

San José 8 de agosto de 2018

Dr. Román Macaya Hayes

Presidente Ejecutivo

Caja Costarricense de Seguro Social

Estimado señor:

Me es grato saludarlo y desearle muchos éxitos en tan importante tarea que tendrá como Presidente Ejecutivo de la institución pública más importante de Costa Rica, nuestra querida Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Hay temas medulares para la CCSS y las generaciones futuras que deseo compartirle, teniendo seguridad de que no son desconocidos por usted. Estos se refieren al uso de los fondos y reservas de los seguros sociales para otros fines y a las obligaciones del Estado como tal (el Estado en lo sucesivo) con el Seguro de Salud (SEM) según la normativa vigente.

Primero. Conforme al artículo 73 de la Constitución Política y acuerdo de la Junta Directiva de la CCSS de hace más de 30 años, el Estado tiene a cargo un 0,25% sobre los salarios o ingresos facturados. Dicho artículo también prohíbe que los fondos y las reservas (del seguro social de los trabajadores manuales e intelectuales) sean utilizados para otros fines distintos a los ahí indicados. (Oficio D.J. 3519-08 del 7/5/2008 y el informe de Auditoría ASF-112-2017 del 06-10-2017). No obstante, la CCSS incumple este mandato constitucional como lo puede verificar internamente y se lo muestro aquí.

Segundo. En el artículo 2 de la Ley 5349 se ordenó lo siguiente:

*“Artículo 2º.- ... En esos casos la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos **y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias. Conforme a las disposiciones del párrafo tercero del artículo 73 de la Constitución Política, la Caja no podrá en ejecución de esta ley, contraer obligaciones que impliquen transferencias o empleo de los fondos y reservas de los seguros sociales en finalidades distintas a las propias de su creación.**”*

Suplo lo destacado para enfatizar que la CCSS y el Estado incumplen ese ordenamiento. En primer lugar, la CCSS utiliza fondos y reservas de los seguros sociales obligatorios (Art. 73 de la Constitución) para financiar parte de esos costos. En segundo lugar, porque hasta hace poco la CCSS se negaba a realizar estudios actuariales para determinar los gastos de “*la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos*” y por lo tanto no verificaba si lo que le cobra al Estado es suficiente para cubrir esos gastos. Todo a pesar de lo ordenado en el artículo 7 de la misma ley, que dice lo siguiente:

“En caso de que esas rentas fueren insuficientes, el Estado deberá crear previamente a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, rentas específicas para completar el pago de la atención de los no asegurados incapaces de sufragar los gastos de su atención médica, de acuerdo a estudios que realicen conjuntamente la Caja y el Ministerio de Salubridad Pública.”

La misma Ley 5349 indica en el artículo 1 que “La Caja Costarricense de Seguro Social no podrá aceptar ningún traspaso **mientras no se le fijen las rentas suficientes para atender el servicio médico a los no asegurados.**” Sin embargo, la CCSS no cobra al Estado el gasto en que incurre

atendiendo a las personas no aseguradas, como veremos más adelante. Solamente factura a partir del año 2012, una parte de los gastos en que incurre por la atención de niños, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores, cubiertos por leyes especiales (Código de la Niñez, Ley General de Protección a la Madre Adolescente y Ley de Protección al Adulto Mayor).

Para conocer el monto del déficit no cobrado al Estado por esos gastos incurridos -solo de 2014 a 2018, pues antes la CCSS no lo determinaba- véase el Cuadro N° 2 página 15 del documento “ANÁLISIS DEL INGRESO DE REFERENCIA: Asegurados por el Estado” que transcribo a continuación. Dicho documento fue elaborado en diciembre de 2014 por recomendación de la Auditoría Interna en el Informe ASF-084-2014 (Ver también el Cuadro N° 8 página 30 de la “Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2013”).

Cuadro N° 1

Modalidad de Asegurados por el Estado
Masa cotizante, ingresos, gastos y prima, por año

Año	Masa Cotizante Efectiva	Ingreso total (I)	Gasto (G)	I-G	Prima
2014	599.929	96.758	362.965	-266.206	60,5%
2015	759.953	122.014	391.785	-269.771	51,6%
2016	953.851	152.617	423.576	-270.959	44,4%
2017	1.188.687	189.685	458.693	-269.008	38,6%
2018	1.473.006	234.572	497.538	-262.966	33,8%

Fuente: ANÁLISIS DEL INGRESO DE REFERENCIA: Asegurados por el Estado.

En realidad, en esta modalidad de aseguramiento no existe “masa cotizante”. Lo que ha sucedido es que en la CCSS han usado un artificio para evadir lo ordenado por la Ley 5349, junto con la aplicación del artículo 7 de la Ley 7374, pues a pesar de que esas personas no poseen ingresos o son reducidos, la CCSS, sin fundamento legal, ha usado la base mínima contributiva para facturar al Estado en estos casos, en lugar de cobrar el costo o Gasto (G) real en que incurre como lo ordenan los artículos 1 y 2 de la Ley 5349. Como puede ver en el cuadro anterior, los Ingresos (I) representan menos de un tercio de los gastos (G) incurridos. El faltante es cubierto con los aportes del 15% sobre los salarios del seguro de los trabajadores asalariados, en violación del artículo 73 de la Constitución Política.

Tercero. La Ley 5905 del 04 de mayo de 1976 obligó a la CCSS a brindar los servicios de salud a los pensionados y sus familiares, estableciendo el mismo nivel de las cuotas de los demás asegurados (los asalariados en el año de aprobación) y, para no violentar lo ordenado en el artículo 73 de la Constitución, ordenó que cualquier faltante de recursos para atender esa nueva obligación debía ser cubierta por el Estado. Sin embargo, estos dos asuntos son incumplidos por la CCSS.

“Artículo 1.-Toda persona amparada por regímenes nacionales de pensiones, sean estas ordinarias o extraordinarias, queda protegida por los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 2.-Las cuotas y beneficios relativos a las personas tuteladas en esta ley, **serán las mismas que rijan para los demás asegurados de la Caja**, en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, excepto que las cuotas de los pensionados se cobrarán sobre la cuantía de las pensiones y sus revalorizaciones y que no habrá pago de subsidio en dinero por tratarse de pensionados que no pierden su ingreso con motivo de la enfermedad. La cuota patronal será cubierta por el Fondo Nacional de Pensiones quien haciendo las veces de patronos, enterará a la Caja las cuotas correspondientes. **Si hubiere algún déficit, este será cubierto por el Estado, el cual tomará los recursos de las rentas creadas por leyes anteriores para cubrir la cuota estatal y la cuota del Estado como patrono a la Caja Costarricense de Seguro Social.**”

En efecto, la cuota que rige para los trabajadores asalariados es de un 15%; sin embargo, la que la CCSS utiliza para esta modalidad de aseguramiento es de un 14%, sin que exista un estudio actuarial para justificarlo. En todo caso, la Ley dice que debe ser la misma tasa, si se cree que debe ser inferior o mayor lo que procede según el artículo 11 de la Constitución Política, es solicitar una reforma a la Ley.

Cabe aclarar que la CCSS no cobra al Estado ningún faltante, como lo ordena esa Ley y el artículo 177 de la Constitución Política que dice lo siguiente, con destacados suplidos:

“Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del **Estado como tal** y como patrono, se **crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social** rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. **Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá**, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.”

Lo anterior, porque la CCSS no realiza ningún balance de ingresos menos gastos, sino que desde hace muchos años ha venido inflando (duplicando) las cuotas del seguro social de los trabajadores asalariados para financiar esos otros costos, violentando los artículos 11, 73 y 177 de la Constitución. Cabe aclarar que en el año 2013 la Dirección Actuarial, a solicitud de la Auditoría interna según el informe ASF-019-2012 del 6-2-2012 realizó la cuantificación de los faltantes o sobrantes de recursos según modalidad de aseguramiento. Muestro a continuación el Cuadro N° 13 de la “Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2013”, página 33:

Cuadro N° 2
Balance y primas, según modalidad de aseguramiento
2014

Sector	Ingresos efectivos	Gasto	Superávit/déficit	Prima efectiva
Asalariados	1.278.724	925.130	353.595	11,7%
Independientes y Convenios	84.138	110.832	-26.695	16,4%
Voluntarios	40.978	141.782	-100.804	44,2%
Pensionados	294.743	338.183	-43.441	16,4%
Asegurados por el Estado	101.195	362.965	-261.770	54,6%
Todos	1.799.777	1.878.892	-79.115	16,4%

Fuente: Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2013.

Como puede verse en el cuadro anterior, en el año 2014 el régimen o modalidad de seguro de salud de los pensionados tuvo un déficit de 43.441 millones de colones, monto que no fue cobrado al Estado como lo ordena la Ley 5905 y la Constitución, sino que fue cubierto con fondos y reservas de los trabajadores asalariados, en el cual se cobró una prima de un 15%, a pesar de que la requerida era de un 11,7%, conforme a derecho y técnica actuarial corresponde, según el mismo cuadro. En dicho cuadro el suscrito ignora en donde se incluyeron los gastos en que la CCSS incurre por atención de la salud de las personas no aseguradas. Eso lo veremos más adelante. En ese mismo cuadro se observa que la prima de 14% usada en el caso de los pensionados (que por ley 5905 debería ser del 15%) es insuficiente para cubrir los gastos, ya que lo que arrojó el cálculo fue una tarifa de 16,4%.

Para el año 2015 la Dirección Actuarial se negó a realizar dichos cálculos según modalidad de aseguramiento, conforme puede corroborarlo en la “VALUACIÓN ACTUARIAL Seguro de Salud, 2015”. La negativa se debió a la interpretación errónea y contraria a derecho que la Dirección Actuarial y la Gerencia Financiera dieron a oficios de la Dirección Jurídica, conforme puede verse en el informe ASF-084-2014, en el cual se lee como el autor de uno de los oficios de la Dirección Jurídica aceptó su error de interpretación de la normativa. En efecto, en la página 41 y siguientes del ASF-084-2014 dice lo siguiente:

“Al ser las 2:00 p.m. del 10 de agosto 2017, en las Oficinas de la Auditoría Interna, se procede a analizar los criterios DJ-1820-2015 y DJ-431-2017 emitidos por la Dirección Jurídica institucional relacionados con el monitoreo por modalidad de aseguramiento, de la suficiencia de la contribución en relación con los costos y lo que debe entenderse cuando se hace referencia al rompimiento del principio de solidaridad.

9) El Lic. Guillermo Mata, señala que entiende ahora lo que le preocupa a la Auditoría y explica: El Seguro por Cuenta del Estado, se maneja institucionalmente como una modalidad de aseguramiento del Seguro de Salud, porque brindamos una protección a la población indigente, no una venta de servicios médicos. Pero el hecho de que sea una protección no implica que no deba cobrarse de acuerdo con los costos que determinen estudios actuariales. La Solidaridad no se puede ver separada del principio de Sostenibilidad Financiera.

Si bien es cierto, una vez que los recursos ingresan a la CAJA, no puede hacerse diferencia en los beneficios que se otorgan a ninguno de los asegurados, la contribución de cada modalidad de aseguramiento debe establecerse con base en los costos de cada modalidad. De esta forma se aplican ambos principios; el de Solidaridad y el principio de Sostenibilidad Financiera.

10) El Lic. Guillermo Mata, solicita a los presentes que se le brinde unos minutos para ir a su oficina y traer un oficio mediante el cual recientemente esa Dirección Jurídica, a solicitud de la Gerencia Financiera, emitió una ampliación del criterio externado en el oficio DJ-693-2013, el cual considera que puede aportar para aclarar más la postura de esa Dirección Jurídica en los criterios que se están analizando y que en apariencia la administración estaría dando una interpretación distinta.

11) El Lic. Guillermo Mata, regresa a la reunión 15 minutos después y aporta el oficio DJ-03836-2017 del 30 de junio 2017, el cual corresponde efectivamente a una ampliación de criterio solicitada por la Gerencia Financiera en oficio GF-1460-2017 del 5 de mayo 2017. Del oficio DJ-03836-2017, se hace lectura de la conclusión, la cual se transcribe:

”

Cuarto. Como puede verse en el Cuadro N° 2 anterior, la modalidad de aseguramiento de Trabajadores independientes y voluntarios tuvieron solo en 2014 un déficit estimado superior a los 127.000 millones de colones. Esta deficiencia nace principalmente por las siguientes razones:

- a) Se trata de sectores laborales difíciles de asegurar mediante la modalidad contributiva basada en los ingresos, porque administrativamente no es sencillo para la CCSS demostrar los “ingresos reales” que tienen estos sectores; muchos de estos trabajadores sub declaran los ingresos ante Tributación Directa y/o ante la CCSS, además de que los niveles de morosidad son muy altos, principalmente debido a que muchos se aseguran para recibir el beneficio dado que “están enfermos” (principalmente asegurados voluntarios) o requieren de algún tratamiento o examen y una vez que lo reciben dejan de pagar las cuotas.
- b) La Ley de Protección al Trabajador del año 2000 obligó a la CCSS a asegurar al sector de trabajadores independientes en un plazo de 5 años (Transitorio XII), sin definir los recursos adicionales señalados en el artículo 1 de la Ley 5349 y el artículo 177 de la Constitución Política. Esto es particularmente importante tomando en cuenta que el artículo 3 de la Ley Constitutiva de la CCSS establece que estos trabajadores no pagan la cuota patronal.
- c) Cerca del 95% de esta población se asegura con un ingreso denominado “Base mínima contributiva” cuyo nivel debió llegar al 100% del salario mínimo en el año 2015 según acuerdo tomado por la Junta Directiva de la CCSS en el año 2000, sin embargo, ella misma lo derogó en el año 2005 y fue hasta el año 2013 que volvió a tomar una decisión de aumentarlo hasta el salario mínimo, lo cual se logrará hasta en el año 2019.
- d) En el año 2007 la CCSS modificó las escalas contributivas de estos trabajadores, vinculándolos al salario mínimo, lo cual implicó que se aumentaran los niveles de las tarifas de aquellos con mayores ingresos, lo cual más bien aumentó el déficit pues entre mayor es la tarifa mayor es la subdeclaración de ingresos.

Dicho déficit de aportes es cubierto con fondos y reservas del seguro social de los trabajadores asalariados, violentando el artículo 73 de la Constitución Política.

Quinto. En el Cuadro N° 2 anterior no se menciona dónde están incluidos los gastos de los “no asegurados”. En el “ANÁLISIS DEL INGRESO DE REFERENCIA: Asegurados por el Estado” de donde se extrajo el Cuadro N° 1 anterior tampoco se menciona si los gastos que deberían facturarse al Estado -pero que no los facturan- incluyen aquellos de atención médica a los “no asegurados”. De conformidad con el artículo 1 de la Ley 5349 y el artículo 177 de la Constitución Política dichos gastos deben cargarse al Estado, quien en última instancia es el responsable, sin que sea legalmente válido tomar dineros de los fondos y reservas del seguro social tripartito para financiar esos gastos (prohibición del Artículo 73 de la Constitución).

En la página 3 de la Valuación Actuarial 2013 se lee “*el restante 5,6% son no asegurados, quienes a pesar de dicha condición deben ser atendidos, particularmente en casos de emergencia*”. Por otro lado, en la página 99 de la “VALUACIÓN ACTUARIAL Seguro de Salud, 2015” aparece el Cuadro N° 39 que se incluye a continuación:

Cuadro N° 3

Distribución del gasto en la atención a la Salud Por modalidad de aseguramiento

Modalidad	% del gasto en Salud
Asalariados	20,46%
Beneficiario asalariado	25,87%
Independientes	2,56%
Beneficiario independiente	3,54%
Pensionados	14,68%
Beneficiario pensionado	4,58%
Voluntarios	4,47%
Beneficiario voluntario	3,14%
Estado	4,32%
Beneficiario estado	3,31%
Leyes especiales	3,13%
No asegurados	9,90%
Extranjeros o Desconocidos	0,13%
Total	100,00%

Fuente: VALUACIÓN ACTUARIAL Seguro de Salud, 2015

Agrupando las líneas del Cuadro N° 3 y usando el Estado Financiero del año 2016 del Seguro de Salud, el suscrito realizó un “balance” preliminar en cada modalidad de aseguramiento, considerando solo los aportes del año (Cuadro N° 4) y agregando los ingresos adicionales (Cuadro N° 5). Sin duda que internamente la CCSS podrá realizar los cálculos con una mejor precisión, dado que cuenta con información de primera mano. Sin embargo, como ya lo mencioné, en el año 2015 la Dirección Actuarial de la CCSS se negó a realizar tal estimación.

Si sumamos el “Excedente” o déficit se obtienen cifras que se parecen a aquellas de los Cuadros N° 1 y N° 2, con lo cual pareciera que los gastos de los Cuadros N° 1 y N° 2 incluyen en “Asegurados por el Estado” los costos de los “No asegurados”; pero no son cobrados al Estado en su totalidad.

Vemos en los Cuadros N° 4 y 5 que los “no asegurados” tuvieron un déficit superior a los 180.000 millones de colones solo en el año 2016, faltante que fue cubierto en parte con recursos de los asalariados, violentando el artículo 73 de la Constitución Política, siendo que dicho faltante de recursos debió ser cobrado al Estado como se indicó anteriormente. Digo en parte porque habría que analizar “la morosidad” para conocer el excedente total que realmente se tuvo en el año 2016.

En el Cuadro N° 4 se observa que la cuota sobre el salario requerida en la modalidad de seguro de los asalariados, es 9,2%, la cual se reduciría a un 7,2% si se utilizan los otros ingresos (intereses, multas, comisiones, alquileres, etc.); sin embargo, la prima que cobra la CCSS a los patronos, trabajadores y Estado es de 15% sobre el salario (9.25%+5,5%+0,25%), es decir, más del doble, violentando los artículos 23, 32 y 33 de su Ley Constitutiva y los artículos 11, 73 y 177 de la Constitución Política, así como las leyes 5349, 7374 y 5905 en los artículos ya mencionados.

Cuadro N° 4: Balance usando el Estado Financiero de 2016 pero solo los aportes o cuotas del año (millones de colones)								
Modalidad de aseguramiento	Gasto		Ingreso de aportes		Excedente		Prima de reparto	Masa
	Relativo*	Millones	Relativo	Millones	Relativo	Millones	Sin otros ingresos	Cotizada
Asalariados y sus dependientes	46,33%	876.681	72,11%	1.431.082	600,90%	554.401	9,2%	9.540.546
Independientes, voluntarios y sus dependientes	13,71%	259.428	9,18%	182.204	-83,70%	- 77.224	16,5%	1.567.541
Pensionados y beneficiarios	19,26%	364.448	11,47%	227.690	-148,23%	- 136.758	22,4%	1.626.356
Estado, beneficiarios y leyes especiales	10,76%	203.606	6,85%	136.032	-73,24%	- 67.574	21,8%	932.367
No asegurados	9,94%	188.090	0,38%	7.505,64	-195,73%	- 180.584	14,0%	1.342.577
Total	100,00%	1.892.252	100,00%	1.984.514	100,00%	92.262	12,6%	15.009.388

*: Distribución del Cuadro N° 39 del último estudio actuarial. La masa de no asegurados se estima similar a la de Independientes.

Cuadro N° 5: Balance usando Estado Financiero de 2016 completo (millones de colones)								
Modalidad de aseguramiento	Gasto		Ingresos totales		Excedente		Prima requerida	Masa
	Relativo*	Millones	Relativo	Millones	Relativo	Millones	Con otros ingresos	Cotizada
Asalariados y sus dependientes	46,33%	876.681	72,11%	1.641.090	828,52%	764.409	7,2%	9.540.546
Independientes, voluntarios y sus dependientes	13,71%	259.428	9,18%	208.942	-54,72%	- 50.486	15,0%	1.567.541
Pensionados y beneficiarios	19,26%	364.448	11,47%	261.103	-112,01%	- 103.345	20,6%	1.626.356
Estado, beneficiarios y leyes especiales	10,76%	203.606	6,85%	155.995	-51,61%	- 47.612	16,7%	932.367
No asegurados	9,94%	188.090	0,38%	8.607	-194,54%	- 179.483	13,9%	1.342.577
Total	100,00%	1.892.252	100,00%	2.275.737	415,65%	383.484	10,9%	15.009.388

*: Distribución del Cuadro N° 39 del último estudio actuarial. La masa de no asegurados se estima similar a la de Independientes.

Sexto. La Ley 5349 no traspasó a la CCSS todos los programas de salud que tenía a cargo el Ministerio de Salud, sino que fue hasta el año 1993 que por medio de la Ley 7374 se trasladaron del Ministerio de Salud a la CCSS alrededor de 10 programas (artículo 7), ello obligaba a trasladar al personal lo cual autorizó el artículo 8 de esa ley, trasladándose así en el período 1995-2000 unos 1515 trabajadores; además se anuló el artículo 6 de la Ley 5349. Con el fin de no violentar el artículo 73 de la Constitución Política y ser coherente con el artículo 177 de la Constitución, el artículo 9 de la Ley 7374 ordenó lo siguiente:

*“ARTICULO 9.- El Ministerio de Hacienda, a efecto de cumplir con lo establecido en los artículos 7 y 8 de la presente Ley, tomará las previsiones presupuestarias, **para trasladar mensualmente a la Caja Costarricense de Seguro Social los recursos financieros necesarios, a fin de cubrir las nuevas obligaciones asumidas por el traspaso del programa de atención a las personas.**”* Suplo destacados.

Lo increíble es que la CCSS solo cobró al Estado el 80% del costo de la planilla de los 1515 trabajadores trasladados; incluso en 2008 dejó de facturar a 300 de ellos porque “ya no estaban en los puestos” (Ver informes de Auditoría ASF-321-2012 del 15-11-2012 y SASF-12-321-03-2017 del 21-3-2017). Nadie en la CCSS ha contestado por qué no cobran el restante 20%. Además, como por arte de magia los funcionarios de la CCSS “olvidaron” cobrar al Estado los otros costos asociados a los programas trasladados, como los costos de construcción de los Ebais, servicios no personales, mantenimiento, medicamentos y otros insumos, costo de contratación de nuevos trabajadores, etc.

Sobre este aspecto, el 24 de mayo de 2018 solicité a la Presidencia Ejecutivo lo siguiente, sin atención a la fecha:

- a) Proceder a actualizar la tabla 4 anterior a la fecha actual.
- b) Agregar a dicha tabla los costos de la construcción de ebais.
- c) Agregar a dicha tabla el 20% faltante de la planilla de salarios.
- d) Actualizar el rubro de cargas sociales a la base 100% en lugar del 80%.
- e) Separar el rubro de cargas sociales del rubro de "Total Rec. Humano".
- f) Agregar a dicha tabla la cantidad de plazas.
- g) Adicionar a dicha tabla las plazas ADICIONALES que la CCSS ha tenido que crear para atender para hacer frente a dichos programas, en forma separada a las 1515 plazas trasladadas, para transparencia ante los ciudadanos y visualizar el cumplimiento de la Ley 7374.
- h) Agregar a dicha tabla los intereses legales a los rubros que no son salarios.
- i) Desglosar en dicho cuadro lo que corresponde a cargas sociales.
- j) Proceder a enviar al Ministerio de Hacienda el cobro del resultado que obtengan de a) a i) anteriores, de conformidad con el artículo 9 de la Ley 7374 y suministrarme una copia.
- k) El suministro de una copia del criterio de la Dirección Jurídica con relación a la recomendación 3.

Por su parte, el Ministerio de Hacienda se niega a pagar la fracción de los costos que la CCSS le cobra y solicitó el envío conjunto a la Asamblea Legislativa de una interpretación del artículo 9 de la Ley 7374, para que los diputados digan que esa obligación estatal finalizó desde el año 1998.

Petitoria: Dado que tales actuaciones de la CCSS resultan a todas luces inconstitucionales, conforme a los artículos 27 y 30 de la Constitución Política, solicito a ese Despacho lo siguiente:

- 1) Dar respuesta a mi solicitud de fecha 24 de mayo de 2018, puntos de a) a k) antes transcritos.
- 2) Ordenar a la administración activa de la CCSS proceder a cuantificar y a cobrar al Estado el 100% de los aportes y costos que le corresponden por diversas leyes en cada modalidad de aseguramiento del seguro de salud, incluyendo los gastos de la atención médica a no asegurados y los incurridos por la aplicación de los artículos 7 y 8 de la Ley 7374.
- 3) Reducir gradualmente la cuota del 15% sobre los salarios del seguro de salud de los trabajadores asalariados al nivel técnico y legal que corresponde y trasladar dicha reducción al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

En el caso de que ese Despacho considere que no tiene competencia para resolver alguno o varios de los puntos anteriores, solicito que sean tramitados ante la Junta Directiva de la CCSS para su atención.

Favor enviar respuestas y/o documentos al correo: rariaslopez@gmail.com

Cordialmente,

CC. Miembros de la Junta Directiva de la CCSS