

Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud

Artículo 1º. Del objeto

Este reglamento regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades y licencias en los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social y los autorizados por ésta, otorgadas por los médicos y odontólogos facultados legalmente, quienes quedan obligados a actuar en concordancia con las disposiciones de este Reglamento.

Su propósito esencial es hacer congruente y equitativo este proceso con la realidad del país, así como evitar los potenciales abusos que pongan en entredicho los valores morales de la sociedad.

Artículo 2º. Del campo de aplicación y de la responsabilidad administrativa, civil y penal sobre el otorgamiento de incapacidades y licencias.

a) Del campo de aplicación:

Este reglamento cubre a todos los trabajadores (as) activos (as) cotizantes, conforme las normas previstas en los artículos 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41 y 45 del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa y el artículo 21 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas.

El otorgamiento de una incapacidad formaliza un compromiso recíproco entre el profesional en Ciencias Médicas tratante autorizado por la Caja y el trabajador (a), cuyo fin último es propiciar la recuperación de la salud del trabajador (a) y su reincorporación al trabajo, 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.

El trabajador (a) incapacitado queda inhabilitado legalmente para el desempeño de sus labores y para realizar otras actividades que sean remuneradas o que vayan en contra de los principios de lealtad y buena fe a los cuales se obliga con su patrono; así como aquellos actos que puedan constituir falta de respeto hacia el empleador o competencia desleal.

La aplicación del beneficio por licencia para atención de pacientes en fase terminal (Ley 7756) se rige según lo estipulado en la normativa vigente.

b. De la responsabilidad administrativa, civil y penal sobre el otorgamiento de incapacidades y licencias.

En general, debe prevalecer un sentido de racionalidad en lo que respecta a la decisión de incapacitar, al período o número de días que se otorgue a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información a la cual se obliga el trabajador.

Cuando se presuma un mal uso de esta potestad por parte del profesional que otorga la incapacidad, deberán indagarse los hechos a fin de determinar si es procedente la imputación de cargos conforme a las reglas del Debido Proceso y establecer las sanciones que corresponda, tales como: suspensión de 1 a 8 días de su trabajo sin goce de salario y/o despido sin responsabilidad patronal, conforme a la gravedad de la falta y sin perjuicio de efectuar las denuncias que correspondan ante el Ministerio Público, quienes podrían tipificar el hecho conforme a las reglas establecidas en el Código Penal en el Título XV: Delitos de los Deberes de la Función Pública, u otras penas contenidas en dicho código.

Lo anterior sin perjuicio de la denuncia que corresponda ante el Ministerio Público de aquel trabajador (a) asegurado (a) que se vale de medios espúreos para obtener una incapacidad.

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 trabajador, tiene implicaciones de orden administrativo, legal, financiero, social y moral.

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

Las acciones de control necesarias para el otorgamiento racional de las incapacidades, de acuerdo con la Ley de Control Interno son responsabilidad de la Dirección Médica de cada centro médico, y de los titulares subordinados que la misma delegue; para lo cual contarán con la asesoría de su respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

Artículo 3º. De las exclusiones.

Los asegurados voluntarios afiliados de conformidad con el reglamento respectivo, sea en forma individual o mediante convenios de aseguramiento colectivo, no son sujetos del otorgamiento de incapacidades y licencias. **Este beneficio es exclusivo para los trabajadores (as) activos sean estos asalariados (as), independientes (individuales o de convenio).**

Artículo 4º. Formulario de incapacidad.

Las incapacidades por enfermedad y las licencias, **deben ser** otorgadas por los profesionales expresamente autorizados para ello, en el formulario "CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS", el cual será suministrado por la Dirección Médica o la autoridad que la misma delegue, de cada centro.

El uso de los talonarios que contienen las constancias para incapacidad es de carácter personalísimo.

La custodia y el control de las existencias de tales formularios son competencia y responsabilidad del Director Médico del centro médico. El extravío de estos formularios debe reportarse inmediatamente a la Unidad de Asesoría de Subsidios en Dinero de Oficinas Centrales; al efecto rigen las disposiciones del Manual de Procedimientos del Sistema de Incapacidades.

Tratándose de incapacidades extendidas dentro de programas específicos autorizados por la Gerencia División Médica, el formulario a utilizar podrá ser diferenciado para efectos de control, a criterio de la administración activa.

Artículo 5º. De las recomendaciones de incapacidad y licencias por terceros.

El certificado médico, la constancia de atención médica y la referencia en papelería del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, entre otros, extendidos por los profesionales en Ciencias Médicas autorizados que laboran en ese sistema o en forma privada, de acuerdo con lo estipulado por los respectivos colegios profesionales, y que haga referencia a días de reposo como parte del tratamiento de un trabajador (a), tendrán carácter de recomendación para la Caja.

La valoración de las recomendaciones de incapacidad, debe ser gestionada por el interesado (a) o por medio de terceros, en la Dirección Médica o a la autoridad que la misma delegue de su centro médico de adscripción, en un plazo de dos días hábiles posteriores a la fecha en que ésta fue emitida. La admisión, modificación o denegatoria de dichas recomendaciones de incapacidad, debe ser consignada mediante acto administrativo en el expediente de salud del

trabajador (a). Es potestad de las autoridades del centro médico citar al paciente en caso necesario.

Si la presentación de la documentación se realiza posterior a los dos días hábiles de expedida, plazo que no podrá ser mayor a diez días naturales, 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. La valoración queda bajo la responsabilidad de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades o el Director Médico del centro médico o a la autoridad que la misma delegue; acto que debe quedar registrado en documento idóneo, el cual debe ser incluido en el expediente de salud del asegurado (a).

Para que un documento recomendativo de incapacidad emitido fuera del país pueda ser analizado, previamente debe cumplir los trámites de legalización establecidos por el Gobierno de Costa Rica, por medio del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La solicitud debe presentarse ante la Dirección Médica del centro médico de adscripción del trabajador (a) en la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

En lo que respecta al Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, se actuará de acuerdo con lo que establece el artículo 17º de este Reglamento.

Artículo 6º. Del sistema de control y evaluación de las incapacidades y las licencias.

El control, el seguimiento y la evaluación de las incapacidades y de las licencias es responsabilidad de la Dirección Médica de cada CENTRO.

El sistema de captura de datos, debe ajustarse a las políticas institucionales para la consolidación e integralidad de los datos a nivel nacional conforme a las reglas de Control Interno.

La evaluación integral del proceso de incapacidades y licencias, corresponde a la Gerencia de División Médica, la cual dispone para este propósito del soporte y asesoría de las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades.

Artículo 7º. De las incapacidades en el servicio de emergencias.

Toda incapacidad otorgada en un servicio de urgencias, debe ser anotada en la hoja de atención de urgencias por el médico tratante. Dicha hoja debe incorporarse al expediente de salud. Esta información obligatoriamente debe quedar consignada en el sistema de registro de incapacidades.

En este servicio, la incapacidad se podrá otorgar hasta por 3 días. En caso necesario, el trabajador (a) podrá presentarse al centro médico de adscripción, con la respectiva referencia o contrarreferencia, donde será valorado y de requerirlo, se le ampliará el período de incapacidad. Se exceptúan de esta disposición los casos de ortopedia, amenaza de aborto y enfermedades infectocontagiosas; casos que deben quedar debidamente justificados en el expediente del paciente y con el visto bueno del Director Médico o Jefatura que él designe.

Artículo 8º. De las formalidades en el otorgamiento de las incapacidades y las licencias.

El otorgamiento de una incapacidad por enfermedad o una licencia, constituye un acto formal, que debe ser el resultado de una consulta médica durante el horario contratado, en la que participen el profesional en Ciencias Médicas de la Caja facultado legalmente para extenderla y con la presencia del trabajador (a). El acto debe quedar debidamente registrado en el expediente de salud, según el centro médico de adscripción del trabajador (a), o en los hospitales nacionales, regionales y periféricos.

Cuando se trate de médicos de empresa, este acto debe cumplir los mismos requisitos y ser extendidas en el lugar donde el médico de empresa preste sus servicios.

En casos de urgencia, podrán extenderse incapacidades hasta por tres días a trabajadores (as) adscritos en otros centros médicos, pero éstas deben ser correctamente registradas en el documento que la institución dispone para tal fin.

Excepto los casos de licencias otorgadas para cuidar a pacientes en fase terminal, los cargos por concepto de pago de subsidios por incapacidades y licencias de maternidad deben hacerse al centro médico que las otorga o autoriza.

Artículo 9º. De los plazos máximos de incapacidades.

Los plazos máximos de incapacidad que pueden ser otorgados serán de hasta por un año (365 días), mismo que podrá ser ampliado por las respectivas Comisiones Médicas Locales Evaluadoras de Incapacidades según se señala en el artículo 10º de este Reglamento.

El cómputo de días incapacidad, sean estos continuos o discontinuos para el plazo máximo de 365 días, se realizará dentro de un período de dos años (730 días) incluida la nueva incapacidad que vaya a otorgarse.

Completado el plazo máximo indicado, más la prórroga en los casos en que ésta haya sido autorizada, el otorgamiento de nuevas incapacidades con derecho a subsidio procede únicamente cuando el trabajador se haya reincorporado a su actividad laboral.

En este último caso, el pago de subsidios procede solo cuando haya transcurrido el plazo de un año calendario, desde el último día pagado.

Artículo 10º. De las prórrogas de incapacidades

Cuando el trabajador (a) activo tenga agotado el plazo máximo de 365 días y haya aportado 9 cuotas mensuales dentro de los últimos 12 meses anteriores a la fecha de su incapacidad, según la índole de la enfermedad y las circunstancias del caso, a juicio de la respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades a que se refiere el artículo 15º de este Reglamento, podrán otorgarse periodos adicionales de incapacidad comprendidos dentro del período máximo de seis meses desde la fecha en que agotó los 365 días.

Dicha prórroga tiene como propósito, también, brindar la protección económica y un tiempo prudente para que el trabajador recupere su salud o en caso necesario, inicie las gestiones para ser valorado como candidato a pensión por invalidez.

Una vez agotada la prórroga no es procedente el otorgamiento de nuevas incapacidades, salvo que el trabajador se reincorpore a su actividad laboral. El reconocimiento del subsidio procede sólo cuando haya transcurrido un año después del agotamiento de la prórroga y se cumpla con los plazos de calificación correspondientes estipulados en el artículo 34 del Reglamento del Seguro de Salud.

De no ser posible la reincorporación de los trabajadores en el plazo indicado, el patrono puede actuar conforme lo establecen los artículos 79 y 80 del Código de Trabajo.

Artículo 11º. De las incapacidades retroactivas.

Las incapacidades siempre tendrán vigencia hacia el futuro, desde la fecha en que el trabajador (a) es atendido (a) en un centro médico de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL o autorizado por ésta. De requerir excepcionalmente días de incapacidad anteriores a la fecha de atención (retroactividad) se podrán otorgar hasta por un plazo máximo de tres días naturales inmediatos anteriores a la fecha de atención, a juicio del Director Médico o la autoridad que el mismo delegue, del centro médico de que forma parte el médico tratante. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud.

Las incapacidades retroactivas podrán ser otorgadas en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, y deben ser justificadas ante el Director Médico del centro médico de adscripción para que éste pueda avalarlas o no.

Tratándose de hospitalización en centros médicos privados, la retroactividad, se podrá otorgar por la totalidad del período, incluidos el internamiento y los días de reposo recomendados. La gestión debe realizarla el interesado o su representante en casos justificados, y con la aportación de sus documentos de identificación y el correspondiente certificado médico, para lo cual se requiere el aval de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

En el caso de hospitalización en el extranjero la documentación que presente el trabajador (a) deberá estar refrendada y autenticada por las autoridades consulares respectivas, para ser analizada e investigada por la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades, con el propósito de que ésta la remita a la Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades para el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.

Será siempre requisito para el reconocimiento retroactivo de una incapacidad, que el trabajador (a) aporte una certificación de su patrono, en el que se acredite su condición de trabajador (a) activo (a).

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

Artículo 12º. De los riesgos no cubiertos por la Caja

Las incapacidades por Riesgos del Trabajo (accidentes y enfermedades del trabajo), cuya atención corresponde al Instituto Nacional de Seguros (artículos 236 a 241 del Código de Trabajo), quedan expresamente excluidas del otorgamiento que regula este reglamento.

En orden a lo que establece el artículo 195º de dicho Código, 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.

Cuando haya duda sobre el tipo de riesgo (situaciones frontera), la incapacidad podrá otorgarse, pero el caso deberá referirse para su estudio a la comisión conformada por ambas instituciones (artículo 330 del Código de Trabajo), con el fin de determinar si se trata de enfermedad común o riesgo profesional; en este último caso deberá realizarse el cobro correspondiente al Instituto Nacional de Seguros (INS). Dicha Comisión deberá pronunciarse en un plazo máximo de 30 días.

Artículo 13º. De la atención de emergencias por riesgos del trabajo y accidentes de tránsito.

Cuando los médicos de la Institución identifiquen la etiología de un caso como atribuible a riesgo de trabajo o accidente de tránsito, se otorgará la atención de emergencia requerida, emitiendo de inmediato la referencia a los servicios médicos del Instituto Nacional de Seguros (INS). La incapacidad que pudiere ser necesaria no corresponde a la Caja.

La Oficina de Validación de Derechos, debe tramitar el cobro correspondiente ante el INS de la atención médica otorgada por la Caja al paciente.

Artículo 14º De las pólizas por accidente de tránsito agotadas.

Cuando se haya agotado la póliza de seguro obligatorio de vehículos el asegurado podrá ser incapacitado, en caso necesario, en la Caja, a partir de la presentación del documento médico de traslado (referencia médica o epicrisis) y el documento que compruebe el agotamiento de póliza; documentos que debe gestionar el trabajador (a) ante el Instituto Nacional de Seguros.

Los períodos de incapacidad otorgados por el INS, sea con anterioridad o posterioridad al agotamiento de la póliza, en ningún caso serán asumidos por la Caja.

Artículo 15º. De la creación de comisiones médicas evaluadoras de incapacidad (C.M.E.I)

En todo centro médico funcionará una "Comisión médica evaluadora de incapacidades", la cual estará integrada en la siguiente forma:

Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades:

Director médico o su delegado

Dos médicos (generales o especialistas según la unidad prestadora de servicios como mínimo).

Comisión Regional Médica Evaluadora de Incapacidades.

Director Médico Regional o su delegado.

Dos médicos generales o especialistas o sus delegados nombrados por el Director Regional.

Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades:

Gerente de División Médica o su delegado.

Sub Gerente Médico o su delegado.

Médico General o Especialista asignado por la Gerencia Médica.

En los sectores, el médico de Equipo Básico de Atención Integral en Salud, deberá someter a evaluación sus casos, en el Área de Salud respectiva, participando activamente en el proceso. El funcionamiento de estas comisiones es de carácter permanente y serán integradas por funcionarios médicos de la institución y sus recomendaciones son vinculantes.

Las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades estarán integradas por médicos debidamente incorporados al Colegio de Médicos (artículo 50 Código de Moral Médica) y tendrán la potestad de convocar a profesionales de otras disciplinas como consulta para la resolución de casos.

Artículo 16º. De las obligaciones de las comisiones médicas evaluadoras de incapacidades.

Las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades tienen el cometido de garantizar la aplicación de las normas legales y reglamentarias relacionadas con el otorgamiento de incapacidades, así como llevar a cabo el proceso de evaluación del programa de incapacidades en todos los centros médicos, y funcionarán de acuerdo con lo estipulado en la reglamentación vigente así como en el Instructivo que establece los procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Dentro de las funciones para el logro de dicho cometido están:

- a) Evaluar a cada uno de los pacientes que han sido incapacitados dentro de un plazo de 6 meses, si la incapacidad o las incapacidades suman más de 30 días.
- b) Apoyar y orientar al paciente cuyo problema de salud se origine en circunstancias excepcionales que van más allá del concepto biológico de la medicina, para procurar su reincorporación al trabajo.
- c) Desarrollar un sistema de información que permita retroalimentar el proceso de evaluación de las incapacidades críticas recurrentes.
- d) Facilitar información operativa en el área de incapacidades, que permita la creación de mejores indicadores en el ámbito regional y nacional, con el fin de lograr mayor eficiencia en la toma de decisiones.
- e) Atender y resolver las solicitudes de prórroga de incapacidad.

f) Las Comisiones Regionales y la Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades serán las responsables de supervisar, asesorar y capacitar a las Comisiones locales según corresponda; así como, velar por la coordinación de las comisiones locales existentes en los diferentes niveles de atención.

g) Ratificar la procedencia de aquellas incapacidades otorgadas por los médicos de sus respectivos centros que superen los 30 días, a excepción de los internamientos en algún centro médico de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Artículo 17º. De los médicos de empresa.

Los médicos de empresa autorizados por la Caja como tales, podrán otorgar incapacidades hasta por cinco días dentro del plazo de treinta días naturales. La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo, dentro de los 5 días hábiles posteriores a su otorgamiento.

De requerirse incapacidad que supere los cinco días en el plazo indicado, el trabajador debe ser valorado por los profesionales médicos de la Caja, para lo cual deberá ser referido con una epicrisis al centro médico de adscripción.

Es responsabilidad de los centros médicos que autorizan el funcionamiento de médicos de empresa, establecer los controles necesarios sobre el otorgamiento y registro de todas las incapacidades que se otorguen bajo esta modalidad.

El extravío de formularios "CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS" debe ser reportado inmediatamente a la Dirección Médica del centro médico al que se encuentra adscrito.

Artículo 18º. De las licencias por maternidad.

En caso de maternidad, a toda trabajadora activa cotizante, se le extenderá una licencia por cuatro meses en un solo documento, que incluye el pre y el post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales aplicables.

Cuando la licencia de maternidad se emita después del parto, 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 al criterio médico y estarse a lo contenido en la tabla de días promedio, indicada en el Artículo 23 de este Reglamento.

Tratándose de aborto no intencional o parto prematuro no viable, cuando la gestación haya alcanzado las dieciséis semanas, el período de licencia será equivalente a la mitad del período pos parto de la licencia por maternidad.

Artículo 19º. De la modificación del período de licencia por maternidad

Si el ser procreado naciere sin vida, el período original de la licencia se modificará otorgando una nueva licencia hasta por 45 días a partir de la fecha del parto o fecha de defunción del neonato.

Artículo 20º. De la licencia por adopción.

La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor; podrá otorgarse hasta por 90 días contados a partir del momento en que la asegurada demuestre haber recibido el menor, en calidad de madre, de acuerdo con los términos del artículo 95 del Código de Trabajo. En estos casos, cuando el niño 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.

Artículo 21°. De la licencia por Fase Terminal.

En caso de que un trabajador asalariado 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 su instructivo Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal.

Las licencias serán autorizadas por la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades del centro de adscripción del trabajador encargado del cuidado del paciente en fase terminal. Este acto administrativo deberá quedar registrado en el expediente de salud del trabajador encargado del cuidado del paciente en fase terminal y además la Dirección Médica de cada centro deberá llevar un expediente administrativo para cada caso autorizado.

Artículo 22°. De los días promedio de incapacidad por enfermedad.

El número de días de incapacidad por enfermedad se establece con base en el criterio médico. Como parámetro de referencia se establece la siguiente lista:

Causas de Incapacidad	Número de días
1. Enfermedades respiratorias agudas	1-5
2. Dorsopatías	1-9
3. Infecciones intestinales	1-4
4. Trastornos neuróticos	1-30
5. Ojo y sus anexos.	1-6
6. Neumonía influenza	1-4
7. Traumatismos superficiales	1-8
8. Complicaciones del embarazo	1-14
9. Infecciones renales, litiasis y otras aparato urinario	1-8
10. Artropatías y trastornos afines	1-16
11. Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.	1-8
12. Enfermedades odontológicas	1-3
13. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1-5
14. Enfermedad del esófago, estómago, duodeno	1-7
15. Esguince y desgarras	1-15

En ningún caso el período de incapacidad que se otorgue en un mismo documento, podrá superar el plazo de 30 días; con excepción de los casos de internamiento hospitalario en la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Aquellos trabajadores (as) cuya patología amerite, según criterio médico, un período mayor a treinta días de incapacidad, deberá el médico tratante justificarlo en el expediente de salud del trabajador (a) y solicitar el visto bueno de la Dirección Médica de cada centro médico, o a la autoridad que la misma delegue, para lo cual contarán con la asesoría de su respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

Artículo 23º. Disposición final.

Los aspectos no contemplados expresamente en este Reglamento, se regirán por lo dispuesto en los principios generales del derecho, en la normativa internacional aplicable, en el Código de Trabajo y en el Reglamento del Seguro de Salud.

En consecuencia, queda derogado el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud y sus reformas, aprobado en el artículo 36º, de la sesión número 7143, celebrada el 22 de julio de 1997.

Acuerdo firme.

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

/Title
()
/Subject
(D:20060714191408)
/ModDate
()
/Keywords
(PDFCreator Version 0.8.0)
/Creator
(D:20060714191408)
/CreationDate
((RamsØs RomÆn))
/Author
-mark-