



20 de enero de 2025
AL-DEST-IJU-021-2025

Señores (as)
Comisión Permanente de
Asuntos Económicos
ASAMBLEA LEGISLATIVA

ASUNTO: EXPEDIENTE N° 24.015

Estimados (as) señores (as):

Me permito remitirles el **INFORME JURÍDICO** del expediente **N° 24.015**
Proyecto ley, **“FORTALECIMIENTO SALUD PUBLICA”**.

Estamos en la mejor disposición de ampliarles cualquier detalle al respecto.

Atentamente,

Fernando Campos Martínez
Gerente Departamental

*/lsch//20-1-2025
C. Archivo// SIST-SIL



**DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS, REFERENCIAS Y SERVICIOS
TÉCNICOS**

AL-DEST-IJU-021-2025

PROYECTO DE LEY:

“FORTALECIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA”

EXPEDIENTE N°24015

INFORME JURÍDICO

**AUTORIZADO POR:
FERNANDO CAMPOS MARTÍNEZ
GERENTE DEPARTAMENTAL**

20 de enero de 2025



TABLA DE CONTENIDO

I. RESUMEN DEL PROYECTO.....	3
II. ANTECEDENTES.....	4
III. VINCULACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	4
IV. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO ÚNICO DEL PROYECTO DE LEY.....	5
Capítulo I. Inopia de especialistas médicos (arts. 1 al 7).....	5
Capítulo II Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas (arts. 8 y 9).....	16
Capítulo III. Especialistas médicos (arts. 10 al 16).....	18
Capítulo IV, Reformas (art. 17).....	28
Artículo 17 inciso a), reforma del artículo 11 del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, Ley N° 7559	28
Artículo 17, inciso a), reforma del artículo 12 del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, Ley N° 7559	30
Artículo 17, inciso b), adiciona un inciso k) al artículo 2 Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley N° 5412.....	31
Artículo 17, inciso c), adiciona un artículo 4 bis a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Ley N.° 3019.....	33
Disposiciones Transitorias (I, II y III).....	33
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	38
VI. ASPECTOS DE TÉCNICA LEGISLATIVA.....	40
VII. ASPECTOS DE PROCEDIMIENTO LEGISLATIVO.....	41
Votación.....	41
Delegación.....	41
Consultas.....	41
VIII. FUENTES.....	42
ANEXO. EXPEDIENTES LEGISLATIVOS SIMILARES -ANTECEDENTES-.....	44



AL-DEST-IJU-021-2025

INFORME JURÍDICO¹

**PROYECTO DE LEY
“FORTALECIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA”**

EXPEDIENTE Nº24015

I. RESUMEN DEL PROYECTO

El texto del proyecto de ley está compuesto por cuatro capítulos², desarrollados en diecisiete artículos, y tres disposiciones transitorias.

El objetivo de la iniciativa es *“establecer un marco regulatorio que aborde la escasez de especialistas médicos en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (...) para garantizar una atención médica adecuada y oportuna a la población costarricense”*³.

Para ello, declara *“inopia en el país de médicos especialistas por el Ministerio de Salud”*, con el fin de realizar contratación de especialistas médicos, por un plazo de tres años, prorrogable por una sola vez, el mismo plazo determinado.⁴

Una de las medidas propuestas que subraya la exposición de motivos es *“establecer un proceso más eficiente y transparente para la contratación de especialistas médicos provenientes de otros países. Esta medida permitirá cubrir la demanda de especialidades médicas que actualmente no se están satisfaciendo debido a la falta de profesionales en el país”*.

En el capítulo de reformas, se plantean una serie de enmiendas a diversas leyes:

¹ Elaborado por **Ana Cristina Miranda Calderón**, asesora parlamentaria; supervisado y revisado por **Bernal Arias Ramírez**, Jefe de Área Jurídico Social. Revisión y autorización final a cargo de **Fernando Campos Martínez**, Gerente, Departamento de Servicios Técnicos.

² Denominados:

- Capítulo I Inopia de especialistas médicos
- Capítulo II Comisión de análisis técnico de especialidades médicas
- Capítulo III Especialistas médicos
- Capítulo IV Reformas

³ Según lo establece la exposición de motivos del proyecto de ley.

⁴ Artículos 1 y 2 del texto propuesto.



- Modificación de los artículos 11 y 12 de la Ley N°7559, Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, de 9 de noviembre de 1995.
- Adición de un nuevo inciso k) al artículo 2 de la Ley N°5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, de 8 de noviembre de 1973.
- Adición de un nuevo artículo 4 bis a la Ley N°3019, Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de 9 de agosto de 1962.

II. ANTECEDENTES⁵

En la corriente legislativa se han presentado varias iniciativas similares para resolver la situación de las especialidades médicas, siendo que en el Anexo 1 se destacan los expedientes 21312, 20145, 19701 y 19499.

III. VINCULACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE⁶

El proyecto de ley presenta una vinculación tangencial sobre la Agenda 2030, presente en los ODS **3** “Salud y Bienestar” y **16** “Paz, Justicia e Instituciones Sólidas”.

Lo anterior, por cuanto los propósitos del proyecto en términos generales impactan las metas asociadas con garantizar servicios de salud esenciales de calidad (ODS 3), así como adoptar prácticas que mejoren la eficacia de las instituciones públicas (ODS 16). Lo anterior, por cuanto se procura atender la crisis en el sistema de salud público por falta de especialistas médicos, lo que mantiene a buena parte de la población nacional en listas de espera de la CCSS.

No obstante, aspectos relacionados con la declaratoria de inopia y la posterior definición de necesidades institucionales; las competencias de la Comisión de Análisis Técnico en el reconocimiento y acreditación de universidades extranjeras, que es actualmente competencia del CONARE; las disparidades en materia de reconocimiento e incorporación de profesionales médicos extranjeros en comparación con los nacionales, entre otros aspectos; hacen que no se pueda determinar la afectación de la iniciativa sobre las metas del país en materia de desarrollo sostenible.

⁵ Sección elaborada con la colaboración e información suministrada por el señor Tonatiuh Solano Herrera, jefe del del Área de Investigación y Gestión Documental, el 17 de julio de 2024.

⁶ Ídem. Sección elaborada



De tal manera, dependerá del respectivo análisis jurídico determinar la viabilidad del proyecto de ley.

IV. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO ÚNICO DEL PROYECTO DE LEY

Para el análisis del texto de la iniciativa, se tomará en cuenta, por la especialidad de la materia que regula, algunas opiniones de diferentes autoridades involucradas en la eventual aplicación de la propuesta de ley⁷. Se utilizará la división de los capítulos para el desarrollo del estudio.

Capítulo I. Inopia de especialistas médicos (arts. 1 al 7)

El **artículo 1** indica como objeto la regulación de un marco jurídico para la declaratoria por parte del Ministerio de Salud de la *“inopia en el país de médicos especialistas”*, con el fin de *“realizar la contratación de especialistas médicos, por un lapso determinado de tiempo.”*

Es oportuno partir del criterio que vertió la Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores sobre el objetivo de la iniciativa:

“(...) es claro que el proyecto de ley distorsiona la realidad del origen de las listas de espera existentes en la CCSS ya que las mismas obedecen a un tema de organización institucional, de capacidades de infraestructura, desarrollo de tecnologías y mantenimiento de instalaciones, así como de una falta de desarrollo de la regionalización y desconcentración de los servicios médicos. A estos graves problemas se suma el de la eventual escasez del recurso humano especializado, tema que el proyecto no logra comprobar como causal directa del problema que pretende resolver, ya que sumados los recursos humanos profesionales especialistas médicos existentes en el ámbito público y el privado en el país, se evidencia que se posee el recurso humano suficiente para atender adecuadamente a la población nacional.”⁸

En este sentido, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional considera que *“la definición de inopia desde punto de vista legal no aplica en estos casos, toda vez que en nuestro país sí existe suficiente recurso humano*

⁷ Las cuales pueden ser consultadas en su totalidad en el expediente legislativo donde se tramite el presente proyecto de ley.

⁸

Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores. Oficio de fecha 10 de enero de 2024, suscrito por la señora Ana Beatriz Arias Moreira Asesora Legal y el señor Gastón Baudrit Ruiz Director.



para suplir las necesidades. Esto quiere decir que los cambios deben aplicarse primero a lo interno.”⁹

Es oportuno aclarar que este numeral no realiza definición de inopia, lo plantea es *“un marco regulatorio para declarar inopia en el país de médicos especialistas”* Es decir, como norma simplemente declaratoria. El asunto se finca en que está de por medio, según diagnóstico y especialidad, la vida de seres humanos, en virtud de que la inopia abre la posibilidad que un no especialista atienda a pacientes que requieren la definición de actos médicos por especialistas.

El **artículo 2** establece el plazo *“por tres años”* para la declaratoria de inopia, la cual podrá ser prorrogada *“por el mismo plazo una única vez.”*

En relación con el plazo establecido, el Instituto Nacional de Seguros consideró que *“de primera mano una declaratoria de inopia de 3 años no solucionaría el problema.”¹⁰* Habría que recibir a esta Institución en audiencia para que brinde más detalles al respecto.

No obstante, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional señaló *“totalmente inaceptable. Esto quebranta los derechos de los médicos generales y se convierte en un obstáculo para implementar medidas locales, tales como otorgar becas, agilizar trámites, regionalizar residencias, reformar algunas leyes para agilizar los trámites.”¹¹*

En otras palabras, los gremios no están de acuerdo que médicos generales sustituyan a médicos especialistas en sus delicadas labores, estos últimos tienen más estudios, y experiencia teórica y práctica.

El **artículo 3** señala nuevamente la declaración de inopia de médicos especialistas por parte del Ministerio de Salud, agregando este numeral, que el faltante de médicos especialistas debe ser comprobado por la

⁹ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Oficio N°UMN-0130-2024 de 20 de marzo de 2024, suscrito por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente.

¹⁰ *“Conforme a lo indicado por nuestra Dirección Jurídica, en lo que respecta al Instituto Nacional de Seguros, considerando que se cuenta con un servicio de Salud que se brinda al amparo de los seguros obligatorios de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio Automóviles; así como los Seguros Personales en los cuales se atiende gastos médicos y que para ello se tiene a la subsidiaria INS Red de Servicios de Salud SA, debe considerarse al Grupo INS como un componente o institución más, prestataria de servicios de salud”.* Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Oficio N°PE-00576-2024 de 22 de mayo del 2024m suscrito por la señora Gabriela Chacón Fernández, presidente ejecutiva.

¹¹ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Además, se faculta la declaratoria de inopia de médicos especialistas en tres niveles:

1. *A nivel de hospitales nacionales.*
2. *A nivel de la red de prestación de servicios de salud.*
3. *A nivel de especialistas por áreas y sub-áreas.*

Establece también que la declaratoria de inopia de médicos especialistas en niveles se condicionará “a la capacidad instalada de los diferentes centros de salud.”

El hecho de que sea el Ministro de Salud el que emita la declaratoria de inopia de médicos especialistas con base en el faltante comprobado por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, podría invadir las competencias reforzadas que tiene la CCSS -principio de autonomía- Ciertamente, el faltante comprobado per sé no habilita al Ministerio, es al contrario, debe brotar de una decisión de la Junta Directiva de la CCSS la solicitud al Ministerio respecto de una declaratoria de esa magnitud. Así como está redactado podría ser inconstitucional.

Además, se deberían reservar los especialistas principalmente para el nivel de hospitales nacionales y especializados, esto en caso de que exista una crisis o faltante agudo de ese tipo de galenos, donde hospitales periféricos, regionales o Ebais referencien, empero son asuntos que tendrán que analizar las autoridades institucionales y médicas ante la disyuntiva existente.

Sobre este tema, la Unidad Técnica de Listas de Espera señaló que la insuficiencia de oferta no se limita únicamente a la cantidad de médicos especialistas faltantes, involucra otros dos componentes principales de la capacidad instalada: los equipos médicos, incluyendo activos e instrumental, y la infraestructura física.¹²

¹² Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Oficio N°GA-DJ-03288-2024 de 16 de mayo de 2024, suscrito por Andrey Quesada Azucena, subdirector Jurídico, Dylana Jimenez Méndez, Jefe a.i. Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y Johanna Valerio Arguedas, Abogada.

• UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA (OFICIO GM-AOP-0177-2023)
(...)

“criterio técnico de la UTLE:

1. *Es importante señalar que la insuficiencia de oferta para satisfacer la demanda de los usuarios de los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social no se limita únicamente a la cantidad de médicos especialistas faltantes, que corresponde al componente de recurso humano, sino que también involucra otros dos componentes principales de la capacidad instalada: los equipos médicos, incluyendo activos e instrumental, y la infraestructura física. Por lo tanto, es necesario realizar un análisis exhaustivo de estos aspectos para garantizar una capacidad instalada robusta y óptima que pueda atender las necesidades de los servicios y usuarios.”* (El destacado no es del original)



Mientras la Academia Nacional de Médicos (ACANAMED) señaló que el problema es mucho más complejo y cualquier solución planteada debe agrupar todas las causas¹³. El *“proyecto de ley así tal como está redactado no solo debilita a las instituciones que regulan (por ley) el ejercicio profesional, sino que abre las puertas a profesionales de otros países sin una adecuada valoración de sus capacidades.”*¹⁴ *“Este proyecto, desde nuestra óptica, introduce una serie de lineamientos que son inconstitucionales y perjudiciales para garantizar una atención médica de calidad en el país.”*¹⁵

El Sindicato Médico Unión Médica Nacional consideró *“que se estaría permitiendo la entrada de profesionales cuestionados desde el punto de vista académico, moral y profesional.”*¹⁶

¹³ *“el problema es mucho más complejo y cualquier solución planteada debe agrupar todas las causas. Además, el proyecto en mención no define los criterios tomados en cuenta para tal declaración.*

...

En Costa Rica alrededor del 40% de los médicos inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos son especialistas. Afirmar que existe inopia de especialistas es un error. Muchos médicos, sobre todo especialistas, no desean trabajar para la CCSS en las condiciones actuales. Antes de pensar en declarar inopia de especialistas se debe analizar por qué los médicos especialistas prefieren atender solo en forma privada. ¿Es el modelo de atención existente el adecuado para los tiempos actuales?” Academia Nacional de Médicos (ACANAMED) Pronunciamiento de 14 de junio de 2024.

¹⁴ *“Además, cuestiona la idoneidad de las universidades para formar a los médicos especialistas utilizando criterios de excelencia académica. Un título de especialista no convierte a un médico en especialista, no es cualquier hospital el que puede formarlos. Si bien es cierto que el sistema actual no es perfecto, sin duda puede ser mejorado; para ello se requiere el compromiso de todas las partes (universidades, CENDEISS, CMC, CONESUP, etc.) y utilizar criterios académicos. La valoración de las capacidades del nuevo especialista no puede, ni debe, ser relegada a un segundo plano, quitándole esa responsabilidad al CMC como se sugiere en ese proyecto, con el objeto de acreditar rápidamente a los médicos extranjeros. No en todos los países existe un ente regulador de la idoneidad profesional, ni tampoco la acreditación de los centros formadores de especialistas. Los intereses políticos deben dejarse de lado.” Ibid.*

¹⁵ *“Nuestra posición es que este proyecto de ley sea descartado. La Academia Nacional de Medicina de Costa Rica insta a las autoridades de la CCSS a realizar un estudio comprensivo para determinar la causa de la “fuga de especialistas” y aplicar las medidas necesarias para solventar este problema. Los servicios brindados por la CCSS deben girar alrededor de las necesidades de los usuarios, quienes merecen una atención eficiente, efectiva y en donde prevalezcan los principios de igualdad, equidad, solidaridad y universalidad.” Ibid.*

¹⁶ *“Es conocido que no todas las universidades internacionales cuentan con el prestigio que tienen las Universidades en Costa Rica, de modo tal que se estaría permitiendo la entrada de profesionales cuestionados desde el punto de vista académico, moral y profesional. La entrada al país de médicos extranjeros pondrá en peligro no sólo la salud de los costarricenses, sino que también impactará en la calidad del servicio como tal.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.*



Finalmente, el Instituto Nacional de Seguros “considera necesario que se incluyan las necesidades de otros hospitales públicos y privados, ya que el proyecto contempla únicamente las de la CCSS (el proyecto se refiere a las necesidades del país, pero se basa en datos de la CCSS).”¹⁷

El **artículo 4** en relación con la comprobación de especialidad médica, determina que *“el número de especialistas que requiere por cada especialidad para atender las listas de espera”*, lo definirá la Caja Costarricense de Seguro Social.

Hay como una especie de contradicción pues este artículo define que la inopia aplica para contratar especialistas extranjeros, no para que médicos generales asuman vacantes dejadas. Nos referimos al párrafo que dice *“Los médicos especialistas que se contraten al amparo de la declaratoria de inopia para brindar sus servicios a la Caja Costarricense del Seguro Social, deberán de cumplir con todos los requisitos del Colegio Profesional correspondiente del país donde fueron debidamente habilitados para el ejercicio de la profesión.”* Si hay especialistas para contratar no se entiende por qué la inopia.

También determina que en el caso de médicos especialistas graduados de universidades acreditadas internacionalmente por el ente que defina la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, no deberán rendir el examen de incorporación correspondiente, siempre y cuando tengan un promedio general de 85 de 100, y adjunten el récord quirúrgico o récord de procedimientos. Esto indudablemente es discriminatorio y debilita los controles y la fiscalización que ejercen los Colegios Profesionales en las disciplinas respectivas. Podría ser inconstitucional por violación al principio de igualdad.

Adicionalmente se establece que *“las mallas curriculares de las universidades antes expuestas deberán de estar homologadas con un mínimo de un 85%, con base a los programas que se encuentren aprobados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.”* Sobre este último párrafo la Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores consideró “es un error ya que cada universidad debe estar acreditada

¹⁷ “Se debe incluir a todo el sector salud y en nuestro caso especialmente al Grupo INS, recordando que la fuga de especialistas de la CCSS hacia otras entidades públicas y privadas es provocada por la misma inopia. El atender únicamente el tema en la CCSS es propiciar que este fenómeno se mantenga en el tiempo. El Instituto Nacional de Seguros a través de su subsidiaria en prestación de servicios de salud, también tiene necesidades de médicos especialistas para la prestación de los servicios de salud que le corresponde por ley.” Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.



ante una agencia nacional reconocida por el Estado de origen y la acreditación por sí misma no excluye de la realización de exámenes, ya que su objetivo no es medir la acreditación institucional obtenida sino las habilidades y competencias individualmente adquiridas por el profesional graduado de un programa de estudios acreditado. La acreditación no pretende garantizar el aprendizaje individual de cada estudiante o graduado del programa que corresponda sino garantizar que ofrece las condiciones óptimas de formación profesional, únicamente.”¹⁸

Adicionalmente, explica que:

*“estar homologadas con un mínimo de un 85%, con base a los programas que se encuentren aprobados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, **competencia que no posee ningún colegio profesional en el país. Los planes de estudio de las carreras universitarias estatales son de competencia exclusiva y excluyente de las universidades públicas, conforme lo disponen los artículos 84, 85 y 87 de la Constitución Política vigente.** Corresponde a ellas y no a los colegios profesionales definir la formación mínima que debe ser cursada para estar graduado profesionalmente en cualquiera de las disciplinas del conocimiento que en ellas se imparten.*

*La norma también establece **un examen de incorporación para especialistas no pertenecientes a universidades no acreditadas**, con lo cual **se abriría la posibilidad de que se incorporara un trato discriminatorio según sea la universidad de procedencia del profesional.** Mediante este examen quedarían incorporados los médicos extranjeros al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*

Por último, y en clara violación a lo dispuesto en los artículos 84, 85 y 87 constitucionales, se confiere a la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas la potestad de revisar y recomendar actualizaciones cada dos años de las mallas curriculares, tanto de universidades públicas como privadas, en el área de las ciencias de salud de conformidad con el perfil de egreso del especialista médico que la CCSS requiera.”¹⁹

Según la nota anterior la propuesta de reemplazar a las Universidades por un Colegio Profesional sería posiblemente inconstitucional. De manera que se coincide con el criterio externado por el Consejo Nacional de Rectores, *“este proyecto atenta abiertamente contra el contenido de los artículos 84, 85 y 87 de la Constitución Política, los cuales protegen las competencias originarias de la universidad pública costarricense,*

¹⁸ Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores. Cit. Oficio de 10 de enero de 2024.

¹⁹ Ibid.



dentro de las cuales estuvo y se mantiene la competencia exclusiva y excluyente de declarar la validez y equiparación de los grados y títulos de los diplomas expedidos por instituciones de educación superior extranjeras.”²⁰

La Unidad Técnica de Listas de Espera consideró que los “*médicos especialistas contratados para abordar la inopia deben cumplir con todos los requisitos establecidos por el Colegio Profesional*”.²¹ Y, por su parte, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional consideró la “*calidad de la medicina tendrá un impacto negativo y por ende la atención sufrirá un retroceso considerable*.”²²

²⁰ “Esta condición que contiene el proyecto y la transferencia de competencias universitarias hacia una Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas lo vicia de inconstitucionalidad, la que resulta además insalvable por ser la base sobre la que se formula el desarrollo del resto de la propuesta.

La inopia no puede ser invocada para conferir bajo un régimen de excepción iguales derechos constitucionales a médicos extranjeros quienes no cumplirían los mismos requisitos de reconocimiento, equiparación, demostración de conocimientos y destrezas y condiciones de incorporación profesional que sí ha cumplido el resto de los médicos radicados en el país.

Asimismo, el proyecto viola los artículos 84 y 87 de la Constitución Política, ya que determina que los programas y planes de estudio en ciencias médicas sea determinado por la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, siendo esto materia privativa, exclusiva y excluyente de las universidades públicas.

La Sala Constitucional desde la sentencia número 1313-93, ha venido reiterando la interpretación que debe darse a la autonomía universitaria, en los siguientes términos: (...) (como ya lo estableció esta Sala en la resolución No.495-92).” Ibid.

²¹ “Según lo establecido en la propuesta de ley en mención, los médicos especialistas contratados para abordar la inopia deben cumplir con todos los requisitos establecidos por el Colegio Profesional correspondiente del país donde fueron debidamente habilitados para ejercer la profesión.

Teniendo en cuenta que el ente rector de la acreditación en este país es el Colegio de Médicos y Cirujanos, los médicos que se postulan para la contratación en el marco de la inopia, consideramos que deben cumplir con los requisitos establecidos por esta entidad en materia de regulación.” CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024
criterio técnico a la

²²

“Desconocen el rol fundamental de protección de la población al garantizar un ejercicio profesional de alta calidad al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica e ignoraron por completo el accionar del CONESUP para reconocimiento de títulos emitidos por universidades extranjeras, dejando en manos de una comisión de bajo rango la toma de decisiones, lo cual constituye una acción grave que atenta contra el desarrollo de la salud de los costarricenses.

La calidad de la medicina tendrá un impacto negativo y por ende la atención sufrirá un retroceso considerable. Todo esto pondrá en jaque la seguridad social de nuestro país, misma que es el último bastión de una democracia que cada vez más recibe golpes neoliberales en detrimento de los servicios.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



El **artículo 5** determina la obligación a los especialistas médicos *“que ingresen al país en razón de la declaratoria de inopia”* de incorporarse al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y cumplir con los requisitos de oferentes de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este artículo es totalmente contradictorio con el anterior artículo 4 párrafo segundo que autoriza soslayar la incorporación al Colegio Profesional cuando así lo defina la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, puesto que indica que no deberán rendir el examen de incorporación correspondiente, mientras tengan un promedio general de 85 de 100.

El Sindicato Médico Unión Médica Nacional señaló que esa persona *“debe de cumplir lo que indique el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y su Ley Orgánica.”*²³ Aspecto que comparte esta asesoría, pues está en vigor dicha Ley de ese gremio profesional, que este proyecto de ley no afecta.

El **artículo 6** faculta al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, al amparo de la inopia, a incorporar los especialistas médicos nacionales y extranjeros, no graduados en universidades acreditadas internacionalmente, mediante un examen de incorporación para esos especialistas. Para ello, se obliga al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica implementar:

- ***“procedimiento expedito de evaluación de estos especialistas para habilitar su práctica en el país.”*** Especificando que el *“procedimiento no podrá ser superior a los 3 meses.”*
- ***“un examen formulado por un ente acreditado internacionalmente, sin conflicto de interés en el país, el cual definirá la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, que deben de rendir estos médicos especialistas nacionales y extranjeros, en donde se evaluarán únicamente sus conocimientos en el área de su especialidad.”***

La atención de esas listas de espera lo definirá la Caja Costarricense de Seguro Social. Los cupos de atención de esas listas se designarán de

²³ *“Nuestra organización sostiene y afirma que cualquier médico extranjero y médicos nacionales graduados en universidades extranjeras que venga a este país, debe de cumplir lo que indique el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y su Ley Orgánica.*

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica es una institución emblemática, sería y ante todo responsable.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



acuerdo con la comunicación realizada por la Comisión de Análisis Técnico de Especialistas Médicas.

Observando lo regulado en el numeral, se evidencia que la denominación del epígrafe del artículo 6 *“Examen de incorporación para especialistas no pertenecientes a universidades no acreditadas internacionalmente”*, no refleja el contenido propio de dicho numeral, sobre las obligaciones que se le establecen al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Por ello, se recomienda precisar el título del artículo.

Por su parte, la Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores consideró que *“los trámites de reconocimiento y equiparación serían sustituidos por la participación de una Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, integrada por representantes de varias instituciones y sectores que no tienen la experiencia en materia de Educación Superior ni el conocimiento técnico que se requiere.”*²⁴ Esto en abono a lo expresado en los anteriores numerales.

Muy atinente la respuesta de la Unidad Técnica de Listas de Espera al establecer que hay que considerar *“una planificación más exhaustiva, ya que se está estableciendo una diferencia entre los postulantes a la incorporación de especialistas”*²⁵, lo cual eventualmente evidencia **una discriminación en la incorporación.** Mientras que el Sindicato

²⁴ Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores. Cit. Oficio de fecha 10 de enero de 2024.

²⁵ *“Los especialistas no pertenecientes a universidades no acreditadas internacionalmente deberán realizar un examen para poner a prueba los conocimientos relacionados con sus áreas de especialidad. Contrariamente, aquellos provenientes de universidades acreditadas internacionalmente, según la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, no estarán obligados a rendir el examen de incorporación correspondiente, siempre y cuando cuenten con un promedio general de 85 sobre 100 y adjunten el récord quirúrgico o de procedimientos. Este apartado requiere una planificación más exhaustiva, ya que se está estableciendo una diferencia entre los postulantes a la incorporación de especialistas. Un grupo se ve privilegiado por tener un promedio entre 85 y 100 en su universidad de procedencia, lo que les permite colegiarse sin ningún tipo de requisito, según esta propuesta. Sin embargo, es competencia exclusiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica establecer los requisitos de incorporación. El plazo de tres meses establecido para el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica genera incertidumbre sobre su capacidad para gestionar y realizar una adecuada valoración de los atestados de los postulantes; así como para llevar a cabo un examen de conocimiento médico especializado. Ante esta premura, existe el riesgo de que no se realice una evaluación adecuada de la capacidad y conocimientos de los médicos especialistas en las distintas áreas, lo que podría representar un riesgo para la institución y por ende en la calidad de atención de los asegurados.”* CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024.



Médico Unión Médica Nacional indicó que el *“Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ya tiene definido con claridad que es lo que tiene que hacer un especialista que viene al país a ofrecer sus servicios, todos los requisitos ya están establecidos.”*²⁶

En forma propositiva, el Instituto Nacional de Seguros expresó que actualmente este proceso toma cerca de 6 meses en el mejor de los casos. *“Por tanto, se propone que la norma regule el que se tenga un banco de preguntas y examen estandarizado y objetivo de la especialidad en análisis, el cual se aplique cuando el médico quiera nacionalizar su título.”*²⁷

El **artículo 7**, se refiere a la contratación e involucra a la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas²⁸ y al Ministerio de Salud²⁹ quienes registrarán los postulantes que aprobaron, sus notas, y la especialidad. Una vez hecha la lista definitiva la CCSS llevaría a cabo la contratación, que se haría por servicios especiales.

Los contratos por servicios especiales tratan sobre un acuerdo entre una entidad y un trabajador para realizar trabajos específicos o eventuales, en virtud que generalmente su duración es corta, definida, y requiere justificación para su creación y eso sí, tienen un salario igual al que se le paga al persona permanente o fijo.

En una postura *in extremis*, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional señala que *“la supuesta contratación por “servicios especiales” es un engaño, al fin de cuentas y conforme al Código de Trabajo cualquier trabajador deberá ser cubierto por los derechos y obligaciones que esta norma contiene. Esa contratación refleja que este proyecto desconoce los derechos laborales que existen en Costa Rica.”*³⁰

²⁶

“La calidad de los servicios y de los médicos que sean contratados bajo estas condiciones, pondrán en riesgo la salud de los costarricenses. Este proyecto atenta contra el artículo 21 de nuestro Carta Magna y no mide las consecuencias que a corto plazo puede suceder.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.

²⁷ Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.

²⁸ *“debe de informar al Ministerio de Salud el nombre, la nota obtenida y la especialidad de todos los postulantes que aprobaron el examen.”*

²⁹ *“elabore las listas definitivas”*

³⁰ *“El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica es el ente que debe dar el aval para que los médicos extranjeros puedan ejercer la profesión de acuerdo a los estándares definidos por Ley y los Estatutos de dicho Colegio.”* Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



En todo caso, es conveniente valorar el Dictamen Técnico de la Dra. Pamela Aguilar Calderón donde se realizaron las siguientes recomendaciones:

“Si bien el proyecto de ley aborda una problemática relevante para el sistema de salud de Costa Rica, es importante considerar algunos aspectos que, podrían generar debate o requerir ajustes. Entre ellos se destacan:

- *La necesidad de establecer criterios claros y transparentes para la declaración de inopia y la contratación de especialistas.*
- *Garantizar que la formación de especialistas en el extranjero cumpla con estándares de calidad y contribuya efectivamente a cubrir las necesidades del sistema de salud.*
- *Asegurar la viabilidad financiera y operativa de las medidas propuestas, considerando el impacto en el presupuesto y los recursos disponibles.”³¹*

Capítulo II Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas (arts. 8 y 9)

El **artículo 8** crea la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades adscrita al Ministerio de Salud, integrada por cinco miembros, describiendo los respectivos requerimientos, formación y origen de representación (incisos), sea Ministerio de Salud, CCSS, Colegio de Médicos y Cirujanos, Universidades Públicas que impartan posgrados en especialidades médicas y universidades privadas igualmente que impartan ese tipo de especialidades. Todos con un representante.

Adicionalmente regula, la forma de sesionar, sin dietas, y se designa una unidad administrativa de apoyo, la cual funcionará en el Ministerio de Salud. El personal requerido de la unidad de apoyo será determinado por un estudio elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Valga rescatar dos observaciones, una del Instituto Nacional de Seguros que reitera *lo indicado en el Artículo 3, en que se excluyen integrantes del sector salud como son: Instituto Nacional de Seguros, Poder Judicial, Sector Privado, los cuales se considera deben tomarse en cuenta.”³²* Y, por su parte, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional que manifestó

³¹ Dictamen Técnico de la Dra. Pamela Aguilar Calderón (Oficio GM-3442-2024) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024.

³² Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.



que “esta Comisión no tiene ningún asidero mínimamente coherente con el marco jurídico que rige la formación, incorporación y control del ejercicio profesional de la medicina.”³³

Para esta asesoría sería una Comisión intermedia entre el Colegio de Médicos y Cirujanos, sin ser parte de su organigrama, pues dependería del Ministerio de Salud, y de otra mano, fuera de los ámbitos académicos formativos de las universidades públicas y privadas, aunque tengan un representante cada uno de esos sectores. Vale decir, podría, en el caso de las Universidades Públicas, en particular de la Universidad de Costa Rica, violentar su autonomía, pues esta Comisión ministerial decidiría aspectos de exámenes de acreditación de especialidades, postulantes que estarían sometiendo directamente a la CCSS según lo preceptuado en el artículo 7 anterior.

El **artículo 9** establece las funciones de la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas, relativas a:

- a) *Analizar el Plan Maestro Director que realizará el Ministerio de Salud cada dos años.*
- b) *Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de médicos especialistas y recomendar la formación de estos en el extranjero en universidades acreditadas internacionalmente.*
- c) *Garantizar que el médico especialista que realice su formación en el país, a través de las plazas de la Caja Costarricense de Seguro Social, firme un contrato de retribución y su cumplimiento.*
- d) *Gestionar la aplicación de un examen único parametrizado para médicos generales postulantes a especialidades, elaborado por un ente acreditado internacionalmente, sin conflicto de interés en el país.*
- e) *Gestionar y aplicar el examen de incorporación de médicos especialistas nacionales y extranjeros que hayan obtenido su especialidad en el extranjero, por un ente acreditado internacionalmente, sin conflicto de interés en el país.*
- f) *Revisar y recomendar actualizaciones cada dos años de la malla curricular de la universidades públicas y privadas en el área de las ciencias de salud, de conformidad con el perfil de egreso del especialista médico que la CCSS requiere.*
- g) *Fomentar el intercambio académico cultural para la formación y capacitación de especialistas médicos de centros*

³³ “La creación de este tipo de comisiones fomenta la burocracia, los costos de funcionalidad del estado y finalmente se convierten en entes políticos que toman decisiones bajo el cálculo de los intereses que defienden, sea de un partido político o de que quien pague una campaña electoral.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



acreditados a través de convenios internacionales y de cooperación técnica.

h) Asesorarse con la Subárea de Cooperación Internacional de la Caja Costarricense de Seguro Social para la transferencia de cooperación técnica.

i) Actualizar cada tres años el costo de la especialidad médica por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, utilizando para ello la fórmula costo oportunidad y ajustar el porcentaje de retención en caso de que sea necesario.

j) Regionalizar la formación de especialistas, con base en criterios de oportunidad, accesibilidad y equidad.

k) Gestionar la creación de plazas para médicos especialistas de acuerdo con las necesidades con la red de prestación de servicios de salud.

l) Aprobar la solicitud de traslado de especialistas médicos previo a un análisis técnico, y garantizando la continuidad de la prestación del servicio de donde es traslado.

m) Crear un catálogo de oferta de formación de especialistas de centros formadores que cuenten con acreditación internacional.

n) Gestionar un informe sobre que países de acuerdo a la necesidad de especialistas en determinada área, podrá la Caja Costarricense del Seguro Social enviar a formar lo médicos postulantes.

ñ) Las demás que le asignen las leyes y reglamento.

Los incisos c), i) y n) de conformidad con la opinión de esta Asesoría podrían ser inconstitucionales por violentar el principio de autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sobre el **inciso d)** es una mala apropiación de competencias que ya detenta el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, quien es el que fiscaliza esa disciplina en el país.

Esa Comisión no se constituye como una administración patronal a cargo de los especialistas por lo que no debe tener capacidad de gestión sobre creación de plazas (**inciso k**), ni sobre traslados de especialistas (**inciso l**).

Capítulo III. Especialistas médicos (arts. 10 al 16)

En este capítulo se recomienda reacomodar la ubicación de los numerales, de acuerdo con una lógica propia del desarrollo de una legislación especial. Describiendo los tipos de contratos, las facultades de la autoridad que contrata -en este caso la CCSS -, las condiciones y demás especificaciones necesarias para dicha contratación de las personas profesionales en la formación de especialidades médicas. Se recomienda detallar la remuneración, situaciones de incumplimiento



contractual y otros aspectos que eventualmente se requieran aclarar las diferentes situaciones, lo cual se especifica en cada artículo.

El **artículo 10** señala el requerimiento de un único examen de acreditación para el ingreso a la especialidad médica, que gestiona un órgano que estaría adscrito al Ministerio de Salud (Comisión de Análisis Técnico de Especialistas Médicas) y dice el numeral que solo evaluará conocimientos generales de medicina y elementos generales de la especialidad.

Para esta asesoría esas personas no estarían debidamente capacitadas para tener bajo responsabilidad la salud de las personas en sus diversas enfermedades de atención por especialidad, puesto que esta en juego la vida humana. La norma no establece requisitos teóricos y prácticos como son los internados, asunto que va en detrimento de la experiencia para diagnosticar, tratar e intervenir un paciente.

Además, el Sindicato Médico Unión Médica Nacional expresó que *“el examen ya está definido por la Caja Costarricense de Seguro Social a través del CENDEISS”*³⁴

El **artículo 11** establece la obligación a la Caja Costarricense de Seguro Social de *“crear las plazas o códigos para la formación de especialistas en la red de servicios de salud”*, requiriendo la autorización de la Gerencia Médica, previo a estudios técnicos para el traslado de esas plazas o códigos a otros centros. Aquí el legislador está en una postura de coadministrador incidiendo en la organización y administración de la Caja, **cuestión que podría ser inconstitucional** por el principio de autonomía con que la Junta Directiva de esa Institución tiene competencias constitucionales como el deber de adoptar los acuerdos correspondientes.

Incluso, el legislador obliga a la Caja a que las plazas no podrán ser trasladadas a otros centros sin la autorización de la Gerencia Médica, previo a estudios técnicos, aquí queda la duda de si algunas decisiones deben pasar por la Junta Directiva y no solo por la Gerencia.

Sobre este artículo, la Unidad Técnica de Listas de Espera *“sugiere considerar la flexibilidad en la decisión de los postulantes de una misma especialidad médica para intercambiar entre ellos los centros médicos asignados, obtenidos mediante una rifa al azar.”*³⁵ Mientras el Sindicato

³⁴ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.

³⁵ *“La finalidad principal de estas rifas es satisfacer la demanda y cubrir las plazas específicas requeridas para cada centro médico. Siempre y cuando se cumpla con la*



Médico Unión Médica Nacional indicó que *“este artículo no contribuye en nada al arraigo de los profesionales e ignora el concepto de comunidad, identidad y aprecio por el lugar.”*³⁶

En particular conviene observar lo dicho por la Gerencia Financiera de la Caja, la cual señaló que *“en su momento, la creación de nuevas plazas para los médicos especialistas adicionales que este proyecto de ley pudiera generar a favor de la CCSS, tendrá que ser consistente con la suficiencia y sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, y en cumplimiento de la normativa y disposiciones que en esta materia se encuentre vigente a nivel institucional.”*³⁷

Por lo que, entonces:

“de acuerdo con la Ley de Empleo Público, la CCSS es una de las instituciones habilitadas para recurrir a la contratación temporal de

asignación de todas las plazas previamente establecidas, negar la opción de intercambio solo conduce a la desmotivación y la deserción, que podrían evitarse. // Es importante destacar que no sería apropiado ni conveniente permitir intercambios de regiones entre médicos de diferentes especialidades, ya que la cantidad de plazas de especialidades otorgadas por región y centro médico se determina mediante un análisis de las necesidades específicas. Permitir intercambios de esta naturaleza podría provocar desequilibrios entre el exceso y la escasez de especialistas médicos en diferentes regiones.” CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024

³⁶ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.

³⁷ *“Efecto en las finanzas institucionales: De conformidad con los criterios técnicos transcritos y su texto, se desprende que el objetivo fundamental de la propuesta legislativa pretende atender una de las principales problemáticas que enfrenta la institución en la actualidad, la escasez de médicos especialistas y las limitaciones en su capacidad para la formación de estos profesionales en el número óptimo requerido. // En su momento, la CCSS deberá crear nuevos códigos de plazas, a fin de contratar los médicos especialistas adicionales que genere la ley propuesta, proceso que deberá llevarse a cabo, de conformidad con las normas y reglas presupuestarias, administrativas y técnicas que se han establecido a nivel institucional. Ciertamente, una mayor cantidad de médicos especialistas implicará un incremento no sólo en las remuneraciones, sino que también, en otros gastos, tales como, medicamentos, insumos, equipamiento, entre otros, pero lo cierto, es que produciría una reducción significativa en las listas y tiempos de espera, así como, los costos asociados a los atrasos en la atención oportuna de los asegurados. // La CCSS de manera independiente a la brecha que se calcule de médicos especialistas y la velocidad con la que este proyecto de ley permita ir cerrándola, tendrá que crear las nuevas plazas para éstos, en función de los principios de suficiencia y sostenibilidad financiera, conforme un marco de financiamiento de mediano y largo plazo.”* Gerencia Financiera Criterio técnico remite GF-1012-2024 citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024.



servidores públicos para atender actividades ordinarias, como excepción, por la naturaleza de sus funciones y los fines públicos que persiguen además de la autonomía constitucional de la Institución. Asimismo, de forma específica se establecen causales para realizar este tipo de contrataciones, y con el fin de garantizar la continuidad de los servicios, las cuales serían: razones de conveniencia nacional, inopia y emergencia.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que son dos situaciones jurídicas distintas la inopia en el país y la inopia en la Caja Costarricense de Seguro Social, si bien el proyecto de ley a lo que refiere es a la inopia en el país y brinda elementos frente a la situación que se vive de una escasez de especialistas generalizada en el país, la CCSS en virtud de la Ley Marco de Empleo Público No. 10159, podría declarar inopia y dotarse del personal requerido durante la necesidad institucional.

Si esa habilitación de inopia ya está contemplada en la Ley Marco de Empleo Público No. 10159, entonces, esta Asesoría recomienda ajustar el texto del artículo 3 para una correcta interpretación y que no haya una situación jurídica disonante respecto de la cita anterior. Dicho sea de paso, el numeral 3 de este Proyecto de Ley dice: *“ARTÍCULO 3- Declaración de inopia. Declarada la inopia institucional de médicos especialistas por la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministro de Salud procederá a emitir la declaratoria de inopia de médicos especialistas, para efectos de esta ley. (...)”*³⁸

El **artículo 12** refiere a la formación de especialistas médicos en el extranjero, obligando a la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas *“contar con un portafolio de centros formadores con acreditación internacional”*. Además, se faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social a firmar convenios para la formación en las especialidades, previa recomendación de la Comisión.

Sobre este artículo, la Caja no tiene que solicitar venia de una Comisión ajena a ella para que se atiendan sus necesidades, sujetar a la Institución a una Comisión adscrita al Ministerio de Salud podría ser inconstitucional, siempre por violación del principio de autonomía reforzado con que cuenta.

Este Departamento está de acuerdo con la opinión esgrimida por el Sindicato Médico Unión Médica Nacional el cual consideró que “esta

³⁸ Ibid.



labor es y debe ser exclusiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, por tanto, existe intromisión y violación a la autonomía de la Caja”³⁹

El **artículo 13, párrafo primero** dificulta su comprensión, ya que plantea una serie de condicionamientos sobre el incumplimiento de los contratos regulados en el artículo 14. De acuerdo con una lógica jurídica de orden de redacción de los artículos en la ley, se sugiere regular primero los contratos para los postulantes que se formarán en el extranjero; y posteriormente, los requerimientos en caso de incumplimiento contractual, invirtiendo el orden de los artículos 13 y 14.

El **párrafo segundo** indica el caso de incumplimiento del contrato de retribución social y el contrato de beca, este último -el de beca- pareciera no estar regulado en los Reglamentos vigentes, solamente el primero, que, una vez que regresa la persona con su especialidad contribuye a un fondo de garantía individual de aproximadamente el 8% de su salario.

Bien, el texto dice que por el mismo plazo que está en el contrato, esa persona no podría ejercer en Costa Rica la especialidad salvo que indemnice económicamente a la Caja, todo esto ya está regulado en los Reglamentos que ha emitido la Institución. Podemos citar, por ejemplo, aunque es a nivel nacional, aplicando básicamente lo mismo cuando van al extranjero, contenidos como el Reglamento del Fondo de Retribución Social de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 8564 de fecha 01 de marzo de 2012; allí se encuentran todos los elementos sobre esta materia ya regulados. Por ende, todo lo dicho en el párrafo segundo ya se encuentra normado.

El **párrafo tercero** menciona el “costo de oportunidad” y lo define no por el costo asumido por la Caja Costarricense de Seguro Social en pago de la formación de este, sino por el costo que tendrá para la institución en la no atención de los pacientes por el plazo de contrato de retribución de este especialista. Es una especie de daño social, pero sin contenido o estructura. En otras palabras, la garantía al regreso, son los aportes obligatorios que se rebajan al facultativo, pero si se va de la Institución rompiendo con una cláusula del contrato, da a entender este párrafo que la Caja podría buscar otro tipo de soluciones indemnizatorias además del rubro que exista en el fondo de garantía. No obstante, este

³⁹ “lo cual significa abrir un portillo para destruir a la Caja y probablemente privatizarla en algún momento, todo lo cual traerá caos y destrucción para los costarricenses, sobre todo los más humildes y desamparados.” Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



texto no es completo en la medida que no define en términos económicos ese costo de oportunidad.

También se podría interpretar el costo de oportunidad no definido únicamente por el gasto asumido por la Caja Costarricense de Seguro Social en el pago de la formación del especialista, sino también por el costo que implicará para la institución la falta de atención a los pacientes durante el período de contrato de retribución de dicho especialista. Según esta visión, esta propuesta requiere una reconsideración exhaustiva, ya que el costo de formación de especialistas siempre ha estado claramente establecido, pues el costo incluye el pago de campos clínicos, que tradicionalmente han sido cubiertos por los médicos especialistas en formación, así como por médicos generales y otros profesionales de la salud, como enfermeras, farmacéuticos, microbiólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, entre otros. Estas profesiones han pagado regularmente montos acordados entre la institución y las universidades para su formación, prácticas y el uso de los recursos de la institución. Y agregan los gremios que nunca en la historia de la práctica clínica se ha esperado que un estudiante en formación asuma los costos asociados con la atención de pacientes, la prestación de servicios, hospitalizaciones, cirugías, medicamentos, insumos, entre otros aspectos.”⁴⁰

Finalmente, el **párrafo cuarto**, dice que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica deberá (obligación) implementar los controles necesarios, a efecto de hacer cumplir lo indicado en relación con el no ejercicio de la especialidad médica. La desavenencia contractual entre la Caja y un postulante a formarse o especializarse en el extranjero, es propia de la Institución y esa persona, no entre esa persona y el Colegio, salvo que sea una conducta antiética fiscalizable. Que tenga ese alcance, esta asesoría no lo tiene claro pues no atañe propiamente al Colegio esa situación.

El artículo 13 anterior se obliga a los postulantes que la CCSS forme en el extranjero cumplir con un plazo establecido en el artículo 14⁴¹, y justamente el **artículo 14** en su epígrafe alude al “contrato de retribución social”, sin embargo, en la redacción del numeral se refiere tanto al contrato del programa de formación de especialista, como al

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ En el párrafo segundo del artículo 14, hace referencia al plazo de la siguiente manera: “Los admitidos en el programa de formación de especialidades permanecerán en este, una vez completada su especialidad un mínimo de siete años, el cual constituirá un requisito para que pueda incorporarse como especialista ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.”



contrato de retribución social, razón por la cual se recomienda modificar dicho epígrafe acorde con lo regulado en la norma.

El **párrafo primero** refiere una relación contractual entre las partes -la CCSS y el médico postulante admitido- para la formación de especialistas, tanto de las universidades públicas y universidades privadas. Es una especie de párrafo introductorio, sin más.

El **segundo párrafo** es el que determina el plazo como mínimo de 7 años para que la persona beneficiada permanezca en el programa de formación de especialidades, el cual será requisito para incorporarse como especialista ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

El plazo de siete años ya existe solo que, dividido en dos, por un lado, se comprometen a se comprometen a laborar para la Caja durante su formación como residente hasta un máximo de cuatro años; luego propiamente como especialista titulado tres años más. Eso no es una novedad en este Proyecto de Ley así se establece frente al administrador Institucional del Fondo: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

El Residente es a todos los efectos una persona trabajadora y esta asesoría indica que por la inversión que hace la Caja, el plazo es razonable y proporcionado, no violenta el derecho al trabajo; no obstante, el problema es cuando señala un mínimo de siete años dejando arbitrariamente abiertos plazos mayores de sujeción a la Institución.

El Instituto Nacional de Seguros en el párrafo segundo consideró que:

“hay un error conceptual, pues si el médico no está incorporado como especialista o en servicio social no puede ejercer su especialidad. Esto generaría inseguridad jurídica para esos profesionales y además provocaría que el médico no pueda acceder al salario de especialista.

De ahí que se sugiere ajustar la propuesta para que se defina que la permanencia mínima de siete años se computará a partir de la incorporación como especialista ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.”⁴²

Esta asesoría no comparte dicho criterio del INS pues, si la Residencia dura cuatro años, en que todavía la persona no cuenta con el título de especialista, disponer que los siete años corre a partir de que finalice

42

Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.



esa etapa, que es cuando se reconocería la especialidad en el Colegio de Médicos y Cirujanos, llevaría el contrato a once años, lo cual si podría violentar los principios de razonabilidad y proporcionalidad, en virtud que estarían “amarrados” por un largo período sin poder ejercer, por ejemplo, la medicina privada. Entonces, lo dispuesto por el INS no tendría ningún incentivo para los postulantes.

La Unidad Técnica de Listas de Espera nos da la razón en virtud que realiza una serie de consideraciones al *“observar un cambio drástico en la forma en que históricamente se ha manejado el tiempo de retribución. Se debe valorar los derechos del médico especialista, ya que siete años de retribución superan el tiempo establecido. Además, deja de ser atractivo formarse como especialista, ya que, a pesar de completar la residencia y culminar con su especialidad, el médico deberá cumplir estos años para poder incorporarse al colegio de médicos como especialista. En este punto, es evidente que el médico especialista trabajará durante siete años en la institución sin una incorporación adecuada, lo que limitará su capacidad para ejercer su especialidad en diferentes entornos laborales, lo cual afecta negativamente al trabajador.”*⁴³

El **tercer párrafo** alude al contrato de retribución social, determinando que “durante su formación y hasta completar” ese contrato se retendrá mensualmente un porcentaje, sin especificar el tipo de retribución, hoy día es un 8% del salario como ya lo apuntamos. Ciertamente, la cuota vigente corresponde al monto económico individual equivalente a un 8% del salario base mensual que devengue el profesional que suscribió el Contrato de Retribución Social con la Caja, durante la vigencia de éste, hasta un máximo de 84 (ochenta y cuatro) cuotas completas -siete años-.

El párrafo de este artículo deja abierto el porcentaje, aspecto que se sugiere ha de ser detallado puntualmente en el texto o dejarlo a Reglamentación por parte de la Caja, según el coste, efectivo de la especialidad. **Sería inconstitucional** que el abono mensual sea *“recomendado y actualizado por la Comisión de Análisis Técnico de Especialidades Médicas”*. Este es un asunto de administración interna exclusivo de la Caja.

El **cuarto párrafo** establece la obligación al especialista contratado de cubrir el saldo de costo de oportunidad de la formación, condicionando

⁴³ CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024.



“si durante el plazo fijado de formación y de contrato de retribución social no se cubre el costo oportunidad de la formación, el especialista contratado deberá cubrir la diferencia en la forma que establezca la Caja Costarricense de Seguro Social.” Además, se determina dos formas para rescindir el contrato; la primera en el supuesto *“que el especialista de por finalizado el contrato antes del cumplimiento del plazo”*, y el segundo supuesto *“que la Caja Costarricense de Seguro Social proceda al cese sin responsabilidad patronal”*; lo cual conlleva a la obligación del *“especialista de cubrir la totalidad del saldo adeudado.”* Ello es adecuado a la realidad, no hay comentarios al respecto.

Sobre este artículo 14 es de considerar que la Unidad Técnica de Listas de Espera concluye desde el punto de el punto de vista estratégico lo siguiente:

“(...) esta medida podría no ser conveniente para la institución, especialmente considerando la situación actual, caracterizada por una escasez de especialistas que ha afectado significativamente a la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta escasez se ve agravada por la fuga de especialistas, lo que debilita aún más este recurso humano vital para fortalecer la capacidad instalada en salud. La principal causa de esta fuga es la falta de condiciones laborales atractivas, incluyendo la remuneración económica y la flexibilidad horaria, entre otros aspectos.

Estas desmotivaciones pueden incluso surgir antes de que los aspirantes sean incorporados a sus especialidades, ya que la retribución social actual puede parecer poco atractiva e incluso tediosa. Esto lleva a cuestionarse si realmente desean seguir una especialidad médica o si es preferible evitar la retribución social, a pesar de las sanciones económicas y profesionales que conlleva. La propuesta de aumentar el período de retribución de tres a siete años de manera obligatoria podría aumentar el riesgo de deserción, lo que a su vez agrava la escasez de especialistas.

Por lo tanto, sería más prudente reconsiderar estas medidas y mejorar las condiciones laborales tanto para los aspirantes a especialistas como para aquellos que ya lo son. También es necesario mejorar las estrategias de negociación con este grupo, ya que una parte significativa ha abandonado la institución en los últimos años y muchos más están considerando hacer lo mismo para trasladarse al sector privado, que consideran más atractivo y conveniente.”⁴⁴

En términos más generales el Sindicato Médico Unión Médica Nacional señaló que *“es una cláusula abusiva y arbitraria (leonina)”* Agregaron

⁴⁴ Ibid.



que el proyecto con este tipo de normas, pierde credibilidad y confianza.”⁴⁵

El **artículo 15** regula la regionalización de plazas, imponiendo en el **primer párrafo** a la CCSS, aspectos que son de su absoluta competencia organizativa al indicar el legislador “regionalizará los contratos de retribución social y su cumplimiento.” **Este tipo de redacción podría ser inconstitucional.**

La Gerencia Financiera hace hincapié sobre:

“(...) algunos los artículos del proyecto, a saber, el 11, 14, 15 y 16, señalando que, ninguno de ellos contraviene lo que actualmente tiene regulado la institución, sin embargo, la Procuraduría General de la República ha manifestado en la opinión jurídica No. OJ-034-2014 de fecha 10 de marzo de 2014:

“Dado ello, todas las autoridades públicas, deben velar porque sus competencias propias no traspasen al campo de acción de la Caja, tal como es reconocido en la Norma Fundamental en materia de seguridad social. De igual forma, el operador jurídico al momento de interpretar las leyes, se encuentra obligado a contemplar esa autonomía especial que le ha sido garantizada. Lo anterior, aun cuando es jurídicamente posible la existencia de políticas externas que sean compatibles con dicha autonomía”. (el subrayado no corresponde al original).

Lo anterior implica que **no se puede imponer a la Caja, una norma donde se establezca la forma en que debe otorgar la prestación del servicio, pues atenta contra la autonomía de gobierno reconocida constitucionalmente; por tal razón, se recomienda muy respetuosamente al legislador valorar este aspecto en varios artículos de la presente propuesta.**”⁴⁶

El **segundo párrafo** está redactado, como corresponde, en su versión facultativa al señalar “No obstante, la Caja Costarricense de Seguro Social podrá disponer del traslado de los diferentes especialistas en las diferentes regiones, según las necesidades hospitalarias. Queda prohibido a los postulantes intercambiar entre si la región asignada” Esta última frase no consideramos tenga mayor problema, porque cualquier decisión sobre intercambiar región asignada no depende unilateralmente de los postulantes, sino, con la venia de la Institución.

⁴⁵ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.

⁴⁶ Gerencia Financiera Criterio técnico remite GF-1012-2024 citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024. (El destacado no es del original).



El Instituto Nacional de Seguros “sugiere que la norma contemple la posibilidad de brindar una autorización de intercambio, definiendo además quién será el competente de dicha autorización.”⁴⁷ A todas luces el competente es la misma Caja.

El **artículo 16** faculta a la CCSS a disponer de la formación de especialistas en hospitales de segundo nivel, de acuerdo con la infraestructura hospitalaria instalada, lo cual parece razonable. En su segundo párrafo, indica que la Caja podrá crear dos turnos para la formación de especialistas médicos, aspecto que también es positivo y está redactado en términos facultativos.

Capítulo IV, Reformas (art. 17)

Este capítulo está integrado por el **artículo 17** el cual reforma varios numerales puntuales de las siguientes leyes:

- ✓ Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud⁴⁸
- ✓ Ley Orgánica del Ministerio de Salud⁴⁹
- ✓ Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos⁵⁰

Artículo 17 inciso a), reforma del artículo 11 del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, Ley N° 7559

Para efectos de visualizar la enmienda propuesta del artículo 11 del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, se comparan los textos de modo que se resalten las diferencias entre la norma vigente y la del Proyecto de Ley, destacando en letra tachada lo eliminado y en letra negrita lo introducido. Veamos:

LEY N°7559	PROYECTO DE LEY
	a) Se reforman los artículos 11 y 12 de la Ley N.º7559, Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la

⁴⁷ Considerando que “el prohibir el intercambio controlado de regiones asignadas puede propiciar más bien una mayor inopia. Siempre y cuando no se afecte la necesidad en la prestación de salud, el intercambio no debería ser problema.” Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.

⁴⁸ Ley N°7559 de 9 de noviembre de 1995.

⁴⁹ Ley N°5412 de 8 de noviembre de 1973.

⁵⁰ Ley N°3019 de 9 de agosto de 1962.

	Salud; los cuales se leerán de la siguiente manera:
ARTICULO 11.- Creación de la Comisión de servicio social obligatorio Se crea la Comisión de servicio social obligatorio, para asesorar y asistir al Ministro de Salud en todo lo relacionado con el cumplimiento del servicio a que se refiere esta ley. Estará integrada por los siguientes miembros: a) El Director General de Salud o su representante, quien la presidirá. b) El Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social o su representante. c) El Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros o su representante. d) El Presidente Ejecutivo del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados o su representante. e) Un representante del Consejo Nacional de Rectores. f) Un representante del Consejo Nacional de Educación Superior. g) Un representante de cada uno de los colegios profesionales, que reúna a los profesionales de las ciencias citadas en el artículo 2 de esta ley. Los miembros de la Comisión no devengarán dietas y contarán con una unidad administrativa de apoyo facilitada por el Ministro de Salud.	Artículo 11- Creación de la Comisión de servicio social obligatorio Se crea la Comisión de servicio social obligatorio, para asesorar y asistir al Ministro de Salud en todo lo relacionado con el cumplimiento del servicio a que se refiere esta ley. Estará integrada por los siguientes miembros: a) El director general de salud o su representante, quien la presidirá. b) El presidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social o su representante. c) El presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros o su representante. d) Un representante del Consejo Nacional de Rectores. e) Un representante de las universidades privadas que ofrezcan posgrados en un área o sub área de especialidad médica. f) Un representante de cada uno de los colegios profesionales, que reúna a los profesionales de las ciencias citadas en el artículo 2 de esta ley. La Comisión sesionará de forma ordinaria una vez al mes y, extraordinariamente, cuando el presidente lo convoque, o cuando sea acordado por dos terceras partes de los miembros de la Comisión. Para que la Comisión pueda sesionar deberá contar con la mitad más uno de los miembros que la componen. Los miembros de la Comisión no devengarán dietas y contarán con una unidad administrativa de apoyo que funcionara en el Ministerio de Salud.

Visto el cuadro comparativo, en este **artículo 11** se realizan modificaciones de forma y fondo. Hay pequeñas modificaciones de minúsculas en los incisos a) al c). También modificaciones de fondo, en relación con dos puestos en la integración de la Comisión de servicio social obligatorio, de suyo, se eliminan dos representantes: el del Consejo Nacional de Educación Superior, y el del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados; y en su lugar, incorpora a un



representante de las universidades privadas. Consecuentemente, se modifica el número impar de los miembros de la Comisión, para dejar únicamente seis integrantes, aspecto que debe ser valorado en las futuras posibles votaciones para los acuerdos y demás actuaciones que realice la Comisión. Los órganos colegiados toman decisiones por mayoría por lo que se integran en números pares.

Se adiciona en el texto de la norma las sesiones ordinarias y extraordinarias que se debe realizar la Comisión, así como la constitución de quorum para celebrar las sesiones. Por último, se sustituye la frase *“facilitada por el Ministro de Salud”* por *“que funcionara en el Ministerio de Salud”*. Esta última reforma releva al Ministerio de Salud de brindar personal de apoyo, sin que se indique de dónde saldrá ese personal de la unidad administrativa.

El Sindicato Médico Unión Médica Nacional llamó la atención sobre el desconocimiento de *“la existencia de esta comisión y ahora pretende burocratizarla más, aspecto que resulta totalmente negativo en contra de los intereses del desarrollo del país.”*⁵¹ Sobre esta opinión o afirmación, esta asesoría no tiene criterio al respecto.

Artículo 17, inciso a), reforma del artículo 12 del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, Ley N° 7559

Igualmente, se presenta un cuadro comparativo sobre las variaciones entre la norma vigente y el texto propuesto.

LEY N°7559	PROYECTO DE LEY
	a) Se reforman los artículos 11 y 12 de la Ley N.º7559, Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud; los cuales se leerán de la siguiente manera:
ARTICULO 12.- Funciones de la Comisión La Comisión tendrá las siguientes funciones:	Artículo 12- Funciones de la Comisión La Comisión tendrá las siguientes funciones:
a) Coordinar el proceso de asignación de las plazas de servicio social, según las necesidades institucionales, sociales y docentes del sistema de salud.	a) Coordinar el proceso de asignación de las plazas de servicio social, según las necesidades institucionales, regionales , sociales y docentes del sistema de salud.
b) Realizar el sorteo para la asignación de las plazas.	b) Realizar el sorteo para la asignación de las plazas, de conformidad a lo establecido en el inciso a). __

⁵¹ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.

c) Proponer, planear, revisar, regular y aprobar, junto con las instituciones involucradas, los programas de investigación, capacitación y acción comunitaria que se asignen a los profesionales de servicio social. d) Recomendar al <u>Ministro de Salud</u> la aprobación o improbación del cumplimiento del servicio social obligatorio. e) Recomendar los traslados del personal nombrado en plazas de servicio social. Cuando se trate de profesionales con estudios de postgrado de especialidad, previamente deberá contarse con la autorización del colegio profesional respectivo. f) Recomendar o no recomendar un régimen de equiparación de oportunidades considerando las necesidades particulares de quienes presenten alguna discapacidad. g) Rendir, ante el Ministro de Salud, por lo menos un informe semestral sobre el control del proceso de reclutamiento, selección, distribución geográfica e institucional de los profesionales que se encuentren prestando el servicio social.	c) Proponer, planear, revisar, regular y aprobar, junto con las instituciones involucradas, los programas de investigación, capacitación y acción comunitaria que se asignen a los profesionales de servicio social. d) Recomendar al ministro de Salud la aprobación o no del cumplimiento del servicio social obligatorio. e) Recomendar los traslados del personal nombrado en plazas del servicio social. Cuando se trate de profesionales con estudios de postgrado de especialidad, previamente deberá contarse con la autorización del colegio profesional respectivo, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, durante el plazo del servicio social obligatorio. f) Recomendar un régimen de equiparación de oportunidades considerando las necesidades particulares de quienes presenten alguna discapacidad. g) Rendir, ante el ministro de Salud, por lo menos un informe semestral sobre el control del proceso de reclutamiento, selección, distribución geográfica e institucional de los profesionales que se encuentren prestando el servicio social.
---	---

En el **artículo 12** se realizan también modificaciones de forma y fondo.

En relación con las modificaciones de fondo, en el **inciso a)** se adiciona el factor de regionalización que debe considerarse para la coordinación en el proceso de asignación de las plazas de servicio social.

En el **inciso b)** relativo al sorteo de la asignación de las plazas, se condiciona con lo estipulado en el inciso a) de este numeral, lo cual está bien referenciado.

Y en el **inciso e)** para recomendar el traslado del personal nombrado en plazas del servicio social, se adiciona la autorización coordinada con la CCSS, durante el plazo del servicio social obligatorio, lo cual es una potestad evidente de la Caja, cuando tengan vínculo con esa Institución.

Los otros incisos, como el d), f) o g) tienen pequeños cambios de forma.



Artículo 17, inciso b), adiciona un inciso k) al artículo 2 Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley N° 5412

El artículo 2 literal de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, señala:

“Artículo 2º.- Son atribuciones del Ministerio:

- a) Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento;*
- b) Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población;*
- c) Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas pertinentes;*
- ch) Ejercer la jurisdicción y el control técnicos sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como coordinar sus acciones con las del Ministerio;*
- d) La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente, por el Estado o por las municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza;*
- e) Realizar las acciones de salud en materia de medicina preventiva, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones;*
- f) Otorgar las prestaciones de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación, a través de los organismos creados al efecto, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones. Estos servicios se cobrarán de conformidad con la capacidad económica del usuario, entendiéndose que las personas de escasos recursos los recibirá gratuitamente, todo conforme lo determine el reglamento respectivo;*
- g) Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares, que tiendan a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas;*
- h) Importar en forma exclusiva y directa, drogas estupefacientes, sustancias y medicamentos que por su uso pueden producir dependencia física o psíquica en las personas;*
- i) Mantener un sistema de información y estadística, relativo a la materia de salud, para cuyos efectos todas las instituciones que realicen acciones de salud pública y privada, están obligadas a remitir los datos que el Ministerio solicite, todo conforme al reglamento respectivo; y*
- j) Cualquier otra que señalen la ley o los reglamentos, sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud.”*



El inciso k) que se adiciona, indica:

“k) Elaborar cada 2 años un Plan Maestro Director que refleje las necesidades en infraestructura física, equipamiento y recurso humano a nivel hospitalario.”

En relación con la elaboración de un “Plan Maestro Director”, cada dos años, es oportuno contar con la opinión de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, así como de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, y la Auditoría Interna, todas dependencias de la CCSS, con el fin de valorar la planificación y ejecución de sus Planes Anuales Operativos, y unificar recursos de la CCSS en una misma dirección y de forma más eficiente.

Es una competencia de orden rector de ese Ministerio, no indica que sea solo para el sector público, podría abarcar el sistema hospitalario del sector privado, en ese sentido esta asesoría, salvo lo dicho en el párrafo anterior, de consulta puntual obligatoria respecto de la Caja que es la Institución que cuenta con la mayor cantidad de hospitales, o del INS, en su especialidad hospitalaria, esta asesoría cree conveniente un Plan Maestro Director, lo del rango anual es lo que tiene que ser suficientemente analizado, pareciera un rango muy corto.

Artículo 17, inciso c), adiciona un artículo 4 bis a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, Ley N.º 3019

El artículo 4 bis adicionado a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, señala:

“Artículo 4 bis- En el caso de los especialistas graduados en el extranjero, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica llevará acabo un examen de idoneidad para la práctica de la especialidad, el cual será gestionado por la Comisión Evaluadora de Especialidades Médicas.

En relación con este numeral se recomienda la consulta al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, pues podría rozar con competencias ya establecidas. El hecho de que participe gestionando un órgano ajeno, como lo es la Comisión Evaluadora de Especialidades Médicas, que estaría intermediando podría generar duplicidad en los procesos.

Disposiciones Transitorias (I, II y III)

De previo al análisis de las disposiciones transitorias, es oportuno recordar el concepto de éstas, las cuales *“explican de forma detallada y precisa el régimen jurídico aplicable a las situaciones jurídicas*



pendientes, o bien, la regulación provisional de estas cuando su finalidad sea la de facilitar la aplicación definitiva de la norma aprobada. Además, organizan el proceso de transición de la norma anterior a la nueva ley.”⁵²

Como base teórica, las disposiciones transitorias regulan los siguientes contenidos:

- *Disposiciones sobre la entrada en vigor de la ley o decreto expedido.*
- *Disposiciones abrogatorias, que harán referencia a la o las leyes que específicamente están siendo abrogadas.*
- *La mención de una ley abrogada incorporará la fecha de publicación en el Diario Oficial de dicha ley.*
- *Disposiciones derogatorias, que hacen referencia a todas las disposiciones que quedan derogadas. Incorporar una leyenda que establezca la derogación de todas las disposiciones que se opongan a la ley o las disposiciones emitidas. Ver las reglas sobre abrogación y derogación en el capítulo de reglas sobre remisión y derogación.*
- *Disposiciones que continúen situaciones jurídicas conforme a la ley o disposiciones que se abrogan o derogan.*
- *Disposiciones que declaren la aplicación retroactiva o inmediata de la nueva ley o decreto de reforma para regular situaciones jurídicas iniciadas con anterioridad a su entrada en vigor.*
- *Disposiciones que regulen de modo autónomo y provisional situaciones jurídicas que se produzcan después de la entrada en vigor de la ley o de las nuevas disposiciones.*
- *Disposiciones que declaren la pervivencia de las disposiciones de la ley o disposiciones abrogadas o derogadas para regular situaciones jurídicas que se produzcan después de la entrada en vigor de la ley o reformas nuevas.*
- *Disposiciones sobre habilitaciones de desarrollo reglamentario o de otro tipo de normas jurídicas.”⁵³*

De la lectura previa de las disposiciones transitorias planteadas, observamos que no son tales (Transitorio I y II), y de acuerdo con su contenido, obedecen a normas sustantivas, las cuales deben ubicarse en la parte del articulado propiamente.⁵⁴

⁵² Cámara de Diputados de Diputados. Manual de Técnica Legislativa, 1a ed., Producción Editorial Secretaría General, República Dominicana 2017, pág. 75.

⁵³ Fundación Humanismo Político, A. C. Manual De Técnica Legislativa.

⁵⁴ En este mismo sentido puede opinó la Defensoría de los Habitantes OFICIO N°02505-2024-DHR de 10 de marzo de 2024, suscrito por la Licda. Angie Cruickshank Lambert Defensora de los Habitantes.



El **Transitorio I** señala:

“TRANSITORIO I- Todos los especialistas médicos que quieran ingresar al país al amparo de la inopia deberán de traer además de la acreditación como especialista, su título en medicina general, acompañado de la malla curricular de la universidad que lo acredita como doctor.

Quedan exonerados de la homologación de títulos por parte del Consejo Nacional de Rectores, únicamente los médicos especialistas contratados por la Caja Costarricense de Seguro Social al amparo de la declaratoria de inopia.”

La Unidad Técnica de Listas de Espera explicó que la propuesta presenta una inconsistencia e incongruencia en comparación con lo establecido sobre:

“medidas y procesos de incorporación según la universidad de procedencia, donde el grupo con títulos de universidades “acreditadas internacionalmente” tenía admisión directa al Colegio de Médicos y Cirujanos, sin necesidad de someterse a ningún proceso de evaluación, mientras que el grupo proveniente de universidades “no acreditadas internacionalmente” debía realizar un examen de convalidación.

Además, la propuesta (...) otorgaría una nueva ventaja a este nuevo grupo de aspirantes extranjeros a médicos especialistas. Si su especialidad está clasificada en la lista de especialidades médicas en situación de inopia, no solo estarían exentos de realizar la prueba de admisión de conocimientos médicos especializados, sino que tampoco tendrían que homologar ni demostrar la validez de su título médico. Esto, además de ser injusto en términos de igualdad de oportunidades para los demás aspirantes, plantea preocupaciones sobre la admisión sin ningún tipo de filtro o control de calidad.”⁵⁵

Asimismo, recomienda realizar un análisis con evidencia sobre lo que verdaderamente constituye una capacidad instalada,⁵⁶ ya que “reconoce

⁵⁵ CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024

⁵⁶ “Si el gobierno tiene la intención de optimizar y reforzar los servicios de salud en el país, particularmente en la Caja Costarricense del Seguro Social, se debe comenzar con un análisis basado en evidencia sobre lo que verdaderamente constituye una capacidad instalada. No se puede basar únicamente en una percepción personal o de un grupo determinado de personas. Como se mencionó anteriormente, el fortalecimiento de los servicios de salud no depende únicamente del número de médicos especialistas, sino también de otros componentes como otros profesionales de la salud, equipamiento médico e infraestructura. Además, omitir criterios y requisitos básicos de admisión, así como controles de calidad e idoneidad, podría comprometer la calidad y seguridad de la atención médica para los usuarios.” Ibid.



*que el proceso actual de admisión de médicos nacionales a programas de especialización es complejo”.*⁵⁷

En el párrafo segundo del transitorio, el Instituto Nacional de Seguros expresó que *“es importante considerar que, el limitar esta exoneración a la CCSS, no disminuye la migración de especialistas de esa noble Institución al resto del sector salud.”* Por ello, propone la inclusión de *“los médicos especialistas contratados por otros hospitales públicos y privados.”*⁵⁸

El Sindicato Médico Unión Médica Nacional observó que *“es totalmente arbitrario. Esto pondrá en riesgo la vida y la salud de los costarricenses.”*⁵⁹

El **Transitorio II** señala:

“TRANSITORIO II- Los médicos especialistas ingresarán al país con estatus migratorio de turista, y tendrán ciento ochenta días a partir del ingreso para demostrar que se encuentran realizando el procedimiento de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos. En caso de ser contratados por la Caja Costarricense del Seguro Social, la Dirección de Migración y Extranjería deberá de expedir el permiso de trabajo a los profesionales.”

En relación con esta disposición, la Unidad Técnica de Listas de Espera indicó:

“Como se mencionó en criterios anteriores en este documento, es necesario replantear algunas propuestas de este proyecto de ley, mejorar y optimizar las ideas, así como las estrategias, llevar a cabo

⁵⁷ “(...) y que solo un número reducido logra ingresar debido a la dificultad del proceso de admisión y la capacidad limitada para aumentar el número de plazas disponibles. Este proceso es aún más complicado para los médicos nacionales formados en el extranjero, ya que no solo no tienen garantía de que se les convalide su título extranjero, sino que también deben completar años adicionales de formación en nuestros centros médicos, además de los completados en los programas y países de origen. Se debe considerar la experiencia de países más desarrollados en comparación con Costa Rica y con otros países latinoamericanos menos desarrollados. Por ejemplo, en muchos países, el número de especialistas prevalece sobre el de médicos generales, sin que esto afecte la calidad de la formación. Sería recomendable estudiar los procesos de selección de estos países y tomarlos como guía para mejorar y optimizar nuestros procesos actuales de formación e incorporación de especialistas.” Ibid.

⁵⁸ Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros. Cit. Oficio N°PE-00576-2024.

⁵⁹ Sindicato Médico Unión Médica Nacional. Cit. Oficio N°UMN-0130-2024.



un adecuado proceso de admisión y selección de especialistas. Esto garantizaría la idoneidad del grupo seleccionado, evitando la selección al azar o la omisión de procesos de calidad, así como asegurando la recolección de los requisitos académicos, legales y migratorios necesarios para garantizar la estabilidad de los aspirantes seleccionados.

Como se menciona en este proyecto, la preocupación por la calidad de los servicios de salud y el aumento de la oferta de médicos especialistas requiere que este proceso se lleve a cabo de la forma más estratégica y responsable posible. Es crucial garantizar la calidad e idoneidad de los aspirantes para que cumplan con todos los requisitos no solo para desenvolverse adecuadamente en el ámbito profesional, sino también en el ámbito legal y migratorio, evitando inconvenientes y eventualidades en el futuro. Estos problemas podrían significar un sacrificio de tiempo y dinero tanto para los aspirantes como para el gobierno o la institución, si se deben corregir debido a una planificación deficiente que podría haberse prevenido. Por lo tanto, se recomienda que los médicos cumplan con todos los requisitos académicos, legales y migratorios para ser considerados no solo como un registro de elegibles, sino como un grupo de médicos especialistas debidamente seleccionados.”⁶⁰

Se comparte la opinión de la Unidad Técnica de Listas de Espera, pero, además, el asunto migratorio, que entran como turistas y que luego se les modifica el estatus a laboral, caso de ser contratados esos médicos extranjeros, es un asunto que compete a la Dirección General de Migración, que, si bien no es una consulta obligatoria, por lo delicado del tema, debería ser consultada facultativamente.

Esta tampoco es una norma transitoria, tiene redacción de norma sustantiva o de fondo.

El **Transitorio III** señala:

“TRANSITORIO III- El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley dentro de los tres meses posteriores a su publicación. La falta de reglamentación por parte del Poder Ejecutivo no impedirá la aplicación y ejecución de esta ley.”

Es fundamental valorar la frase “La falta de reglamentación por parte del Poder Ejecutivo no impedirá la aplicación y ejecución de esta ley.” Pese a ello, el texto de la iniciativa requiere de una mayor especificidad que se abordaría justamente en el desarrollo del reglamento de la ley. Esto para llenar contenidos legales, vacíos legales, sobre todo cuando se

⁶⁰ CENDEISSS Técnica de Listas de Espera (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social. Cit. Oficio N°GA-DJ-03288-2024



hace imposible la implementación a falta de detalles técnicos de los procesos.

Esta evidentemente sí es una norma transitoria pues determina un plazo de tres meses que podría ser corto, pero esa es una valoración del legislador.

V. CONSIDERACIONES FINALES

PRIMERO. La iniciativa busca un marco regulatorio para la escasez de especialistas médicos en la CCSS. Aspecto deseable por resolver por las elevadas cifras de las listas de espera que registra la CCSS. Sin embargo, respecto de estas listas de espera, se ha determinado que obedece a diferentes factores. En este sentido, valga rescatar en estas conclusiones, la postura de la Defensoría de los Habitantes, órgano auxiliar de la Asamblea que, bien señala:

“son el resultado de la combinación de causas externas e internas. Respecto de las primeras valga mencionar el crecimiento demográfico y el cambio en el perfil epidemiológico de la población que ocasionan que la respuesta institucional sea insuficiente e inoportuna. Respecto de las segundas, habría que mencionar las limitaciones de la infraestructura de los establecimientos de salud en cuanto su cantidad, distribución, acceso y condiciones; las restricciones de inversión institucional, los problemas de gobernanza, planificación y gestión; y en particular, como en el caso que ocupa el examen de este proyecto, las limitaciones del recurso humano, en particular de médicos especialistas, con las falencias que tiene todo el proceso de formación, dotación y distribución de los mismos.”⁶¹

Es por ello, que la iniciativa requiere una regulación clara, precisa y concisa; redactada de forma asertiva, ordenada y sistemática; considerando los multifactorial⁶² que detalló la Unidad Técnica de Listas

⁶¹ Defensoría de los Habitantes Cit. OFICIO N°02505-2024-DHR.

⁶² *“(...) el problema de las listas de espera es multifactorial, no limitándose únicamente al faltante de médicos especialistas. Por lo tanto, se debe abordar esta situación con alta precaución, ya que la contratación de médicos no garantiza que el problema se resuelva por completo, pues también depende de la capacidad instalada de la institución.*

Se recomienda realizar un estudio detallado sobre cada artículo con las entidades respectivas en cuanto a la parte legal y económica. (...) debe (...) ser analizada a profundidad, así como replantear el contenido de algunos artículos que requieren una reformulación de estrategias y planteamientos de procesos acorde a la necesidad a nivel país, garantizando una gestión eficiente en la elección de los médicos especialistas y teniendo en cuenta los posibles riesgos mencionados anteriormente.”



de Espera. Sin embargo, la propuesta *“no lo hace de forma asertiva, ordenada y sistemáticamente redactada como un proceso articulado.”*⁶³

SEGUNDO. Adicionalmente se detallaron una serie de posibles roces de constitucionalidad, contraviniendo la autonomía de la CCSS (Art. 73 CP). A juicio de esta asesoría, fundamentalmente en los artículos 6, 9 incisos c), i) y n), 11, 12, 14 tercer párrafo, y 15 primer párrafo, y la autonomía universitaria (arts. 84,85 y 87 CP)⁶⁴.

TERCERO. Se evidencia una afectación directa en relación con la prestación del servicio público en la forma de contratación, estableciendo posibles discriminaciones (Art. 33 CP.) en las nuevas plazas para los médicos especialistas, principalmente los extranjeros que omiten requisitos, como soslayar exámenes, e incorporación automática al Colegio Profesional, sin un adecuado proceso de ponderación de requisitos.

CUARTO. Además, la iniciativa no establece recursos frescos para la creación de las nuevas plazas, alerta que menciona la Gerencia Financiera de la CCSS, en el sentido de que *“tendrá que ser consistente con la suficiencia y sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, y en*

⁶³ Defensoría de los Habitantes Cit. OFICIO N°02505-2024-DHR.

En igual sentido, por medio de correo electrónico de 22 de febrero de 2024, el señor Guillermo Malavassi UACA, representante de la Auca indicó: *“En cuanto al fondo, el proyecto parece un poquito largo y un poco complicado... Pretende modificar muchas cosas y quizá quien mucho abarca, poco aprieta. // El propósito de terminar con las listas de espera es loable. Pero cierto estrujamiento al Colegio de Médicos y Cirujanos no parece apropiado. // Se promete reglamentar algo tan complicado como todo el conjunto de asuntos a que se refiere el Proyecto. // Está la CCSS, el Ministerio de Salubridad Pública, el Colegio de Médicos y Cirujanos y las listas de espera. Si este proyecto de ley logra que todo eso funcione armoniosamente, casi que habría que escribirlo en letras de oro. // Tanto asunto junto confunde un poco. Que sigan adelante sus proponentes. Veré que se habrá compuesto dentro de cinco a diez años. Y todavía falta el Reglamento de ese proyecto de ley...”*

⁶⁴ *“El proyecto de ley invade “las competencias que competen en forma exclusiva y excluyente a las universidades públicas e imponerles los contenidos mínimos que deben cumplir sus planes de estudio en materia de ciencia de la salud, contraviene abiertamente el contenido y alcances de la autonomía universitaria consagrada en los artículos 84, 85 y 87 de la Constitución política y en consecuencia deviene abiertamente inconstitucional. // De la misma forma, el proyecto de ley parte de premisas falsas según las cuales el problema de las listas de espera de especialidades médicas en la CCSS resulta de un problema de escases de recurso humano, únicamente, y no de un problema de organización institucional, de capacidades de infraestructura, desarrollo de tecnologías y mantenimiento de instalaciones, así como de una falta de desarrollo de la regionalización y desconcentración de los servicios médicos que enfrenta la CCSS.”* Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores. Cit.Oficio de fecha 10 de enero de 2024. (El destacado no es del original.)



cumplimiento de la normativa y disposiciones que en esta materia se encuentre vigente a nivel institucional.”

QUINTO. Finalmente se aconseja respetar las precisiones apuntadas en los apartados de “Aspectos de procedimiento legislativo” y “Aspectos de procedimiento legislativo” del presente Informe Jurídico.

VI. ASPECTOS DE TÉCNICA LEGISLATIVA

Además de los aspectos indicados de ordenación de la ubicación del articulado y redacción de cada una de las normas.

En cada inciso del **artículo 17 del proyecto de ley** relativo a las reformas:

“a) Se reforman los artículos 11 y 12 de la Ley N.º7559, Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud; los cuales se leerán de la siguiente manera:”

“b) Se agrega un nuevo inciso k) al artículo 2 de la Ley N.º5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, el cual se leerán de la siguiente manera:”

“c) Se agrega un nuevo artículo 4 bis a la Ley N.º3019, Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, el cual se leerá de la siguiente manera:”

Se recomienda, consignar de acuerdo con una correcta técnica legislativa, la ley a reformar en el siguiente orden: número de la ley; el nombre correcto de la ley; y la fecha de sanción de la ley, sea:

- ✓ *Ley N°7559, Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, de 9 de noviembre de 1995.*
- ✓ *Ley N°5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, de 8 de noviembre de 1973.*
- ✓ *Ley N°3019, Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de 9 de agosto de 1962.*
- Sustituir las frases “los cuales se leerán de la siguiente manera:” y “el cual se leerá de la siguiente manera:” por las frases *Los textos son los siguientes:” “El texto es el siguiente:”*; fórmula de redacción más apropiada para expresar la reforma de ley.
- Reformular los Transitorios I y II, pues se trata de normas de fondo o sustantivas que no dimensionan una situación en el tiempo.



VII. ASPECTOS DE PROCEDIMIENTO LEGISLATIVO

Si a pesar de las observaciones señaladas tanto de fondo y de eventuales problemas de constitucionalidad y de técnica legislativa, es intención de las diputaciones continuar con la tramitación del presente proyecto de ley, se debe cumplir con los siguientes aspectos procesales.

Votación

El proyecto para su aprobación requiere de una **votación de mayoría absoluta** de los presentes, de conformidad con el artículo 119 de la Constitución Política.

Delegación

La presente iniciativa **es delegable** a una Comisión con Potestad Legislativa Plena.

Consultas

Obligatorias:

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Consejo Nacional de Rectores
- Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Instituto Nacional de Seguros
- Universidades Públicas

Facultativas:

- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Defensoría de los Habitantes
- Dirección General de Migración y Extranjería
- Ministerio de Hacienda
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
- Ministerio de Relaciones Internacionales y Culto
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Universidades Privadas

VIII. FUENTES

Poder Legislativo

Constitución y Leyes:



- **Constitución Política de la República de Costa Rica**, del 19 de noviembre de 1949.
- Ley N°7559 **Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud**, de 9 de noviembre de 1995.
- Ley N°5412 **Ley Orgánica del Ministerio de Salud**, de 8 de noviembre de 1973.
- Ley N°3019 **Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos** de 9 de agosto de 1962.

Expedientes Legislativos:

- N°21312
- N°20145
- N°19701
- N°19499

Consejo Nacional de Rectores

- **Asesoría Legal del Consejo Nacional de Rectores**. Oficio de fecha 10 de enero de 2024, suscrito por la señora Ana Beatriz Arias Moreira Asesora Legal y el señor Gastón Baudrit Ruiz Director.

Instituciones Autónomas

Caja Costarricense de Seguro Social

- **CENDEISSS Unidad Técnica de Listas de Espera** (OFICIO GM-AOP-0177-2023) citado en **Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social**.
- **Dictamen Técnico de la Dra. Pamela Aguilar Calderón** (Oficio GM-3442-2024) citado en **Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social**.
- **Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social**. Oficio N°GA-DJ-03288-2024 de 16 de mayo de 2024, suscrito por Andrey Quesada Azucena, subdirector Jurídico, Dylana Jimenez Méndez, Jefe a.i. Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y Johanna Valerio Arguedas, Abogada.
- **Gerencia Financiera** Criterio técnico remite GF-1012-2024 citado en **Gerencia Administrativa Dirección Jurídica, Caja Costarricense de Seguro Social**.

Instituto Nacional de Seguros

- **Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros**. Oficio N°PE-00576-2024 de 22 de mayo del 2024m suscrito por la señora Gabriela Chacón Fernández, presidente ejecutiva.

Otros grupos de interés



- **Academia Nacional de Médicos (ACANAMED)** Pronunciamiento de 14 de junio de 2024.
- **Sindicato Médico Unión Médica Nacional.** Oficio N°UMN-0130-2024 de 20 de marzo de 2024, suscrito por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente.

Elaborado por: acmc
/*lsch// 20-1-2025
c. arch// 24015 IJU- SIST-SIL

ANEXO. Expedientes Legislativos similares -antecedentes-

Destacamos las siguientes iniciativas:

1. **Expediente N°21312** ADICION DE UN NUEVO INCISO J AL ARTICULO 2 DE LA LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE SALUD, N°5412 DE 8 DE NOVIEMBRE DE 1978 Y SUS REFORMAS, POTESTAD DEL MINISTERIO DE SALUD DE AUTORIZAR LA CONTRATACIÓN TEMPORAL DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS ANTE SITUACIONES DE INOPIA COMPROBADA QUE PONEN EN PELIGRO LA SALUD DE LA POBLACIÓN
Fecha de iniciado: 21 de marzo de 2019
Fecha de publicación: 3 de julio de 2019, La Gaceta N°124 Alcance N°156
Iniciativa: José María Villalta Flórez Estrada⁶⁵

⁶⁵ Departamento de Servicios Técnicos en el AL-DEST- IIN- 014- 2021. Informe Integrado Jurídico-Socioambiental del 23 de abril de 2021, señaló: *“La regla general para los profesionales en salud es la exigencia de la colegiatura obligatoria para el ejercicio de la profesión, pero la propuesta pretende hacer una excepción para permitir temporalmente a profesionales médicos nacionales o extranjeros (un año pudiendo ser prorrogado sin indicar el número de prórrogas) el ejercicio de la profesión sin estar*



Dictamen Unánime Afirmativo por la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos el 05 de marzo de 2023⁶⁶

Ingresó en el orden del día del Plenario con recepción del primer informe de mociones vía artículo 137 el 29 de marzo de 2023⁶⁷.

2. **Expediente N°20145 LEY PARA SALVAGUARDAR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)**

Fecha de iniciado: 27 de octubre de 2016

Fecha de publicación: 29 de noviembre de 2016, La Gaceta N°229 Alcance N°274

Iniciativa: Luis Alberto Vásquez Castro y otros⁶⁸

incorporado a un colegio profesional, siempre y cuando haya una declaratoria por parte del Ministerio de Salud de inopia de personal a nivel nacional y éstos profesionales sean requeridos por instituciones públicas o privadas. //Desde el punto de vista jurídico no existe problema alguno en que se le otorgue esa atribución al Ministerio de Salud, debido a que ha sido por normas de rango legal que se le ha atribuido a los Colegios Profesionales la competencia de autorizar el ejercicio de la profesión mediante la comprobación de idoneidad del profesional (colegiatura obligatoria), por lo que por otra norma de igual rango, disposición legal como es la que se propone, el legislador puede atribuirle al Ministerio de Salud la autorización del ejercicio de esos profesionales sin estar colegiados en los casos de excepción de inopia declarada siempre que ese ejercicio sea en forma temporal, sobre todo porque se exige la previa comprobación de que el médico contratado bajo esta modalidad cumple con la idoneidad profesional requerida para el puesto.”

⁶⁶ “(...) ante la situación del plazo fatal que establece el artículo 80 del Reglamento Legislativo, que no ha permitido concluir con el trabajo de la Comisión, para entregar un producto más terminado, se ha tomado la decisión de avalar el proyecto mediante un DICTAMEN AFIRMATIVO UNÁNIME para continuar con su trámite y a partir de mociones de fondo vía 137 realizar un planteamiento mediante un texto sustitutivo que permita la aprobación de la iniciativa por el Pleno de la Asamblea Legislativa.”

⁶⁷ La Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos en la sesión ordinaria N°39, del martes 21 de marzo de 2023, en la sala de sesiones VII se conocieron veintiún (21) mociones, de las cuales veintiún (21) mociones fueron rechazadas.

⁶⁸ Departamento de Servicios Técnicos en el AL-DEST- IIN-145-2018. Informe Integrado Jurídico-Socioambiental del 16 de abril de 2018, señaló: “Usando la analogía, para realizar un nombramiento por inopia se debe demostrar, a través de concursos, que no existen candidatos(as) interesados o calificados para cubrir el puesto, por lo que se beneficia a una persona del nivel interno o del ámbito externo a la Institución. Ergo, esto es distinto a incorporar -inscribir- profesionales a un Colegio Profesional por inopia. De antemano señalar que la inopia sería incompatible con la inscripción a un gremio fiscalizado por razones de seguridad jurídica, de acto médico y de la misma praxis profesional, por lo que respetuosamente no se recomienda la aprobación del texto de adición de artículo 7 bis a la Ley N°3019. // Inopia significa indigencia, escasez, pobreza o falta de medios. En un concurso, no en una inscripción que obliga la ley, y reside en el levantamiento de requisitos como potestad exclusiva del análisis que haga una institución o un órgano. En términos generales aplica cuando haya existido un concurso para llenar las vacantes o plazas y se haya declarado desierto, por lo que se echa mano de la inopia comprobada. Aun así, ese candidato(a) debe cumplir



En el orden del día de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos el 12 de febrero de 2022

Archivado el 16 de febrero de 2022 por vencimiento de plazo cuatrienal.

3. Expediente N°19701 LEY ORGÁNICA DE LA UNIVERSIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de iniciado: 01 de setiembre de 2015

Fecha de publicación: 16 de octubre de 2015, La Gaceta N°201 Alcance N°81

Iniciativa: Jorge Rodríguez Araya⁶⁹

Dictamen Negativo Unánime el 17 de mayo de 2017 por la Comisión Especial dictaminadora, que tendrá por objetivo investigar, estudiar,

con los requisitos de la categoría de la plaza, y que no existan impedimentos de orden legal que imposibiliten la ocupación del puesto y el desempeño del cargo. // Como lo hemos dicho, este proyecto aplica el término en otra especie distinta. Trata que se dispensen requisitos que el artículo 7 de la ley afectada N°3019 indica. Entonces, aquí la inopia se inclina por dispensar excepcionalmente, en casos muy calificados la inscripción de personas al Colegio de Médicos y Cirujanos. // Recuérdese que la inopia se le concede a personas cuando no se presenten concursantes o que la persona favorecida tenga experiencia comprobada que garantice un buen desempeño en la labor. Ese funcionario podría ocupar el cargo mientras persista la inopia. // La inopia ha dado lugar a situaciones a todas luces inconvenientes ya que hay personas sin alcanzar estabilidad laboral, justificándose que para la plaza respectiva no existe personal calificado en el país, como situación fáctica, como excepción a la regla. // En buena teoría la inopia no genera estabilidad, puesto que depende del ciclo en que se presente ese supuesto vacío, ese resultado infructuoso, y siempre que se compruebe la idoneidad para el ejercicio profesional. Ahora, si el vacío subsiste, la relación se consideraría indefinida, al apropiarse de una relación, un ligamen permanente, que para un Departamento de Recursos Humanos sería de tipo contractual indefinido.”

⁶⁹ Departamento de Servicios Técnicos en el AL-DEST-IJU-266-2016. Informe Jurídico del 16 de agosto de 2016, señaló: “Al respecto, hemos de indicar que el Cendeisss es una dependencia de la CCSS, cuyos orígenes se remontan al año 1972, y que inició con el nombre de Centro de Docencia e Investigación, como una dependencia de la Subgerencia Médica de esa institución. // En el año 1982 la Junta Directiva de la CCSS acuerda que el objetivo del Cendeisss será “Promover, desarrollar, coordinar y asesorar las actividades de formación, capacitación, investigación e información para la educación de los recursos humanos en salud y seguridad social”. // Ese vínculo orgánico del Cendeisss con la Caja queda patente, asimismo, en un informe de la Contraloría General de la República, donde se manifiesta que: “CENDEISSS es la dependencia de la CCSS con la participación más preponderante durante la etapa de formación de los especialistas y le corresponden, entre otras funciones, la elaboración de la propuesta de distribución de las residencias de especialidad, para su aprobación por parte de la Gerencia Médica; la administración institucional de un Fondo de Garantía y Retribución Social (en adelante FGRS) vinculado con el cumplimiento de las obligaciones contractuales antes mencionadas, por medio de registros, controles y el seguimiento de los residentes de especialidad; y la elaboración de estudios de determinación de necesidades de formación de especialistas, que sirvan de insumo para los procesos de toma de decisiones de la Gerencia Médica”.



analizar y dictaminar la legislación adecuada para el fortalecimiento del sector de la economía social solidaria expediente N°19212⁷⁰
Archivado el 12 de junio de 2017, por dictaminado Negativo Unánime conforme con el artículo 81 bis RAL.

4. Expediente N°19499 LEY PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

Fecha de iniciado: 12 de marzo de 2015

Fecha de publicación: 18 de junio de 2015, La Gaceta N°117 Alcance N°44

Iniciativa: Natalia Díaz Quintana⁷¹

En el orden del día de la Comisión Permanente Especial de Juventud el 24 de junio de 2015⁷²

Archivado por vencimiento de plazo cuatrienal desde el 13 de mayo de 2020.

⁷⁰ “Esto significa, a nuestro entender, que el legislador no puede disponer de los bienes, activos ni recursos que le pertenecen a la CCSS, pues ello contraviene el artículo 73 de la Constitución Política, no solo porque el constituyente originario le otorgó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja, sino también porque dispuso que los fondos y las reservas de los seguros sociales no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación. // La Sala Constitucional ha resuelto, de manera reiterada, que “la ley no puede intervenir en materia de gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social”, ya que esa institución cuenta con “autonomía plena”, pues el constituyente la dotó de “máxima autonomía para el desempeño de su importante función”. // Por tal motivo, consideramos que el legislador ordinario no puede disponer de los recursos de la CCSS, sin infringir el artículo 73 citado. // Conclusión final: Luego de analizar las observaciones del Departamento de Servicios Técnicos, las cuales no son subsanables y con fundamento en lo analizado, rendimos DICTAMEN NEGATIVO sobre esta iniciativa, recomendando al Plenario Legislativo su remisión al Archivo.”

⁷¹ “Este proyecto de ley pretende autorizar a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a establecer convenios con universidades cuya carrera de medicina se encuentre acreditada ante el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (Sinaes), para que puedan capacitar y graduar profesionales en las diversas especialidades médicas. Asimismo, establece que los estudiantes de las distintas especialidades médicas, dependerán académicamente de las respectivas universidades en donde se impartan dichas especialidades, y no tendrán relación alguna con la Caja, ni percibirán gratificación económica de la institución.”

⁷² Departamento de Servicios Técnicos en el AL-DEST- IJU -071-2018. Informe Jurídico del 22 de febrero de 2018, señaló: “... la suscripción de convenios entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y aquellas universidades privadas cuya carrera de medicina se encuentre acreditada ante el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (Sinaes), debe darse en condiciones de igualdad respecto de lo pactado con el sistema de estudios de Postgrados de la Universidad de Costa Rica y, en consecuencia, deben establecerse las mismas relaciones, derechos, deberes y prerrogativas con la Caja, que las que tienen las y los estudiantes de la Universidad de Costa Rica, incluyendo el hecho de percibir una gratificación económica de la institución.”



Como se observa, el proyecto de ley pendiente de tramitación es el Expediente N°21312 *“Adición de un nuevo inciso j al artículo 2 de la ley orgánica del Ministerio de Salud, N°5412 de 8 de noviembre de 1978 y sus reformas, potestad del Ministerio de Salud de autorizar la contratación temporal de profesionales especialistas ante situaciones de inopia comprobada que ponen en peligro la salud de la población”*, por lo que se recomienda valorar el texto de esta propuesta con el texto del proyecto de ley en análisis.