

ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

PROYECTO DE LEY

CREACIÓN DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

**CARMEN IRENE CHAN MORA
Y OTRAS SEÑORAS DIPUTADAS
Y SEÑORES DIPUTADOS**

EXPEDIENTE N.º 21.373

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
UNIDAD DE PROYECTOS, EXPEDIENTES Y LEYES**

NOTA: A solicitud de las partes interesadas, este Departamento no realizó la revisión de errores formales, materiales e idiomáticos que pueda tener este proyecto de ley.

PROYECTO DE LEY

CREACIÓN DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

Expediente N.º 21.373

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

El cáncer a nivel global

Los resultados de las Estadísticas Mundiales del Cáncer (GLOBOCAN)¹ 2018 indican que habrán 18.1 millones de nuevos casos y 9.6 millones de muertes por cáncer en todo el mundo en 2018, siendo la segunda causa de muerte en todo el mundo. Es decir, 1 de cada 6 muertes se debe al cáncer.

Para ambos sexos combinados, se estima que casi la mitad de los casos y más de la mitad de las muertes por cáncer en el mundo ocurrirán en Asia en el año 2018, en parte porque cerca del 60% de la población mundial reside allí.

Para el año 2040, se estiman 29,5 millones de casos nuevos, lo que significaría un aumento del 61%. Mientras que en cuanto a mortalidad, se estimada que llegarían a 16.5 millones de muertes, que representaría un aumento del 58%.

Europa representa el 23.4% del total de casos de cáncer y el 20.3% de las muertes por cáncer, aunque representa solo el 9% de la población mundial, seguido por el 21% de incidencia en América y el 14.4% de mortalidad mundial. A diferencia de otras regiones, las proporciones de muertes por cáncer en Asia (57.3%) y África (7.3%) son más altas que las proporciones de incidencia (48.4% y 5.8%, respectivamente) debido a la diferente distribución de tipos de cáncer y más elevadas tasas de mortalidad en estas regiones.

El cáncer es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, en todas las regiones del mundo, e independientemente del nivel de desarrollo humano.

En este sentido, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, el cáncer es la primera o segunda causa de muerte antes de los 70 años en 91 de 172 países, y ocupa el tercer o cuarto lugar en 22 países adicionales. Para ambos sexos combinados, el cáncer de pulmón es el cáncer más comúnmente diagnosticado (2,09 millones de casos, 11.6% del total de casos) y la causa principal

¹ Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC); Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Estadísticas mundiales de cáncer 2018: estimaciones de GLOBOCAN de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. CA Cancer J Clin, Publicado en línea el 12 de septiembre de 2018; <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>

de muerte por cáncer (1,76 millones de muertes, 18.4% del total de muertes por cáncer), seguido de cáncer de mama femenino (2,09 millones de casos, que representa el 11.6%), cáncer colorrectal (1,8 millones de casos, que representa el 10.2%), cáncer de próstata (1,28 millones de casos, que representa el 7.1%), cáncer de piel no melanoma (1,04 millones de casos), y de estómago (1,03 millones de casos) para incidencia y cáncer colorrectal (862.000 casos, para un 9.2%), cáncer de estómago (783.000 casos, para un 8.2%), cáncer de hígado (782.000 casos, para un 8.2%) y de mama (627.000 casos) para mortalidad.

Por sexo, el cáncer de pulmón es el cáncer más comúnmente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en los hombres, seguido por la incidencia de cáncer de próstata y colorrectal, y el cáncer de hígado y estómago por la mortalidad. Entre las mujeres, el cáncer de mama es el cáncer más comúnmente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer, seguido por cáncer colorrectal y de pulmón por incidencia, y viceversa por mortalidad; el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar tanto en incidencia como en mortalidad.

Por un lado, hay tipos específicos de cáncer que dominan a nivel mundial: el cáncer de pulmón, mama femenino y colorrectal explican un tercio de la incidencia de cáncer y la carga de mortalidad en todo el mundo y son los 3 principales cánceres en términos de incidencia y dentro de los 5 principales en términos de mortalidad (primero, quinto y segundo, respectivamente).

En todo el mundo, la tasa de incidencia para todos los cánceres combinados es de aproximadamente un 20% mayor en hombres que en mujeres. De forma similar a las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad para todos los cánceres combinados en todo el mundo son casi un 50% más alta en hombres que en mujeres.

Con riesgos acumulados de 21.4% para desarrollar cáncer y 17.7% para morir antes de los 75 años en todo el mundo para ambos sexos combinados, 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 6 mujeres desarrollarán la enfermedad, y 1 de cada 8 hombres y 1 de cada 10 mujeres morirán de eso.

Es importante mencionar, que el impacto económico del cáncer es significativo y está aumentando. El costo económico anual total del cáncer en 2010 se estimó en aproximadamente US \$ 1.16 billones.²

En este sentido en el año 2017, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución: *“Prevención y control del cáncer mediante un enfoque integrado”* (WHA70.12), la cual insta a los gobiernos y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a acelerar la acción para alcanzar los objetivos especificados en el *Plan de acción mundial y la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible* para reducir la prematura mortalidad por cáncer.

² Stewart BW, Wild CP, editores. Informe mundial sobre el cáncer 2014 Lyon: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2014.

Entre las líneas de acción global que impulsa la Organización Mundial de la Salud, se encuentran: aumentar el compromiso político para la prevención y control del cáncer; y fortalecer los sistemas de salud a nivel nacional y local, para brindar cura y atención a los pacientes con cáncer, incluida la mejora del acceso a los tratamientos para el cáncer.

El cáncer en Costa Rica

Para 1984, Costa Rica contaba con 2.4 millones de habitantes, los cuáles eran relativamente joven. Un 36% era menor de 15 años y apenas un 4% era mayor a 65 años. Una época con una esperanza de vida al nacer de 73,7 años. Por cada 1.000 habitantes había un médico, siete enfermeras y 23 auxiliares de enfermería.

El gasto total en salud para el año 1981 era del 6,6% del Producto Interno Bruto.

En el periodo 1973 - 1982, el cáncer gástrico era la principal causa de muerte en ambos sexos (32,7% de todos los tipos de cáncer), siendo uno de los países con mayor mortalidad en el mundo por este tumor durante este periodo. Siguiendo en magnitud los cánceres de próstata y pulmón en hombres, mientras que en mujeres los de cérvix y de mama.

Los cánceres de estómago y piel eran los de mayor incidencia en ambos sexos para el periodo 1979 - 1983, teniendo alta incidencia también el cáncer de próstata, cérvix y mama. Para hombres, los de mayor incidencia lo fueron los cánceres de estómago, piel, próstata y pulmón. Mientras que en mujeres los de piel, invasor del cuello del útero, mama y estómago.

Durante el periodo 1979 - 1983 se identificaron más de 7.200 casos en hombres en los diferentes tipos de cáncer, mientras que para mujeres fueron más de 9.400 casos.³

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)⁴: *“esta incidencia ha ido en aumento con el pasar de los años, de la mano de factores como el envejecimiento poblacional, los nuevos estilos de vida y el cambio climático. En 1970 los tumores malignos representaron el 9,7 % de las defunciones del país, mientras que para 2016, representan el 21,3 %, es decir, las defunciones por estas causas aumentaron más del doble en 45 años.”* (el subrayado es nuestro).

En ese mismo estudio, se aclaran los términos incidencia y mortalidad, el cuál indica que: *“en el caso del cáncer, los indicadores más utilizados son la tasa de incidencia y la tasa de mortalidad. La primera permite analizar, desde el punto de vista de la morbilidad, el impacto que tiene ese tipo de enfermedades en el perfil de salud de*

³ Rafaela Sierra y Ramiro Barrantes. *Cáncer. Mortalidad e incidencia en Costa Rica*.

⁴ Perfil Demográfico 2016 (2017), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); 31-32.

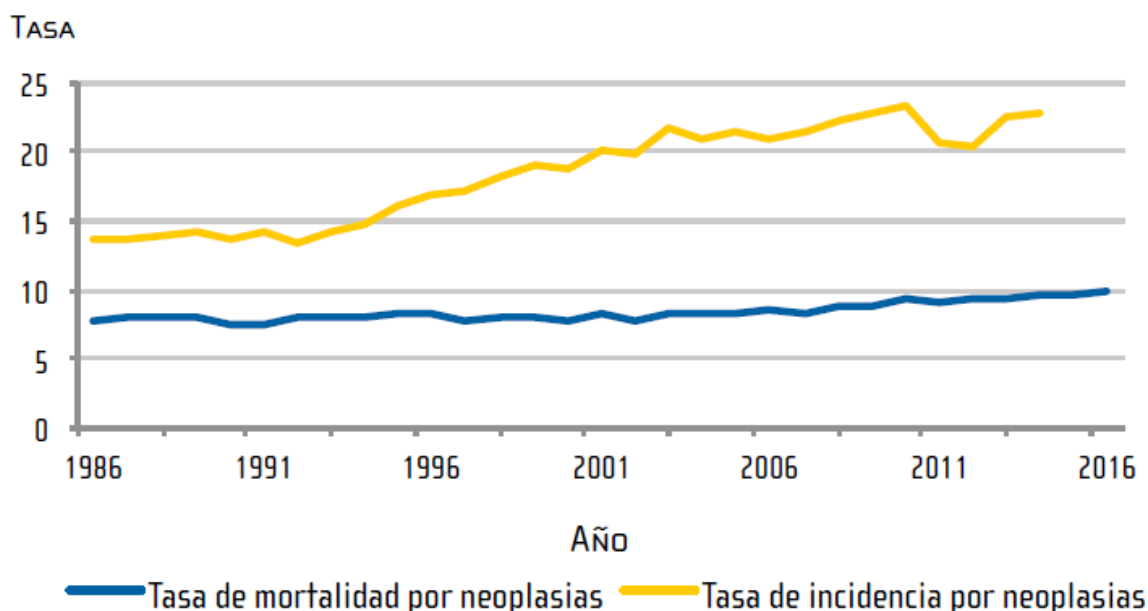
la población. Por su parte, la segunda se refiere al análisis de los casos de personas que fallecieron debido a una causa asociada con el cáncer.⁵

Incidencia y mortalidad general

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), ha sido considerable el aumento tanto de la incidencia como de la mortalidad causada por algún tipo de cáncer. Sin embargo, la tasa de crecimiento de la incidencia (68,3%) ha sido mayor al de la mortalidad (25,4%).

Para lo anterior, procedemos a analizar los datos para el periodo 1986 – 2016:

Tasa de incidencia de neoplasias y tasa de mortalidad por neoplasias, 1986 - 2016



Fuente: Perfil Demográfico 2016 (2017), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); 33.

Nota: Se tratarán como sinónimos las palabras cáncer, tumor maligno y neoplasia.

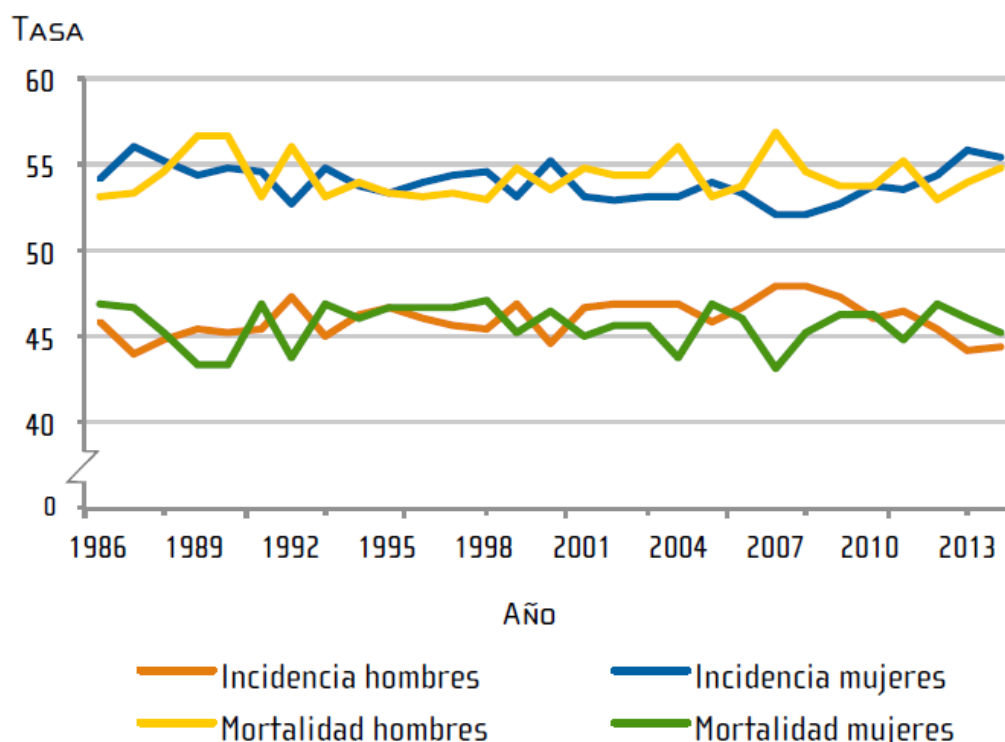
Para el año 2014, el cáncer de mayor incidencia fue el de piel que representó cerca del 25% del total de tumores diagnosticados durante ese año. Mientras que el de mayor mortalidad para el 2016 fue el cáncer de estómago, que constituyeron el 13,8% del total de defunciones por neoplasias para dicho año. Es de mencionar, que para el año 2014, nueve tipos de tumores abarcaron el 75,8% de los casos registrados por el Registro Nacional de Tumores.

⁵ Ídem; 32.

En segundo y tercer lugar tanto en incidencia como mortalidad, se encuentran el cáncer de mama y el de próstata, seguidos por el de pulmón y de colon.

A nivel de sexo, los datos indican que las mujeres tienen mayores tasas de incidencia que los hombres, pero menor tasa de mortalidad, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Distribución porcentual de la incidencia y de la mortalidad por neoplasias, por sexo, 1986 - 2014



Fuente: Perfil Demográfico 2016 (2017), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); 35.

En los casos de las personas que fallecieron por un tumor maligno, el 48,3 % murió en los primeros cuatro años después del diagnóstico de cáncer, mientras que el 5,7 % sobrevivió por 20 años o más. Para ello, se analizan los siguientes datos:

Grupos de causa de muerte	Años transcurridos entre el diagnóstico y la defunción		
	Menos de 5 años	De 5 a 9	10 años o más
Total de casos empatados que fallecieron por cáncer	48,2	24,7	27,1
Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	66,7	0,0	33,3
Tumores malignos del ojo del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	58,8	14,7	26,5
Tumores malignos de labio de la cavidad bucal y de la faringe	57,9	10,5	31,6
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	55,9	22,9	21,2
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	55,7	24,4	19,8
Tumores malignos de los órganos digestivos	53,5	23,4	23,1
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	52,4	19,0	28,6
Tumor maligno de mama	48,5	25,5	26,0
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	47,7	18,2	34,1
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	45,3	22,6	32,1
Tumores malignos de las vías urinarias	42,9	26,8	30,4
Tumores malignos de sitios mal definidos secundarios y de sitios no especificados	41,4	24,3	34,3
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	40,0	33,3	26,7
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	29,8	34,8	35,4
Tumores malignos primarios de sitios múltiples independientes	23,8	33,3	42,9

Fuente: Perfil Demográfico 2016 (2017), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); 43.

Otro dato importante, es que el 80% de los casos se concentra en la zona urbana, es decir en las cuatro provincias que conforman el Gran Área Metropolitana (GAM), las cuales registran las mayores tasas de incidencia y mortalidad.

Según las estadísticas, anualmente hay más de 6.000 diagnósticos de cáncer y de esos mueren más de 3.000 costarricenses al año. Cada día se registran aproximadamente dieciséis personas con cáncer, o sea una persona cada una hora

y media. Mueren seis personas por día por tumores malignos, o sea una persona cada cuatro horas.

A pesar de que Costa Rica ha invertido durante décadas en su sistema de salud, debe fortalecer la atención en las enfermedades de mayor incidencia y mortalidad, en las que la detección temprana resulta fundamental para alargar la vida del paciente y brindar mejor calidad de vida. Y una de esas enfermedades es el cáncer, el cual requiere de un abordaje integral desde la detección temprana, hasta el uso de la tecnología moderna disponible a nivel mundial para su tratamiento.

Recientemente en junio del 2018, la Defensoría de los Habitantes solicitó cuentas a la Caja Costarricense del Seguro Social por el fallo en el equipo de radioterapia del San Juan de Dios, el único equipo existente en dicho centro médico para la atención a los pacientes con cáncer. Dicha falla obligó a más de 800 pacientes a esperar meses por la atención del tratamiento de radioterapia.

El malestar fue compartido por el Sindicato Nacional de Enfermería (SINAE) que ha indicado que se dejan de ver cerca de 150 pacientes por día que requieren la atención para el cáncer. El 1º de octubre del año 2018, también fallaron los aceleradores lineales en el Hospital México, dejando sin tratamiento a muchos pacientes que requerían radioterapia.

Es por todo lo anterior, que se considera indispensable que los costarricenses cuenten con un Instituto Oncológico Nacional para contribuir a disminuir los tiempos de espera en la atención de los pacientes diagnosticados con cáncer y así aportar a lograr una mejor detección de forma temprana de dicha enfermedad. En este sentido, el presente proyecto de ley viene a realizar un aporte importante para reducir esos tiempos de espera y mejorar el servicio en la atención del cáncer, pero sobre todo en realizar un aporte importante en la investigación sobre el cáncer.

La experiencia en América Latina

Algunos países de América Latina cuentan con un Instituto Oncológico Nacional, mientras que otros cuentan con hospitales oncológicos. El caso más reciente es el de Ecuador, en donde se creó el Hospital Oncológico Pediátrico para atender niños que son pacientes con cáncer.

En el caso de Panamá, se creó el Instituto Oncológico Nacional mediante la Ley n°11 del 04 de julio de 1984, y es dirigido por un Director General y un “Patronato” que es una figura similar a una Junta Directiva. Actualmente, dicho Instituto atiende más de 4.000 casos por año, con todos los especialistas relacionados a la atención médica que requieren estos pacientes.

Paraguay cuenta con el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN) al igual que el de Panamá, además de realizar labores de investigación y docencia en materia de oncología médica, también brindan servicios hospitalarios a pacientes con cáncer y

son hospitales públicos. El INCAN para el año 2019 recibió una donación importante de equipos por parte del Gobierno de Japón.

El Instituto Nacional de Cancerología en México, fundado desde 1946, es una institución cuya labor central es la investigación en cáncer, es decir, el desarrollo y generación de conocimiento en el ámbito clínico, experimental y poblacional que permita la prevención, detección temprana, diagnóstico, y óptimo tratamiento a los miles de pacientes que acuden cotidianamente a esta y a otras instituciones del sector salud. Dicho Instituto, desarrolló una alianza estratégica para promover la investigación con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); en particular con uno de sus centros de vanguardia en la investigación biomédica: el Instituto de Investigaciones Biomédicas, y posteriormente con el Instituto de Física.

En Chile, el Instituto Nacional del Cáncer fue fundado el 13 de diciembre de 1930 y funcionó en sus inicios con el nombre de Instituto del Radium, porque se inició con un equipo de Cobalto (RT) para tratar cáncer de cuello uterino, en un edificio ubicado en el interior del antiguo Hospital "San Vicente de Paul", dependencias que hoy forman parte del actual Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En junio de 1986, por Resolución N° 365 del Ministerio de Salud, se le restituyó su calidad de establecimiento hospitalario independiente, con la denominación de Hospital Oncológico "Dr. Caupolicán Pardo Correa", y en 1988 por Resolución N° 266 del Ministerio de Salud se le restableció la calidad de Instituto por ser un establecimiento de alta complejidad dedicado a un problema de salud exclusivo.

El 16 de octubre de 1997, por Resolución N° 1130 del Servicio de Salud Metropolitano Norte, pasó a denominarse: "Instituto Nacional del Cáncer". El Instituto cuenta con una Dirección y un Comité de Asesores.

En República Dominicana se encuentra el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART), el cual tiene un Concejo de Administración y una dirección General.

Su misión es *“garantizar una asistencia oncológica integral y oportuna a las personas con cáncer y sus cuidadores, a través del desarrollo de nuevos modelos de atención y gestión, uso eficiente de los recursos, con tecnologías modernas, un personal capacitado y comprometido, que realiza sus servicios con ética, calidad y calidez.”* Mientras que su visión es *“ser la institución líder en la atención oncológica integral, la investigación y la enseñanza en la región.”*

Brasil por su parte cuenta con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), José Alencar Gomes da Silva y que tiene como objetivo el desarrollo y la coordinación de acciones integradas para la prevención y control de cáncer en Brasil. También al igual que otros institutos, cuenta con un Consejo Ejecutivo y una Dirección General.

La misión del INCA es la de promover el control del cáncer con acciones nacionales integradas en prevención, asistencia, enseñanza e investigación.

La visión del INCA es la de ejercer plenamente su papel gubernamental como un Centro Integrado, de referencia nacional e internacional, para el cuidado, enseñanza e investigación oncológica, con excelencia en la elaboración de políticas públicas para la prevención y control del cáncer, contribuyendo para el bienestar de la sociedad.

Por último, podemos analizar el caso de Argentina que cuenta con un Instituto Nacional del Cáncer, el cual es creado el 9 de septiembre de 2010 por Decreto Presidencial 1286, y es el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Como se desprende de todos estos ejemplos de Institutos Oncológicos en América Latina, los mismos tienen carácter público y aunque sea bajo la figura de Instituto, tienen una labor muy importante en brindar servicios hospitalarios a pacientes con cáncer.

La iniciativa del Instituto Costarricense Contra el Cáncer y el Hospital Oncológico Nacional

Desde 1998, se estableció la Ley 7765, en donde se creó el Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC), con el fin de fortalecer las capacidades actuales de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) en la atención integral del cáncer, y desarrollar nuevos recursos en cuanto a profesionales, capacidad instalada, equipamiento, tecnologías en salud, investigación aplicada, educación en prevención y promoción de estilos de vida saludables contra esta enfermedad.

El artículo 18 de dicha ley establecía *“la construcción de un centro hospitalario, el cual funcionaría bajo su cuidado y responsabilidad, y albergaría las salas para el tratamiento, la investigación y la docencia relacionados con el cáncer.”*

En el expediente legislativo n° 14.694, el Departamento de Servicios Parlamentarios señaló que: “en la medida en que la prestación de servicios de salud con fondos públicos debe ser una potestad exclusiva de la CCSS, y por lo tanto un hospital contra el cáncer debe quedar dentro de la jurisdicción de la Caja.”

Siendo esta una de las razones por las cuales no se logró construir el Hospital Oncológico Nacional, pues el Instituto Costarricense contra el Cáncer tenía una naturaleza de ente público no estatal.

Posteriormente, la Sala Constitucional mediante el voto 2008-01572 del 30 de enero del año 2008, se declara con lugar una acción de inconstitucionalidad presentada, por violación de trámites sustanciales en el procedimiento de la Ley número 7765 de diecisiete de abril de mil novecientos noventa y ocho. En consecuencia se declara inconstitucional y se anula la Ley de Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer (Ley número 7765). En dicho voto se señaló lo siguiente:

“En relación con la normativa impugnada existe un interés difuso, toda vez que lo que se cuestiona es la transferencia al Instituto Costarricense contra el Cáncer de la rectoría, definición de políticas y planes en materia de esa enfermedad específico que afecta una parte importante de la población, y que ese traslado de competencia puede devenir en inconstitucional, materia en la que puede verse comprometida seriamente la salud de la población costarricense.”

La Defensoría de los Habitantes, en el Oficio N°01078-2001 DHR, y en los Informes de Labores del año 1999 y 2000, expresó lo siguiente:

“La Defensoría de los Habitantes desde hace ya varios años ha demandado una oportuna y adecuada calidad en la atención de los pacientes con cáncer. Ha insistido en que estos servicios resultan más baratos brindándolos la Caja y se ha pronunciado porque la compra de servicios sea una opción temporal y excepcional, no una situación permanente. De hecho la Defensoría de los Habitantes ha estado denunciando el franco deterioro de los servicios de apoyo de oncología que hacen que a pesar de que se tenga un diagnóstico temprano, no se inicie el tratamiento oportunamente y se comprometa con ello las posibilidades de sobrevivencia de los pacientes. Por ello, pareciera que el problema no está en las instalaciones de los hospitales nacionales sino en la calidad de los servicios tanto de cirugía, como de tratamiento y servicios de apoyo”.

Desde entonces, se ha mejorado el servicio con el fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, en esta misma línea el presente proyecto de ley viene a reforzar, consolidar y terminar de dar el impulso necesario a las intenciones de los legisladores anteriores, planteada en ambas leyes de construir el Instituto Oncológico Nacional.

Se espera que los recursos frescos que se le asignarían a la Caja Costarricense del Seguro Social mediante el presente proyecto de ley, sean el impulso necesario para lograr que los costarricenses cuenten con Instituto Oncológico Nacional que se dedique a realizar labores de investigación oncológica, docencia, y brindar servicios hospitalarios a pacientes con esta enfermedad.

La misión del Instituto Oncológico Nacional es la de contribuir a la disminución de la incidencia y la mortalidad por cáncer en Costa Rica, así como aportar y desarrollar labores de investigación y docencia en materia de oncología.

La visión es ser un centro que sea un centro líder en el país en la investigación oncológica, docencia y servicios hospitalarios a los pacientes con cáncer, mediante el aprovechamiento de tecnologías y técnicas modernas en la materia.

Es importante conocer las experiencias de otros países de América Latina como se indicaron anteriormente, en donde en casi todos los casos se cuenta con un Instituto

dedicado tanto a las labores de investigación y docencia en materia oncológica, como para brindar los servicios hospitalarios para pacientes con cáncer.

Así mismo, es importante analizar y visualizar hacia dónde va la atención del cáncer en el futuro inmediato y a mediano plazo con las nuevas líneas de investigaciones que se llevan a cabo.

Actualmente, la atención contra el cáncer en el mundo se está orientando a la inmunoterapia, en donde ya la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) en Estados Unidos ha aprobado nuevos tratamientos. A nivel mundial se pueden citar los siguientes tratamientos de inmunoterapia:

- El Imfinzi, químicamente conocido como durvalumab, pertenece a una nueva clase de fármacos oncológicos llamados inhibidores de PD-L1 que bloquean un mecanismo que los tumores usan para evadir la detección del sistema inmune. El mismo sirve para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas cuyos tumores no se pueden extirpar quirúrgicamente. En 2017, el medicamento fue aprobado para tratar un tipo de cáncer de vejiga en pacientes cuya enfermedad progresó a pesar de la quimioterapia.
- El Nivolumab -el cual ha sido aprobado ya para el tratamiento de melanoma metastático, de cáncer de pulmón y de cáncer renal- es la primera sustancia de inmunoterapia aprobada para cualquier tipo de linfoma.
- Kymriah (tisagenlecleucel) como tratamiento para niños y jóvenes que sufren una forma de leucemia linfocítica aguda (LLA).
- Bavencio (avelumab), la primera y única inmunoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma de células de Merkel (CCM) metastásico. El CCM es un tipo de cáncer de piel que resulta más agresivo que el melanoma y es considerado como una enfermedad “ultra rara” -afecta a menos de 1 persona por cada 50.000 habitantes- para la que hasta ahora no existía ningún tratamiento indicado.

Incluso a nivel de radioterapia, en países como Japón, Alemania y China ya existe una radioterapia más moderna que es la radioterapia de protones, o la todavía más reciente con iones de carbono. Esta radioterapia es conocida como hadronterapia. Actualmente existen cerca de 60 centros con esta tecnología disponible, pero para el año 2025 se espera que estén en funcionamiento cerca de 125 centros de este tipo.

La terapia de protones es un tipo de radioterapia avanzada que utiliza un haz de protones para aplicar radiación directamente al tumor, destruyendo las células cancerosas sin afectar el tejido sano circundante y otras áreas críticas y órganos vitales.

Con la radioterapia convencional, los haces de rayos X atraviesan tanto tejidos sanos como cancerosos, destruyendo todo lo que se encuentre en la trayectoria del haz. Los tejidos cancerosos resultan dañados, pero también el tejido sano que los rodea. En consecuencia, los médicos deben limitar las dosis de radiación tradicional a fin de reducir al mínimo los efectos perjudiciales para los tejidos normales próximos al tumor.

La terapia de protones utiliza haces de protones para apuntar con precisión a los tumores cancerosos y eliminarlos, incluidos los tumores difíciles de alcanzar por estar cerca o dentro de áreas vitales, o alojados en zonas sensibles del cuerpo.

Los protones altamente cargados ingresan al cuerpo con una baja dosis de radiación, se detienen en el sitio del tumor, se ajustan -o se “adaptan”- a la forma y al volumen o a la profundidad del tumor, y depositan la mayor parte de su energía para combatir el cáncer directamente en el tumor.

La terapia de protones permite aplicar poderosas dosis de radiación directamente en el tumor, con poco daño para el tejido sano circundante. Esto es especialmente importante cuando se tratan áreas cercanas a órganos vitales, como los pulmones, o tumores cercanos al ojo, el cerebro o el esófago, y también cuando se tratan cánceres en niños, cuyos cuerpos aún están creciendo y desarrollándose.

En este sentido, aunque todavía no se obtienen mejores resultados en cuanto al tratamiento, la radioterapia de protones si ha demostrado tener mejor toxicidad y alta precisión, lo cual disminuye y minimiza el daño sobre estructuras sanas que es uno de los principales problemas que producen los tratamientos con la radioterapia convencional (fotones) que es la que está disponible en Costa Rica.

Tanto la inmunoterapia como la hadronterapia, son solo dos ejemplos de los avances en la atención del cáncer y las nuevas líneas de investigación que se llevan a cabo a nivel global. Aunque inicialmente los costos son elevados, con el paso del tiempo y conforme aumente su uso, los precios tienden a disminuir y serán más accesibles a la mayoría de la población.

Algunos de los tipos de cáncer más comunes, como el cáncer de mama, el cáncer cervical, el cáncer oral y el cáncer colorrectal tienen altas tasas de curación cuando se detectan a tiempo y se tratan de acuerdo con las mejores prácticas.

El país ha realizado importantes esfuerzos en mejorar los servicios de atención a los pacientes con enfermedades como el cáncer, sin embargo resultan insuficientes debido a su complejidad. Como parte de estos esfuerzos, se destaca que en el 2014 se firmó el Acuerdo Nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad, en el que se establece la meta de apoyar los esfuerzos para la reducción relativa del 17 % de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, entre ellas, las causadas por cáncer.

Entre otros avances importantes, podemos citar la creación del Registro Nacional de Tumores mediante el Decreto Ejecutivo No 6584, del 6 de diciembre de 1976, y que está adscrito a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, del Ministerio de Salud.

También se identifica la creación de la Dirección Nacional de Cáncer, mediante acuerdo de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en sesión N° 7481 de fecha 21 de septiembre de 2000, cuya misión es la de coordinar los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, normas y protocolos para la atención del cáncer, en el ámbito institucional de la CCSS. Sin embargo, y a pesar de todos estos esfuerzos, sigue una deuda pendiente con la sociedad costarricense y es la creación del Instituto Oncológico Nacional que además de las labores de investigación oncológica y docencia, brinde servicios hospitalarios a pacientes con cáncer.

Por otro lado, es importante indicar que nuestro país invierte cerca del 0,56% de su Producto Interno Bruto en Investigación y Desarrollo, aunque lleva años con la meta de lograr destinar un 1% de su PIB al sector. Mientras que el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se ubica cerca del 2,3% del PIB. En este sentido, el Instituto sería un aporte fundamental para incentivar y promover la investigación y desarrollo.

Una vez aprobado el presente proyecto de ley, se espera que las autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) brinden prioridad en su banco de proyectos, al diseño, desarrollo, construcción y puesta en operación del Instituto Oncológico Nacional.

Por lo anterior expuesto someto a consideración, de las señoras diputadas y señores diputados el siguiente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

CREACIÓN DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

I. Instituto Oncológico Nacional

ARTÍCULO 1- Creación

Se crea el Instituto Oncológico Nacional, en adelante el Instituto, como entidad especializada en la prevención del cáncer, diagnóstico y pronóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como la docencia y la investigación oncológica.

ARTÍCULO 2- Naturaleza

El Instituto será un órgano adscrito a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social y se regirá por las disposiciones normativas que regulan el sistema de seguridad social nacional.

ARTÍCULO 3- Declaratoria de interés público

Declárese de interés público el problema que representa el cáncer como un padecimiento de salud pública.

ARTÍCULO 4- Competencias del Instituto Oncológico Nacional

El Instituto tendrá las siguientes competencias:

- a) Dirigir, coordinar, promover a través de equipos multidisciplinarios, la realización de investigación y estudios relacionados con las causas, el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer.
- b) Recolectar, analizar y difundir los resultados de investigación oncológica efectuada en Costa Rica.
- c) Realizar labores de docencia en materia oncológica.
- d) Promover y aplicar las políticas de detección temprana del cáncer.
- e) Promover la consejería genética con el fin de incorporarla a la prevención del cáncer.
- f) Celebrar convenios y alianzas público-privadas con entidades públicas y privadas para los fines de esta ley.

- g) Aplicar los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y cualesquiera otros que requieran los pacientes determinados como casos especiales que padecen cáncer, así como hospitalizar a los pacientes para la aplicación de dichos tratamientos.
- h) Aplicar ambulatoriamente, cuando proceda, los tratamientos para dicha enfermedad.
- i) Realizar cirugías de trasplantes de pacientes con cáncer.
- j) Brindar todos los servicios médicos, quirúrgicos, psicosociales y farmacéuticos que requieran los pacientes determinados como casos especiales con cáncer en forma multidisciplinaria.
- k) Contribuir al fortalecimiento de la red oncológica nacional.
- l) Coordinar a través de los Consensos Nacionales de Cáncer oficializados, la buena práctica clínica en el manejo del cáncer del país.
- m) Coordinar el manejo expedito y/o prioritario de casos especiales de cáncer en forma multidisciplinaria.
- n) Coordinar la adquisición de equipos de última generación para tratamiento oncológico en el Instituto Oncológico Nacional.

ARTÍCULO 5- Junta Directiva

El órgano superior del Instituto será la Junta Directiva. Todos los miembros serán designados por un periodo de cuatro años, y podrán ser reelectos pero no de manera consecutiva; sus miembros no recibirán dietas, emolumentos o estipendios.

La Junta Directiva sesionará de forma ordinaria cada tres meses durante la primera semana del mes correspondiente, y de forma extraordinaria por acuerdo de la mayoría absoluta de los miembros.

ARTÍCULO 6- Constitución de la Junta Directiva

La Junta Directiva del Instituto estará conformada por:

- a) Un representante del Ministerio de Salud, escogido por el Ministro del ramo.
- b) Un representante de la Caja Costarricense del Seguro Social elegido por su Junta Directiva.
- c) Un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- d) Un representante del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

- e) Un representante de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
- f) Un representante de las escuelas y/o facultades de Medicina de las Universidades Privadas, debidamente inscritas, reconocidas o acreditadas por el CONESUP, que operen en el país, escogidos por acuerdo de las Universidades.
- g) Un representante de las jefaturas de oncología de los Hospitales Nacionales.
- h) Un representante de las jefaturas en patología de los Hospitales Nacionales.
- i) Un representante de las jefaturas en cuidados paliativos de los Hospitales Nacionales.
- j) Un representante del Registro Nacional de Tumores.
- k) Un representante escogido por las asociaciones y/o fundaciones cuyos fines sean los del Instituto.

ARTÍCULO 7- Funciones de la Junta Directiva

La Junta Directiva tendrá las siguientes funciones:

- a) Aprobar los planes, programas y proyectos del Instituto, de corto, mediano y largo plazo.
- b) Aprobar los proyectos de inversión.
- c) Aprobar los presupuestos, ordinarios y extraordinarios, sus modificaciones, así como la liquidación presupuestaria financiero-contable y por resultados del ejercicio.
- d) Aprobar el informe anual de las actividades del Instituto.
- e) Aprobar los reglamentos de contratación y de personal.
- f) Aprobar los reglamentos de organización y funcionamiento del Instituto.
- g) Nombrar mediante concurso público un Director Ejecutivo por un periodo de 4 años con posibilidad de ser reelegido.
- h) Nombrar mediante concurso público a los cinco integrantes del Consejo Asesor Técnico que es un órgano adscrito a la Junta Directiva.

- i) Nombrar mediante concurso público al director nacional de la Red Oncológica Nacional y a los directores de los servicios de oncología en los hospitales nacionales o regionales en donde se brinden estos servicios.
- j) Celebrar convenios y/ o contratos con personas físicas y jurídicas, nacionales o extranjeras, público o privadas.

ARTÍCULO 8- Del Director Ejecutivo y los requisitos

El Director Ejecutivo será un funcionario encargado de ejecutar los acuerdos de la Junta Directiva y dar soporte técnico a la Junta Directiva. El nombramiento estará a cargo de la Junta Directiva y deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser costarricense por nacimiento o naturalización con diez años de residencia en el país después de haber obtenido la nacionalidad.
- b) Ser médico especialista en oncología, radioterapeuta, hematología, ginecología oncológica o de cuidados paliativos, y estar debidamente incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- c) Tener diez años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto.
- d) Haber aprobado uno o varios cursos de administración hospitalaria en centros reconocidos o, en su defecto, haber sido Jefe de Servicio en un hospital de Clase A.
- e) Demostrar el dominio del idioma inglés.

ARTÍCULO 9- Funciones del Director Ejecutivo

El Director Ejecutivo será un funcionario con solvencia moral y ética demostrada en el ejercicio profesional, quien deberá ejecutar e implementar las políticas, los acuerdos, planes y programas aprobados por la Junta Directiva, así como los demás deberes de esta ley y los reglamentos decretado por el órgano superior.

ARTÍCULO 10- Consejo Asesor Técnico

Se crea un consejo asesor técnico integrada por cinco miembros los cuales serán electos por la Junta Directiva, y estará en sus funciones subordinado a la Junta Directiva.

ARTÍCULO 11- Constitución del Consejo Asesor Técnico

El Consejo Asesor Técnico estará integrado por profesionales con grado en ingeniería industrial o en economía, con grado de posgrado y siete años de experiencia en funciones relacionadas con el puesto.

ARTÍCULO 12- Funciones del Consejo Asesor Técnico

El Consejo Asesor Técnico tendrá las siguientes funciones:

- a) Realizar estudios que evalúen los servicios que brindan las unidades de oncología, radioterapia, hematología y cuidados paliativos de los Hospitales Nacionales, con el fin de proponer proyectos de mejora a dichas unidades.
- b) Proponer los proyectos de inversión a la Junta Directiva del Instituto.
- c) Evaluar las propuestas de inversión que personas externas propongan a la Junta Directiva del Instituto.
- d) Evaluar las necesidades de equipamiento del Instituto.
- e) Evaluar los procesos administrativos del Instituto y proponer mejoras para su buen funcionamiento en base a principios de eficiencia, eficacia y transparencia.
- f) Vigilar y fiscalizar que los ingresos establecidos en la presente ley sean destinados al Instituto para el cumplimiento de sus funciones.
- g) Elaborar estudios sobre estadísticas de las patologías relacionadas con el desarrollo del cáncer en todas las etapas.

ARTÍCULO 13- Recursos financieros para investigación

Se destinarán no menos del treinta por ciento (30%) del total del presupuesto del Instituto, para financiar y promover programas de investigación oncológica.

ARTÍCULO 14- Creación de la Red Oncológica Nacional

Se establece a la Red Oncológica Nacional, en adelante la “Red”, como el conjunto de los servicios médicos brindados a los pacientes con cáncer en los hospitales nacionales, regionales, clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S. por sus siglas, comúnmente EBAIS), cuyos fines son la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, como proceso integral de atención del cáncer, así como el conjunto de facilidades e infraestructuras del sistema hospitalario nacional, dedicadas directa o indirectamente a la atención del cáncer.

ARTÍCULO 15- Integración de la Red Oncológica Nacional

Formarán parte de la Red Oncológica Nacional, los siguientes hospitales: México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, De la Mujer, Nacional de Niños, Dr. Raúl Blanco Cervantes, San Vicente de Paúl, Monseñor Sanabria, Max Peralta, Tony Facio, San Rafael de Alajuela, Dr. Carlos Luis Valverde Vega, Dr.

Fernando Escalante Pradilla, La Anexión de Nicoya, Enrique Baltodano, Hospital de San Carlos, el Laboratorio Nacional de Citologías, la Clínica Oftalmológica Mundo de Luz, las clínicas del dolor y cuidado paliativo adscritas a los centros hospitalarios del país, y las unidades de Oncología de los demás Centros Médicos y Hospitalarios regionales.

La rectoría, en materia de políticas públicas de atención y lucha contra el cáncer, la ejercerá el Ministerio de Salud y corresponderá a la Caja Costarricense de Seguro Social, por medio del Instituto Oncológico Nacional y la Red Oncológica Nacional la prestación de los servicios. La rectoría podrá coordinar con los órganos y las instituciones del sector salud para el diseño de las políticas públicas indicadas.

ARTÍCULO 16- Direcciones Nacionales de la Red Oncológica Nacional

La Red contará con una dirección nacional, una dirección en cada hospital nacional y regional en donde se brinden los servicios de oncología.

ARTÍCULO 17- El director nacional de la Red y los directores de los servicios de oncología en los hospitales nacionales y regionales en donde se brinden los servicios de oncología, para el ejercicio del cargo deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser costarricense por nacimiento o naturalización con diez años de residencia en el país después de haber obtenido la nacionalidad.
- b) Ser médico especialista en oncología, radioterapeuta, hematología, ginecología oncológica o cuidados paliativos, y estar incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- c) Tener diez años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto.
- d) Haber aprobado uno o varios cursos de administración hospitalaria en centros reconocidos o, en su defecto, haber sido Jefe de Servicio en un hospital de Clase A.
- e) Demostrar el dominio del idioma inglés.

ARTÍCULO 18- Creación de un impuesto sobre juegos de azar

Se crea un impuesto del diez por ciento (10%) sobre todos los premios de lotería, las apuestas deportivas, el Juego Crea, el Juego Nuevos Tiempos, el Juego Lotto y el Bingo de la Cruz Roja Costarricense. El producto de este impuesto se destinará a la Caja Costarricense del Seguro Social para la construcción, equipamiento, mantenimiento, desarrollo y operación del Instituto Oncológico Nacional.

ARTÍCULO 19- Creación de un impuesto sobre las utilidades netas de los bancos estatales

Se crea un impuesto del diez por ciento (10%) sobre las utilidades netas anuales de todos los bancos estatales. El producto de este impuesto se destinará a la Caja Costarricense del Seguro Social para la construcción, equipamiento, mantenimiento, desarrollo y operación del Instituto Oncológico Nacional.

ARTÍCULO 20- Modificación del impuesto sobre bebidas gaseosas

Incrementétese el impuesto específico por unidad de consumo para todas las bebidas envasadas sin contenido alcohólico, excepto el agua envasada, la leche y todos los productos contemplados en el registro que, al efecto, llevan el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, cuando se trata de bebidas terapéuticas y de uso médico, utilizadas en los establecimientos sanitarios y hospitalarios del país, establecido en el artículo 9 de la Ley de Simplificación y Eficiencia Tributarias, N.º 8114, de 4 de julio de 2001, y sus reformas, de la siguiente manera:

TIPO DE BEBIDA	MONTO DEL INCREMENTO
Bebidas gaseosas y concentrados de gaseosas.	¢ 7,00
Otras bebidas líquidas envasadas.	¢ 4,00

Los recursos que se recauden por concepto de este incremento en dicho impuesto, deberán ser integrados al presupuesto ordinario de la Caja Costarricense del Seguro Social para que sean utilizados específicamente para la construcción, equipamiento, mantenimiento y desarrollo del Instituto Oncológico Nacional.

A partir de la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Hacienda deberá actualizar, anualmente, el monto de este impuesto, de conformidad con la variación del índice de precios al consumidor que determina el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ARTÍCULO 21- Creación de un impuesto sobre las utilidades netas del Instituto Nacional de Seguros

Se crea un impuesto del diez por ciento (10%) sobre las utilidades netas anuales del Instituto Nacional de Seguros. El producto de este impuesto se destinará a la Caja Costarricense del Seguro Social para la construcción, equipamiento, mantenimiento, desarrollo y operación del Instituto Oncológico Nacional.

ARTÍCULO 22- Creación de un impuesto sobre el tabaco

Se crea un impuesto específico de cinco colones (¢5,00) por cada cigarrillo, cigarro, puros de tabaco y sus derivados, de producción nacional o importado, comprendidos en las partidas arancelarias que se detallan a continuación:

CÓDIGO ARANCELARIO	DESCRIPCIÓN
24.01	Tabaco en rama o sin elaborar; desperdicios de tabaco.
24.02	Cigarros (puros) (incluso despuntados). Cigarritos (puritos) y cigarrillos de tabaco o de sucedáneos del tabaco.
24.03	Los demás tabacos y sucedáneos del tabaco, elaborados; tabaco “homogeneizado” o “reconstituido”; extractos y jugos de tabaco.

En cuanto a los demás derivados del tabaco, el tabaco en su estado natural y cualquier otra presentación que contenga tabaco, y que esté dispuesto o no para ser fumado, se determinará el monto del impuesto específico a pagar de forma proporcional a la cantidad de gramos de tabaco que en promedio tiene un cigarrillo derivado del tabaco, procedimiento que se definirá vía reglamento.

El tabaco que constituya materia prima, que requieran los fabricantes de cigarrillos, cigarros y puros, sea este importado o de producción nacional, no estará afecto a este impuesto, siempre y cuando los fabricantes demuestren ante la Administración Tributaria-Aduanera que están debidamente inscritos como contribuyentes del impuesto específico establecido en este artículo, dado que este se aplicará sobre el producto final a nivel de fábrica.

Los recursos que se recauden por concepto de dicho impuesto, deberán ser integrados al presupuesto ordinario de la Caja Costarricense del Seguro Social para que sean utilizados específicamente para la construcción, equipamiento, mantenimiento, desarrollo y operación del Instituto Oncológico Nacional.

A partir de la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Hacienda deberá actualizar, anualmente, el monto de este impuesto, de conformidad con la variación del índice de precios al consumidor que determina el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ARTÍCULO 23- Se modifica el artículo 29 de la ley n° 9028 del 22 de marzo del 2012 - “Ley general de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud”, para que en adelante diga lo siguiente:

Los recursos que se recauden por esta ley se deberán manejar en una cuenta específica, en uno de los bancos estatales de la República, de conformidad con la Ley de Administración Financiera, con el fin de facilitar su manejo y para que la Tesorería Nacional pueda girarlos, directa y oportunamente, sea mensualmente, y se distribuirán de la siguiente manera:

a) *Un sesenta por ciento (55%) de los recursos se destinarán al Instituto Oncológico Nacional adscrito a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para el cumplimiento de las funciones que se le determinen.*

b) *Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la presente ley.*

c) *Un diez por ciento (10%) se destinará al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.*

d) *Un diez por ciento (15%) se destinará al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (Icoder) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.*

La Contraloría General de la República fiscalizará el uso de estos fondos, según lo dispuesto en esta ley.

ARTÍCULO 24- Donaciones y prestaciones de servicios

Los Ministerios, las instituciones autónomas, semiautónomas y empresas públicas estatales, así como las municipalidades y demás entidades de derecho público quedan autorizadas para hacer donaciones o suministrar servicios en forma gratuita, al Instituto Oncológico Nacional para que sean destinados al cumplimiento de los fines institucionales.

ARTÍCULO 25- Coordinación de la Cooperación Internacional

Se autoriza al Instituto Oncológico Nacional a coordinar con los sistemas de cooperación internacional de conformidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles aprobados por la Organización de las Naciones Unidas para el cumplimiento de los fines del Instituto según la presente ley.

ARTÍCULO 26- Exoneraciones

Exonérese a la Caja Costarricense de Seguro Social y al Instituto Oncológico Nacional del pago de todo tributo, aranceles, contribuciones, exacciones, tasas y sobretasas, que puedan pesar sobre los bienes y servicios que se importen y los servicios contratados para el cumplimiento de los fines del Instituto.

ARTÍCULO 27- Autorizaciones

Se autoriza al Ministerio de Hacienda a deducir hasta un diez por ciento (10 %) del pago del impuesto sobre la renta a los contribuyentes. Ese monto será donado al Instituto Oncológico Nacional para el cumplimiento de sus fines.

ARTÍCULO 28- Se autoriza a la Junta de Protección Social para que, por una única vez y tomando recursos de los superávits presupuestarios del 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 done cinco mil millones de colones (¢5.000.000.000,00) en cada uno de estos años, con el fin de que se destinen a la construcción del Instituto Oncológico Nacional.

ARTÍCULO 29- Reglamentación

Una vez entrada en vigencia esta ley, el Poder Ejecutivo deberá reglamentarla en un plazo de seis (6) meses.

Rige a partir de su publicación.

Carmen Irene Chan Mora

Harllan Hoepelman Páez

Marolin Raquel Azofeifa Trejos

Floria María Segreda Sagot

Ignacio Alberto Alpízar Castro

Nidia Lorena Céspedes Cisneros

Ivonne Acuña Cabrera

Wálter Muñoz Céspedes

Jonathan Prendas Rodríguez

Diputadas y diputados

14 de mayo de 2019.

NOTAS: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Ordinaria de Gobierno y Administración.

El Departamento de Servicios Parlamentarios ajustó el texto de este proyecto a los requerimientos de estructura.