírez, Área Atención a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
6. Criterio Legal: Licda. María del Rocío Amador Herrera, Asistente de la Gerencia Médica.

SOBRE EL PROYECTO DE LEY

En el mencionado Proyecto de Ley, los diputados que impulsan esta iniciativa, manifiestan que este proyecto establece un sistema de atención prioritario a las personas denominadas asistentes de personas con necesidades especiales, para que utilicen el menor tiempo posible en aquellas gestiones necesarias y pertinentes y se reintegren de inmediato a sus labores de cuidado.

El Proyecto de Ley se compone de cinco artículos y un Transitorio que pretende crear una credencial nacional para que las personas que asisten o cuidan a personas con necesidades especiales, con esta identificación sean atendidas de manera prioritaria cuando se presenten a realizar gestiones en instituciones públicas o privadas.

De estos 5 artículos, el 2 y el 5 se refieren a acciones que involucran a la Caja.

En el artículo 2, se indica:

*Artículo 2.- Se autoriza al Patronato Nacional de la Infancia y a la **Caja Costarricense de Seguro Social, para que confeccionen la credencial nacional para los asistentes de personas con necesidades especiales.** (Lo resaltado no es del original)*

El artículo 5, reza así:

*Artículo 5.- Las instituciones públicas y las instituciones privadas de servicios sociales, económicos, financieros y educativos, **en especial las de servicios médicos,** dispondrán en sus centros de una ventanilla y/o plataforma de servicio, dirigida a prestar atención prioritaria a los acreditados mediante esta ley". (Lo resaltado no es del original)*

Al respecto procede indicar que la Dirección de Red de Servicios de Salud, mediante oficio N° DRSS-GR-4435-11 de fecha 11 de noviembre de 2011, en atención a la iniciativa de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, giró instrucciones a los hospitales y áreas de salud para la identificación de los usuarios de los servicios de salud que brinda la Caja con Discapacidad No Evidente, tal y como se podría considerar el caso de las personas que cuidan o

asisten a personas con necesidades especiales, con el fin de que puedan hacer uso del beneficio de ventanillas preferenciales.

Para el cumplimiento de lo anterior, se instruyó el siguiente procedimiento:

1. Los usuarios con discapacidad no evidente, presentarán solicitud por escrito ante la Dirección Médica del Área de Salud correspondiente o bien ante la Jefatura de Consulta Externa en caso de hospitales, para que reconozca su condición de discapacidad.
2. A Dirección Médica o la Jefatura de Consulta Externa el (a) funcionario (a) por ellas designado para tal efecto, revisará el expediente de salud del usuario o le solicitará las epicrisis o certificaciones de otros establecimientos, que demuestren la condición de discapacidad de la persona.
3. Los documentos (epicrisis, certificaciones) deben incluirse en el expediente de salud del interesado.
4. Una vez corroborada la condición discapacitante del usuario, se colocará un sello en el carné de asegurado, con la leyenda: “Discapacidad” o alguna otra similar, que permita al usuario hacer uso de la ventanilla preferencial.

Es importante señalar que lo anterior tiene relevancia, ya que la Sala Constitucional en reiteradas resoluciones se ha referido al derecho que les asiste a los usuarios o a sus cuidadores a tener atención prioritaria en los servicios de salud, mediante ventanillas preferenciales. Asimismo ha indicado el respeto a la privacidad de estos usuarios con necesidades especiales, en concordancia con la Ley No. 8239 de abril de 2002, sobre el “Derecho y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”

Como ejemplo de lo anterior, en una resolución de la Sala Constitucional, una persona con discapacidad quien asegura que **su discapacidad no se evidencia a simple vista** interpuso una acción de inconstitucional contra las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la cual manifiesta que *“en esta institución le obligan a portar un dictamen médico y mostrarlo a todos los funcionarios que le atienden. Lo anterior con el fin de que valoren si puede o no utilizar los servicios de la ventanilla especial. Asegura que en una ocasión, por no portar el dictamen médico, una funcionaria del Laboratorio del Hospital México la obligó a hacer la fila regular, con el evidente perjuicio para su salud.*

La Sala Constitucional declaró con lugar el recurso. En consecuencia le ordenó a la Gerente Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, que de manera inmediata, lleve a cabo todas las actuaciones que estén dentro del ámbito de su competencia, **para que se consigne en el carné respectivo, de la persona que interpuso este amparo, de tal forma que pueda acceder a los servicios preferenciales, sin verse obligada a mostrar a los distintos funcionarios de las dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, su dictamen médico.**

De lo anterior se desprende que le corresponde a la Institución, brindar atención prioritaria a las personas con necesidades especiales, que tal y como se indica supra, la Caja tiene el procedimiento para atención de estos casos.

Como corolario a lo anterior, cabe indicar que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad

social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73° de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”²⁵.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población, que incluye también de manera prioritaria a las personas con necesidades especiales. En tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

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

La reiterada jurisprudencia constitucional, ha señalado que la Caja debe adaptar sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que estos respondan a las necesidades que presenten los diferentes grupos de usuarios, según su condición.

Por lo anterior, se considera que el presente Proyecto de Ley, tal y como está planteado, no contraviene las competencias que por ley le corresponden a la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que se recomienda no oponerse a dicha propuesta.

²⁵ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

CONCLUSIÓN

La Gerencia Médica con base en los criterios técnicos respectivos, considera que el proyecto de ley consultado no presenta roces con la autonomía de administración y gobierno de la que goza la Caja, ni compromete erogaciones de tipo financiero, dado que la Institución mediante la iniciativa de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicio, instruyó desde noviembre de 2011 el Procedimiento de atención para los usuarios de los servicios de la Caja que presenten una discapacidad No evidente, que se adapta a lo que pretende el proyecto de identificar a las personas que asisten o cuidan a personas con necesidades especiales”.

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

- a) **ASUNTO: PROYECTO DE LEY DENOMINADO “CREDENCIAL PARA LOS ASISTENTES DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES”. EXPEDIENTE LEGISLATIVO 19.273.**
- b) En el mencionado Proyecto de Ley, se impulsa la atención prioritaria a las personas denominadas asistentes de personas con necesidades especiales, para que utilicen el menor tiempo posible en aquellas gestiones necesarias y pertinentes y se reintegren de inmediato a sus labores de cuidado.
- c) Cabe señalar que la Sala Constitucional en reiteradas resoluciones se ha referido al derecho que les asiste a los usuarios o a sus cuidadores a tener atención prioritaria en los servicios de salud, mediante ventanillas preferenciales. Asimismo ha indicado el respeto a la privacidad de estos usuarios con necesidades especiales, en concordancia con la Ley No. 8239 de abril de 2002, sobre el “Derecho y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”
En consecuencia para un caso específico ordenó a la Gerente Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, que de manera inmediata, lleve a cabo todas las actuaciones que estén dentro del ámbito de su competencia, **para que se consigne en el carné respectivo, de la persona que interpuso este amparo, de tal forma que pueda acceder a los servicios preferenciales, sin verse obligada a mostrar a los distintos funcionarios de las dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, su dictamen médico.**
- d) El proyecto de ley se compone de cinco artículos y un Transitorio que pretende crear una **credencial nacional para que las personas que asisten o cuidan a personas con necesidades especiales**, con esta identificación sean atendidas de manera prioritaria cuando se presenten a realizar gestiones en instituciones públicas o privadas.

De los 5 artículos, el 2 y el 5 se refieren a acciones que involucran a la Caja.

En el artículo 2, se indica:

*Artículo 2.- Se autoriza al Patronato Nacional de la Infancia y a la **Caja Costarricense de Seguro Social, para que confeccionen la credencial nacional para los asistentes de personas con necesidades especiales.** (Lo resaltado no es del original)*

El artículo 5, reza así:

*Artículo 5.- Las instituciones públicas y las instituciones privadas de servicios sociales, económicos, financieros y educativos, **en especial las de servicios médicos**, dispondrán en sus centros de una ventanilla y/o plataforma de servicio, dirigida a prestar atención prioritaria a los acreditados mediante esta ley". (Lo resaltado no es del original)*

- e) Por lo anterior, se considera que el presente proyecto de Ley, tal y como está planteado, no contraviene las competencias que por ley le corresponden a la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que se recomienda no oponerse a dicha propuesta.

CONCLUSIÓN

La Gerencia Médica con base en los criterios técnicos respectivos, considera que el proyecto de ley consultado no presenta roces con la autonomía de administración y gobierno de la que goza la Caja, ni compromete erogaciones de tipo financiero, dado que la Institución mediante la iniciativa de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicio, instruyó desde noviembre de 2011 el Procedimiento de atención para los usuarios de los servicios de la Caja que presenten una discapacidad No evidente, que se adapta a lo que pretende el proyecto de identificar a las personas que asisten o cuidan a personas con necesidades especiales.

f) **RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO**

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Especial Dictaminadora de los Proyectos de Ley sobre temas vinculados con las Personas con Discapacidad de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19273 "CREDENCIAL PARA LOS ASISTENTES DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES" y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de no oposición al proyecto de ley consultado N° 19273.

El Dr. Chacón Ramírez indica que la Caja ha girado lineamientos para que se confeccione un sello, para que no se usen dos carnets. Un sello para el cuidador, donde se le tipifica como cuidador y se gira lineamientos a las ventanillas de atención preferencial, para que esta persona sea atendida de manera prioritaria, sin que se solicite ningún expediente. En la Caja se está atendiendo desde antes, por lo que no está implicando un aspecto diferente a lo que se había iniciado, en función de la orden que previamente había emitido la Sala Cuarta.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que es un proyecto de credencial para los asistentes de personas con necesidades especiales. El término de asistente le parece que es como cuidadores, por lo que se debería de sugerir se modifique, porque el asistente es un nombre más institucionalizado.

Al Director Alvarado Rivera le parece que el término es muy ambiguo, para lo que se quiere en lo específico, porque es una persona encargada de otra con necesidades especiales. Por otro lado, estos aspectos funcionan si realmente existe un control y un registro efectivo de las personas, porque si no las filtraciones son muchas. Además, existiría un mecanismo que es un

carnet, que al final lo tiene que realizar la Caja, por ejemplo, como con el tema de los autobuses de los adultos mayores. Le parece que el criterio se debe emitir de manera sólida, porque de lo contrario, el asunto termina siendo muy filtrado y con responsabilidades para la Institución. Como no es Ley, sino que es un accionar institucional es más fácil manejarlo, en el momento en que se convierta en Ley y los abogados se enteren, se extiende y, eventualmente, podría generar dificultades de manejo a nivel del accionar de la Institución, con respecto de la atención de esas personas.

El Dr. Chacón Ramírez señala que don Renato Alvarado tiene toda la razón, los lineamientos que se han girado fueron antes de este Proyecto de Ley, se pueden revisar para actualizarlos en cuestión de la Ley. Lo que se ha girado es que todo cuidador de una persona con necesidades especiales, debe acudir al establecimiento donde esta persona está siendo atendida. Se le está indicando que es para dos, mediante un sello de atención prioritaria, hasta dos personas en el contexto del expediente y el manejo del paciente. Se tendría que revisar para actualizarlo, en función de este Proyecto de Ley y girar un nuevo lineamiento. La línea es que el Director del Hospital, analizando el expediente le pondrá el sello a los dos, en el carnet del paciente y en el del cuidador. Si va a ser usado para un trámite personal, en ese sentido no se tiene control.

Ante una pregunta del licenciado Alvarado Rivera en términos de si el carnet es personalizado, indica el Dr. Chacón Ramírez que se hace para la persona que es cuidadora y la persona con necesidades especiales.

Respecto de una pregunta de la Dra. Sáenz Madrigal, en el sentido de si se establece un plazo para los carnets, responde el Dr. Chacón que al ponerse el sello el tiempo es indeterminado. Hay que depurar ese aspecto, por ejemplo, si la persona fallece y dejan de tener cuidadores no se tiene control de ese componente. Una opción es que se tenga una caducidad y que cada cinco años se revise, como ilustración, porque la persona que está siendo cuidada pudiera fallecer.

La doctora Sáenz Madrigal concuerda con don Renato Alvarado en que se debe revisar el proceso, en el momento de implementarlo porque, eventualmente, se podrían dar abusos en la utilización del carnet.

Sobre el particular, indica el Dr. Chacón Ramírez es la Caja la que tiene que tener cuidado de realizar la revisión del proceso.

Sugiere la Dra. Sáenz Madrigal que cada establecimiento debería llevar un registro del número de carnet que se está otorgando y se actualice cada cinco años.

Al respecto, señala el Dr. Hugo Chacón que ese aspecto no estaba contemplado en el Proyecto de ley, por lo que sería importante hacerlo.

Comenta el Dr. Chacón Ramírez que el Proyecto de Ley que se promovió anteriormente, no tenía una Ley detrás sino que fue para atender necesidades de las personas, era como más suave, por lo que hay que hacer uno más específico. En general, lo que la Ley pretende parece razonable, lo que hay que hacer es operativizarlo de manera correcta y evitar el abuso.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que está claro que el carnet es para facilitarle al cuidador su función, incluso, en la fila de un banco para que lo atiendan más rápido. Se refiere al caso de los pacientes que son atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos, la persona recibe medicamentos propios de esa especialidad y otros medicamentos que se recetan en hospitales. El cuidador tiene que retirar medicamentos en dos lugares distintos y hacer dos filas, lo que le puede producir angustia de estar cuatro o más horas alejado de la persona. Por lo que sugiere, establecer algún mecanismo de coordinación, para que los medicamentos se entreguen todos en Cuidados Paliativos y la persona no tenga que realizar doble fila.

Sobre el particular, señala el Dr. Chacón Ramírez que se tendría que preparar un protocolo, para atender de manera adecuada este requerimiento.

Interviene el Director Alvarado Rivera y manifiesta su preocupación, porque esos aspectos se universalizan y, desafortunadamente, las figuras de atención a la salud no son atendidas por otra institución más que en la Caja. Como ilustración, se propone elaborar un proyecto y una vez que está instaurada la Ley, se promulga el Reglamento y establece que la Institución, encargada de elaborar los carnets y demás es la Caja; entonces, se debe definir en la estructura organizacional de la Institución un departamento que los confeccione. Por otro lado, se producen la insatisfacción e interviene la Contraloría de Servicios, entre otros.

Al respecto, manifiesta el Dr. Chacón que se tiene proyectado que se utilice el mismo carnet para no generar dos carnets y se busque algún mecanismo de identificación en el carnet, como lo han hecho para otros casos, para no tener que generar dos identificaciones porque implica mucho conflicto. Puede ser con un sticker que sea temporal, por ejemplo.

Reitera el Director Alvarado Rivera que está de acuerdo con lo que se está planteando, el problema es cómo manejarlo. Por otro lado, le parece que se debe definir una propuesta para determinar cómo proceder con las personas que no tienen recursos, por ejemplo, con una pensión por el Estado, sea atendida en forma más expedita. La propuesta sería que se confeccione un carnet para que se le atienda expeditamente.

Indica el Dr. Chacón que si a todas esas personas se les debe atender con prioridad, ésta se pierde y en ese sentido, se continuaría realizando fila.

Por lo tanto, en relación con la consulta planteada por la Comisión Especial Dictaminadora de los proyectos de ley sobre temas vinculados con las personas con discapacidad, de la Asamblea Legislativa, respecto del Proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 19273 “Credencial para los asistentes de personas con necesidades especiales”, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva, -en forma unánime- **ACUERDA** emitir criterio de no oposición al Proyecto de ley consultado N° 19273.

Asimismo, se sugiere a la Comisión consultante que, en lugar de asistente, se utilizar el término cuidador.

Por otra parte y para cuando el citado Proyecto se convierta en ley, se solicita a la Gerencia Médica que se establezca un protocolo para atenderla adecuadamente y que, entre otros aspectos,

contemple que ha de llevarse un registro del carné que se otorga que se debe actualizar periódicamente, y de su vigencia.

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

A las quince horas con cuarenta minutos se levanta la sesión.