Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Proyecto de ley

Reforma al artículo 2 de la Ley N.°7559, de 9 de noviembre de 1995, denominada “Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud”

Anna Katharina Müller Castro
Diputada

Expediente N.°25.896

Octubre, 2026

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Proyecto de ley

Reforma al artículo 2 de la Ley N.°7559, de 9 de noviembre de 1995, denominada “Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud”

Expediente N°25.896

Exposición de motivos

Si bien Costa Rica tuvo un ordenamiento sanitario más proteccionista al establecer desde el año de 1865, los médicos de pueblos y provincias responsables del auxilio de los indigentes, la medicina legal, los pobres, los militares pobres y asuntos propios del fuero de guerra[1], correspondiendo su nombramiento a la municipalidad del cantón respectivo y otorgándosele un salario a cargo del Tesoro Nacional, por la suma de cincuenta pesos.[2]

En 1894, con la Ley de Médicos de Pueblo, se realiza una división del territorio en circuitos médicos para el control de la salud pública, la higiene, la medicina legal y la asistencia de los pobres.

Esa norma es derogada por la Ley de Médicos Oficiales, del 26 de octubre de 1931, la cual hace una división territorial de todo el país, considerando el estado sanitario, la población, las vías de comunicación, la distancia de los centros poblados, entre otras características. Además, aparecen las unidades sanitarias, dependencias del Ministerio de Salud que incursionan en el desarrollo de la medicina preventiva.[3]

Mientras eso ocurría en nuestro país, México enfrentaba una situación un poco disímil, pero que sirve de base para el desarrollo de la salubridad, precisamente en la década de 1920, cuando la población de ese país era prioritariamente campesina con una alta carga de la enfermedad producto de la desnutrición, el alcoholismo, el analfabetismo, la falta de agua potable, los límites financieros, la concentración de médicos titulados en las grandes ciudades, siendo un número muy reducido de esos profesionales los que decidían quedarse en zonas rurales enfrentándose al aislamiento del quehacer científico y cultural.

---

[1] https://www.pgrweb.go.cr/DOCS/NORMAS/1/NOVIGEN/L/1860-1869/1865-1869/1865/96A6/165F88.HTML

[2] https://sinalevi.go.cr/ResultadosNormativa/Informacion?param1=34621&param2=36514&param3=3&param4=156048

[3] https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200007#2a

Esa situación se agrava con la incapacidad de los médicos egresados de la carrera de prestar servicios de salud por la falta de práctica asistencial, debido a ello, los primeros gobiernos posrevolucionarios mexicanos reconocieran la importancia de lograr el contacto de primera mano de las condiciones sanitarias, económicas, sociales y culturales de la población por parte del personal de salubridad, así como se internalizara el compromiso social de su labor, implementando diferentes medidas para ello.

Por ejemplo, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a finales de los años veinte, estableció las “Brigadas de la Juventud”, las cuales eran grupos de estudiantes de Medicina quienes contribuían con la asistencia sanitaria y el control antirrábico en los pueblos cercanos a la ciudad de Morelia y dejan de funcionar al no tener recursos para su financiamiento. Sin embargo, se retoma en la década de 1930, con la idea de que, al final de la formación, los estudiantes realicen un servicio social.

Esa idea no se materializa por la creación de las unidades sanitarias cooperativas del Departamento de Salubridad Pública, responsables además de llevar estadísticas, control de enfermedades, higiene en menores de edad, capacitación, entre otras, sin embargo, enfrentando siempre limitaciones para cumplir.

En 1936, la Universidad Autónoma de México (UNAM), considerando el contexto que se presentaba con respecto a la necesidad de atención de la salud, replica la experiencia de la Universidad Michoacana y envió, por un período de cinco meses, a estudiantes de medicina a brindar servicios de salud a las comunidades rurales, sumándosele a esa idea el Instituto de Estudios Sociales, Políticos y Económicos del Partido Nacional Revolucionario, quien propuso que, al momento de obtener el grado académico de médico, la persona debía ejercer la profesión en un lugar designado por las autoridades.

Bajo ese contexto, se formalizó un convenio entre la UNAM, la Universidad Michoacana y el Departamento de Salubridad Pública instaurando dentro del Programa Social Nacional, en 1936, el servicio social como lo entendemos hoy, asumiendo esa última instancia la distribución y la supervisión de los egresados que lo realizarían logrando extender la atención médica a lugares donde hasta hacía poco no existía.

En 1948, siguiendo las ideas sociales, considerando el reconocimiento del derecho a la vida a nivel constitucional y la experiencia mexicana, nuestro país dicta la Ley N.° 199, del 5 de octubre, la cual obligaba a los médicos generales formados en el extranjero a devolverle al Estado costarricense la oportunidad de estudiar fuera de sus fronteras.

A ello se sumó, en la década de 1960, la remisión de los pocos médicos que estudiaban al finalizar su formación a zonas de difícil ingreso o permanencia por no

resultarles de su interés[4], estableciéndose como un requisito previo e indispensable a la incorporación de los médicos generales graduados, por parte de la Junta General[5] del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, el realizar una práctica obligatoria remunerada por 2 años, en hospitales y zonas rurales, el cual se disminuyó a un año con la emisión de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica[6], en 1962, reiterándose en la Ley General de Salud, N.º 5395, de octubre de 1973.

Un aspecto medular e histórico se dio con la inclusión de los profesionales de Medicina, Odontología, Microbiología, Farmacia, Enfermería, Nutrición y Psicología Clínica, de esa práctica, fundamentada en los principios de solidaridad, justicia social e igualdad, cuyo fin fue procurar una cobertura total del sistema de salud costarricense y estableciéndose como mecanismo para la distribución de los espacios laborales o plazas, una rifa a cargo de la Comisión de Servicio Social Obligatorio.[7]

La Reforma a la Ley de Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud, N.° 9272, promulgada el 7 de octubre del 2014 y publicada el 26 de noviembre de ese mismo año, justificada en el cambio del Sistema Nacional de Salud, incluyó a cumplir con ese requisito a quienes cursaron una especialidad o subespecialidad en Medicina.

Los antecedentes expuestos hasta este momento nos llevan a considerar la definición del Servicio Social, la cual para las autoras Silvia Mata Roldán e Hilda Sancho Ugalde, en el artículo “Perspectivas del servicio médico social en Costa Rica”, consiste en:

> “(…) un trabajo obligatorio en beneficio de la sociedad, que contribuye al logro del bien común y a la formación del profesional en el campo de la atención primaria de la salud dentro de la realidad sanitaria del país, en lo moral es la retribución del profesional a la sociedad que contribuyó a su formación, devolviéndole parte de la inversión realizada, en lo administrativo y social es una fuente, complementaria, para cubrir necesidades de recursos humanos que no se pueden cubrir por las vías institucionales regulares. (…)[8]

De lo transcrito se desprende que el servicio social se direcciona a la atención primaria en salud, por responder a actividades de su promoción, de prevención de la enfermedad, de curación y de rehabilitación de las personas, siendo esa, en nuestro sistema sanitario, la puerta de entrada a la Red de Servicios de Salud brindada por la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, según su organización, está bajo la responsabilidad de:

---

[4] Jaramillo Antillón, Juan, Historia y evolución del seguro social de Costa Rica: su primer hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), 2004.
[5] Actualmente Junta de Gobierno.
[6] Ley N.°3019, Ley Orgánica del Colegio de Médico y Cirujanos
[7] Ver artículos 11 y 12, inciso b, de la Ley de Servicio Social Obligatorio, N.°7559 y su reglamento.
[8] https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200007

1) Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), instancias de menor complejidad integradas como mínimo de 3 personas, a saber: un profesional en Medicina, un Auxiliar de Enfermería y un Técnico de Atención Primaria[9], pudiendo incluir, además, un Auxiliar de Registros Médicos y un Técnico en Farmacia y
2) Los Puestos de Visitas Periódicas, los cuales son espacios físicos atendidos por el personal de los EBAIS, ubicados en localidades alejadas con problema de acceso geográfico o funcional, como ocurre con algunas zonas indígenas o montañosas del país.[10]

En algunos casos, se acompañan de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, según las necesidades del lugar en donde se encuentran situados.

Es importante comprender para estos efectos que la oferta de servicios de salud de la Caja responde al perfil epidemiológico, así como al estudio de condiciones y necesidades del país, lo cual impacta en la distribución de competencias por niveles de complejidad, dotando de recursos más específicos a los niveles superiores (tercer nivel y centros especializados), en razón de los servicios de apoyo, diagnósticos y terapéuticos que requieren de alta tecnología dada la complejidad de las patologías bajo su atención.

Como se observa, la distribución para la atención de la salud de la población por niveles, no es caprichosa, responde a un modelo organizacional construido bajo las nociones de cobertura universal, atención integral y continua, accesibilidad, oportunidad, calidad, eficiencia y participación social, con resultados favorables y demostrables, razón por la cual, puede convertirse en desproporcional remitir a una persona subespecialista a un servicio de salud de un nivel menor, dado que, la gran mayoría de patologías presentes en esos espacios pueden ser resueltas sin su intervención y no se cuenta con los recursos aptos para su ejercicio profesional, resultando en la ineficiente respuesta a la necesidad del momento, y el desaprovechamiento del talento humano al enfocarse en cumplir con actividades propias de perfiles de médicos generales o especialistas, perdiendo incluso la práctica de sus nuevas habilidades, siendo contraproducente para el mantenimiento de destrezas producto de una inversión realizada por la Seguridad Social.

Con esta metodología de organización, el paciente sube de nivel de complejidad por referencia del médico del centro asistencial de referencia, una vez agotadas las opciones de tratamiento o procedimiento ofrecido para el caso en particular, no resultando viable continuar la prestación en ese espacio.

---

[9] https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf

[10] https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/AD-AOPER-0076-2024.pdf

Con el paso del tiempo resultó evidente que, la implementación de la Ley N.° 9272 frente no corresponde a realidad del país ya que se volvió contraproducente para los centros de atención y las subespecialidades, con la consecuente ausencia de plazas de esa categoría en las rifas propias del Servicio Social Obligatorio, dados los motivos antes expuestos.

Aunado a ello, la situación se agravó por el déficit de esos profesionales dentro de la prestación pública a la salud producto de la falta de interés en continuar estudiando, la limitación para acceder a la formación por el proceso de admisión al cual se deben someter las personas interesadas, la fuga hacia el sector privado, motivos personales, el someterse a un nuevo proceso de servicio social obligatorio, entre otros.

Asimismo, al ser un requisito de incorporación o autorización al Colegio Profesional, el o la médico subespecialista al haber cursado varios programas formativos, ya se sometió a por lo menos 2 rifas previas de servicio social obligatorio, a saber: médico general y especialista.

Todo lo anterior, motiva a la siguiente propuesta de reforma al artículo 2, de la Ley de Servicio Social Obligatorio, N.°7559, para eliminar dicho requisito para las Subespecialidades Médicas, por lo cual se somete a conocimiento y aprobación de los señores diputados de la Asamblea Legislativa el presente proyecto de ley “Reforma al artículo 2 de la Ley N.° 7559, Servicio Social Obligatorio para profesionales en Ciencias de la Salud, del 9 de noviembre de 1995”.

La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Decreta:

Reforma al artículo 2 de la Ley N° 7559, de 9 de noviembre de 1995, denominada “Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud”

Artículo 1.- Refórmese el artículo 2 de la Ley N.º 7559, de 9 de noviembre de 1995, denominada “Ley del Servicio Social Obligatorio para Profesionales en Ciencias de la Salud”, para que en lo sucesivo se lea de la siguiente manera:

“**Artículo 2.- Creación del servicio social obligatorio**

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

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

Asimismo, se establece que el servicio social obligatorio también deberá ser cumplido por los profesionales en medicina que ejercerán una especialidad médica.

No realizarán el Servicio Social Obligatorio las personas profesionales que concluyan estudios de subespecialidad en medicina.

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

El profesional en medicina que haya concluido una especialidad médica deberá realizar el servicio social obligatorio correspondiente como requisito previo para el reconocimiento y ejercicio de dicha especialidad por parte de su colegio profesional. Para tal efecto, deberá participar en el sorteo de servicio social obligatorio de la especialidad médica correspondiente.”

Transitorio I. A partir de la publicación de esta reforma, el Poder Ejecutivo contará con seis meses para eliminar de las normas reglamentarias u otras disposiciones relacionadas, lo correspondiente al requisito del servicio social obligatorio para los profesionales graduados en subespecialidades médicas.

Rige a partir de su publicación.

Anna Katharina Müller Castro
Diputada