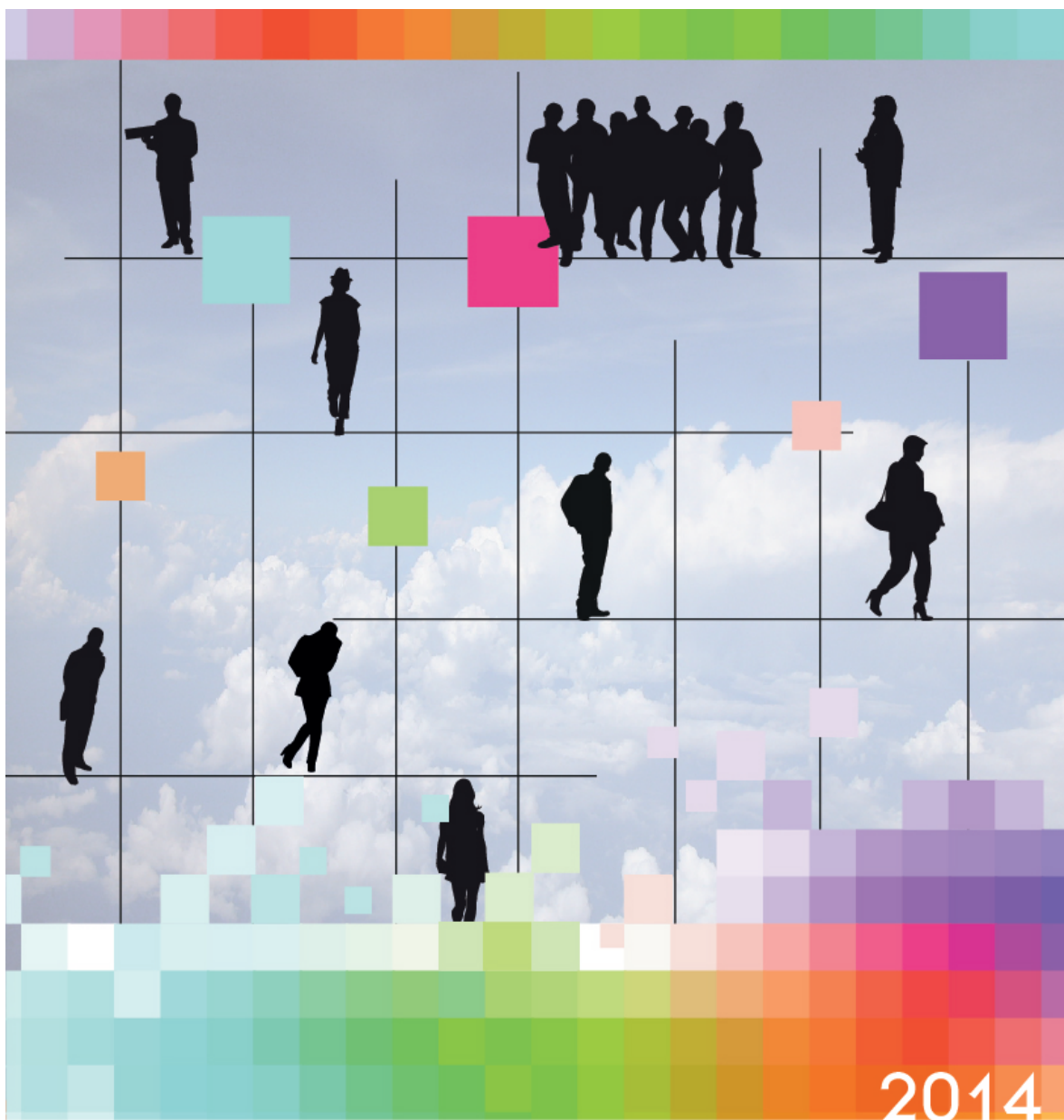


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA



Reglamento para el
Otorgamiento de Licencias e
Incapacidades a los
Beneficiarios del Seguro de Salud



TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I	6
Generalidades	6
Artículo 1°. —Del objeto	6
Artículo 2°. —Definiciones	6
Artículo 3°. —Principios.	11
Artículo 4°. —Del campo de aplicación	12
Artículo 5°. —Del objetivo del otorgamiento de una incapacidad.	12
Artículo 6°. —De la formalidad del otorgamiento y trámite de una licencia o incapacidad.	13
Artículo 7°. —De los derechos al subsidio	13
Artículo 8°. —De los asegurados voluntarios.	14
Artículo 9°. —De los trabajadores independientes.	14
Artículo 10°. — Del cargo por pago de subsidios por incapacidades y licencias	14
Artículo 11°. —Del lugar de otorgamiento de licencias e incapacidades.....	14
Artículo 12°. —De la vigencia de las incapacidades	14
Artículo 13°. —De las jornadas laborales y el otorgamiento de incapacidades.	14
CAPITULO II.....	15
De la responsabilidad administrativa, civil y penal.....	15
del otorgamiento de incapacidades y licencias.....	15
Artículo 17°. —De la anulación de las incapacidades y licencias	16
Artículo 18°. —De la recuperación de montos pagados de más por otorgamiento de incapacidades.	17
Artículo 19°. —De las limitaciones en el otorgamiento de boletas o recomendaciones de licencias o incapacidades.	18
CAPÍTULO III	18
De la custodia y entrega de talonarios, otorgamiento y trámite de incapacidades	18
Artículo 20°. —De la custodia y control de los talonarios de incapacidad.....	18
Artículo 21°. —De la entrega de talonarios de incapacidad.	18
Artículo 22°. —Del extravío de los talonarios de incapacidad.....	18
Artículo 23°. —Del extravío de las boletas blancas “Aviso al Patrono”	19
Artículo 24°. —Del llenado de la boleta de otorgamiento de incapacidades y licencias.	19
Artículo 25°. —De las boletas anuladas.	20
Artículo 26°. —De la anotación de las incapacidades y licencias en el expediente clínico del paciente y hoja de atención de urgencias.	20
Artículo 27°. —De las autorizaciones de licencias e incapacidades.	20
Artículo 28°. —De la sección o servicio en que se otorgan las incapacidades y licencias.....	20
Artículo 29°. —De las recomendaciones de incapacidad por profesionales institucionales que tienen consulta privada.....	21
CAPITULO IV	21
De las incapacidades otorgadas en medicina general y especialidades	21
Artículo 30°. —De los días de incapacidad por enfermedad para medicina general para las patologías más frecuentes en consulta externa.	21
Artículo 31°. —De las incapacidades mayores a 15 días en medicina general.	22
Artículo 32°. —De las incapacidades otorgadas por médicos especialistas.	22
Artículo 33°. —De las incapacidades mayores a 30 días.	23
Artículo 34°. —De las incapacidades mayores a 90 días.	23
Artículo 35°. —De las incapacidades de hasta 180 días.....	23
Artículo 36°. —De la estandarización de días de incapacidad.	23
Artículo 37°. —De las incapacidades otorgadas por el sistema de teleconsulta institucional.....	24
Artículo 38°. —De las incapacidades otorgadas en el servicio de urgencias.....	25
Artículo 39°. —De las incapacidades mayores de tres días en el servicio de urgencias.	25

Artículo 40°.—De las incapacidades otorgadas a funcionarios institucionales en el mismo centro de trabajo.....	26
Artículo 41°.—De los plazos en que se debe extender el “Aviso al Patrono”.....	26
CAPÍTULO V	26
De las incapacidades y licencias otorgadas en	26
diferentes niveles de atención	26
Artículo 42°. —De las responsabilidades en el otorgamiento de las licencias e incapacidades, de acuerdo al nivel de atención que refiere.....	26
Artículo 43°.—De la responsabilidad del otorgamiento de incapacidad en caso de referencia con diagnósticos que no corresponden con la especialidad.....	27
Artículo 44°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de que un paciente pierda una cita en un nivel superior.....	27
Artículo 45°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de que el nivel superior le cambie la cita de atención al paciente.	27
Artículo 46°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de pacientes referidos a centros especializados.....	27
Artículo 47°.—Otorgamiento de incapacidades en caso de pacientes que estén en control en niveles superiores.....	28
Artículo 48°.—Otorgamiento de incapacidades en centros médicos pediátricos.	28
Artículo 49°.—De la continuación de incapacidades.	28
CAPITULO VI	28
De las incapacidades prolongadas.....	28
Artículo 50°. —De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a 6 meses.	28
Artículo 51°. —De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a 12 meses.	28
Artículo 52°.—De las referencias a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez.....	29
CAPITULO VII.....	30
De las incapacidades en internamientos prolongados.....	30
Artículo 53°. —De las incapacidades en internamientos mayores de 15 días.	30
Artículo 54°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de fallecimiento del asegurado activo (a) hospitalizado.....	30
CAPITULO VIII	31
De las licencias por maternidad	31
Artículo 55°. —De las licencias por maternidad.	31
Artículo 56°.—De la licencia por maternidad después del parto.....	31
Artículo 57°.—De la licencia por maternidad en parto prematuro no viable.	31
Artículo 58°.—De la licencia por maternidad en partos prematuros nacidos vivos.....	31
Artículo 59°.De la licencia por maternidad en casos de muerte del neonato dentro del período de licencia.	31
Artículo 60°.—De la licencia por maternidad por partos múltiples.	31
Artículo 61°. —De la licencia por maternidad en caso de óbito fetal.....	32
Artículo 62°. —De la licencia por maternidad en casos de adopción.....	32
CAPITULO IX	32
De las licencias para los responsables de pacientes en fase terminal.....	32
Artículo 63°. —De la licencia para los responsables de pacientes en Fase Terminal.	32
Artículo 64°. —De la solicitud, trámite y aprobación de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.	32
Artículo 65°.—Del otorgamiento de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.	32
Artículo 66°.—De los plazos y condiciones de las licencias por fase terminal.	32
Artículo 67°.—De la suspensión de las licencias por fase terminal.....	33
CAPITULO X.....	33
Licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa	33

Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud

Artículo 68°. —De las licencias e incapacidades otorgadas por los médicos de empresa.....	33
Artículo 69°.Del traslado de las boletas de licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.....	34
Artículo 70°.—De las licencias por maternidad otorgadas por medicina de empresa.....	34
Artículo 71°.—Del control de las licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.....	34
CAPITULO XI	34
De los riesgos no cubiertos por la Caja.....	34
Artículo 72°. —De los riesgos no cubiertos por la Caja.....	34
Artículo 73°.—Del pago de subsidios en casos cubiertos por la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).....	34
Artículo 74°.—Del pago de subsidios en casos en los que se ha agotado la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).....	35
Artículo 75°.—Del trámite establecido en el artículo 68 de la Ley de Tránsito para el pago de subsidios.....	36
Artículo 76°.—De los riesgos del trabajo.....	36
Artículo 77°. —De la atención de emergencias por riesgos del trabajo.....	36
Artículo 78°.—De los riesgos del trabajo calificados por la aseguradora como no amparados...37	
Artículo 79°.—De otros riesgos excluidos	37
CAPITULO XII.....	38
De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.....	38
Artículo 80°.—De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.....	38
Artículo 81°.—De las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.....	38
Artículo 82°.—Del trámite de las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.....	39
Artículo 83°.—De la admisión, modificación o denegatoria de las recomendaciones de incapacidad.....	40
Artículo 84°.—Del control de las recomendaciones de incapacidad extendidas por terceros.....	41
CAPITULO XIII	41
De las incapacidades retroactivas y prospectivas.....	41
Artículo 85°.—Del otorgamiento de las incapacidades retroactivas	41
Artículo 86°.—De los casos excepcionales de otorgamiento de incapacidades retroactivas	41
Artículo 87°.—De las recomendaciones de incapacidades retroactivas extendidas en centros médicos privados.....	42
Artículo 88°.—De las recomendaciones de incapacidad retroactivas que provengan del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) o de sus centros acreditados.....	42
Artículo 89°.—De las recomendaciones de incapacidades o licencias retroactivas que provengan de centros médicos del exterior.....	42
Artículo 90°.—De las recomendaciones de incapacidad prospectivas que provengan de centros médicos del exterior.....	43
CAPITULO XIV.....	44
De los días de incapacidad en un solo formulario	44
Artículo 91°.—De los períodos de incapacidad y licencias otorgados en un solo formulario que no sobrepasen los ciento ochenta (180) días de licencia o incapacidad.....	44
CAPITULO XV	45
De la conformación de las Comisiones Evaluadoras	45
de Licencias e Incapacidades.....	45
Artículo 92°.—De la conformación de las Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.....	45

Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud

Artículo 93°.—De la conformación de las Comisiones Regionales Evaluadoras de Licencias e incapacidades	45
Artículo 94°.—De la conformación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades	45
Artículo 95°.—De las potestades de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.....	45
CAPITULO XVI.....	46
Del control, evaluación y otorgamiento de las incapacidades y licencias.....	46
Artículo 96°.—Control del otorgamiento de incapacidades y licencias	46
Artículo 97°.—De las evaluaciones periódicas a las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades	46
Artículo 98°.—De los informes mensuales	46
Artículo 99°.—De los informes trimestrales	47
CAPITULO XVII.....	48
De las sanciones	48
Artículo 100°.—De las sanciones	48
Capítulo XVIII.....	48
Disposiciones finales	48
Artículo 101°.—Disposición final.....	48
Artículo 102°.—Derogatorias	48
CAPITULO XIX.....	49
Transitorio I.....	49

Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud

**Aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 10°
de la sesión 8712, celebrada el 24 de abril del año 2014.**

**Publicado en la Gaceta N° 102
Jueves 29 de mayo del 2014**

CAPITULO I Generalidades

Artículo 1°.—Del objeto

Este Reglamento regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades y licencias extendidas por los médicos y odontólogos que laboran para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), los servicios médicos y odontológicos autorizados por ésta, Medicina de Empresa y Proveedores Externos de Servicios de Salud y las recomendaciones de incapacidades y licencias de Aseguradoras, Medicina Mixta, Servicios Médicos Privados nacionales o extranjeros y Centros autorizados por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), que en su condición de servidores de dichas entidades quedan obligados a actuar en concordancia con las disposiciones de este Reglamento y normativa relacionada, con el propósito esencial de que el asegurado (a) activo (a) recupere su estado de salud para su pronta reinserción laboral o de que cumpla con lo establecido en el caso de las licencias por maternidad o fase terminal.

Artículo 2°.—Definiciones

Accidente de trabajo: Según lo establece el artículo 196 del Código de Trabajo, se denomina accidente de trabajo, todo percance que le suceda al trabajador(a) como causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que puede producirle la muerte o la pérdida o reducción, temporal o permanente, de la capacidad para el trabajo. También se califica de accidente de trabajo, el que ocurra al funcionario(a) en las siguientes circunstancias: a) En el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa (in itinere), cuando el recorrido que efectúa no haya sido interrumpido o variado, por motivo de interés personal del funcionario(a) siempre que el patrono proporcione directamente o pague el transporte, igualmente cuando en el acceso al centro de trabajo deban afrontarse peligros de naturaleza especial, que se consideren inherentes al trabajo mismo. b) En el cumplimiento de órdenes del patrono, o en la prestación de un servicio bajo su autoridad, aunque el accidente ocurra fuera del lugar de trabajo y después de finalizar la jornada. c) En el curso de una interrupción del trabajo, antes de empezarlo o después de terminado, si el trabajador se encontrare en el lugar de trabajo, con el consentimiento expreso o tácito del patrono o de sus representantes. d) En cualquiera de los eventos que define el inciso e) del artículo 71 del Código de Trabajo (en caso de siniestro o riesgo inminente en que las personas o intereses del patrono, o algún compañero (a) de trabajo se encuentra en peligro).

Accidente de tránsito: De acuerdo con el artículo 2° de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078, se define como la acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por los lugares a los que se refiere el artículo 1 de esta ley. En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes a consecuencia de la infracción de esta ley.

Acto médico: Es el acto en el cual se concreta la relación médico-paciente. Es un acto complejo, personal, libre y responsable, efectuado por el profesional médico, con conocimientos, destrezas y actitudes óptimas, legalmente autorizado y en beneficio del paciente, asumiendo el valor fundamental de la vida desde el momento de la fecundación hasta su muerte natural y respetando la dignidad de la persona humana, tanto de quien lo ejecuta como de quien lo recibe. El acto médico comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados hasta el ocaso de la vida. Incluye también toda acción o disposición que realice el médico en los campos de la enseñanza, la investigación y la administración, ya sea en su condición de director, asistente, docente, especialista, investigador, administrador, consultor, auditor, juez u otros. Todo lo anterior, en lo posible, debidamente registrado y documentado.

Adscripción: Acción mediante la cual, de acuerdo con el domicilio o excepcionalmente el lugar de trabajo del solicitante, se señala al asegurado el centro médico donde le corresponderá recibir servicios médicos. Para tal efecto, es obligatorio solicitar al interesado un documento que permita determinar su domicilio o lugar exacto de trabajo.

Alta médica: Es el juicio clínico o acto que emite el médico o los médicos sobre la condición de un paciente que está bajo su cuidado y responsabilidad, el cual determina que, finalizado el tratamiento médico el paciente está en condiciones de reincorporarse nuevamente a sus labores habituales y su problema de salud por el cual ha estado incapacitado ha sido resuelto.

Asegurado activo: Persona, hombre o mujer que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente.

Asegurado voluntario: Persona, hombre o mujer que no genera ingresos mediante una actividad económica propia y que de conformidad con la Sección 1 de la Ley Constitutiva de la Caja, desea afiliarse y cotizar voluntariamente a los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte.

Centro de adscripción: Se establece de manera prioritaria como centro de adscripción, el centro médico más cercano al lugar de residencia habitual, tanto del asegurado directo como de sus beneficiarios, o de conformidad con la distribución geográfica que determine la Institución.

Cuando por razones de trabajo la persona viva en una zona diferente a la de su residencia habitual, podrá establecerse la adscripción en el centro médico más cercano al lugar de trabajo.

Centro de atención: Unidad donde el asegurado recibe atención médica, independientemente del lugar de adscripción asignado.

Certificación médica: Documento extendido por la Dirección Médico de los Centros de Salud en el cual se constata información básica del paciente, tales como diagnósticos por los cuales ha sido atendido el paciente, fechas de atención, procedimientos realizados y otorgamientos de incapacidades y licencias.

Certificado Médico: Es la constancia documental que a solicitud del paciente, sus familiares o de una norma legal que lo exige, extiende el profesional médico privado o de Medicina Mixta referente a un hecho clínico, pasado o presente sobre el estado de salud de un paciente que personalmente asistió, examinó, reconoció o comprobó; éste debe ser veraz, limitado, descriptivo, coherente, legible y formal, extendido en la papelería oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Convenio de la Apostilla: La Apostilla es un tratado internacional vigente desde 1961, al cual Costa Rica se adhirió el 27 de enero del 2012 y que simplifica de manera considerable la autenticación de documentos públicos que deben ser utilizados en el territorio de todos los países que actualmente son parte de dicho Convenio, el cual elimina el requisito de legalización para determinados documentos públicos extranjeros, con el simple requisito de que el otro Estado sea parte de la Convención sobre la Apostilla. De esta manera, se garantiza la autenticidad de los documentos públicos extranjeros emitidos en un Estado Parte del Convenio de la Apostilla que deban ser utilizados en Costa Rica, tales como: un acta de nacimiento, una sentencia, una patente, un certificado médico, un certificado de libre venta y cualquier otra certificación notarial de reconocimiento de firmas.

Defunción fetal (feto mortinato): Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Enfermedad común: Estado patológico no originado en un riesgo de trabajo o accidente de tránsito, que le impide al asegurado (a) activo (a) realizar sus ocupaciones habituales.

Enfermedad de trabajo: Se denomina enfermedad de trabajo a todo estado patológico que resulta de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador(a) labora, y se establezca que éstos han sido la causa de la enfermedad.

Epicrisis: Documento extendido por un médico o un centro hospitalario, en el cual un médico, de modo oficial, expone un resumen de los aspectos de la salud de un paciente, generalmente a petición de este y posterior a su atención. Su contenido debe ser verdadero, estar apegado a lo anotado en el expediente clínico del paciente y no debe entregarse a personas distintas del propio enfermo, de las implicadas en su cuidado o de las responsables legalmente establecidas.

Ética profesional: Es el conjunto de principios, valores, costumbres y normas de conducta, adquiridos, asimilados y practicados por el profesional, de un modo estrictamente racional o consciente en el desarrollo de las actividades independientemente de la especialidad que ostente, que aplica al ejercicio libre y consciente de la razón para justificar los actos, de manera que no ocasione daños a terceros, ni busque exclusivamente su propio beneficio, cumpliendo así con los principios de solidaridad, compromiso, eficiencia, responsabilidad, equidad, confidencialidad, lealtad, veracidad, razonabilidad, entre otros.

Expediente clínico: es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud”: expediente médico, expediente clínico y expediente digital.

El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia de Médica, y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiese recibir externamente a la Caja.

Formulario de incapacidades y licencias: es el documento institucional oficial mediante el cual se otorgan los periodos por enfermedad y las licencias por maternidad y fase terminal.

Historia clínica: es un documento escrito en el que consta en forma ordenada, metódica y detallada, la narración verdadera de todos los sucesos acaecidos al paciente relacionados con su

salud, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, durante su vida y que son de interés para su situación actual.

Hoja de atención de urgencias: formulario utilizado en los servicios de urgencia a nivel institucional, en el cual se consigna toda la información clínica, producto de la atención de un paciente en ese servicio.

Incapacidad por enfermedad: Período de reposo ordenado por los médicos u odontólogos de la Caja o médicos autorizados por ésta, al asegurado directo activo que no esté en posibilidad de trabajar, por pérdida temporal de las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con ésta, con el fin de propiciar la recuperación de la salud, mediante el reposo del asegurado (a) activo (a) y su reincorporación al trabajo, el cual genera el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica, derechos que están sujetos a los plazos de calificación establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud. La naturaleza y el sentido de la incapacidad parte de la acreditación, por valoración del médico competente, de que la persona está afectada por una disminución o alteración de sus capacidades normales físicas o psíquicas que le impiden la realización normal de su trabajo, de ahí que temporalmente se suspende para el asegurado (a) activo (a) su obligación de presentarse a laborar, con el fin de que reciba el tratamiento adecuado y guarde el reposo necesario para su recuperación. En ningún caso se otorgará una incapacidad a una persona sana, aunque fuere para cuidar a un paciente enfermo.

Incapacidad prolongada: período de incapacidad continua otorgada por el médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, superior a 180 días.

Ley de Tránsito: Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078, publicada en el Alcance Digital N° 165 del Diario Oficial La Gaceta N° 207 del viernes 26 de octubre del 2012.

Licencia por fase terminal: periodo de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja Costarricense de Seguro Social al trabajador asalariado, con la finalidad de que cuide a un paciente, durante el tiempo que tarde la fase terminal.

Licencia por maternidad: Es el período obligatorio de reposo establecido por ley, de 4 meses, al que tiene derecho la trabajadora en estado de embarazo, de un mes antes del parto y tres meses después del nacimiento del o la bebé.

Durante esta licencia la trabajadora, de acuerdo con lo que dispone el artículo 42° del Reglamento de Salud, tiene derecho a devengar el mismo salario que recibiría si estuviera laborando, por lo cual la Caja Costarricense de Seguro Social paga el 50% del salario y la persona empleadora paga el otro 50%.

Lugar de adscripción: es el Área de Salud del lugar donde el asegurado (a) activo (a) usualmente reside o trabaja, y en el cual, mediante un proceso de afiliación, realiza sus gestiones sanitarias y administrativas y recibe servicios de salud. El asegurado (a) activo (a) solo podrá tener un lugar de adscripción.

Muerte neonatal: es la muerte ocurrida desde el nacimiento hasta antes de los 28 días de edad, (incluye la neonatal temprana, o sea la que ocurre en los primeros siete días de vida).

Nacimiento vivo: Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones

del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Óbito fetal: es la muerte del producto dentro del útero, ocurrido luego de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento.

Parto extremadamente prematuro: aquellos nacidos antes de las 27 semanas y seis días.

Parto muy prematuro: aquellos nacidos entre las 28 y 31 semanas y seis días.

Parto prematuro tardío: aquellos nacidos entre las 32 y 36 semanas y 6 días.

Parto prematuro: es definido como aquel de menos de 36 semanas y seis días de gestación.

Período de reposo: es el tiempo indicado por el médico a cargo del paciente, para que recupere la salud y se reincorpore a su trabajo.

Riesgos del trabajo: constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores(as), con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.

Riesgos excluidos: comprende todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales Gobernados y Administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los que se incluyen, al menos, los casos de Riesgos del Trabajo de conformidad con la Ley N°6727 y los casos de accidentes de tránsito, en tanto cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, regulado por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078.

Además comprende aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista en el ordenamiento jurídico norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate a contar con coberturas para gastos médicos y prestaciones en dinero, que alcancen hasta la recuperación de la salud y reinserción laboral del lesionado.

Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores: Se refiere al seguro obligatorio regulado en el Capítulo III de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078, y puede ser abreviado con las iniciales S.O.A.

Subsidio: El subsidio es la suma de dinero que se paga al asegurado(a), activo(a), durante los periodos de incapacidad por enfermedad, riesgo de trabajo, accidente de tránsito, fase terminal o de licencia por maternidad, producto de un acto médico y tiene el propósito de suministrar un ingreso económico que permita cubrir las necesidades básicas del trabajador, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cotización que establece la normativa vigente.

Teleconsulta: Consulta profesional realizada entre profesionales médicos, ubicados en diferentes sitios, a través de la informática y telefonía, por medio de audio y video computacional, para el intercambio de información y comentarios sobre un tema en particular, relacionada con la atención y solución de problemas de un paciente.

Tiempo estándar: Es el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de

diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por el cuerpo médico y asumiendo el mínimo de demora en la atención médica del trabajador. Es conceptualmente el tiempo de recuperación funcional suficiente para que el trabajador se reintegre a sus labores habituales. Una vez alcanzado el tiempo estándar la continuidad de la incapacidad puede estar dado por factores propios de la enfermedad o del paciente, la respuesta terapéutica o complicaciones de la enfermedad, que deberán ser valoradas por el médico que otorga la incapacidad.

Trabajador independiente: son aquellos trabajadores manuales e intelectuales que desarrollen por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos; sin perjuicio de lo que dispone el artículo 4° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Viabilidad fetal: está dada en muchos casos por la edad gestacional y la tecnología asociada para mantener un producto con vida y es muy relativa en diferentes países, pero en general se acepta como la capacidad del producto, que nace vivo, de sobrevivir, después de la semana 22 y es mayor conforme avanza la edad gestacional. Después de la semana 32 las posibilidades de sobrevivir son mayores a 95%. Sin embargo la viabilidad fetal no es sinónimo de vitalidad fetal.

Artículo 3°.—Principios.

El otorgamiento de incapacidades y licencias se regirá por los siguientes principios:

Buena fe: Convencimiento, en quien realiza un acto o hecho jurídico, de que éste es verdadero, lícito y justo.

Confidencialidad: En el otorgamiento de una licencia o incapacidad privará el respeto a la información del asegurado activo (a), la cual deberá quedar anotada en el expediente clínico del paciente, cuyo contenido es confidencial y es obligatorio el respetar esa condición para todo aquél que por cualquier circunstancia tenga acceso a éste. La violación a esta disposición se considerará falta grave para todos los efectos legales, disciplinarios y administrativos, sin perjuicio de las demás responsabilidades que de ello se deriven, según lo establecido en el artículo 19° del Reglamento del Expediente de Salud.

Criterio científico: El otorgamiento de incapacidades y licencias se hará basado en el juicio y discernimiento científico de los profesionales autorizados por la Institución, a la luz de lo que dicta la ciencia y la técnica actualizada, de tal forma que en igualdad de situaciones médicas debería de otorgarse igual número de días de incapacidad.

Ética y moral médica: Principios que deben regir las acciones del personal médico, odontológico y administrativo institucional, responsable de las actividades del proceso de otorgamiento de licencias e incapacidades, mismos que debe respetar el paciente como usuario.

Integridad: Capacidad de obrar con rectitud y con probidad y está relacionada íntimamente con la verdad y la honradez.

Lealtad: Cumplimiento de lo que exigen las leyes, apegados a los principios de legalidad y veracidad.

Legalidad: El otorgamiento de las licencias e incapacidades estarán regulados por las normas escritas y no escritas del ordenamiento jurídico, por lo cual en esta materia solo se podrán dictar aquellos actos que estén expresa o implícitamente autorizados por dicho ordenamiento, de tal forma que lo que no está autorizado está prohibido.

Probidad: La probidad es la rectitud y moralidad a que tiene que ajustarse la conducta humana, y en lo público, la que debe observarse en el ejercicio de funciones públicas.

Racionalidad: Las licencias e incapacidades se otorgarán con discernimiento, rectitud y justicia, según la enfermedad del paciente y fundamentadas en el criterio científico actualizado.

Razonabilidad: Para el otorgamiento de licencias e incapacidades, el profesional médico y odontológico, debe considerar el periodo razonable que requiere un paciente para la recuperación de la salud, considerando para ello la normativa existente, el período de recuperación de una enfermedad y los tratamientos médicos actuales.

Rectitud: Actuar correctamente siempre y sin engaños, según los valores de la organización.

Veracidad: Condición de sinceridad y verdad en que se emite una licencia o incapacidad, tanto por el paciente que la recibe como por el médico u odontólogo que la otorga, teniendo que la enfermedad o situación que presenta el paciente se apega a la realidad y el criterio del profesional que otorga la incapacidad es veraz.

Artículo 4°.—Del campo de aplicación

Este Reglamento cubre a todos los asegurados (as) activos (as), (directo activo asalariado y trabajadores independientes individuales o de convenio), conforme con las normas previstas en los artículos 8, 10, 16, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42 y 45 del Reglamento del Seguro de Salud, artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, Reglamento para la Afiliación de Trabajadores Independientes y lo dispuesto en el Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, y en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas y normativa relacionada.

Artículo 5°.—Del objetivo del otorgamiento de una incapacidad.

La incapacidad es una orden de reposo, dada por un médico u odontólogo de la Caja Costarricense de Seguro Social o de servicios médicos u odontológicos autorizados por la Caja. Se le otorga al asegurado (a) activo (a), que ha perdido temporalmente las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles a ésta. La incapacidad del asegurado (a) activo (a), implica forzosamente un periodo de reposo, por lo cual el trabajador incapacitado está imposibilitado para laborar, ya sea en sus labores habituales o bien cualquier otras labores, o actividades, salvo actividades físicas o recreativas que el médico u odontólogo señale que son necesarias para su recuperación. De esta forma, la incapacidad otorgada al asegurado (a) activo (a), representa la obligación de cumplir a cabalidad las órdenes emanadas del médico u odontólogo, pues de ello deviene la posibilidad de recuperar dentro del periodo de incapacidad, las facultades y/o aptitudes temporalmente pérdidas; siempre con el objeto que el asegurado (a) activo (a) se reincorpore a sus labores habituales, por lo cual el asegurado (a) activo (a) queda imposibilitado para realizar lo estipulado en el artículo 14° de este Reglamento.

El otorgamiento de una incapacidad formaliza un compromiso recíproco entre el médico u odontólogo que labora para la Caja Costarricense de Seguro Social, servicios médicos u odontológicos autorizados por la Caja, y el asegurado (a) activo (a), pero no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica, derechos que están sujetos a los plazos de calificación establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud.

Deben prevalecer los principios de racionalidad y ética profesional, en lo que respecta al acto de otorgar una incapacidad a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información a la cual se obliga el trabajador y el profesional que la otorga.

El acto de otorgar una incapacidad o licencia, además de su significado como parte del tratamiento médico o de una especial protección social a favor del asegurado (a) activo (a), tiene implicaciones de orden médico, administrativo, laboral, legal, penal, financiero, social y ético.

La suspensión temporal del contrato de trabajo generada por el otorgamiento de una incapacidad, es responsabilidad del profesional que la otorga y del asegurado (a) activo (a) que la recibe.

Artículo 6°.—De la formalidad del otorgamiento y trámite de una licencia o incapacidad.

El otorgamiento de una incapacidad por enfermedad o una licencia por maternidad o fase terminal constituye un acto formal, que debe ser el resultado de un acto médico u odontológico, durante el horario en que el profesional en medicina y odontología de la Caja, de Proveedores Externos de Servicios de Salud o el médico de empresa se encuentra contratado, facultado legalmente para extenderla y con la presencia del asegurado (a) activo (a), con excepción de lo estipulado en el capítulo XIII de este reglamento; acto formal que debe quedar debidamente registrado en el expediente de salud o en la hoja de atención de urgencias de la unidad que otorga la incapacidad o licencia. En caso de recomendaciones de incapacidades dicho acto debe ser también producto de un acto médico, el cual debe quedar debidamente registrado en un expediente clínico.

El procedimiento para otorgar una incapacidad se realizará por lo medios físicos, electrónicos y digitales que la Caja Costarricense de Seguro Social establezca.

Tendrán la validez y eficacia de un documento físico original, los archivos de documentos, mensajes, imágenes, bancos de datos y toda aplicación almacenada o transmitida por medios electrónicos, informáticos, magnéticos, ópticos, telemáticos o producidos por nuevas tecnologías, destinados a la tramitación de incapacidades, ya sea que contengan actos o resoluciones administrativas. Lo anterior siempre que cumplan con los procedimientos establecidos para garantizar su autenticidad, integridad y seguridad. Las alteraciones que afecten la autenticidad o integridad de dichos soportes no solo les harán perder el valor jurídico que se les otorga, sino que generarán las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que correspondan, respecto de quienes procedieron a alterar los documentos.. Todo lo anterior conforme a lo establecido en la N° 8454, Ley de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos y su Reglamento.

La Administración podrá utilizar los medios referidos para comunicarse oficialmente entre sí, remitiéndose informes, comisiones y cualquier otra documentación. Las partes también podrán utilizar esos medios para presentar sus solicitudes y recursos administrativos.

Artículo 7°.—De los derechos al subsidio

Tiene derecho a cobrar subsidios durante los periodos de incapacidad, el asegurado activo, ya sea asalariado o trabajador independiente, portador de una enfermedad común, o licencia por maternidad o fase terminal, debidamente declarada por los profesionales en Medicina y Odontología debidamente autorizados por la Caja y según lo establecido en el Reglamento del Seguro de Salud.

En caso de simultaneidad de una incapacidad por enfermedad y una licencia por maternidad siempre prevalecerá la licencia por maternidad, de acuerdo a lo establecido en el artículo 46° del Reglamento del Seguro de Salud. Si una asegurada activa, estando con una incapacidad por enfermedad, accede a una licencia por maternidad, la misma se otorgará de acuerdo a lo establecido

en el capítulo VIII de este Reglamento y normativa relacionada, sin menoscabo de que si al terminar la licencia por maternidad continuara dicha enfermedad, y de acuerdo a criterio médico, se le deberá continuar otorgando la incapacidad respectiva en una nueva boleta.

Artículo 8°.—De los asegurados voluntarios.

Los asegurados voluntarios afiliados, de conformidad con los artículos 10° y 29° del Reglamento del Seguro de Salud y el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de los Asegurados Voluntarios, sea en forma individual o mediante convenios de aseguramiento colectivo, no serán sujetos del otorgamiento y pago de incapacidades y licencias.

Artículo 9°.—De los trabajadores independientes.

Tratándose de personas que desarrollan por cuenta propia actividades generadoras de ingresos y que por motivo de enfermedad o maternidad se ven imposibilitados para ejecutar su trabajo es procedente, a criterio médico, el otorgamiento de incapacidad o subsidio y licencia de maternidad de acuerdo a los plazos de calificación establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud. En caso de que los trabajadores independientes sean también asalariados pueden recibir la incapacidad en condición de tales, por lo cual se les confeccionará solo una boleta de incapacidad.

Artículo 10°.— Del cargo por pago de subsidios por incapacidades y licencias

Los cargos por concepto de pago de subsidios por incapacidades y licencias de maternidad deben hacerse al centro médico que las otorga o autoriza, excepto los casos de licencias otorgadas para cuidar a pacientes en fase terminal, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 35° del Reglamento del Seguro de Salud y el artículo 17° Instructivo Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.

Artículo 11°.—Del lugar de otorgamiento de licencias e incapacidades

Las licencias e incapacidades en consulta externa y hospitalización se otorgarán de acuerdo al lugar de adscripción del asegurado activo o en el centro de referencia correspondiente, según la red de servicios. Aquellos centros que funcionan como tales a nivel nacional podrán otorgar incapacidades a asegurados (as) activos (as) de cualquier lugar del país. Lo anterior también aplica para los servicios de emergencias, siempre y cuando se ajusten a lo establecido en los artículos 38° y 39° de este reglamento.

Artículo 12°.—De la vigencia de las incapacidades

Las incapacidades siempre tendrán vigencia hacia el futuro, desde la fecha en que el asegurado (a) activo (a) es atendido (a) en un centro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, de los Proveedores Externos de Servicios de Salud y Medicina de Empresa, a excepción de lo establece el artículo 13° y el Capítulo XIII de este Reglamento.

Artículo 13°.—De las jornadas laborales y el otorgamiento de incapacidades.

En el caso de que el asegurado (a) activo (a) indique haber concluido su jornada laboral completa y requiera de incapacidad, ésta debe otorgarse con vigencia a partir del día siguiente, con la debida anotación en la hoja de atención de urgencias o el expediente clínico, según se trate. Lo mismo se aplicará en casos de asegurados activos que requieran incapacidad y que sean atendidos en día asueto, libre, feriado o domingo. En el caso de que el asegurado activo sea atendido en día sábado y que haya terminado su jornada laboral pero que ingrese a laborar hasta el día lunes y requiera

incapacidad, la misma se extenderá a partir del día en que es atendido. En ningún caso podrá otorgarse una incapacidad más allá de lo estipulado anteriormente.

Tratándose de asegurados (as) activos (as) que laboran en turnos que se extienden de un día para otro, la incapacidad ordenada por el profesional, afectará la jornada laboral completa en curso del día en que se otorga y aquellas que se inicien durante los días indicados por el médico.

CAPITULO II

De la responsabilidad administrativa, civil y penal del otorgamiento de incapacidades y licencias

Artículo 14.—De la inhabilitación por la incapacidad y las licencias.

El asegurado activo (a) incapacitado (a), en función del reposo prescrito, como parte de su tratamiento, queda imposibilitado durante las 24 (veinticuatro) horas del día de su incapacidad para el desempeño de cualquier tipo de actividad remunerada y no remunerada, pública o privada, tanto en su horario ordinario, como fuera de él, lo mismo que actividades académicas, físicas o recreativas que interfiera con la recomendación médica, así como viajes dentro y fuera del país, y cualquier otra actividad no señalada que ponga en peligro la recuperación de la salud del asegurado(a) activo(a).

Se exceptúan de lo anterior: a) lo casos que, de acuerdo con el criterio del profesional que extiende la incapacidad, recomiende realizar alguna actividad física o recreativa como parte del tratamiento, lo cual debe quedar anotado y justificado en el expediente clínico, indicando el tiempo y el tipo de actividad que requiere el asegurado para su recuperación, durante su período de incapacidad y que no ponga en peligro su salud y b) lo estipulado en el artículo 16° del presente Reglamento.

En el caso de las licencias por maternidad la inhabilitación solo le permitirá a la asegurada activa realizar las labores domésticas compatibles con su estado. En caso de que se demuestre que se dedica a otros trabajos remunerados el subsidio podrá suspenderse a instancia del patrono o de la misma Caja Costarricense de Seguro Social.

En el caso de las licencias para fase terminal, el asegurado (a) activo (a) solo podrá realizar aquellas actividades relacionadas con el cuidado del paciente en fase terminal, excluidas actividades remuneradas, públicas o privadas, actividades académicas y viajes dentro y fuera del país.

Artículo 15.—Del incumplimiento de la inhabilitación producto de una incapacidad o licencia.

El asegurado(a) activo(a) que incumple la inhabilitación señalada en el artículo 14° de este Reglamento y el propósito de la incapacidad, señalada en el artículo 5° de este Reglamento, producto de las recomendaciones dadas por un profesional en medicina u odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) /en ese momento representante del Estado/ o de aquellos autorizados por ésta y realiza actividades contrarias al reposo prescrito, en primer lugar ve afectada su salud, pero también falta a los principios de universalidad, igualdad, solidaridad, subsidiaridad, obligatoriedad, unidad y equidad, que caracterizan el sistema de salud costarricense, pues desatender la recomendación del médico u odontólogo implica utilizar nuevamente los servicios institucionales y encarecerlos, con la consiguiente afectación para el sistema de Seguridad Social y para el patrono, pues desobedecer la orden del médico implica poner en riesgo la salud, retrasar su recuperación y su reincorporación al trabajo. Además, quien no sigue los lineamientos ordenados por el médico u odontólogo que otorga la incapacidad vulnera los principios de buena fe y lealtad para con su patrono, presentes en los contratos de trabajo, así como otras obligaciones inherentes a

la relación obrero-patronal, tales como conducirse conforme con los principios de rectitud, honradez, confianza y buen proceder, los cuales se mantienen vigentes, aún durante el período de incapacidad, pues así lo regula el artículo 73° del Código de Trabajo al establecer que la suspensión total o parcial de los contratos de trabajo no implica su terminación, ni extingue los derechos y obligaciones que emanen de ellos.

En caso de que un patrono presuma del incumplimiento de la inhabilitación señalada en el artículo 14° de este Reglamento, el asegurado (a) activo (a) podrá solicitar a la dirección médica del centro donde se otorgó la incapacidad, que le certifique las actividades que podía realizar estando incapacitado, anotados en la consulta médica que originó la incapacidad, del expediente clínico, para lo que corresponda.

Artículo 16.—De la imposibilidad de salir del país estando incapacitado.

La incapacidad otorgada no faculta al asegurado(a) activo(a) para ausentarse del país, salvo criterio del profesional en medicina u odontología de la Caja, que extiende la incapacidad y recomienda la salida del país para completar el tratamiento médico indicado a nivel institucional, lo cual debe consignarse en el expediente clínico, anotando la justificación de lo anterior y comunicarlo a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades. En aquellos casos en que el paciente salga fuera del país para completar un tratamiento médico, a su regreso, debe presentar a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades la epicrisis de dicho tratamiento, a efecto de que se consigne en el expediente clínico que cumplió con la prescripción médica.

El viajar fuera del país estando incapacitado sin seguir lo estipulado en este artículo es causal de suspensión de la incapacidad y el pago del subsidio correspondiente, sin menoscabo de aplicarse lo que establece el artículo 15° de este Reglamento.

Se exceptúan de lo anterior los trabajadores del servicio exterior costarricense, que en el momento de otorgárseles la incapacidad se encuentren fuera del país o los pacientes que estipula el artículo 90° de este Reglamento.

Artículo 17°.—De la anulación de las incapacidades y licencias

Se podrán anular las incapacidades en las siguientes situaciones:

- a. Las incapacidades obtenidas por medios engañosos o espurios, incluyendo aquellas en las que se demuestre falsificación del lugar de residencia.
- b. Las incapacidades en que se demuestre la simulación de una enfermedad.
- c. Las incapacidades en que se demuestre han sido otorgadas por complacencia.
- d. Las incapacidades en que se demuestre el otorgamiento de una dádiva.
- e. Las incapacidades obtenidas mediante actos que vayan en contra de la normativa institucional o que no sigan los procedimientos para acceder consultas en niveles especializados.
- f. Las incapacidades que se generen producto de boletas o talonarios sustraídos de la Institución o a profesionales en Medicina u odontología autorizados.
- g. Las incapacidades que se generen por falsificación de boletas de incapacidad.
- h. Las incapacidades otorgadas según lo establece el artículo 19° de este Reglamento, previa valoración por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

Lo anterior sin perjuicio de la denuncia que corresponda ante la Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Ministerio Público.

El proceso de anulación de una incapacidad será instruido por la Dirección Médica del Centro, con asesoría de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, en caso necesario, respetando las garantías del derecho al debido proceso en sede administrativa, lo cual quedará anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a). En caso de que una incapacidad sea anulada o suspendida por la Institución se le comunicará al patrono para lo que corresponda y se deberá aplicar lo siguiente:

- a. Hacer traslado de cargos al afectado, lo cual implica comunicar en forma individualizada y oportuna los hechos que se imputan.
- b. Permitirle al afectado el acceso irrestricto al expediente administrativo.
- c. Concederle al afectado un plazo razonable para ejercer defensa.
- d. Concederle la audiencia y permitirle aportar toda prueba que considere oportuna para respaldar su defensa.
- e. Fundamentar las resoluciones que pongan fin al procedimiento.
- f. Reconocerle al afectado su derecho a recurrir contra la resolución sancionatoria, (recursos de revocatoria y apelación en subsidio).

La anulación de una incapacidad se podrá hacer mediante un proceso ordinario de acuerdo con lo estipulado en el Libro Segundo de la Ley General de la Administración Pública. El funcionario competente para dictar la resolución que dicte la anulación de la incapacidad será el Director Médico del Hospital o Área de Salud que corresponda.

La tramitación de los recursos de revocatoria y apelación se resuelven de acuerdo a lo estipulado en los artículos 347 y siguientes de la Ley General de Administración Pública. El recurso de apelación deberá ser resuelto en el caso de Áreas de Salud, Clínicas Periféricas y Hospitales Periféricos y Regionales por la Dirección Regional de Servicios de Salud correspondiente y en el caso de los Hospitales Nacionales y Especializados por la Gerencia Médica.

Cuando se presuma la participación del profesional que otorga la incapacidad en alguno de los causales de anulación, la Dirección Médica del Centro debe indagar los hechos a fin de determinar si es procedente la imputación de cargos, conforme con las reglas del debido proceso y establecer las sanciones que corresponda, así como de la responsabilidad patrimonial que estas actuaciones generen para el funcionario que emite la incapacidad, según la gravedad de la falta, de acuerdo a la normativa vigente, sin perjuicio de la denuncia que corresponda ante la Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Ministerio Público.

Artículo 18°.—De la recuperación de montos pagados de más por otorgamiento de incapacidades.

Cuando se constate que la Caja Costarricense de Seguro Social ha pagado dineros de más por el otorgamiento de subsidios, la misma deberá recuperar los montos pagados, mediante el manual *“Procedimiento para Gestionar la Recuperación de recursos propiedad de la CCSS, entregados de más a asegurados, por concepto de pago de subsidios, por incapacidad o licencia del Seguro de Salud”*, vigente, del Área de Tesorería General de la Dirección Financiero Contable.

Artículo 19°.—De las limitaciones en el otorgamiento de boletas o recomendaciones de licencias o incapacidades.

Los profesionales en medicina u odontología de la Caja y de los Proveedores Externos de Servicios de Salud, médicos del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa y médicos privados autorizados, no podrán otorgar recomendaciones o boletas de incapacidad a parientes en primer grado por consanguinidad o afinidad. El realizarlo conlleva la aplicación del régimen disciplinario de la Caja Costarricense de Seguro Social y una denuncia a la Fiscalía del Colegio Profesional respectivo. El otorgamiento de la incapacidad deberá ser valorado, en conjunto con el paciente, por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para su convalidación o anulación, según corresponda.

CAPÍTULO III

De la custodia y entrega de talonarios, otorgamiento y trámite de incapacidades

Artículo 20°.—De la custodia y control de los talonarios de incapacidad.

La custodia, el control de las existencias y la distribución de los talonarios de incapacidades son competencia y responsabilidad de la Dirección Médica de cada centro.

Artículo 21°.—De la entrega de talonarios de incapacidad.

La Dirección Médica del Centro o la autoridad que la misma delegue, entregará personalmente un talonario en blanco a cada profesional en medicina u odontología autorizado, ya sea institucional o medicina de empresa, anotando en un libro de actas la numeración del talonario, el nombre completo, código, fecha y la firma del profesional que recibe, así como el ingreso de esta información en el sistema automatizado. Posteriormente el profesional, cuando se le agote el talonario debe entregar el talón debidamente lleno para el control que corresponda y recibir un nuevo talonario.

Para quienes laboren en EBAIS desconcentrados o en el Sistema de Medicina de Empresa se entregará personalmente, en una primera y única vez dos talonarios en blanco. Cuando se haya utilizado por completo el primero de ellos podrá solicitar otro talonario en blanco, de tal manera que el médico siempre disponga de boletas de incapacidad en su lugar de trabajo.

El retiro del talonario y su custodia es responsabilidad del profesional y no podrá hacerse por medio de terceros. En caso de duda se deberá presentar el carné vigente del respectivo colegio profesional.

Ninguna instancia administrativa local está autorizada para ordenar la confección de talonarios en imprenta privada. El diseño de este formulario es competencia de la Comisión Institucional de Formularios y la recepción, almacenamiento y distribución está a cargo del Almacén General.

Artículo 22°.—Del extravío de los talonarios de incapacidad

El extravío de formularios “**CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS**” debe ser reportado inmediatamente a la Dirección Médica del centro médico para que sea registrado en el **Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCPI)**, esto aplica para médicos y odontólogos institucionales, de Proveedores Externos de Servicios de Salud y médicos de medicina de empresa, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16° del Manual de Procedimientos para el Registro, Control y Pago de Incapacidades RCPI.

A aquellos profesionales en medicina u odontología que extravíen un talonario de incapacidad, la Dirección Médica del centro les realizará el trámite del cobro del costo de su elaboración más gastos administrativos, previa investigación sobre la pérdida del mismo. La Dirección del Centro donde se produzca una pérdida de talonario, en conjunto con la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, deberá presentar un informe mensual a la Comisión Central o Regional Evaluadora de Incapacidades, según se trate, en el cual se indiquen las acciones realizadas para determinar las razones de la pérdida y las recomendaciones, a efectos de minimizar los riesgos de la pérdida futura de talonarios en el centro.

Además de lo anterior, la Dirección Médica del Centro donde se produzca la pérdida de un talonario deber revisar el uso consecutivo de las boletas de los talonarios extraviados del centro, con el fin de disminuir la pérdida de boletas, no solo para evitar una posible afectación económica a la Caja sino evitar el uso de dichas boletas perdidas para la justificación de una ausencia laboral de un asegurado directo ante su patrono. En caso de que se detecte que una boleta perdida ha sido utilizada con estos fines la Dirección Médica procederá a la anulación de la misma y la comunicación al patrono, conforme a lo establecido en el artículo 17° de este Reglamento.

Artículo 23°.—Del extravío de las boletas blancas “Aviso al Patrono”

En caso de que el paciente extravíe las boletas blancas de “Aviso al Patrono” la Dirección Médica o la autoridad que delegue podrán extender una certificación de “Aviso al Patrono” indicando los días que el paciente fue incapacitado, según lo anotado por el profesional en ciencias médicas en la boleta de incapacidad.

Artículo 24°.—Del llenado de la boleta de otorgamiento de incapacidades y licencias.

La boleta “**CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS**” debe ser llenadas por los profesionales expresamente autorizados para ello, sin perjuicio de lo que debe completar el personal auxiliar.

El profesional en medicina u odontología debe llenar los siguientes puntos de la boleta de incapacidad de su puño y letra:

- Número de identificación del paciente.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Género
- Período otorgado.
- Cantidad de días en números
- Tipo de incapacidad o licencia (enfermedad, maternidad, accidente de tránsito o fase terminal)
- Diagnóstico.
- Firma, Código y sello médico.

Si se omitiere alguno de los puntos antes señalados, la boleta debe ser devuelta al profesional que la emitió, para que complete el llenado.

El personal auxiliar debe completar el llenado de la boleta, anotando su nombre y firma en dicha boleta. No es permitido colocar etiquetas en las boletas de licencia e incapacidad. En caso de cometerse errores en el llenado, tanto por el profesional en medicina u odontología, como por el personal auxiliar, la boleta debe ser anulada y pegada al talonario para que sea anulada en el Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI) posteriormente, cuando se cambia el

talonario, por lo cual deberá confeccionarse una boleta nueva. En caso de que un paciente no porte su número de identificación al momento de otorgar la incapacidad dicha información deberá ser completada por el personal auxiliar de Registros de Salud o el personal de la Oficina de Incapacidades, cuando el paciente presente su número de identificación. En caso de que la boleta deba completarse posteriormente se anotará en una bitácora el número de boleta y el nombre y firma del funcionario que deja pendiente el llenado de la boleta.

La Dirección del centro donde se otorgue una incapacidad o licencia debe establecer los mecanismos de control para asegurar el adecuado trasiego de estos documentos entre el consultorio médico y la recepción respectiva.

Artículo 25°.—De las boletas anuladas.

Toda boleta que sea anulada debe de adjuntarse al talonario y ser devuelta al Administrador de Talonarios de la Unidad, lo mismo que talonarios con boletas sin usar, tanto para profesionales en Medicina y Odontología autorizados como de Proveedores Externos de Servicios de Salud. Las boletas anuladas y los talonarios devueltos con boletas en blanco deben registrarse en el RCPI.

Artículo 26°.—De la anotación de las incapacidades y licencias en el expediente clínico del paciente y hoja de atención de urgencias.

Toda incapacidad o licencia otorgada en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, en los Proveedores Externos de Servicios de Salud y en los servicios de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social debe quedar debidamente anotada en el expediente clínico del paciente o en la hoja de atención en los servicios de urgencias, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 32° del Reglamento del Expediente de Salud, con la justificación respectiva y la firma, del profesional en Ciencias Médicas autorizado, que otorga la licencia o incapacidad. Dicha anotación incluye las fechas de incapacidad o licencia otorgada, así como el número de la boleta. En caso de incapacidades o licencias otorgadas en un egreso hospitalario las fechas indicadas se deben anotar tanto en la hoja de egreso, como en la hoja de evolución.

En caso de recomendaciones de incapacidad extendidas por profesionales en medicina u odontología privados o del Sistema de Medicina Mixta, se debe anotar además el número de certificación, la fecha de extendida, nombre y código de quien hace la recomendación, así como el diagnóstico principal y las fechas recomendadas y autorizadas. Las certificaciones originales deberán ser archivadas y custodiadas en forma separada por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

Artículo 27°.—De las autorizaciones de licencias e incapacidades.

Toda incapacidad o licencia otorgada que requiera de una autorización de una autoridad superior, según las disposiciones de este Reglamento, debe de indicarse en el reverso de la boleta de la incapacidad, anotando el nombre y firma de quien autoriza y el sello respectivo, además debe firmar en el expediente u hoja de atención de urgencias, en el cual se anotó las fechas de otorgamiento de la licencia o incapacidad, con su respectivo sello.

Artículo 28°.—De la sección o servicio en que se otorgan las incapacidades y licencias.

Los médicos especialistas, a nivel institucional, solo podrán otorgar incapacidades y licencias en el servicio o sección donde tienen asignada su jornada ordinaria. En caso de que sean llamados a valorar pacientes en otros servicios podrán otorgar las incapacidades que el paciente requiere, dejando constancia del acto en la hoja de atención de urgencias o en el expediente clínico según

corresponda. En el caso de los médicos generales, podrán otorgar incapacidades y licencias en el servicio donde tienen asignada su jornada ordinaria o en aquel en el que estén rotando. Tratándose de jornada extraordinaria, tanto médicos especialistas como médicos generales podrán otorgar incapacidades en el servicio donde estén realizando su jornada extraordinaria, documentando lo correspondiente en el expediente clínico o en la hoja de atención de urgencias del asegurado activo.

Artículo 29°.—De las recomendaciones de incapacidad por profesionales institucionales que tienen consulta privada.

Las recomendaciones de incapacidad que emitan profesionales en medicina u odontología que laboren en forma privada y simultáneamente con la CCSS, en el mismo lugar de adscripción del asegurado activo, éstas deben ser revisadas y autorizadas por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades. Las incapacidades que se generen producto de estas recomendaciones están sujetas a lo que establece el capítulo XII de este Reglamento.

CAPITULO IV

De las incapacidades otorgadas en medicina general y especialidades

Artículo 30°. —De los días de incapacidad por enfermedad para medicina general para las patologías más frecuentes en consulta externa.

El número de días de incapacidad indicados por enfermedad se establece con base en el criterio del médico general, el cual debe quedar debidamente anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a) o en la hoja de atención de urgencias, de acuerdo al artículo 26° de este Reglamento y debe prevalecer un sentido de racionalidad y ética profesional, en lo que respecta a la decisión de otorgar una incapacidad, al período o número de días indicados, a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información, a la cual se obliga el paciente, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 2° de este Reglamento, y acatar lo dispuesto en cuanto a los días de incapacidad por patología, que se indican en listado que adelante se detalla, con las excepciones que se establezcan.

Como parámetro de acatamiento obligatorio de los días de incapacidad por enfermedad otorgados por medicina general para las patologías más frecuentes en consulta externa, se establece la siguiente lista:

Causas	Número de días
1. Cefalea	hasta 3 (tres).
2. Ojo y sus anexos.	hasta 4 (cuatro).
3. Otitis.	hasta 3 (tres).
4. Enfermedades odontológicas.....	hasta 3 (tres).
5. Enf. respiratorias agudas.....	hasta 4 (cuatro)
6. Enf. Tipo influenza.....	hasta 5 (cinco)
7. Neumonía	hasta 10 (diez).
8. Enf. pulmonares crónicas.....	hasta 5 (cinco).
9. Enf. del esófago, estómago, duodeno, y colon....	hasta 5 (cinco).
10 Hepatopatías.....	hasta 15 (quince).
11. Diarreas.....	hasta 2 (dos).
12. Hemorroides.....	hasta 4 (cuatro).
13. Infec. renales, litiasis y Ap. urinario...	hasta 5 (cinco).
14. Flebitis y tromboflebitis.....	hasta 10 (diez).
15. Traumatismos superficiales.....	hasta 8 (ocho).
16. Tortícolis.....	hasta 4 (cuatro).
17. Dorsopatías.....	hasta 9 (nueve).

18. Lumbalgia y ciática.....	hasta 7 (siete).
19. Esguince y desgarros G I-II	hasta 15 (quince).
20. Esguince y desgarros G III-IV	hasta 30 (treinta).
21. Artropatías y trastornos afines.....	hasta 16 (dieciséis).
22. Crisis hipertensión arterial.....	hasta 4 (cuatro)
23. Descompensación diabética.....	hasta 6 (seis).
24. Dengue.....	hasta 4 (cuatro).
25. Infecciones de la piel	hasta 8 (ocho).
26. Quemaduras.....	hasta 15 (quince).
27. Complicaciones del embarazo.....	hasta 14 (catorce).
28. Trastornos psiquiátricos.....	hasta 15 (quince).

La única instancia autorizada de adicionar o eliminar causas o cantidad de días a otorgar por incapacidad según patología, de la lista anterior, es la Gerencia Médica, previo análisis y recomendación de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, en ese sentido las modificaciones al listado antes indicado serán comunicadas por la Gerencia Médica.

En aquellos casos en que excepcionalmente se requiera un mayor número de días de incapacidad de la lista anterior, debe quedar anotado en el expediente clínico el fundamento técnico médico que justifica la razón por la que se superan los días establecidos, con base en lo establecido en el párrafo tercero del artículo 36° de este Reglamento y ser autorizado por la jefatura inmediata.

Artículo 31°. —De las incapacidades mayores a 15 días en medicina general.

Aquellas incapacidades generadas tanto de patologías incluidas en el listado del artículo anterior, como en el caso de otras patologías no mencionadas, en las que el médico general considere que ameritan períodos de incapacidad superiores a quince (15) días, o aquellas que se establezcan en el estándar de días de incapacidad por patología, deben tener la autorización de la jefatura inmediata, previo cumplimiento con lo establecido en el artículo 27° y el párrafo tercero del artículo 36° de este Reglamento. En caso de duda la jefatura inmediata puede solicitar el análisis de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

En todo caso y sin menoscabar los derechos que le asisten al asegurado (a) activo (a), éste puede ser revalorado de nuevo, al finalizar su período de incapacidad, si así lo amerita y otorgar un nuevo período de incapacidad, con la autorización de la jefatura inmediata y la justificación señalada en el párrafo tercero del artículo 36° de este Reglamento.

Artículo 32°. —De las incapacidades otorgadas por médicos especialistas.

En caso de incapacidades extendidas por médicos especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social privará el criterio médico del especialista, el cual debe quedar debidamente anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a) y debe prevalecer un sentido de racionalidad y ética profesional, en lo que respecta a la decisión de otorgar una incapacidad, al período o número de días indicados a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información a la cual se obliga el paciente. Las incapacidades mayores de 30 días, otorgadas en servicios especializados de Consulta Externa y Hospitalización, donde estén rotando Médicos Residentes o Médicos Generales deberán ser extendidas por médicos especialistas debidamente incorporados al Colegio respectivo. Se exceptúa de lo anterior los servicios de urgencias, excluyendo a Traumatología de Ortopedia. Además, solo podrán otorgar incapacidades aquellos médicos especialistas que brinden atención directa a asegurados (as) activos (as) o sus jefaturas correspondientes.

Artículo 33°.—De las incapacidades mayores a 30 días.

Tratándose de la atención de patologías que ameritan un período mayor a treinta (30) días de incapacidad y hasta noventa (90) días, consecutivos, el médico especialista a cargo debe dejar constancia de la justificación en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a) y solicitar la autorización de la jefatura inmediata, cumpliendo lo establecido en el artículo 27° de este Reglamento, quien puede solicitar el análisis de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades. Dichas incapacidades solo podrán ser otorgadas por médicos especialistas debidamente incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos.

Artículo 34°.—De las incapacidades mayores a 90 días.

Las incapacidades mayores de noventa (90) días consecutivos, otorgadas por médicos especialistas de la Institución y que sobrepasen lo establecido en el estándar de días de incapacidad por patología, deben tener las autorizaciones de la jefatura inmediata y posteriormente ser analizadas por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades. El médico especialista que la otorga deberá justificarla en razón de lo expuesto en el párrafo tercero del artículo 36° de este Reglamento. En casos de duda diagnóstica dicha Comisión queda facultada para solicitar la valoración del paciente por cuerpos colegiados institucionales, dentro del plazo de la incapacidad, para que emitan nuevo criterio sobre la incapacidad otorgada, todo con el fin de ratificarla, modificarla o denegarla. Dichas incapacidades solo podrán ser otorgadas por médicos especialistas debidamente incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos.

Artículo 35°.—De las incapacidades de hasta 180 días.

Todo paciente que requiera incapacidades mayores de noventa (90) días y hasta los ciento ochenta días (180) consecutivos, en razón de su patología, las mismas deben tener la autorización de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, para lo cual se le deberá comunicar al paciente el trámite requerido previo a que le sea entregada la boleta de aviso al patrono. El médico que otorgue dichas incapacidades debe justificar debidamente el otorgamiento de estas incapacidades, de acuerdo a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 36° de este Reglamento y cumplir con lo que establece el artículo 50° de este Reglamento. Dichas incapacidades solo podrán ser otorgadas por médicos especialistas debidamente incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos.

Artículo 36°.—De la estandarización de días de incapacidad.

Los días de incapacidad otorgados por los médicos generales y especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social, los médicos del Sistema de Medicina de Empresa y de los Proveedores Externos de Servicios de Salud se regirán por el estándar de días de incapacidad por patología, establecido en este Reglamento, la cual regirá para toda incapacidad otorgada a nivel Institucional, medicina de empresa y Proveedores Externos de Servicios de Salud.

Así mismo, esta estandarización se aplicará en los casos de recomendaciones de incapacidad de internamientos en centros médicos privados, recomendaciones de incapacidad de medicina mixta y privada, según el inciso c) del artículo 81° de este Reglamento, de aseguradoras en caso de accidentes de tránsito, de médicos del exterior en caso de funcionarios del servicio exterior y recomendaciones que provengan para asegurados directos que estén laborando temporalmente en el exterior pero continúan cotizando a la Caja Costarricense de Seguro Social y su patrono radica en Costa Rica y en toda aquella recomendación de incapacidad que presente un asegurado activo que provenga de estas y otras fuentes.

En caso de que un médico a nivel institucional otorgue más días de lo establecido en el estándar de días de incapacidad por patología o según lo señalado en los artículos 30°, 31°, 34° y 35° de este Reglamento, deberá justificarlo ante su jefatura inmediata, en función de:

- a. La existencia de complicaciones clínicas derivadas del propio proceso o procesos intercurrentes.
- b. Por una insuficiente respuesta terapéutica o su ausencia.
- c. Por la existencia de posibles complicaciones derivadas de las acciones terapéuticas aplicadas.
- d. Por procesos largos de recuperación o estados terminales de una enfermedad.
- e. Pacientes rechazados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez que no alcanzan el porcentaje mínimo para una pensión por invalidez pero que no están en condiciones de laborar y deben continuar incapacitados.
- f. Medicina basada en la evidencia que demuestre que el paciente requiere más días de lo estandarizado o recomendado.

En caso de duda y de que la justificación dada por el médico que otorga la incapacidad no se ajusta a los puntos del inciso tercero de este artículo, la jefatura inmediata deberá solicitar el análisis del caso por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, para su autorización o denegatoria. Se exceptúa de lo anterior lo siguiente:

1. En procesos crónicos, que evolucionan con períodos de agravamiento y mejoría o estabilización y que no es posible diferenciar en la codificación el diagnóstico inicial y las sucesivas recaídas. Aunque en algunos de estos procesos el tiempo de incapacidad en el diagnóstico inicial puede ser mayor, el criterio general que se ha seguido es el tiempo que se considera necesario para valorar la estabilización de las limitaciones y secuelas, alcanzar una mejoría suficiente que permita la reinserción laboral o conseguir una adecuada respuesta al tratamiento.
2. En enfermedades oncológicas, dado que no es posible diferenciar en la codificación de los diferentes estadios de la enfermedad, por lo que la asignación de los días de incapacidad se hace en función de la localización del tumor, de los estadios en los que con más frecuencia se encuentra el mismo, al momento del diagnóstico, de los requerimientos terapéuticos y del estado físico que suele originar cada tipo de tumor.
3. En procesos clínicos graves, con importantes limitaciones orgánicas y funcionales, con tendencia al deterioro progresivo los días de incapacidad se otorgan en función del tiempo necesario para el estudio del paciente, la confirmación diagnóstica y la valoración de la respuesta al tratamiento. La mayoría de estos casos evolucionan hacia incapacidades permanentes.

Artículo 37°. —De las incapacidades otorgadas por el sistema de teleconsulta institucional.

El Sistema de Teleconsulta Institucional está autorizado para otorgar incapacidades, las cuales se regirán por lo siguiente:

- a. El médico del centro teleconsultado consignará la nota médica en el formulario de contrarreferencia o en una hoja de evolución, en la cual indicará el diagnóstico, las fechas y los días de incapacidad que requiere el paciente.
- b. El médico del centro teleconsultante anotará en el expediente de salud del paciente el diagnóstico, las fechas y los días de incapacidad indicados por el médico del centro teleconsultado.

- c. Finalizada la teleconsulta el centro teleconsultado debe enviar la contra referencia al centro teleconsultante, por los medios establecidos, con la firma y el sello del médico teleconsultado, la cual deberá incorporarse al expediente clínico del paciente.
- d. Una vez recibido el documento anterior el médico teleconsultante confeccionará la boleta de incapacidad respectiva, por el total de días indicados, de acuerdo a lo que establece este Reglamento. Además la boleta de incapacidad llevará un sello indicando que es una teleconsulta.
- e. Toda incapacidad otorgada bajo esta modalidad deberá llevar autorización, en el reverso de la boleta de incapacidad, de la jefatura inmediata.

Artículo 38°. —De las incapacidades otorgadas en el servicio de urgencias.

Toda incapacidad otorgada en un servicio de urgencias, ya sea por un médico general o un médico especialista, debe ser anotada en la hoja de atención de urgencias por el médico que atiende al asegurado (a), de acuerdo a lo que establece el artículo 26° de este Reglamento. Dicha hoja debe incorporarse al expediente de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17° del Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS, en el caso de que el asegurado (a) activo (a) sea atendido en el servicio de urgencias de su Área de Adscripción.

En este servicio, las incapacidades se podrán otorgar hasta por tres (3) días, tanto a asegurados activos (as) adscritos (as) al centro, como de otras unidades, las cuales deben ser correctamente registradas en el documento que la Institución dispone para tal fin. En caso necesario, el asegurado (a) activo (a) podrá presentarse al centro médico de adscripción, con la respectiva referencia o contrarreferencia otorgada en el servicio de urgencias en el cual fue atendido, donde será valorado y de requerirlo, se le ampliará el período de incapacidad en la consulta de medicina general. En este servicio no se otorgan licencias de ninguna índole. En caso de que un asegurado (a) activo (a) requiera una nueva incapacidad en el servicio de urgencias donde fue atendido por la misma patología, ya sea consecutiva o dentro de un mes calendario, deberá ser autorizada por la jefatura inmediata.

En aquellos centros donde exista disponibilidad de consulta para empleados, a nivel institucional, el otorgamiento de incapacidades en el servicio de urgencias quedará sujeto a la falta de espacio en dichas consultas o a situaciones que pongan en riesgo la vida del trabajador y a lo estipulado en el artículo 40° de este Reglamento.

Artículo 39°.—De las incapacidades mayores de tres días en el servicio de urgencias.

Se exceptúan de la disposición anterior los casos de traumatología de ortopedia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, enfermedades infectocontagiosas, pacientes con heridas suturadas, pacientes que se encuentren en observación y pacientes que hayan consultado reiteradamente por una enfermedad no diagnosticada y que finalmente se detecte, en cuya situación la incapacidad se debe otorgar a partir del primer día registrado en el servicio de urgencias y hasta por un máximo de 10 días, excepto los casos de traumatología de ortopedia que se pueden otorgar por el período completo de recuperación. Además estos casos deben quedar debidamente justificados en la hoja de atención de urgencias, con la autorización de la jefatura inmediata y de acuerdo con lo establecido en el estándar de días de incapacidad por patología y debe de anotarse tanto en la hoja de atención de urgencias, como en el apartado de observaciones de la boleta de incapacidad, incluyendo firma y sello de quien da la autorización.

Artículo 40°.—De las incapacidades otorgadas a funcionarios institucionales en el mismo centro de trabajo.

Toda incapacidad otorgada en el servicio de urgencias o consulta externa a funcionarios institucionales que se encuentren laborando en el mismo centro, debe ser autorizada por la jefatura de dicho servicio o quien esté a cargo por delegación de la Dirección Médica y se debe ajustar a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 38° de este Reglamento. Se exceptúa de lo anterior las incapacidades otorgadas por los médicos de empleados institucionales, quienes deben acatar lo establecido en el artículo 36° de este Reglamento, en todos sus extremos.

Artículo 41°.—De los plazos en que se debe extender el “Aviso al Patrono”.

Según lo dispuesto en el inciso g) del artículo 81° del Código de Trabajo, el trabajador dispone de un plazo de 48 horas para justificar formalmente su ausencia laboral, mediante el documento “Aviso al Patrono” cuando se le otorgue una incapacidad.

Con el fin de que el trabajador presente a su patrono la respectiva justificación de ausencia laboral en el tiempo que legalmente se permite, el documento “Aviso al Patrono” debe ser extendido el mismo día en que al paciente se le otorga la incapacidad.

En aquellos casos en que se requiera la autorización de la jefatura inmediata, dicho “Aviso al Patrono” debe ser extendido en el término de veinticuatro (24) horas después de darse el otorgamiento de la incapacidad.

Se exceptúa de lo anterior, aquellas incapacidades que se otorgan al egreso hospitalario y las que requieran autorización de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, en cuyo caso la Dirección del Centro debe de otorgar una certificación en la que conste el internamiento o el trámite que requiere la incapacidad por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

CAPÍTULO V
De las incapacidades y licencias otorgadas en
diferentes niveles de atención

Artículo 42°.—De las responsabilidades en el otorgamiento de las licencias e incapacidades, de acuerdo al nivel de atención que refiere.

Le corresponde al nivel de atención donde un paciente es referido y atendido, según la complejidad de la patología, otorgar las incapacidades o licencias que éste pudiere requerir, a partir de la atención médica que se brinde efectivamente, siempre y cuando el plazo no supere los ciento ochenta (180) días. Si superado este plazo el asegurado activo no es valorado o atendido en la especialidad donde fue referido será la Jefatura de Consulta Externa de dicha especialidad la que asuma las incapacidades que el asegurado activo pudiera requerir hasta que sea atendido o valorado en la especialidad respectiva.

Previo a que sea atendido en el centro al que fue referido, el otorgamiento y pago de las incapacidades seguirá siendo responsabilidad del centro de adscripción que refirió; no obstante, una vez que sea atendido por el nivel al que se refiere, será la unidad que lo atiende la que asuma las nuevas incapacidades que pueda ameritar, siempre y cuando sea de la misma especialidad a la que fue referido.

Una unidad de 2° ó 3° nivel que esté atendiendo un paciente debe continuar extendiendo las incapacidades que amerite hasta su próxima cita o extender la incapacidad cuando no coincida la cita de control con la incapacidad otorgada en cita previa.

Un nivel superior no puede referir un asegurado (a) activo (a) a un nivel de atención inferior para que le completen las incapacidades que amerita, hasta que no se le dé de alta médica en dicho nivel. Tampoco puede referir al paciente para que lo continúen incapacitando en caso de ser rechazado por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez por no alcanzar el porcentaje mínimo para una pensión y deba continuar incapacitado por no poder laborar.

Artículo 43°.—De la responsabilidad del otorgamiento de incapacidad en caso de referencia con diagnósticos que no corresponden con la especialidad.

En el caso de que un paciente sea referido de un nivel de atención inferior a otro superior y que por su condición de salud esté incapacitado y se determina en el nivel superior que el diagnóstico por el cual fue referido no corresponde con la especialidad, el especialista que atiende al paciente lo remite a la jefatura de consulta externa de su centro, a fin de referir al paciente a la especialidad que él considera que corresponde.

Si dicha especialidad existe en ese centro, la jefatura de consulta externa continuará extendiendo las incapacidades, si así lo considera, hasta que sea atendido por el especialista y se le dé de alta.

Si la especialidad existe en el nivel del cual el paciente fue referido, la jefatura de consulta externa le extenderá una contrarreferencia y le incapacitará hasta por quince (15) días, concluido ese periodo, el nivel que lo envió asumirá la responsabilidad de extenderle las incapacidades que requiera hasta que sea atendido por el especialista en ese nivel.

Artículo 44°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de que un paciente pierda una cita en un nivel superior.

En casos de pacientes incapacitados que pierdan la cita asignada en el nivel superior deberán acudir al centro médico que los refirió para ser valorados nuevamente y en caso de requerir incapacidad y atención especializada, corresponderá al centro que lo envía otorgarle la incapacidad que requiera hasta que sea atendido en el nivel superior, según lo establecido en el artículo 42° de este Reglamento.

Artículo 45°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de que el nivel superior le cambie la cita de atención al paciente.

En caso de que el paciente tenga la cita asignada en el nivel superior y se le cambie su cita, será este nivel, por medio de la jefatura de consulta externa, el que asuma las incapacidades que el paciente pudiera requerir, hasta que sea atendido por el especialista respectivo en ese nivel.

Artículo 46°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de pacientes referidos a centros especializados.

En casos de pacientes referidos de un centro a otro centro, para recibir rehabilitación o algún tratamiento específico, el paciente y las incapacidades que amerite seguirán siendo responsabilidad del centro que refiere, hasta que el paciente sea dado de alta por el centro que refiere o que sea asumido por el centro al que es referido.

Artículo 47°.—Otorgamiento de incapacidades en caso de pacientes que estén en control en niveles superiores.

Todo paciente que esté en control en forma anual o periódica en niveles superiores y no está incapacitado, en caso de que presente una reagudización de su enfermedad, debe ser atendido en su Área de Adscripción y ser enviado de forma urgente al nivel donde está en control para su revaloración o adelanto de la cita. En caso de requerir incapacidad el I Nivel lo debe incapacitar hasta que sea atendido en el siguiente nivel o revalorado por éste, siempre y cuando el plazo no supere los noventa (90) días. Si superado este plazo el asegurado activo no es revalorado o atendido será la Jefatura de Consulta Externa de la especialidad donde fue referido la que asuma las incapacidades que el asegurado activo pudiera requerir hasta que sea atendido o revalorado por la especialidad respectiva.

Artículo 48°.—Otorgamiento de incapacidades en centros médicos pediátricos.

En casos excepcionales, como procedimientos realizados a adultos en centros médicos pediátricos, (adultos donadores de órganos a quienes se les ha realizado algún procedimiento médico quirúrgico y/o estudios angiográficos) donde no cuenten con la posibilidad de otorgar incapacidades, la misma será extendida en el Área de Adscripción del adulto, siguiendo la recomendación del médico que realizó el procedimiento médico-quirúrgico, mediante la referencia institucional. No está permitido enviar referencias de los servicios de pediatría, solicitando a medicina general que otorgue incapacidades a padres de niños enfermos internados o ambulatorios para su cuidado.

Artículo 49°.—De la continuación de incapacidades.

Cuando un (a) asegurado (a) que se encuentra incapacitado, acude a consulta y de acuerdo con el criterio del médico tratante, amerita ampliar el período de incapacidad, ésta podrá extenderse a partir del día de la atención, con el fin de completar los días de reposo recomendados.

CAPITULO VI
De las incapacidades prolongadas

Artículo 50°.—De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a 6 meses.

De acuerdo con lo indicado en el artículo 35° de este Reglamento, en aquellos casos en que un asegurado (a) activo (a) tenga más de ciento ochenta días (180) de incapacidad continua ó más de ciento ochenta días (6 meses) de incapacidad discontinua, en los últimos 12 (doce) meses calendario, incluyendo el último mes, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades debe solicitar e incorporar dentro de su análisis, el criterio del profesional en Ciencias Médicas a cargo, respecto de las posibilidades de recuperación que pueda tener el asegurado (a) activo (a) o el agotamiento de las posibilidades terapéuticas institucionales. El médico o médicos a cargo deben remitir en forma obligatoria el criterio solicitado a la Comisión Local en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles y con copia al expediente clínico del asegurado (a).

Artículo 51°.—De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a 12 meses.

Los casos en que los períodos de incapacidad continuas o discontinuas superen trescientos sesenta y cinco (365) días, dentro de un período de dos años, incluida la nueva incapacidad, deben ser analizados por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, con el fin de ratificar su procedencia y evaluar al asegurado (a) activo (a) bajo criterios médico- administrativos, incluyendo el criterio del médico o médicos a cargo, por solicitud de la Comisión. El médico o médicos a cargo deben remitir en forma obligatoria el criterio solicitado a la Comisión Local en un plazo no mayor a

ocho (8) días hábiles y con copia al expediente clínico del asegurado (a). Lo anterior sin perjuicio de que a criterio de dicha Comisión se considere de que el asegurado deba ser valorado en un plazo menor.

Como parte del análisis que deben hacer las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades de pacientes con incapacidades prolongadas, los servicios donde se atiende a estos pacientes deberán valorarlos en sesiones clínicas, con la presencia del paciente, lo cual quedará constando en el expediente clínico del paciente y en el libro de actas de tales sesiones clínicas, para que, mediante nuevo criterio técnico-médico sobre la condición del paciente, determinen si el mismo amerita continuar incapacitado, si requiere reubicación, si puede reintegrarse a sus funciones habituales, readaptación de puesto o si no es apto para laborar de manera permanente, o si se determina la persistencia de un estado incapacitante, con escasas posibilidades de reincorporación al trabajo y que se haya verificado el agotamiento de las posibilidades terapéuticas institucionales, caso en el cual deberá ser referido a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, previa conformación del expediente administrativo, por lo cual el paciente está obligado a acudir a dicha valoración en el plazo establecido, como parte de los servicios de salud que brinda la Institución.

En el caso de que producto de la valoración en la sesión clínica se determine que el paciente puede reintegrarse a sus labores habituales y se le dé de alta de la patología por la cual se le ha incapacitado prolongadamente, se le entregará una contrarreferencia al paciente para el nivel que lo refirió para que continúen su control habitual. De lo anterior se deberá comunicar a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para el control y seguimiento respectivo.

En caso de que el paciente presente otro problema de salud, diferente por el cual fue referido o un cuadro agudo relacionado con la patología por la cual fue dado de alta en los niveles especializados, deberá el Nivel dónde el paciente es atendido usualmente otorgarle la incapacidad si el paciente la requiere, siempre y cuando se tenga presente la contrarreferencia enviada.

Si el paciente ya fue estudiado y analizado en una sesión clínica en el nivel especializado y se determina que no tiene una condición para que continúe incapacitado y es dado de alta de esa patología, lo cual se anotará en la contrarreferencia, salvo situaciones excepcionales y nuevas, no debe ser referido de nuevo por el mismo problema al nivel especializado, para que le otorguen más incapacidades.

Artículo 52°—De las referencias a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez.

Si la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, producto del análisis que realiza a los casos que presentan incapacidades continuas mayores a trescientos sesenta y cinco (365) días, o aquellas que en un plazo menor, se determina la persistencia de un estado incapacitante, con escasas posibilidades de reincorporación al trabajo y que se haya verificado el agotamiento de las posibilidades terapéuticas institucionales, sin dejar desprotegido al asegurado (a) activo (a) y actuando conforme a las condiciones médicas establecidas, debe referir al asegurado (a) activo (a) a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, previa verificación de que éste cumple con el requisito, según lo establecido en el artículo 6° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Se establece la obligatoriedad del paciente para presentarse a ser valorado por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez dentro del plazo establecido, a fin iniciar el procedimiento administrativo respectivo dentro del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. En el tanto se determine la procedencia o no del otorgamiento de la pensión por el Régimen mencionado, el paciente continuará con su incapacidad. En caso de que el trámite de pensión por invalidez sea rechazado el paciente deberá continuar incapacitado, si existe criterio médico para ello, sin menoscabo de los trámites administrativos de apelación que el paciente pueda realizar.

De todo lo actuado se confeccionará un expediente administrativo que debe contener una nota de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, el protocolo respectivo debidamente lleno, copia del criterio del médico (s) a cargo, copia de verificación del derecho administrativo y se le entregará copia al paciente para que lo presente a la Sucursal respectiva.

Si el asegurado (a) activo (a) ha consolidado el derecho a pensión por vejez, lo pertinente es referirlo para que presente la solicitud correspondiente, toda vez que el caso objeto de estudio se defina como patología no recuperable que impide la reincorporación al trabajo.

El derecho a algunos de los beneficios indicados descalifica la continuidad de las incapacidades. No obstante, el derecho al disfrute de la pensión rige de acuerdo a lo establecido en el inciso c) del artículo 19° del reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.

En aquellos casos que producto de la atención médica o del análisis realizado se determine que existe un accidente laboral o una enfermedad laboral se regirá por lo establecido en el capítulo XI de este Reglamento.

CAPITULO VII

De las incapacidades en internamientos prolongados

Artículo 53°. —De las incapacidades en internamientos mayores de 15 días.

En caso de internamientos menores de quince (15) días naturales la incapacidad se extenderá al momento de egreso del paciente, con vigencia desde de la fecha de ingreso y cubrirá todo el período que el paciente requiera para la recuperación de su salud.

Tratándose de internamientos prolongados de quince (15) días naturales en adelante, en centros médicos de la Institución, las incapacidades serán otorgadas cada quince días por el profesional en Ciencias Médicas que esté a cargo del paciente, siguiendo lo establecido en el artículo 26° de este Reglamento.

La Oficina de Incapacidades tramitará la incapacidad y llevara un registro de los días de cada incapacidad otorgada, de tal forma que al egreso del paciente pueda informar al Servicio donde está internado el asegurado (a) activo (a) de los días de incapacidad que requiere para completar todo el período de internamiento y recuperación posterior.

En caso de que el paciente lo requiera, la Dirección Médica del Centro debe extender una certificación de la condición de internamiento del asegurado (a) activo (a) a un tercero con una autorización respectiva, para lo que corresponda.

Artículo 54°.—Del otorgamiento de incapacidades en caso de fallecimiento del asegurado activo (a) hospitalizado.

En caso de fallecimiento de un asegurado (a) activo (a) durante su período de hospitalización, la incapacidad se debe de otorgar desde su ingreso o del período al que tenga derecho según el artículo anterior y hasta el día de su muerte. Una vez fallecido, el asegurado no tiene derecho al pago de subsidio.

CAPITULO VIII
De las licencias por maternidad

Artículo 55°.—De las licencias por maternidad.

En caso de maternidad, a toda asegurada activa, se le extenderá una licencia por cuatro meses, en un solo documento, que incluye el pre y el posparto, conforme se establece en el artículo 95° del Código de Trabajo, en las leyes generales y especiales aplicables, tanto a nivel institucional como en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa.

Artículo 56°.—De la licencia por maternidad después del parto.

Cuando la licencia por maternidad se emita después del parto y posterior a la semana 37 de embarazo, se hará por tres meses a partir del nacimiento, salvo normas legales que dispongan plazos menores.

En las complicaciones del embarazo debe protegerse a la madre con incapacidad de acuerdo con el criterio médico y estarse a lo contenido en la tabla de días, indicada en el artículo 29° de este Reglamento.

Artículo 57°.—De la licencia por maternidad en parto prematuro no viable.

Tratándose de parto prematuro con producto nacido muerto, cuando la gestación haya alcanzado las veinte semanas y sin sobrepasar las treinta y cinco (35) semanas y seis días (6), el período de licencia será equivalente a la mitad del período posparto de la licencia por maternidad, (45 días).

Los casos de abortos no intencionales con menos de veinte (20) semanas de gestación se manejarán como complicaciones del embarazo y serán consideradas dentro de los riesgos de enfermedad y se otorgará una incapacidad de acuerdo con criterio médico.

Artículo 58°.—De la licencia por maternidad en partos prematuros nacidos vivos.

En caso de partos prematuros nacidos vivos, con períodos de gestación mayores a las veinte (20) semanas y menores o igual a las treinta y seis semanas (36) y seis días, la licencia se extenderá por el período completo de cuatro meses (4).

Artículo 59°.—De la licencia por maternidad en casos de muerte del neonato dentro del período de licencia.

En aquellos casos que el neonato fallezca dentro del período de la licencia otorgada, ésta se mantendrá por el período completo de cuatro meses (4).

Artículo 60°.—De la licencia por maternidad por partos múltiples.

En aquellos casos de partos múltiples se extenderá un mes adicional de licencia por maternidad, por cada producto vivo adicional, una vez finalizado el período establecido de pre y posparto.

Esta licencia adicional se extenderá en forma mensual, de acuerdo con el número de productos vivos constatados cada vez que se otorgue.

Artículo 61°. —De la licencia por maternidad en caso de óbito fetal.

Si el ser procreado naciere sin vida y el período de gestación es mayor a las treinta y seis (36) semanas la licencia se otorgará por el período completo.

Artículo 62°. —De la licencia por maternidad en casos de adopción.

La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor deberá otorgarse por tres (3) meses contados a partir del día inmediato posterior a la fecha de entrega del menor a la madre, de acuerdo con los términos del artículo 95 del Código de Trabajo.

En estos casos, cuando el niño (a) por su edad esté en período de amamantamiento, previo dictamen médico de que existe lactancia efectiva, deberá extenderse el respectivo permiso de lactancia en las mismas condiciones que la madre biológica. En caso de adopciones múltiples aplicará lo estipulado en el artículo 60° de este Reglamento.

CAPITULO IX

De las licencias para los responsables de pacientes en fase terminal

Artículo 63°. —De la licencia para los responsables de pacientes en Fase Terminal.

En caso de que un asegurado asalariado (a) familiar o no del enfermo, solicite el beneficio de la licencia por cuidado de paciente en fase terminal se debe proceder de acuerdo con lo que establece la Ley 7756 y sus reformas, y el Instructivo Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal.

Artículo 64° —De la solicitud, trámite y aprobación de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.

De conformidad con lo que establece el artículo 4° del *Instructivo Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal*, el enfermo o la persona encargada, con base en el dictamen del médico tratante que determina la fase terminal, presentan la solicitud de licencia ante la Dirección Médica del Centro de adscripción del enfermo.

Tratándose de enfermos con egreso de un centro hospitalario, la Dirección Médica de dicho centro hará constar su criterio en cuanto al padecimiento y expectativa de vida.

El análisis y la autorización de la licencia estarán a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del lugar de adscripción del paciente.

Artículo 65°.—Del otorgamiento de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.

Con base en la autorización citada en el artículo anterior, la Dirección Médica correspondiente, conforme el lugar de adscripción del asegurado (a) activo (a), responsable designado, ordena la emisión de la constancia de licencia de paciente en fase terminal.

Artículo 66°.—De los plazos y condiciones de las licencias por fase terminal.

Las constancias de licencia, se emiten por periodos de 30 días, hasta el fallecimiento del paciente. Para tal efecto, se utilizará el formulario “Constancia de Incapacidad y Licencia”, en el cual debe señalarse claramente los siguientes datos:

- Leyenda “FASE TERMINAL”
- Código de diagnóstico Z76.3 “persona sana que acompaña al enfermo”
- Tipo de licencia: Fase terminal.
- Sello: Toda boleta de incapacidad y boleta de aviso al patrono deberá llevar un sello con la leyenda: Fase terminal.

En caso de que el paciente fallezca antes de finalizar el período de 30 días de licencia, la misma se suspenderá tres (3) días posteriores al fallecimiento.

Artículo 67°.—De la suspensión de las licencias por fase terminal.

La Dirección del centro médico que autoriza una licencia, puede suspenderla cuando se den algunas de las siguientes situaciones:

- a) Cuando se determine alguna anomalía en el otorgamiento de la licencia o que el responsable no cumpla con las obligaciones encomendadas.
- b) A solicitud del paciente o de la persona encargada en caso de menores, o por considerar que el enfermo no recibe el cuidado que necesita.
- c) Por lo señalado en el párrafo 4° del artículo 14° de este Reglamento.
- d) A solicitud del médico tratante, en razón del estado del paciente cuando se compruebe que el responsable no cumple adecuadamente con su compromiso de cuidarlo.
- e) Incumplimiento del artículo 9° del Instructivo: Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal.
- f) Fallecimiento del enfermo.
- g) Internamientos mayores de 15 días del paciente en los hospitales institucionales en el caso de que el asegurado activo responsable designado no continúe con el cuidado del paciente durante el internamiento.
- h) Cuando el paciente se interne en centros hospitalarios y por orden médica o lugar de internamiento el paciente debe permanecer aislado.

La Dirección Médica del centro deberá llevar un expediente administrativo para cada caso autorizado, con todos los requisitos estipulados en el Instructivo: Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal.

CAPITULO X

Licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa

Artículo 68°. —De las licencias e incapacidades otorgadas por los médicos de empresa.

Los médicos de empresa autorizados por la Caja como tales, podrán otorgar incapacidades, por enfermedad común, hasta por cinco días dentro del plazo de treinta días naturales, en el formulario de otorgamiento de incapacidades de la CCSS, siempre y cuando se ajusten a lo establecido en el documento de estandarización de días de incapacidad por patología, y demás normativa establecida en este Reglamento y normativa conexas, únicamente en la empresa en la cual el talonario está registrado para su uso, caso contrario la incapacidad no se tramitará.

De requerirse incapacidad que supere los cinco (5) días en el plazo indicado u otra incapacidad, ya sea por la misma patología u otra nueva, el asegurado (a) activo (a) debe ser valorado por el médico de la Caja, para lo cual debe ser referido al centro médico de adscripción del trabajador (a), con el formulario de referencia institucional.

Artículo 69°. Del traslado de las boletas de licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.

La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo del trabajador (a) para su registro, debidamente llena y en sobre cerrado, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a su otorgamiento. Además se le debe de entregar a los trabajadores las dos boletas blancas, debidamente llenas, para su presentación al patrono. Para mejorar los controles a nivel institucional se establece que en toda boleta de incapacidad se anote el código 640 en el espacio de servicio.

Artículo 70°.—De las licencias por maternidad otorgadas por medicina de empresa.

Los médicos de empresa quedan autorizados para emitir licencias por maternidad, de acuerdo a lo que estipula el artículo 55° de este reglamento.

Artículo 71°.—Del control de las licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.

Es responsabilidad de la Dirección Médica de los centros que tramitan licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa, establecer los controles necesarios sobre el otorgamiento y registro de las mismas.

CAPITULO XI

De los riesgos no cubiertos por la Caja

Artículo 72°. —De los riesgos no cubiertos por la Caja.

La posibilidad del otorgamiento y pago de las incapacidades por riesgos no cubiertos por los seguros que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (Riesgos Excluidos), de conformidad con lo que establece el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, se regirá por las disposiciones contenidas en los siguientes artículos.

Artículo 73°.—Del pago de subsidios en casos cubiertos por la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).

En los casos de asegurados activos atendidos bajo la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, a quienes se les haya emitido una recomendación de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología, en los formularios oficiales de los colegios profesionales y a los efectos de lo que establece el artículo 67° de la Ley de Tránsito, se deberá seguir el siguiente trámite para el registro y pago de incapacidades con cargo al Seguro de Salud:

- a) El asegurado (a) activo (a) de la Caja que haya sufrido un accidente de tránsito y que hubiere recibido una recomendación de incapacidad como parte de las prestaciones otorgadas por su aseguradora y bajo la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, contará con cinco días hábiles, contados a partir del siguiente a la fecha en la que se emitió la recomendación, para gestionar la misma ante la Dirección Médica de su lugar de adscripción, en forma personal o por medio de un tercero debidamente autorizado. Para demandar el pago de la incapacidad una vez otorgada, el asegurado deberá acreditar su condición de asegurado(a) activo(a) de la Caja, de conformidad a lo establecido en el artículo 74 de Reglamento del Seguro de Salud.

- b) La recomendación de días de incapacidad debe ser avalada por la Dirección Médica del Centro o la autoridad que ésta delegue e ingresada al Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades, cumpliendo con lo que regula el artículo 24° de este Reglamento y demás normativa establecida, ello en los formularios institucionales para el otorgamiento de incapacidades, lo cual deberá quedar anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a).
- c) La Dirección Médica del Centro o la autoridad que ésta delegue deberá verificar que los días de incapacidad recomendados se ajusten al estándar de días de incapacidad por patología establecido por la Gerencia Médica. En caso de que los días recomendados sobrepasen o superen lo que institucionalmente se ha establecido como precedente, prevalecerá el otorgamiento de los días de incapacidad de acuerdo con lo establecido institucionalmente.
- d) Si la recomendación se presentare vencido el plazo de los cinco días hábiles pero antes de que transcurran diez días hábiles, y en el tanto la misma esté acompañada de una justificación razonable y razonada, la Dirección Médica la remitirá a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para su análisis y posterior admisión, modificación o denegatoria.
- e) La Comisión Local Evaluadora de Incapacidades podrá citar al paciente para una revaloración, en caso de estimarlo necesario, ya sea por duda diagnóstica o cantidad de días recomendados. En caso de que producto de la revaloración se estime que los días recomendados o el diagnóstico no corresponde con la situación clínica del paciente, se procederá a la modificación de los días de incapacidad recomendados, mediante un nuevo acto médico.
- f) La modificación o denegatoria de los días de incapacidad recomendados debe ser consignada mediante acto administrativo en el expediente de salud del asegurado (a) activo (a), y formalmente comunicada al asegurado(a), sin menoscabo, del derecho que le asiste a este último, recurrir el acto administrativo ante la autoridad correspondiente. La notificación de dicho acto a la aseguradora será responsabilidad de la Dirección Médica del centro, y se comunicará a la dirección electrónica que la aseguradora estará obligada a suministrar a la Caja para la recepción de toda comunicación que en este aspecto sea necesario remitirle institucionalmente.

Artículo 74°.—Del pago de subsidios en casos en los que se ha agotado la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).

Cuando se haya agotado la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA), el asegurado podrá ser atendido e incapacitado, en caso necesario, en la Caja, siempre y cuando sea un asegurado (a) activo (a) y cumpla con los requisitos reglamentarios para acceder a dicho beneficio, de acuerdo a lo estipulado en este Reglamento.

Cuando un asegurado activo de la Caja, que ha venido recibiendo atención bajo la cobertura del SOA demande la prestación de servicios médicos institucionales para que se le otorgue una incapacidad, deberá presentar el documento médico de traslado (referencia médica o epicrisis) y el documento que compruebe el agotamiento de la cobertura de la póliza, ante los servicios especializados que le correspondan, de acuerdo a la Red de Servicios de Salud de su Lugar de Adscripción; documentos que debe gestionar el interesado (a) ante su aseguradora, de acuerdo con lo que establecen los artículos 66°, 69° y 71° de la Ley de Tránsito y lo establecido en los artículos 32° del Reglamento del Seguro de Salud y 21° del Instructivo Pago de Prestaciones en Dinero.

En caso de que la cita para ser valorado por los servicios institucionales especializados no coincida con la fecha de la continuidad de la incapacidad que el paciente ha venido presentando, la misma deberá ser otorgada por la jefatura correspondiente, mientras el paciente es atendido y valorado.

Artículo 75°.—Del trámite establecido en el artículo 68 de la Ley de Tránsito para el pago de subsidios.

En el caso de un asegurado activo de la Caja, que sufrió un accidente de tránsito, que demande la atención de los servicios institucionales y no aporte documento de traslado de la aseguradora, podrá ser incapacitado, en caso necesario y según criterio médico, en la Caja, siempre y cuando aporte el documento que demuestre haber cumplido con la obligación contenida en el artículo 68°, inciso a), de la Ley de Tránsito, documento que deberá presentar ante el servicio donde fue atendido inicialmente para que se le extienda la incapacidad respectiva, a partir de la fecha de atención inicial. El asegurado activo tendrá un plazo perentorio de sesenta (60) días naturales para presentar este documento al Servicio institucional donde fue atendido inicialmente para el trámite de la incapacidad. Dicho documento también podrá ser presentado por un tercero, en caso de que el asegurado activo tenga una imposibilidad física de realizarlo.

Artículo 76°.—De los riesgos del trabajo.

El otorgamiento y pago de las incapacidades por riesgos del trabajo (accidentes y enfermedades del trabajo), queda expresamente excluido de este Reglamento por ser responsabilidad de las aseguradoras que comercialicen dicho seguro. Corresponde al médico ya sea institucional o de medicina de empresa determinar si la enfermedad o accidente que presenta un asegurado(a) activo(a) es debido a un riesgo de trabajo y referirlo bajo estos términos, a la aseguradora.

En orden a lo que establece el artículo 195° de del Código de Trabajo, tampoco es procedente la extensión de incapacidades cuando se trate de la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes o enfermedades.

Lo dispuesto en los párrafos anteriores tiene como única excepción lo que al respecto se dispone en el artículo 77° de este Reglamento.

Artículo 77°.—De la atención de emergencias por riesgos del trabajo.

Cuando los profesionales en Medicina y Odontología de la Institución identifiquen la etiología de un caso como atribuible a un riesgo de trabajo, se otorgará la atención de emergencia requerida, de acuerdo a los protocolos establecidos institucionalmente, emitiendo de inmediato la referencia a los servicios médicos de la aseguradora de que se trate, e indicando los días de reposo recomendados, en caso que lo amerite. La incapacidad que pudiere ser necesaria a partir de la ocurrencia del riesgo de trabajo no corresponde a la Caja extenderla.

El centro médico adoptará las medidas internas necesarias para garantizar que el detalle de las atenciones brindadas, así como copia de la referencia emitida, sea hecha del conocimiento de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a efecto de que ésta pueda realizar de forma oportuna la facturación correspondiente por los costos incurridos en la atención médica otorgada al paciente por parte de la Caja, ya sea a la aseguradora en caso de que se hubiere aportado el respectivo aviso de accidente por parte del patrono o en caso contrario directamente al patrono responsable, esto último conforme lo dispone el artículo 232° del Código de Trabajo.

El asegurado (a) activo (a) queda obligado a acudir a los servicios médicos de la aseguradora con la que su patrono tenga suscrita la respectiva póliza de Riesgos del Trabajo, al siguiente día hábil de aquel en que recibió la atención médica por parte de la Caja.

En aquellos casos en que el trabajador requiera demostrar la ausencia ante su patrono, en donde opere un lapso de días recomendados de reposo que coincida con días feriados o no hábiles, en los cuales la aseguradora no esté laborando, el centro médico emitirá referencia que indique el número de días de reposo recomendados por el médico tratante de la Caja que coincidan con ese período como justificante para el patrono.

Artículo 78°.—De los riesgos del trabajo calificados por la aseguradora como no amparados.

El usuario que haya sido referido por una unidad de la Caja a una aseguradora, sea esta pública (INS) o privada, en razón de haberse determinado por un médico que se estaba en presencia de un riesgo del trabajo, y sea devuelto por alegar la aseguradora que se trata de una atención por enfermedad común que la Caja debe brindar, a su reingreso deberá aportar el documento emitido por la aseguradora indicando las razones técnico – médicas que fundan el rechazo del caso.

El documento aportado por el usuario deberá adjuntarse al formulario de “Atención de Urgencias – Emergencias” (Hoja de Puerta) o Expediente de Salud, para que el médico a cargo, preferiblemente un especialista en la materia o un médico general, proceda con la valoración correspondiente, emitiendo una nota médica en la hoja de evolución, clara y legible, en la que quede plasmado el historial médico del paciente y concomitantemente el diagnóstico.

Si el médico mantiene el criterio de que se trata de un riesgo del trabajo, según se había indicado en la referencia original, dejará constancia de ello en el formulario de “Atención de Urgencias – Emergencias” o en la hoja de evolución o Expediente de Salud. En caso de que la referencia original hubiese sido suscrita por un especialista y al momento del reingreso no se contare con uno en el servicio, el médico general a cargo podrá consultar, se así lo estimare, con el Jefe de Servicio, a efecto de determinar si se mantiene o no el criterio emitido originalmente.

Si se determinare que lo argumentado por la aseguradora es de recibo y en consecuencia se está en presencia no de un riesgo del trabajo sino de una enfermedad común, se continuará brindando atención al paciente, tal y como se hace con cualquier paciente que habiendo sufrido un riesgo cubierto por los Seguros Sociales que administra la Caja, demanda se le brinden atenciones.

Si se reafirmare que se está en presencia de un riesgo del trabajo, así se hará ver al paciente, a quién se le indicará además que en caso de requerir atenciones médicas están le serán brindadas, sin menoscabo de las acciones administrativas y judiciales que él como lesionado tiene la posibilidad de desplegar en relación tanto con su patrono como con la aseguradora.

En este supuesto es responsabilidad del Centro de Salud realizar las coordinaciones correspondientes a lo interno para garantizar que toda atención que se brinde a ese paciente asociadas con la etiología atribuible al riesgo del trabajo, sean oportunamente facturadas por parte de la unidad Validación y Facturación de Servicios Médicos, con el fin de que se recuperen los costos en los que se hubiere incurrido, y en caso de que el asunto llegue a las instancias jurisdiccionales pueda el centro de salud sostener su criterio en cuanto que se está en presencia de un riesgo del trabajo.

Artículo 79°:—De otros riesgos excluidos

Las disposiciones contenidas en el presente capítulo serán de aplicación en lo que resultaren compatibles y autorizarán el eventual otorgamiento, a criterio médico, de incapacidades, en todos

aquellos casos en los que a través de los canales de comunicación institucionales, se haya informado a los centros de salud de la existencia de actividades que para su desarrollo el ordenamiento jurídico obliga a contar con una póliza que cubra gastos médicos y prestaciones en dinero hasta la reinserción del lesionado a la vida laboral.

Se autoriza a la Gerencia Médica y a la Gerencia Financiera para que de forma conjunta y basadas en los dictámenes técnicos respectivos, emitan circulares que complementen para actividades concretas las disposiciones establecidas en el presente capítulo.

CAPITULO XII

De las recomendaciones de incapacidad por Terceros

Artículo 80°.—De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.

Las recomendaciones de incapacidad por Terceros son aquellas que provienen de Médicos y Odontólogos Privados Nacionales, del Sistema de Medicina Mixta, del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, de profesionales médicos de aseguradoras nacionales y de profesionales médicos del exterior.

Artículo 81°.—De las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

En los casos de personas atendidas por profesionales Médicos y Odontólogos Privados Nacionales, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, a quienes se les haya emitido una recomendación de incapacidad se registrará por lo siguiente:

- a) Toda recomendación de licencia o incapacidad otorgada por Médicos y Odontólogos autorizados que laboran en Medicina Mixta, Servicios Médicos Privados Nacionales o Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, debe ser emitida en los formularios oficiales, establecidos por los colegios profesionales de médicos y odontólogos, en presencia del paciente y en el lugar donde el médico preste sus servicios.
- b) Todo formulario emitido por profesionales del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, los profesionales en Medicina y Odontología privados o del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, con referencia a días de reposo como parte del tratamiento de un asegurado (a) activo (a), tendrá carácter de recomendación para la Caja y deberá ser otorgado en la misma fecha en que el paciente es atendido.
- c) En el caso de las recomendaciones de incapacidad de la consulta externa de los profesionales en Medicina y Odontología que laboran en forma privada o en el Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, solo podrán otorgarse incapacidades por un máximo de tres días. Los asegurados (as) activos (as) que por su condición de salud, requieran un número mayor de días de incapacidad deben acudir a su centro de adscripción, a efecto de que sean valorados en el servicio de medicina general y se otorgue la incapacidad por los días que requiera y de ser necesario se refiera al paciente al nivel correspondiente. En casos excepcionales que por la condición del paciente requiera reposo absoluto durante más de tres días se incluirá en la agenda institucional y se le otorgará la incapacidad según lo establecido en el artículo 30° de este Reglamento. De lo anterior se exceptúa lo establecido en el capítulo XIII de este Reglamento, relacionado con los internamientos en centros médicos privados y las recomendaciones de incapacidad

provenientes de Profesionales en Medicina y Odontología del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

- d) En casos excepcionales, dependiendo de la condición de salud del paciente y a solicitud del médico de adscripción, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades podrá autorizar un período mayor a los tres días antes mencionados, para lo cual el paciente debe ser valorado por el médico, debe incluirse en la agenda institucional y debe ser atendido con el expediente clínico.

Artículo 82°.—Del trámite de las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

En los casos de personas atendidas por profesionales en Ciencias Médicas Privados Nacionales, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, a quienes se les haya emitido una recomendación de incapacidad deberá seguir el siguiente trámite para el registro y pago de incapacidades con cargo al Seguro de Salud:

- a) El asegurado (a) activo (a) de la Caja que haya recibido una recomendación de incapacidad por Médicos y Odontólogos Privados, del Sistema de Medicina Mixta, contará con un (1) día hábil, contados a partir del siguiente a la fecha en la que se emitió la recomendación, para gestionar la misma ante la Dirección Médica de su Área de Adscripción, en forma personal o por medio de un tercero debidamente autorizado.
- b) En casos excepcionales si la presentación de la documentación se realiza posterior al día hábil de expedida, plazo que no podrá ser mayor a tres (3) días hábiles, la admisión, modificación o denegatoria del período recomendado, queda sujeta a la justificación que presente el interesado, la cual debe estar acorde con la patología del caso. En casos muy calificados la Dirección del Centro podrá remitir a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para su admisión, modificación o denegatoria, recomendaciones de incapacidad presentadas en plazos mayores a los tres (3) días hábiles pero que no superen los cinco (5) días hábiles, quedando dicho acto sujeto a la justificación que presente el interesado, incluyendo prueba fehaciente de la imposibilidad para presentarse en el plazo estipulado en el inciso a) de este artículo. Además debe quedar registrado en el expediente de salud del asegurado (a). En ningún caso se analizarán y tramitarán recomendaciones de incapacidad que superen el plazo de cinco (5) días hábiles.
- c) La recomendación de días de incapacidad debe ser avalada por la Dirección Médica del Centro o la autoridad que ésta delegue e ingresada al Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades, cumpliendo con lo que regula los artículos 24°, 26° y 27° de este Reglamento y demás normativa establecida.
- d) La Dirección Médica del Centro, o la autoridad que ésta delegue, deberá verificar que los días de incapacidad recomendados se ajusten al estándar de días de incapacidad por patología establecida por la Gerencia Médica y, tratándose de recomendaciones de incapacidad que provengan de la consulta externa privada, que no superen lo establecido en el inciso c) del artículo 81° de este Reglamento. La Dirección Médica o la autoridad que ésta delegue queda facultada para remitir el caso a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para la aplicación de lo establecido en el artículo 83° de este Reglamento.

- e) En el caso de las incapacidades extendidas a pacientes que presenten una recomendación de un centro debidamente autorizado por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia se registrará por lo siguiente:
- 1) Todo paciente que se presente a su unidad de adscripción con una recomendación de incapacidad extendida por médicos autorizados por el IAFA deberá verificarse en el RCPI para constatar que no tiene otra incapacidad en curso.
 - 2) En aquellos sitios que tengan acceso, la Oficina de Validación de Derechos deberá verificar que el paciente se encuentre en planilla y al día.
 - 3) En caso de trabajador (a) independiente deberá corroborarse su cotización en el período de la retroactividad, por medio del correspondiente comprobante de pago. Además será necesario que el trabajador (a) aporte una certificación de su patrono, en el que se acredite su condición de trabajador (a) activo (a).
 - 4) En acatamiento de lo dispuesto en el inciso a) del artículo 81° de este Reglamento, las recomendaciones de incapacidades del IAFA solo se aceptarán las que vengan emitidas en el formulario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
 - 5) La certificación mencionada anteriormente se deberá de acompañar de una epicrisis certificada por el médico autorizado del IAFA, quien deberá ser el mismo que firma la solicitud de incapacidad. Dicha epicrisis deberá tener un número de oficio o consecutivo y quedará archivada en el expediente clínico del paciente en el Área de Adscripción.
 - 6) La Caja Costarricense de Seguro Social solo aceptará recomendaciones de incapacidad de centros que estén autorizados por el IAFA, que además tengan definidos los plazos para los planes de recuperación y que sean producto de internamientos en centros autorizados por el IAFA.
 - 7) Las recomendaciones de incapacidades certificadas por los médicos autorizados del IAFA no podrán exceder los días establecidos en los programas de recuperación de los diferentes centros.
 - 8) En caso de las recomendaciones de incapacidad provenientes del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia o centros autorizados por éste contarán con tres (3) días hábiles contados a partir del siguiente a la fecha en la que se emitió la recomendación, para gestionar la misma ante la Dirección Médica de su Área de Adscripción, en forma personal y excepcionalmente por medio de un tercero debidamente autorizado y con una justificación emitida por el médico del centro del por qué el paciente no puede presentarse a tramitar su incapacidad.
 - 9) Las recomendaciones de incapacidades que emitan los médicos de centros autorizados por el IAFA deberán solicitarse cada 30 días en aquellos centros que superen este período de recuperación, en forma retroactiva y según lo establecido en el inciso 8) de este artículo. También podrán hacerse por períodos más cortos, si así lo solicita el médico a cargo.
 - 10) Estas recomendaciones de incapacidades no requieren de ninguna certificación o sello del IAFA ya que se manejarán como recomendaciones de centros privados y emitidas por centros privados.

Artículo 83°.—De la admisión, modificación o denegatoria de las recomendaciones de incapacidad.

La Comisión Local Evaluadora de Incapacidades puede citar al paciente para una revaloración, en caso de estimarlo necesario, ya sea por duda diagnóstica, cantidad de días recomendados o más de dos recomendaciones continuas de un mismo médico u odontólogo o también por alguno de los supuestos del artículo 17° de este Reglamento. Si producto de la revaloración del paciente se estime que los días otorgados o el diagnóstico no corresponden con la situación clínica del paciente y

según lo estipulado en el artículo 36° de este Reglamento, se procederá a la modificación de los días de incapacidad recomendados, mediante un nuevo acto médico, el cual debe quedar debidamente anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a).

Artículo 84°.—Del control de las recomendaciones de incapacidad extendidas por terceros.

Las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades deben llevar un control de la cantidad de días recomendados, los días otorgados, según patología y profesional que hace la recomendación.

CAPITULO XIII

De las incapacidades retroactivas y prospectivas.

Artículo 85°.—Del otorgamiento de las incapacidades retroactivas

Excepcionalmente de requerir el paciente días de incapacidad anteriores a la fecha de atención (retroactividad), se podrán otorgar en los servicios de urgencias y consulta externa, hasta por un plazo máximo de tres días naturales inmediatos anteriores a la fecha de atención, con la autorización de la jefatura inmediata del centro médico del que forma parte el profesional en Medicina u Odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud o en la hoja de atención de urgencias.

En caso de un trabajador (a) independiente deberá corroborarse su cotización en el período de la retroactividad, por medio del correspondiente comprobante de pago.

También se podrán otorgar incapacidades retroactivas en aquellos casos en que el paciente haya sido atendido en servicios institucionales en días continuos y no habiéndosele otorgado la incapacidad respectiva se demuestre que el paciente estaba imposibilitado para laborar por su condición de salud y lo anterior haya quedado anotado en el expediente clínico del asegurado activo. En tales casos la incapacidad se otorgará a partir del primer día en que fue atendido. Lo anterior también aplica para pacientes que permanecen en los servicios de urgencias por más de tres días y que no se hayan internado.

Quedan excluidos de la aplicación de este supuesto los casos contemplados en el artículo 74° de este Reglamento, mismos que se regirán por las disposiciones ahí contenidas. Tampoco está permitido otorgar incapacidades retroactivas en el caso de que a un paciente se le termine su incapacidad antes de la siguiente cita, para lo cual la jefatura del servicio donde el paciente es atendido deberá otorgarle los días de incapacidad, en caso de requerirlo, hasta que sea atendido.

Artículo 86°.—De los casos excepcionales de otorgamiento de incapacidades retroactivas

En casos en que un asegurado activo requiera más de tres días de incapacidad retroactiva y que no esté dentro de los párrafos antes mencionados, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, en conjunto con la Comisión Local de Salud Mental, deberán certificar que el asegurado activo no estaba en condiciones físicas, mentales y familiares para laborar ni para acudir a los servicios de salud, mediante los estudios establecidos a nivel institucional y que no cuenta con redes de apoyo primarias ni secundarias que le permitieran acceder a dichos servicios, para ser evaluado médicamente. Dicha certificación deberá ser refrendada por la Dirección Médica del Centro de Adscripción del asegurado activo y, en conjunto con toda la documentación que se recabe, ser enviada formalmente a la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, para su análisis y posterior denegación o aprobación de la solicitud del otorgamiento de la incapacidad retroactiva, en un plazo no mayor a los quince días hábiles a partir del momento en que el asegurado activo es atendido en los servicios médicos institucionales. En aquellos centros que no cuenten aún con la

Comisión Local de Salud Mental, dicha certificación deberá ser emitida por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades en conjunto con un equipo interdisciplinario conformado por Trabajo Social, Psicología y Enfermería. En ningún caso dicha incapacidad retroactiva podrá ser superior a los treinta días naturales.

Artículo 87°.—De las recomendaciones de incapacidades retroactivas extendidas en centros médicos privados.

Tratándose de hospitalización en centros médicos privados, podrá extenderse la incapacidad por la totalidad de los días recomendados, siempre y cuando se ajuste a los días estándar por patología definidos por la Gerencia Médica, incluido el internamiento y los días de reposo posteriores.

Las recomendaciones de días de incapacidad que se generen, producto de internamientos en centros médicos privados, incluyen los períodos recomendados por las posibles complicaciones de los internamientos, atendidos en la consulta externa privada.

Además de lo anterior, se incluye los procedimientos médico-quirúrgicos ambulatorios y cirugías ambulatorias que se le brinden al paciente, en forma privada y que generen recomendación retroactiva de días de incapacidad.

Dichas recomendaciones deben ser presentadas ante la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del centro de adscripción del asegurado (a) activo, en los formularios oficiales, establecidos por los colegios profesionales de médicos y odontólogos, en un plazo no mayor a los diez (10) días hábiles, a partir de la fecha de emisión, para su aprobación, modificación o denegatoria.

En todo caso la Comisión Local queda facultada para aplicar lo dispuesto en el artículo 83° de este reglamento.

Artículo 88°.—De las recomendaciones de incapacidad retroactivas que provengan del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) o de sus centros acreditados.

Las recomendaciones de incapacidad retroactivas que provengan del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia o de centros acreditados por este, deberán ser certificadas por un médico de dicho Instituto o médicos de los centros acreditados por éste, en el cual conste que se ha valorado al paciente y su condición de salud, de acuerdo a lo establecido los artículos 81° y 82° de este reglamento y lo que al respecto establezca la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 89°.—De las recomendaciones de incapacidades o licencias retroactivas que provengan de centros médicos del exterior.

Las recomendaciones de incapacidad o licencia por maternidad por hospitalización o consulta externa, otorgadas en el extranjero, se deben presentar ante la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del centro médico de adscripción del asegurado (a) activo (a), instancia que dará el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria. Posteriormente las incapacidades serán otorgadas por el médico correspondiente en el EBAIS de adscripción. Dicha gestión la debe realizar el interesado o en casos justificados su representante legal, aportando la documentación en español, refrendada y autenticada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto en el país o mediante el Convenio de la Apostilla, en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles, a partir de la fecha en que se emitió la autenticación. El reconocimiento de los días recomendados de incapacidad queda sujeto a lo establecido en el artículo 36° de este Reglamento.

En el caso de los funcionarios del Servicio Exterior el otorgamiento de incapacidades se registrará por lo siguiente:

- a. Las recomendaciones de incapacidad que presenten los funcionarios del Servicio Exterior se registrarán por lo establecido en este Reglamento, el Reglamento del Seguro de Salud y normativa conexas, observando el principio de legalidad establecido en dichos Reglamentos.
- b. Para tales efectos los funcionarios del Servicio Exterior deberán estar adscritos a una Área de Salud, según la normativa del Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, de la Gerencia Administrativa de la CCSS.
- c. Derivado de lo anterior deberán tener un carné de asegurado de dicha Área de Adscripción.
- d. Deberán tener un apoderado especial en el país para que les tramite todo lo concerniente a la homologación de las recomendaciones de incapacidad y cobro de subsidios.
- e. Deberán tener una cuenta cliente en el país para el depósito del pago automático del subsidio, en caso de generarse.
- f. En caso de recomendación de incapacidad o licencia emitida en el extranjero, la documentación que envíe el funcionario debe ser en idioma español, estar apostillada, según corresponda y presentada por la persona apoderada especial, en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles, a partir del apostillamiento, junto al carné de salud, copia de la cédula de identidad y la orden patronal al día, ante la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del Área de Adscripción, para lo correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.
- g. Dicha documentación debe venir acompañada de una epicrisis, o resumen clínico del caso, en idioma español.
- h. Los documentos con recomendaciones de incapacidades que provengan del exterior tendrán carácter recomendativo para la CCSS, de acuerdo a lo estipulado en el inciso b) del artículo 81° de este Reglamento.
- i. La documentación puede ser enviada por los medios correspondientes al apoderado especial, según se estipula en la Ley 8454, Ley de Certificados, firmas digitales y documentos electrónicos y su reglamento.
- j. Posterior a que la recomendación de incapacidad sea homologada se procederá al trámite y pago respectivo, de acuerdo a lo que se estipula en el artículo 35° del Reglamento del Seguro de Salud y normativa relacionada.
- k. El pago del subsidio se hará tomando como base el salario reportado al SICERE.
- l. Tales disposiciones serán de acatamiento obligatorio en todos sus extremos para los funcionarios del Servicio Exterior, en tanto se acojan al trámite para el otorgamiento de incapacidades en la Caja Costarricense de Seguro Social, según la normativa señalada.
- m. El trámite de estas incapacidades siempre se hará en las Áreas de Adscripción de los funcionarios del Servicio Exterior y no se autoriza para que sean tramitadas en hospitales.

Lo anterior aplica también eventualmente para trabajadores públicos o privados que se trasladan a laborar temporalmente fuera del país, pero continúan cotizando para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y el patrono mantiene el domicilio en el país.

Artículo 90°.—De las recomendaciones de incapacidad prospectivas que provengan de centros médicos del exterior.

En caso de recomendaciones de incapacidades prospectivas de asegurados (as) activos (as) que se encuentren fuera del país, otorgadas a partir de internamientos y que por su condición de salud no puedan regresar o requieran permanecer fuera del país para completar su tratamiento, se procederá de la siguiente forma:

- a. Las incapacidades se tramitarán, cumpliendo con lo que establece el artículo 89° de este Reglamento.
- b. Las recomendaciones de incapacidad se deben presentar ante la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del centro médico de adscripción del asegurado (a) activo (a), instancia que dará el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.
- c. Las incapacidades serán otorgadas por el médico correspondiente en el Área de Salud de adscripción, una vez cumplido el inciso anterior.
- d. La primera incapacidad se otorgará a partir del período inicialmente recomendado por el médico tratante en el exterior, por un plazo no mayor a los tres meses y se extenderá en un solo formulario.
- e. Las incapacidades posteriores se otorgarán cada tres meses, en un mismo formulario.
- f. El apoderado generalísimo deberá presentar una certificación en español o traducida a este idioma de manera oficial, previa a la extensión de las siguientes incapacidades, para verificar la condición de salud del paciente, extendida por el Centro Médico del Exterior, donde es atendido, el cual deberá venir apostillado o autenticado por los Entes Consulares.
- g. Al cumplir los 365 días de incapacidad la Comisión Evaluadora de Incapacidades podrá aplicar lo que establece el capítulo VI de este Reglamento, o en plazos menores, dependiendo del caso.

Lo anterior aplica siempre y cuando se trate de trabajadores públicos o privados, que se trasladan temporalmente fuera del país por una condición de salud, pero continúan cotizando para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y su patrono mantiene su domicilio en el país.

CAPITULO XIV

De los días de incapacidad en un solo formulario

Artículo 91°.—De los períodos de incapacidad y licencias otorgados en un solo formulario que no sobrepasen los ciento ochenta (180) días de licencia o incapacidad.

El período de incapacidad que se otorgue en un mismo formulario, no podrá superar el plazo de 30 (treinta) días; con excepción de:

- a. Los casos de internamiento hospitalario prolongado en los hospitales de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, que no hayan cumplido con lo estipulado en el artículo 53° de este Reglamento.
- b. Los casos de internamiento en los centros médicos privados, luego de ser avalados por las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades, incluidos el periodo de internamiento y los días de reposo recomendados, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 87° de este Reglamento.
- c. Los períodos de incapacidad, producto de recomendaciones de médicos en el extranjero y avalados por las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades, de acuerdo a lo estipulado en el inciso d) del artículo 90° de este Reglamento.
- d. Las licencias por maternidad hasta por un máximo de cuatro (4) meses.
- e. Los casos de Ortopedia atendidos ambulatoriamente, ya sea en consulta externa o en los servicios de urgencia.
- f. Los casos de pacientes con enfermedades prolongadas, tratados ambulatoriamente, por médicos especialista(s) de la Caja Costarricense de Seguro Social, hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días, con la debida justificación en el expediente clínico del paciente y con el aval de la jefatura inmediata. Estos casos deben ser analizados por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 50° de este Reglamento.

- g. Los pacientes rechazados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, que no alcanzan el porcentaje mínimo para una pensión por invalidez y deban continuar incapacitados por no poder laborar, en cuyo caso las boletas de incapacidad deben ser otorgadas por el centro que refiere a la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, por un máximo de ciento ochenta (180) días, con la autorización de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

CAPITULO XV

De la conformación de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades

Artículo 92°.—De la conformación de las Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades

La Dirección de todo centro médico, ya sea institucional o de Proveedores Externos de Servicios Integrales de Salud debe conformar y tener en funcionamiento una Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades, que dependerá técnicamente de la Comisión Regional Evaluadora de Licencias e Incapacidades respectiva, con excepción de las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades de Hospitales Nacionales y Especializados que dependerán directamente de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades. En todo caso las Comisiones Locales, Regionales y Central Evaluadoras de Incapacidades se regirán por lo establecido en el Reglamento para el Funcionamiento de las Comisiones Central, Regionales y Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.

Artículo 93°.—De la conformación de las Comisiones Regionales Evaluadoras de Licencias e incapacidades

En cada una de las Direcciones Regionales funcionará una Comisión Regional Evaluadora de Incapacidades, la cual será conformada por la Dirección Regional de Servicios de Salud y dependerá técnicamente de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades. Además será la encargada de velar por el adecuado funcionamiento de las Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades de su Región.

Artículo 94°.—De la conformación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades

La Gerencia Médica es la instancia responsable de conformar a nivel institucional la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, la cual debe estar integrada por tres profesionales en Medicina, preferiblemente con formación en Psiquiatría, Medicina del Trabajo y Medicina Familiar y Comunitaria, un representante de la Gerencia Financiera, un profesional en Recursos Humanos y un Profesional en Derecho, de la Gerencia Administrativa.

Artículo 95°.—De las potestades de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades

Las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades tendrán subordinación técnica de acuerdo con la estructura organizacional donde se ubiquen. La Comisión Local estará subordinada a la Comisión Regional y ambas estarán subordinadas a la Comisión Central.

Los criterios emitidos por la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades serán vinculantes para las Comisiones Regionales o Locales, los profesionales en Ciencias Médicas autorizados por la CCSS que emiten las incapacidades y para los asegurados activos que las reciben.

Las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades quedan facultadas para:

- a) Solicitar el criterio médico-técnico de servicios especializados para determinar, si por sus padecimientos, un paciente amerita continuar incapacitado, siendo obligación del paciente acudir a estas valoraciones.
- b) Ordenar nuevos estudios clínicos, de laboratorio o gabinete, con el fin de aclarar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento del paciente. Así, estudiado y analizado el caso puede ratificar, modificar o denegar una incapacidad.
- c) Citar y evaluar a los pacientes, en un nuevo acto médico, para ratificar, modificar o denegar una incapacidad o en caso de investigación, según lo señalado en el artículo 16° de este Reglamento.
- d) Citar, cuando se requiera al profesional que está a cargo del paciente, para analizar en forma conjunta la justificación de una incapacidad.
- e) Tener acceso formal a los expedientes clínicos y hojas de atención de urgencias de los asegurados activos incapacitados, resguardando la confidencialidad respectiva, con el fin de analizar en forma integral la situación de un asegurado activo incapacitado.
- f) Solicitar certificaciones de las atenciones médicas otorgadas a pacientes o funcionarios de su centro que han sido incapacitados en otros centros.

CAPITULO XVI

Del control, evaluación y otorgamiento de las incapacidades y licencias

Artículo 96°.—Control del otorgamiento de incapacidades y licencias

De acuerdo con la Ley de Control Interno es responsabilidad de la Dirección de cada centro médico, ya sea Institucional o de Proveedores Externos de Servicios Integrales de Salud, y de los titulares subordinados que la misma delegue, conjuntamente con la Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades, ejecutar las acciones de control que se requieran en el otorgamiento de las Licencias e Incapacidades.

Artículo 97°.—De las evaluaciones periódicas a las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades

Las Comisiones Regionales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades deberán realizar evaluaciones semestrales a las Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades, utilizando el instrumento que se diseñe para tal fin. La Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades, debe efectuar al menos una evaluación semestral a las Comisiones Regionales y Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades de Hospitales Nacionales y Especializados.

Artículo 98°.—De los informes mensuales

Los informes mensuales tienen como objetivo fundamental, analizar el comportamiento del otorgamiento de licencias e incapacidades y su impacto financiero a nivel institucional con el fin de establecer estrategias para su racionalización.

La Dirección Médica de cada centro, ya sea institucional o de Proveedores Externos de Servicios Integrales de Salud, en conjunto con la Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades, debe evaluar mensualmente, en forma obligatoria, el otorgamiento de incapacidades y licencias, a partir de los informes generados por el SIAC-Reportes, tanto las que se otorgan por los

profesionales del centro médico, como las otorgadas por medicina de empresa y las recomendaciones de profesionales de medicina mixta y medicina privada. Dichos informes deben ser presentados y discutidos con los profesionales en Medicina y Odontología del Centro. El cumplimiento de lo anterior se verificará según lo establecido en el artículo 97° de este Reglamento.

Los informes mensuales deben incluir el reporte de incapacidades continuas que superen los ciento ochenta días (180) y trescientos sesenta y cinco días (365), de acuerdo a los informes del SIAC-Reportes. El análisis de los casos que superen lo anterior debe incluir lo siguiente:

- a. Nombre del paciente.
- b. Número de identificación.
- c. Edad cumplida en años.
- d. Cantidad de días otorgados.
- e. Centro de atención que otorga la incapacidad.
- f. Centro de adscripción.
- g. Nombre del profesional que otorga la incapacidad.
- h. Diagnóstico
- i. Condición actual del paciente.
- j. Pronóstico del paciente
- k. Agotamiento de las posibilidades terapéuticas institucionales.
- l. Qué le falta al paciente para cumplir lo anterior.
- m. Justificación del porqué aun se encuentra incapacitado en un nivel inferior.
- n. Aplicación del artículo 52° de este Reglamento.
- o. Si el paciente se encuentra en lista de espera.
- p. Si el paciente fue valorado por la Comisión Calificadora de Invalidez.
- q. Hasta cuándo está incapacitado el paciente.

Artículo 99°.—De los informes trimestrales

Las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades deberán enviar, en forma trimestral y obligatoria, un informe del otorgamiento de licencias e incapacidades a las Comisiones Regionales, a partir de los informes generados del SIAC-Reportes, incluyendo el resultado de lo dispuesto en el párrafo primero y tercero del artículo 98° de este Reglamento. En caso de las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades de Hospitales Nacionales el informe lo remitirán a la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades. Dicho informe deberá ser remitido en los primeros quince (15) días naturales del trimestre siguiente.

Las Comisiones Regionales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades deberán evaluar cada tres meses el comportamiento del otorgamiento de las licencias e incapacidades en su respectiva región y enviar un informe a la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades, en los primeros quince (15) días naturales del trimestre siguiente.

La Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades realizarán un análisis semestral del otorgamiento de las licencias e incapacidades, con base en la información aportada por el SIAC-Reportes y el RCPI, y con la colaboración de la Dirección Actuarial, el Área de Estadística Institucional, y la Subárea de Servicios Digitales Estratégicos del Área de Ingeniería de Sistemas, el cual debe ser presentado a la Gerencia Médica, para lo que corresponda.

CAPITULO XVII

De las sanciones

Artículo 100°.—De las sanciones

El incumplimiento a lo dispuesto en este Reglamento se sancionará de acuerdo con lo regulado en el Reglamento Interior de Trabajo, el Código de Ética del Servidor de la CCSS, el Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos, la Ley General de Administración Pública, la Ley de Control Interno y demás normativa aplicable, incluyendo el Código Penal y el Código Procesal Penal, de acuerdo a las reglas del debido proceso.

Capítulo XVIII

Disposiciones finales

Artículo 101°. —Disposición final

Los aspectos no contemplados expresamente en este Reglamento se regirán por lo dispuesto en la Constitución Política, la Normativa Internacional aplicable, la Ley Constitutiva de la Caja, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, el Código de Trabajo, el Reglamento del Seguro de Salud, el Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS, el Reglamento que regula el funcionamiento de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades, el Reglamento de Medicina de Empresa, el Reglamento de Medicina Mixta, la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, la Ley General de Administración Pública, los Principios del Derecho Administrativo y la normativa conexas emitida por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

Artículo 102°.—Derogatorias

En consecuencia el presente reglamento, deroga el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud y sus reformas, Aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 9° de la sesión 8509, celebrada el 26 de mayo de 2011 y publicado en La Gaceta 121 del 23 de junio del 2011 y modificado en el artículo 23° de la sesión 8540, celebrada el 20 de octubre del 2011 y publicado en la Gaceta 233 del 05 de diciembre del 2011. Asimismo como cualquier otra norma reglamentaria que se le oponga.

También se deroga el “Instructivo que Establece los Procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los Beneficiarios del Seguro de Salud”.

Además, se deroga la circular GM-33944 del 08 de julio del 2011, emitida por la Gerencia Médica y la circular AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 28 de junio del 2012, emitida por el Área Gestión de Riesgos Excluidos y la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades y el artículo 27° del Instructivo de Prestaciones en Dinero.

También se modifica el artículo 10°, 16°, 36°, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 76° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.

CAPITULO XIX

Transitorio I

Mientras no se publique la *Estandarización de días de incapacidad por patología*, establecida en el artículo 36° de este reglamento todos los procedimientos que involucren días de incapacidad se regirán por las disposiciones vigentes en el artículo 30.

Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria.—1 vez.—O. C. N° 1115.—Solicitud N° 62805.—C-2915930.—(IN2014031887).