

LA GACETA

DIGITAL

Diario Oficial

La Uruca, San José, Costa Rica, martes 17 de febrero del 2009

₡ 270,00

AÑO CXXXI

Nº 33 - 28 Páginas

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DISPOSICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y PERMANENTES A USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

CAPÍTULO I

Generalidades

Artículo 1º—**Del objeto:** Estas disposiciones establecen las bases para el otorgamiento, registro y control de las incapacidades en los servicios médicos del INS y los autorizados por éste, otorgadas por los médicos y odontólogos facultados legalmente, quienes quedan obligados a actuar en concordancia con lo aquí dispuesto.

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 ámbito de aplicación:** Estas disposiciones cubren a todas las personas que se vean afectadas y requieran de una incapacidad, según lo establecido en el Régimen de Riesgos del Trabajo (Título IV del Código de Trabajo, su Reglamento y normativa conexas), Régimen de Seguro Obligatorio Automotor (Ley Nº 7331-Ley de Tránsito por vías públicas terrestres, su Reglamento y normativa conexas) y demás líneas de seguros que se administran en el INS.

Artículo 3º—**De las exclusiones:** Quedan excluidas del beneficio de incapacidades:

- a) Todas aquellas personas que no están amparadas a los seguros cubiertos por el INS
- b) Todas aquellas personas a las que no se les autorizó en verificación de derechos la apertura o reapertura de su caso
- c) Todas aquellas patologías que no estén amparadas por los diferentes regímenes cubiertos por el INS

CAPÍTULO II

Incapacidades temporales

Artículo 4º—**Otorgamiento de la incapacidad temporal:** El otorgamiento de la incapacidad es criterio del médico tratante; su finalidad es propiciar la recuperación de la salud del paciente y su rehabilitación para que se reincorpore a las actividades cotidianas, lo anterior no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica.

El otorgamiento de una incapacidad constituye un acto formal, que debe ser el resultado de una consulta médica durante el horario asignado, en la que participen el profesional en medicina y/u odontólogo del INS facultado legalmente para extenderla y con la presencia del individuo. El acto debe quedar debidamente registrado en el expediente.

La boleta de incapacidad se extiende para el periodo en que una persona no está en capacidad para realizar las funciones habituales, ya sean laborales, educacionales, de recreación y/o otras funciones según criterio del médico tratante.

Las incapacidades solamente pueden ser emitidas por los profesionales en Medicina y Odontología autorizados por el INS expresamente acreditados en el programa de Centros Médicos Regionales, Consultorios Médicos Laborales, Consulta Externa del Complejo INS Salud, Casa de Salud y cualquier otro lugar que el INS autorice.

Pueden registrarse por medio del Sistema Integrado Médico Administrativo (SIMA) o en el sistema vigente, y en los casos de centros de salud que no tengan acceso al SIMA, se registrará por medio del formulario de incapacidad existente o en uso, con la debida acreditación y autorización por parte de los Servicios Regionales de Salud, Consultorios Médicos Laborales y otros formatos debidamente autorizados para la aplicación del Plan de Continuidad del Negocio.

Las constancias de incapacidad se generarán con original y tres copias, el original para el respectivo cobro, y las copias: para aviso al patrono, para la persona afectada y para el expediente clínico.

Artículo 5º—**Responsabilidades del Otorgamiento:** 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 paciente.

El acto de otorgar una incapacidad, además de su significado como parte del tratamiento médico, tiene implicaciones de orden administrativo, legal, financiero, social y moral.

El otorgamiento de incapacidad será facultad del profesional tratante del caso (médico u odontólogo) y estará apegado a los criterios técnicos.

El otorgamiento del periodo de incapacidad debe quedar adecuadamente justificado en el expediente clínico mediante una nota comprensiva y clara sobre el padecimiento que se está valorando.

La franca violación de estos principios en caso de incapacidades injustificadas técnicamente o por incapacidades por complacencia, genera responsabilidad directa sobre el autor de la violación de los principios.

Artículo 6º—**Períodos de incapacidad:** El periodo de incapacidad es acorde con la patología que presenta la persona la cual le impide realizar las actividades cotidianas sean éstas de índole laboral, educacional, de recreación o cualquier otra.

En los consultorios médicos de empresas, los médicos de empresa autorizados previamente por el INS podrán extender incapacidades de 15 días naturales como máximo por caso, dentro de un plazo de 90 días naturales. Cuando se excede el plazo indicado, el caso deberá referirse para su evaluación al Centro Médico Regional de segundo nivel de atención con la especialidad que corresponda.

Los médicos de medicina general en Centros Médicos Regionales podrán extender incapacidades de 30 días naturales máximo, por un mismo caso. Cuando se excede el plazo indicado, el caso deberá referirse a la especialidad respectiva en el Centro Médico Regional de segundo nivel de atención, si no se dispone de éste, referirlo al tercer nivel de atención.

Los médicos de medicina general del tercer nivel de atención, podrán extender incapacidades de hasta por 30 días naturales por un mismo caso. Cuando se excede el plazo indicado, el caso deberá elevarse con referencia médica a la respectiva especialidad.

Los médicos de especialidades en Centros Médicos Regionales, podrán extender incapacidades de hasta por 90 días naturales máximo en la atención brindada en esa especialidad, en tratos no mayores de 30 días naturales por el mismo caso. Una vez cumplido el plazo, si bajo criterio clínico se deba exceder el plazo indicado, el caso deberá trasladarse con referencia médica a la respectiva especialidad y Jefatura Médica de INS-Salud La Uruca.

Las personas atendidas por las especialidades en el tercer nivel de atención, podrán ser incapacitadas hasta por 180 días naturales máximo dentro de un plazo de 360 días calendario, en tratos no mayores de 30 días naturales por el mismo caso. Una vez cumplido el plazo, si bajo criterio clínico se requiere su ampliación, deberá justificarse para la autorización por parte de la Jefatura Médica.

Artículo 7º—**Del trámite interno de denuncia y verificación de derechos:** Es responsabilidad del Departamento Administrador del Seguro, determinar si la persona tiene derecho al cobro del subsidio y en qué porcentaje, y por ende autorizar el pago, todo de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 8º—**Entrega de la Incapacidad:** La entrega del documento de incapacidad, queda sujeta a la presentación del formulario autorizado para optar por la Atención Médica debidamente aceptada con el número de caso, número de póliza y en los casos que lo requiera el monto de cobertura para atender los gastos médicos del paciente. Lo anterior, tomando en cuenta que la incapacidad se refiere al tiempo que la persona queda incapacitada para sus funciones habituales, según recomendación del médico tratante

Artículo 9º—**Del otorgamiento de incapacidades retroactivas:** Las incapacidades extendidas de conformidad con las presentes disposiciones siempre tendrán vigencia hacia futuro. Excepcionalmente, podrá darse incapacidades retroactivas por un plazo máximo de 3 días naturales a la fecha de valoración, en los casos en que el profesional de salud lo justifique y fundamente en el expediente médico.

Artículo 10.—**Del reconocimiento de las Incapacidades de otras Instituciones públicas o privadas:** Para el reconocimiento de incapacidades retroactivas emitidas por la Caja Costarricense del Seguro Social, la persona debe presentar en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la fecha de egreso hospitalario o fecha de finalización de la incapacidad recomendada, la respectiva referencia médica de la CCSS, donde conste la fecha de atención, el

motivo, diagnóstico presuntivo y el periodo solicitado, así como la fecha del accidente de tránsito o laboral o la contingencia que origina la atención, previo a esto la persona debe realizar el trámite respectivo de denuncia y verificación de derechos.

En el caso de consultas brindadas por otros médicos ajenos al INS, donde se den recomendaciones de incapacidad, debe traer la respectiva epicrisis de atención donde el médico tratante debe en forma detallada referirse al motivo de consulta urgente por el cual intervino, la historia clínica de la persona afectada, hallazgos clínicos al examen físico y las recomendaciones dadas, junto a esta nota técnica debe venir una nota aclaratoria del afectado, que justifique la necesidad por la cual acudió a otra instancia. Dicha justificación deberá presentarse dentro de los siguientes 5 días naturales posteriores a esta atención.

El plazo a reconocer será acorde con la patología, según el criterio de la jefatura médica del INS o del profesional que delegue, en caso de existir duda clínica, el INS podrá revalorar a la persona, lo cual efectuará un médico u odontólogo, según sea el caso.

En el caso de incapacidades recomendadas en el extranjero, la persona deberá presentar toda la documentación en idioma español y debidamente autenticado por las Autoridades Consulares, donde se describa ampliamente la atención recibida, el diagnóstico y el plazo de incapacidad recomendado; en un plazo máximo de 60 días naturales posteriores al tratamiento recibido.

Artículo 11.—Incapacidades a personas ingresadas en hospitales: El reconocimiento de incapacidades a las personas que sufran alguna contingencia amparada por los regímenes de Seguros del INS, y que dentro de ese seguro se incluya el derecho al pago de incapacidades temporales, y hayan tenido algún internamiento en hospitales públicos o privados, se reconocerá dos tipos de periodos de incapacidad: a) Total, al momento de su alta o egreso hospitalario; y b) Parcial, en personas que aún permanecen hospitalizados, por cuanto se desconoce la fecha de conclusión de la incapacidad.

El período a reconocerse será a partir de la fecha de ingreso, para lo cual debe presentar la respectiva epicrisis médica, certificada por la Dirección médica del centro. Posterior al egreso hospitalario se darán 5 días hábiles para la presentación por la persona interesada o un tercero debidamente autorizado para el reconocimiento de la incapacidad.

Es requisito haber efectuado el trámite de denuncia y verificación de derechos, para proceder con el trámite de solicitud de reconocimiento de incapacidades.

Artículo 12.—Causas de suspensión, levantamiento o modificación del plazo de la incapacidad: Serán causas de suspensión, levantamiento o modificación del plazo de la incapacidad, las que siguen:

1. Por la declaratoria de alta, al concluir el tratamiento.
2. Por abandono injustificado de las prestaciones médico-sanitarias que le suministran. Asimismo, cuando haya rechazo o negativa a recibir el tratamiento prescrito y en caso de que corresponda, se le fijara la incapacidad permanente. Para ambos casos según lo dispuesto en los artículos 233 y 218 inciso c) del Código de Trabajo.
3. Por la reanudación de labores remuneradas durante el periodo de incapacidad.
4. Por la muerte de la persona afectada.

5. Cambio en la condición del paciente, que implique la no necesidad de mantenerse incapacitado.
6. Si durante el período de incapacidad aparecen nuevos elementos que permiten determinar y fundamentar que el caso no es amparable por el INS.
7. Que el asegurado, el conductor o la víctima, al denunciar el accidente o al tramitar el reclamo, oculten, informen o expongan, con falsedad, cualquier acto o circunstancia determinante en la calificación del accidente o que incurran en cualquier fraude o falso testimonio con respecto a lo anterior, cuando así lo determine la autoridad judicial.

Este acto lo puede realizar la jefatura médica o el médico u odontólogo designado por ella, debiendo quedar registrado en el expediente clínico de la persona afectada.

Artículo 13.—**De los sistemas de control:** El Instituto ejercerá un control y fiscalización permanentes de todo el procedimiento y actores que intervienen en el proceso de otorgamiento de incapacidades temporales. Corresponde a la División Médica determinar los medios y procedimientos de control, la evaluación de los resultados, la implementación de medidas correctivas y la recomendación de reformas a estas disposiciones, cuando corresponda.

Artículo 14.—**De los días promedio de incapacidad:** El número de días de incapacidad se establece con base en el criterio médico. Como parámetro de referencia se establece la siguiente lista en las que se incluyen las 10 patologías con mayor frecuencia atendidas en los diferentes Centros de Salud del Instituto Nacional de Seguros. Se divide en columnas donde se incluyen los periodos de incapacidad según patologías no quirúrgicas o patologías quirúrgicas:

PERÍODO DE DÍAS DE INCAPACIDAD SEGÚN PATOLOGIA

INS-SALUD

| Diagnóstico principal | Promedio de días incapacidad en pacientes con lesiones quirúrgicas | Promedio de días incapacidad en pacientes con lesiones no quirúrgicas |
|-----------------------|---|---|
| Lesiones de rodilla | 12-78 | 5-50 |
| Lesiones lumbares | 9-64 | 3-24 |
| Trauma de hombro | 8-47 | 1-20 |
| Cuerpo extraño ojo | 1-3 | 1-3 |
| Mano y muñeca | 8-30 | 1-20 |
| Cervicalgia | 5-35 | 2-15 |
| Trauma de tobillo | 7-38 | 1-20 |
| Trauma de pie | 9-26 | 2-11 |

| | | |
|-------------------------------|------|-----|
| Conjuntivitis no especificada | 1-3 | 1-2 |
| Trauma de codo | 5-40 | 4-5 |

Fuentes: Módulo de cirugías, Reporte de cirugías por cirujano (INSCRMED: RDF) y Guía para la Gestión de la Duración y la Codificación de Diagnósticos de la Incapacidad Temporal del Gobierno de Navarra - España.

En ningún caso el periodo de incapacidad que se otorgue en un mismo documento, podrá superar el plazo de 30 días. Aquellos pacientes cuya patología amerite, según criterio médico, un periodo mayor a 30 días de incapacidad deberá el médico tratante justificarlo en el expediente clínico del paciente, y solicitar el visto bueno a la Jefatura Médica o a quién esta delegue. La División Médica podrá actualizar periódicamente estas tablas de conformidad con los análisis realizados.

CAPÍTULO III

Incapacidades permanentes

Artículo 15.—**Otorgamiento de la incapacidad permanente:** Una vez dada el alta definitiva la persona afectada será referida, según criterio del médico tratante a Consulta de Valoración de Daño Corporal, siempre y cuando existan secuelas de las lesiones sufridas en el accidente o evento. En la cita de valoración de daño corporal, el médico valorador será el encargado de fijar un porcentaje de impedimento, de acuerdo a la perdida de la capacidad general, orgánica o funcional que presente la persona como secuela de una determinada lesión.

El otorgamiento de una incapacidad permanente constituye un acto médico formal, como resultado de una consulta médica de valoración durante el horario asignado, a cargo del profesional en medicina y/u odontólogo facultado por el INS para extenderla en presencia del interesado. El acto debe quedar debidamente registrado en el expediente.

El impedimento fijado por el médico valorador, será revalorado por un médico revisor de impedimentos y podrá ser cobrado por la persona cuando se le indique, una vez que se ha revisado el historial del paciente, en aras de verificar si con antelación se le ha cancelado suma alguna por la misma causa. De resultar positivo esto último, para poder efectuar el pago, debe contar con el visto bueno de la Jefatura Médica.

El porcentaje de incapacidad permanente, solamente puede ser otorgado por los profesionales en medicina y odontología autorizados expresamente por el INS para realizar esta actividad en la Consulta Externa del Complejo INS Salud.

Las incapacidades permanentes quedarán registradas por medio del Sistema Integrado Médico Administrativo (SIMA) o en el sistema vigente.

Artículo 16.—**Porcentajes de las incapacidades permanentes:** Las incapacidades permanentes se fijarán de acuerdo al porcentaje de pérdida de la capacidad general orgánica o funcional, de conformidad con los parámetros de impedimentos físicos establecidos en el

Régimen de Riesgos del Trabajo (Título IV del Código de Trabajo, su Reglamento y normativa conexas), Régimen de Seguro Obligatorio Automotor (Ley N° 7331-Ley de Tránsito por vías públicas terrestres, su Reglamento y normativa conexas) y demás líneas de seguros que se administran en el INS, pudiendo ser:

- Menor permanente: del 0.5% al 50%.
- Parcial permanente: del 50% pero inferior al 67%.
- Total Permanente: igual o superior al 67%.

Artículo 17.—**Responsabilidades del otorgamiento:** Debe prevalecer el criterio médico y el sentido de racionalidad y consecuencia con la lesión presentada por el paciente a valorar. Se debe de otorgar a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información a la cual se obliga el paciente.

El acto de otorgar una incapacidad permanente o impedimento tiene implicaciones de orden administrativo, legal, financiero, social y moral.

El otorgamiento de una incapacidad permanente o impedimento será facultad del profesional especializado en Valoración de Daño Corporal (médico u odontólogo valorador) y estará apegado a los criterios técnicos.

El otorgamiento del porcentaje de impedimento o incapacidad debe quedar adecuadamente justificado en el expediente clínico mediante una nota comprensiva y clara, en la cual se detalle en que consiste la disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, producto de las secuelas de una determinada lesión.

CAPÍTULO IV

Disposiciones finales

Artículo 18.—**Sanciones:** Al profesional que otorgue incapacidades en contravención con lo señalado en estas disposiciones, se le impondrá la sanción según corresponda:

- a). A los profesionales que laboran en el INS se les aplicará lo establecido en la Convención Colectiva de Trabajo vigente;
- b). A los contratados por servicios profesionales, se les aplicará lo establecido en las condiciones de la contratación y en la normativa atinente.
- c). En caso de considerar que el profesional está violando el Código de Moral y/o Ética del colegio profesional respectivo, se testimoniarán piezas según corresponda.
- d). El paciente que mediante engaño, fraude, simulación, autolesión, ocultamiento de información o cualquier otra conducta indebida, haga incurrir a la Institución en el otorgamiento de incapacidades, será denunciado penalmente y el Instituto Nacional de Seguros requerirá administrativa o judicialmente el pago de los daños y perjuicios que haya sufrido.

Artículo 19.—**Normativa conexas:** Los aspectos no contemplados expresamente en estas disposiciones, se regirán por lo dispuesto en los principios generales del derecho, en la normativa internacional aplicable, en el Código de Trabajo, en la Ley de Tránsito por vías Públicas y Terrestres y otras leyes, normas y procedimientos acordes.

Artículo 22.—**Vigencia:** Las presentes disposiciones rigen a partir de su publicación en *La Gaceta*.

Glosario

Para los efectos de estas disposiciones se entenderá por:

Accidente: Acontecimiento no deseado que da por resultado un daño físico, lesión o enfermedad ocupacional, a una persona o un daño a la propiedad.

Accidente laboral: todo accidente de trabajo, que le sucede al trabajador como consecuencia de este, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes y que puede producirle la muerte o pérdida de reducción temporal o permanente de la capacidad del trabajo.

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.

Acto moral: Aquel que el hombre realiza libremente y con el conocimiento de sus consecuencias.

Adelanto de cita: Procedimiento que se realiza a aquellos pacientes que, por diversas circunstancias requiere una atención anticipada de su caso debido a reagravamiento de su lesión. Se realiza a solicitud de los pacientes, previa valoración del profesional de enfermería.

Alta hospitalaria: término utilizado en los comentarios sobre estadísticas hospitalarias, empleado para describir la salida del paciente del hospital, sin hacer distinción de si el paciente salió vivo o muerto. La condición de salida: indicación médica, retiro por voluntad, traslado a otro hospital, fuga, no modifica la calificación del hecho de alta.

Alta otorgada: Procedimiento mediante el cual el médico o en su defecto la sesión médica concluyen la atención médica al paciente con base en el diagnóstico, el restablecimiento de su salud y la reincorporación a sus labores o se establecen las secuelas definitivas de su lesión y la readaptación a vida sociolaboral.

Alta por abandono: Alta registrada por la ausencia no justificada del paciente a su tratamiento o cita.

Alta por especialidad: Procedimiento mediante el cual el médico o en su defecto la sesión médica, concluyen la atención médica al paciente, con base a los criterios de la especialidad que atienden, pero es excluyente en otras especialidades por las que pueda estar siendo atendido el paciente.

Asegurado: Patrono, empleado, estudiante o propietario de un vehículo que sufre un accidente y este es cubierto por alguno de los regímenes del Instituto Nacional de Seguros.

Atención Médica: El proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención cuando es posible, o si no lo fuera, su diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación.

Aviso de accidente laboral: Medio mediante el cual se comunica al jefe inmediato y supervisión, los accidentes laborales de los empleados de Casa de salud.

Consulta de Especialidades: Citas de valoración asignadas por el sistema en las que los médicos que valoran ostentan grado de especialista.

Consulta de primera vez: Cita de valoración inicial única que otorga el sistema para la atención del paciente.

Consulta de Reapertura: Citas de valoración subsecuentes que otorga el sistema para la atención del paciente que tiene alta otorgada.

Consulta médica: La atención brindada por un profesional médico a un paciente. Si varios médicos examinan en un mismo momento a una persona sana o enferma, éste recibe solo una consulta. En cambio si es revisado en distintos consultorios en el mismo día o en el mismo lugar por diferentes médicos, en momentos diferentes, se contabilizan tantas consultas cuantas veces se efectuó esa prestación.

Consulta Primer nivel: Es la atención brindada por un profesional médico en un consultorio ubicado en un Centro Médico Regional.

Consulta Programada: Citas de valoración asignadas por el sistema a un lapso de tiempo determinado de acuerdo a la demanda del servicio según la especialidad o a las necesidades del paciente.

Consulta según Referencia: Cita de valoración asignada por el sistema a un servicio determinado a solicitud de otro servicio según el área.

Consulta Segundo nivel: Es la atención brindada por un profesional médico en un consultorio ubicado dentro de un hospital o clínica con servicios y especialidades, en el cual además, se cuenta con métodos diagnósticos y laboratorio clínico.

Consultorio Médico de Empresa: Centro de Salud ubicado en la empresa y certificado por el INS para brindar atención médica a su población laboral, en lo que corresponde a accidentes o enfermedades, ocasionado por la labor que realizan en la empresa.

Consultorio Médico Regional: Centro de Salud ubicado en una determinada zona o región, certificado por el INS para brindar atención médica a su población laboral de acuerdo a zona de atracción, en lo que corresponde a accidentes o enfermedades amparadas por los diferentes regímenes del INS.

Denuncia de accidente laboral: Procedimiento mediante el cual se registran en el Departamento de Administración de Personal los accidentes laborales de los empleados del Complejo Integral.

Egreso: Salida bajo recomendación médica de alguno de los servicios ya sea por alta otorgada o por conclusión de tratamiento con valoraciones subsecuentes. Forma legal de enviar al usuario hospitalizado a su hogar, bajo recomendación médica, ya sea por alta otorgada, por conclusión de tratamiento y con valoraciones subsecuentes.

Enfermedad Ocupacional: es todo estado patológico que resulte 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 labora y debe establecerse que estos han sido la causa de la enfermedad.

Epicrisis: Resumen médico de la atención de un paciente en un centro de salud.

Establecimiento médico: Cualquier estructura u organización que interviene en el ámbito de la salud en calidad de proveedor de asistencia médica a la población (Centro de Salud, dispensario, consultorio médico, hospital).

Ética: rama de la filosofía que se ocupa de la distinción entre lo recto y lo equivocados por lo que respecta a las consecuencias morales de las acciones humanas.

Fecha de presentación: Fecha en la cual el lesionado se presenta al centro de salud para recibir atención.

Fijación de impedimento: Porcentaje de la capacidad general del paciente, en relación con la lesión y la secuela que se presente al finalizar la atención médica. El porcentaje se asigna al paciente en la consulta de Valoración de Impedimento y el porcentaje fijado, corresponde a una determinada suma de dinero. La incapacidad resultante se valorará de acuerdo con el dictamen médico sobre las consecuencias que, presumiblemente, el riesgo hubiera ocasionado al trabajador. Un trabajador lesionado es elegible para recibir beneficios económicos y/o ingresos de impedimento después que éste haya llegado a alcanzar el mejoramiento máximo corporal. Un trabajador lesionado puede recibir una incapacidad permanente cuando presenta una lesión o enfermedad que resulta en la pérdida de sus manos, pies, visión; o cuando el trabajador de acuerdo al grado de las lesiones o secuelas que presente queda incapacitado para cualquier trabajo.

Gran inválido: es el trabajador que ha quedado con una incapacidad total permanente y además requiere de la asistencia de otra persona, para realizar los actos esenciales de la vida.

Historia clínica: Archivo de informaciones relacionadas con actuaciones en el ambiente de los cuidados sanitarios, referidos a una persona. Además de los hechos pertinentes acerca de la enfermedad de un paciente, los registros médicos contienen siempre diagnósticos, tratamientos, evolución, datos demográficos, datos sociológicos, datos económicos.

Impedimento: Una persona es candidata a obtener un impedimento cuando por causa de lesión o enfermedad relacionada u ocasionada con su trabajo o accidente presenta disminución de su capacidad general. La incapacidad resultante se valorará de acuerdo al criterio médico acerca de las consecuencias que, presumiblemente, el riesgo hubiera ocasionado al trabajador. Una persona lesionada es elegible para recibir beneficios económicos y/o ingresos de impedimento después que éste haya llegado a alcanzar el mejoramiento máximo corporal mediante tratamiento médico. Un trabajador lesionado puede recibir una incapacidad permanente cuando presente una lesión o enfermedad que resulta en la pérdida de sus manos, pies, visión, etc., según las tablas de indemnizaciones por incapacidad definidas para cada una de las líneas de seguros que administra el INS; o cuando el trabajador de acuerdo al grado de las lesiones o secuelas que presente queda incapacitado para cualquier actividad cotidiana o de trabajo.

Incapacidad: documento en el cual el médico establece el número de días, que una persona está en discapacidad para realizar cualquier actividad cotidiana.

Incapacidad Permanente: es la que causa una disminución de facultados o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional.

Incapacidad Temporal: a la provocada por la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita al individuo para desempeñar el trabajo por algún tiempo o se le inhabilita temporalmente para realizar actividades cotidianas. Se considerarán como estados o situaciones

determinantes de la incapacidad temporal, los referidos a enfermedad, accidente y los denominados períodos de observación en caso de enfermedad profesional.

Ingreso: Indicación médica mediante legal por medio del cuál se recibe a los asegurados que ingresan a los servicios de Casa de Salud, Albergue y Clínica Católica para ocupar una cama, los cuales están amparados bajo el régimen que administra el INS.

Internamientos: Orden dada por un médico de la consulta externa, para la hospitalización de un paciente en la casa de salud. Es un procedimiento que es tramitado por el profesional de enfermería de la consulta externa.

Internamientos de los Centros Médicos Regionales: Son pacientes enviados de los dispensarios con orden de hospitalización en la casa de salud. Este procedimiento se realiza en coordinación con el profesional de enfermería ubicado en el servicio de valoración de la Consulta externa.

Investigación de accidentes: Técnica analítica, con la que se intenta localizar las diferentes causas que hayan originado un accidente en particular, previa constatación de los hechos reales que se produjeron.

Médico Especialista: Profesional en ciencias médicas, que labora en el centro de salud para brindar la atención médica a los asegurados del INS, que son referidos por el médico general a una especialidad determinada.

Médico General: Profesional en ciencias, médico profesional cualificado por las enseñanzas recibidas y autorizado por la ley para ejercer la medicina; que labora en el centro de salud para brindar la atención médica a los asegurados del INS.

Módulo de Especialidades: Se le llama así al edificio con franjas celestes, en donde se imparten consultas médicas de varias especialidades.

Persona afectada (Paciente): Persona portadora de una lesión o enfermedad, que es sometida a un examen médico, que sigue un tratamiento o que es objeto de una intervención quirúrgica.

Patrono: Es toda persona física o jurídica, particular o de derecho público, que emplea los servicios de otra u otras, en virtud de un contrato de trabajo, expreso o implícito, verbal o escrito, individual o colectivo.

Promoción de la salud: proceso de capacitar a las personas para que aumenten el grado de control que ejercen sobre su salud y la mejoren. Actúa sobre la población como un todo, en el contexto de la vida diaria, más que dirigir los esfuerzos hacia aquellas personas que se encuentran bajo el riesgo de contraer determinadas enfermedades, y, enfoca su atención sobre los factores o causas determinantes de la salud.

Reapertura: Consulta que solicita el paciente luego del alta definitiva, cita que deberá de ser en la especialidad que le dio el alta por última vez. El paciente realiza este trámite cuando posterior al alta persiste con algún tipo de padecimiento o dolencia relacionado con su accidente y le impide laborar normalmente o sea que no está resuelto aún.

Reapertura por segunda vez: Indica el número de consultas hechas al servicio de Reaperturas y se refiere a aquellos casos que han tenido anteriormente otra reapertura. Esta consulta no representa pagó para el médico de compra de servicios.

Recepción: Aposento destinado para realizar las labores administrativas.

Recepcionista Médico: Personal Administrativo encargado recibir a los asegurados y brindarle el servicio de información y trámites administrativos en relación a los seguros que administra el INS.

Reconocimiento Incapacidad Retroactiva: Procedimiento mediante el cual el paciente solicita que la Jefatura Médica autorice la confección de incapacidades extendidas por la Caja costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), que corresponden a las atenciones recibidas por el paciente en Centros Médicos adscritos a ese Régimen, por lesiones ocurridas en accidentes amparados por los regímenes del Instituto Nacional de Seguros.

Referencia a Especialidades: Son los pacientes que son enviados de un Dispensario o Consultorio Médico a INS SALUD para ser atendidos por un medico especialista o del Consultorio Médico a un Dispensario.

Registro: Es el archivo de datos relativos a todos los casos de una determinada enfermedad o de otro proceso de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los casos pueden relacionarse con una población base.

Riesgo: probabilidad de que ocurra un hecho, por ejemplo, de que un individuo enferme o fallezca, dentro de un período de tiempo o edad determinados. Asimismo, término no técnico que comprende diversas medidas acerca de la probabilidad de un desenlace (generalmente) desfavorable.

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

Saldo de Cobertura: Es la diferencia entre el monto de cobertura y los costos en que ha incurrido el lesionado por concepto de atenciones recibidas por cada accidente.

Salud Ocupacional: Promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental, social y ambiental de los trabajadores en todas las ocupaciones, prevenir de todo daño causado a la salud de ellos por las condiciones de trabajo.

Secuela: Es el defecto físico o mental a nivel de un sistema corporal u órgano que queda posterior a padecer una lesión, accidente o enfermedad.

Simulación: uso de sistemas de modelos, por ejemplo, un modelo matemático o un modelo animal, para imitar lo más posible la acción de un sistema real: se emplea a menudo para estudiar las propiedades de los sistemas reales.

Ref: Aprobado por Gerencia mediante oficio G-00266-2008 del 02-02-2009.

Lic. Efraím Marchena López, Jefe Departamento de Desarrollo Institucional.—1 vez.—(O. C. N° 18787).—C-432020.—(9743).

Modificación al artículo 16 del Reglamento de Contrataciones Exceptuadas de los procedimientos Ordinarios de Contratación Administrativa, de conformidad con el artículo 9 de la Ley del Instituto Nacional de Seguros

La Junta Directiva, sesión N° 8929, acuerdo III, del 26 de enero del 2009, acordó la modificación del artículo de cita:

“Artículo 16.—Contrataciones de servicios de intermediación de seguros o financiera, incluidos los de distribución de seguros autoexpedibles; contratación para la realización, por

parte de terceros, de los servicios que proveen regularmente el INS o sus subsidiarias, tales como el cobro o la recaudación de dineros y de los servicios auxiliares de seguros, según se indica en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

Para la contratación de este tipo de servicios, la Unidad Usuaria, con la aprobación del Jefe de División, Subgerente, o en su defecto del Gerente, podrá establecer manuales de requisitos y la manera de comprobación de los mismos, los cuales una vez constatados en un posible contratista que haya manifestado su interés, permitirá su contratación de conformidad con lo que señale el Manual.

En el caso específico de contratación de intermediación de seguros, por el carácter estratégico de estas contrataciones no será necesario invitar a varios candidatos o publicar la contratación. El Jefe de la Unidad Usuaria deberá justificar la idoneidad del o los posibles aliados, cumpliendo con el resto de requisitos que establece el presente reglamento, el Manual y las directrices específicas que pueda dictar la Gerencia o la Presidencia Ejecutiva.”

Departamento Desarrollo Institucional.—Lic. Manuel Alvarado Acosta, Subjefe.—1 vez.—(O. C. N° 18787).—C-18020.—(10684).