

# LA GACETA

DIGITAL

Diario Oficial

La Uruca, San José, Costa Rica, jueves 23 de junio de 2011, n. 121

## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

JUNTA DIRECTIVA

### APROBACIÓN REFORMA REGLAMENTARIA

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 9º de la sesión 8509, celebrada el 26 de mayo de 2011 acordó modificar el *Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud*, en los siguientes términos:

#### “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 (CCSS) 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 y normativa relacionada.

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 asegurados (as) activos (as), (directo activo asalariado y trabajadores independientes individuales o de convenio) y a los asegurados voluntarios, conforme con 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, el artículo 5º del Reglamento para la Afiliación de los Asegurados Voluntarios 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 (médicos y odontólogos), autorizados por la Caja, y el asegurado (a) activo (a), cuyo fin último es propiciar la recuperación de la salud mediante el reposo de este último 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.

El asegurado activo (a) incapacitado (a), en función del reposo prescrito, como parte de su tratamiento, queda inhabilitado para el desempeño de cualquier tipo de actividad remunerada y

no remunerada, pública o privada, tanto en su horario ordinario, como fuera de él, así como cualquier actividad intelectual, física o recreativa que interfiera con la recomendación médica (excepto criterio especial del profesional que extiende la incapacidad, que recomiende lo contrario, lo cual debe quedar anotado en el expediente clínico, indicando el tiempo y el tipo de actividad física o recreativa que requiere el asegurado para su recuperación), lo cual deberá ser comunicado a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, para los efectos que corresponda.

La incapacidad otorgada no faculta al asegurado (a) activo (a) para ausentarse del país, salvo criterio del profesional en Ciencias Médicas de la Caja que recomienda la salida del país para completar el tratamiento indicado, lo cual debe consignarse en el expediente clínico, anotando la justificación de lo anterior, exceptuando los trabajadores del servicio exterior costarricense, que en el momento de otorgárseles la recomendación de incapacidad se encuentren fuera del país.

Cuando se compruebe que el asegurado (a) activo (a) incumpla la inhabilitación señalada en el párrafo anterior, producto de una denuncia, una solicitud de investigación de su patrono o determinación por investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, la incapacidad podrá ser anulada o suspendida por el profesional en Ciencias Médicas o la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del centro médico, previa investigación ajustada a derecho, lo cual quedará anotado en su expediente clínico. En caso de que una incapacidad sea anulada o suspendida por la Institución se le comunicará al patrono, cuando corresponda.

Cuando se compruebe que efectivamente el asegurado (a) activo (a) incumplió con la inhabilitación señalada anteriormente la Caja deberá recuperar los montos pagados, mediante los procedimientos administrativos establecidos. Lo anterior sin perjuicio de la denuncia que corresponda ante el Ministerio Público de aquel asegurado (a) activo (a) que se vale de medios espurios para obtener una incapacidad.

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.** Debe prevalecer un sentido de racionalidad y ética profesional, en lo que respecta al acto de otorgar una incapacidad, 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 con las reglas del debido proceso y establecer las sanciones que corresponda según la gravedad de la falta y sin perjuicio de efectuar la respectiva denuncia ante el Ministerio Público, quienes podrían tipificar el hecho conforme con 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 y leyes conexas, tales como la Ley de Control Interno, Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Código de Ética.

Los profesionales en Ciencias Médicas de la Caja, 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 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 administrativo, legal, financiero, social y ético.

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 técnica de su respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

### Artículo 3º—**De los asegurados voluntarios y los trabajadores independientes.**

**Asegurados Voluntarios:** Los asegurados voluntarios afiliados de conformidad con el Reglamento del Seguro de Salud y el Reglamento para la afiliación de los asegurados voluntarios, sea en forma individual o mediante convenios de aseguramiento colectivo, serán sujetos del otorgamiento y pago de incapacidades y licencias.

**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. En caso de que los trabajadores independientes sean también asalariados pueden recibir la incapacidad en condición de tales.

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 entregado a los profesionales en Ciencias Médicas y a los médicos del Sistema de Atención de Medicina de Empresa, por la dirección médica o la autoridad que la misma delegue, de cada centro.

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

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

La custodia y el control de las existencias de tales formularios son competencia y responsabilidad del director médico del centro de salud. 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)**. Lo anterior aplica para médicos institucionales y de medicina de empresa, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 15º del Manual de Procedimientos para el Registro, Control y Pago de Incapacidades RCPI. A aquellos profesionales que extravíen un talonario de incapacidad la dirección médica centro les realizará el trámite del cobro del costo de su elaboración.

a. **Del llenado del formulario de otorgamiento de incapacidades.** El médico debe llenar los siguientes puntos del formulario:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Período otorgado.
- Número de días (en letras).
- Tipo de riesgo.
- Diagnóstico.
- Firma, Código y sello médico.

b. **De boletas anuladas.** Toda boleta que sea anulada debe de adjuntarse al talonario y ser devuelta a la dirección médica del centro respectivo, lo mismo que talonarios con boletas sin usar, tanto para profesionales en Ciencias Médicas institucionales como por médicos de empresa. Las boletas anuladas y los talonarios devueltos con boletas en blanco deberán incluirse en el RCPI.

c. **De la entrega de los talonarios.** La dirección médica o a quien delegue entregará los talonarios de incapacidad, anotando en un libro de actas la numeración del talonario y la firma del profesional en Ciencias Médicas de la Institución y del médico de empresa que recibe. Posteriormente el profesional en Ciencias Médicas de la Institución y el médico de empresa

deberán devolver el talonario cuando se le agote para recibir un nuevo talonario. El retiro del talonario es personal y no podrá hacerse por medio de terceros. En caso de duda se deberá presentar el carné vigente del respectivo colegio profesional.

- d. **Del control del otorgamiento de incapacidades y licencias en el expediente clínico.** El reporte de incapacidades, generado por el RCPI, superiores a los noventa (90) días, ya sea continuas o acumuladas en los últimos seis meses calendario, deberá incluirse en el expediente clínico del paciente. Lo mismo aplica para el reporte de incapacidades continuas o discontinuas que superen trescientos sesenta y cinco días (365), dentro de un período de dos años incluida la nueva incapacidad, de acuerdo con lo que establece el artículo 9° de este Reglamento. La Comisión Local Evaluadora de Incapacidades remitirá estos informes generados por el RCPI al Departamento de Registros de Salud para su inclusión en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a).

**Artículo 5°—De las recomendaciones de incapacidad y licencias por terceros.** Toda recomendación de licencias e incapacidades por los profesionales en Ciencias Médicas autorizados que laboran en forma privada o en el Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas debe ser emitida en los formularios oficiales, establecidos por los colegios profesionales de médicos y odontólogos.

Todo formulario emitido por profesionales del Sistema Mixto de Atención Integral a las personas y los profesionales en Ciencias Médicas privados que haga referencia a días de reposo como parte del tratamiento de un asegurado (a) activo (a), tendrá carácter de recomendación para la Caja. Es potestad de las autoridades del centro médico citar al paciente en caso necesario, ya sea por duda diagnóstica, cantidad de días otorgados o más de dos recomendaciones de incapacidad de un mismo lugar o centro de trabajo en forma continua.

La admisión, modificación o denegatoria de dichas recomendaciones de incapacidad debe ser consignada mediante acto administrativo en el expediente de salud del asegurado (a) activo (a).

La valoración de las recomendaciones de incapacidad debe ser gestionada por el interesado (a) o por medio de terceros, para lo cual debe existir la autorización del interesado para tal efecto, en la dirección médica o a la autoridad que ésta delegue de su centro médico de adscripción, en un plazo de dos días hábiles posteriores a la fecha en que ésta fue emitida.

En casos excepcionales si la presentación de la documentación se realiza posterior a los dos días hábiles de expedida, plazo que no podrá ser mayor a cinco 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. La valoración queda bajo la responsabilidad de la dirección médica del centro médico o a la autoridad que ésta delegue; acto que debe quedar registrado en documento idóneo, el cual debe ser incluido en el expediente de salud del asegurado (a).

Si la recomendación de incapacidad o licencia es emitida en el extranjero, la documentación que presente el asegurado (a) activo (a) debe ser en idioma español, estar refrendada y autenticada por las autoridades consulares costarricenses y presentada en plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles, a partir de la autenticación emitida por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto en el país, ante la Comisión Local Médica Evaluadora de Incapacidades, para lo correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.

El derecho a cobrar subsidios de las incapacidades y licencias producto de la recomendación de un tercero sólo aplicará a partir del otorgamiento de la incapacidad por los médicos y odontólogos de la Caja.

**Artículo 6°—Del control, evaluación y otorgamiento de las incapacidades y licencias.** Es responsabilidad de la Dirección Médica de la Unidad, ya sea institucional o de proveedores externos de servicios integrales de salud, que otorga la incapacidad o licencia, gestionar su otorgamiento y

trámite, así como el contenido presupuestario, para el respectivo pago. Lo anterior lo realizará con el soporte y asesoría de las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades.

La dirección médica del centro debe evaluar mensualmente, en forma obligatoria, el otorgamiento de incapacidades, a partir de los informes generados por el RCPI, tanto las que se otorgan por los profesionales del centro médico como las otorgadas por otros profesionales, ya sea privados y de medicina de empresa.

Las Comisiones Regionales Evaluadoras de Incapacidades deberán evaluar cada tres meses el comportamiento del otorgamiento de las licencias e incapacidades en su respectiva región. La Comisión Central Evaluadora de Incapacidades realizará un análisis trimestral del otorgamiento de las licencias e incapacidades, con base en la información aportada por el RCPI, para lo cual contará con el soporte del Área de Estadística Institucional y la Dirección Actuarial.

**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 que atiende al asegurado (a). Dicha hoja debe incorporarse al expediente de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17º del Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS. En aquellos casos en que el asegurado (a) activo (a) sea atendido en otro centro diferente a su centro de adscripción la hoja de urgencias en la que consta su atención deberá ser remitida a su centro respectivo para que sea incorporada a su expediente. Esta información obligatoriamente debe quedar consignada en el sistema de registro de incapacidades.

En este servicio, la incapacidad se podrá otorgar hasta por tres (3) días, tanto 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, 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 la hoja de puerta del paciente y con el visto bueno del director médico o jefatura que él designe, de acuerdo con lo que el médico que atendió al asegurado (a) considere, según la lesión o patología del asegurado (a).

**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 u odontológica 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 asegurado (a) activo (a).

Dicho acto formal tiene que quedar debidamente registrado en el expediente de salud, en la unidad que otorga la incapacidad y ser extendido por el profesional destinado para tal fin.

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

Corresponde al nivel de atención donde un paciente es referido y atendido, según la complejidad de la patología, otorgar las incapacidades que éste pudiere requerir, a partir de la atención médica efectiva que se brinde.

Previo a que sea atendido en el centro al que fue referido, el otorgamiento de incapacidades seguirá siendo responsabilidad del centro de adscripción que refirió; incluyendo las incapacidades que excepcionalmente se otorgan por falta de cupo en los servicios de referencia o la extensión cuando no coincida la cita de control con la incapacidad otorgada en cita previa, 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 2º ó 3º nivel que esté atendiendo un paciente deberá continuar extendiéndole las incapacidades que amerite hasta su próxima cita. Un nivel superior no puede referir a un nivel de atención inferior para que le completen las incapacidades que amerita, hasta que no se le dé de alta.

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 requiera incapacidad y se determina en el nivel superior que el diagnóstico por el cual fue referido no corresponde con la especialidad, el especialista que lo atendió enviará al paciente a la jefatura de consulta externa de su centro, a fin de derivar al paciente a la especialidad que él considera que corresponde. Si dicha especialidad existe en ese centro, la jefatura de consulta externa le continuará extendiendo incapacidades, si así lo considera, hasta que sea atendido por el especialista y hasta que 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, a partir del cual el nivel que lo envió asumirá la responsabilidad de extenderle las incapacidades que requiera hasta que sea atendido en ese nivel.

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.

En el evento de que el asegurado (a) activo (a) indique haber concluido su jornada laboral y requiera de incapacidad, ésta debe otorgarse con vigencia a partir del día siguiente, con la debida anotación en la hoja de atención o expediente, según se trate.

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

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, éste podrá extenderse con fecha posterior al día de la atención, con el fin de completar los días de reposo recomendados.

**Artículo 9º—De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a un año.** En aquellos casos en que el asegurado (a) activo (a) tenga más de ciento ochenta días (180) de incapacidad continua o 6 meses de incapacidad discontinua, en los últimos 12 (doce) meses calendario, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades incorporará dentro de su análisis el criterio del profesional en Ciencias Médicas respecto de las posibilidades de recuperación que pueda tener el asegurado (a) activo (a). Dicho criterio del médico a cargo deberá quedar anotado en el expediente clínico del asegurado (a), por solicitud de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

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, sin perjuicio de que a criterio de dicha Comisión se considere ser valorado en un plazo menor.

Si producto del análisis realizado 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 con las condiciones médicas establecidas, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades deberá 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 6º del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). De todo lo actuado se deberá informar al asegurado (a) del deber de continuar el proceso en esa instancia.

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 artículo 12º y 13º de este Reglamento.

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, la suspensión de los períodos de incapacidad rige a partir del momento en que se concrete el beneficio de pensión por invalidez o por vejez.

Aquellas recomendaciones de incapacidad menores a un año, extendidas por el Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, o 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 o en la Institución, deberán ser analizadas por las Comisiones Médicas Locales Evaluadoras de Incapacidades, directamente o por medio de la solicitud de la dirección médica del centro de peritos institucionales, conforme con lo establecido en los artículos 112 al 115 del Código de Ética y Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, con el objetivo de valorar si proceden o no o si el asegurado (a) activo (a) requiere de otras valoraciones médicas que le permitan recuperar su salud y reintegrarse a sus labores habituales.

**Artículo 10.—De las incapacidades por internamiento.** En caso de internamientos menores de quince días naturales la incapacidad se extenderá al momento de egreso del paciente, a partir 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 15 /quince/ días naturales en adelante) en centros médicos de la Institución, las incapacidades serán generadas en forma directa por el sistema informático de incapacidades autorizado, para lo cual la oficina de admisión en el momento del ingreso del asegurado (a) deberá registrar la información que consta en la orden de internamiento.

El sistema de admisión emitirá la constancia de incapacidad por períodos vencidos semanales hasta la fecha de egreso del centro hospitalario.

El profesional en Ciencias Médicas que esté tratando al paciente o quien él designe, es el que aportará su código y firma en la constancia respectiva, tanto para las constancias que se generan semanalmente, hasta para la que se indique posterior al egreso.

**Artículo 11.—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, a excepción de lo indicado en el artículo 8°, párrafo 8, de este Reglamento.

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, con visto bueno del director médico o la autoridad que éste delegue, del centro médico del que forma parte el profesional en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud.

Lo anterior aplica también para las incapacidades otorgadas en forma retroactiva en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, las cuales deberán tener el visto bueno del director médico del centro de adscripción del asegurado (a) activo (a) a la autoridad que el mismo delegue.

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, con visto bueno del director médico o la autoridad que el mismo delegue, del centro de adscripción del asegurado (a).

En caso de hospitalización en el extranjero la gestión debe realizarla el interesado o su representante en casos justificados y con la aportación de la documentación en español, que presente el asegurado (a) activo (a), ante el centro médico de adscripción, la cual deberá estar refrendada y autenticada por las autoridades consulares respectivas, para que la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades otorgue el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.

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

Artículo 12.—**De los riesgos no cubiertos por la Caja.** El otorgamiento y pago de las incapacidades por riesgos del trabajo (accidentes y enfermedades del trabajo), quedan expresamente excluidos de este Reglamento por ser responsabilidad de los entes aseguradores de acuerdo con la normativa vigente.

En orden a lo que establece el artículo 195º 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.

Artículo 13.—**De la atención de emergencias por riesgos del trabajo.** Cuando los profesionales en Ciencias Médicas de la Institución identifiquen la etiología de un caso como atribuible a riesgo de trabajo, se otorgará la atención de emergencia requerida, emitiendo de inmediato la referencia a los servicios médicos de los entes aseguradores, 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.

La oficina de validación de derechos debe tramitar el cobro correspondiente ante el INS (Instituto Nacional de Seguros) de la atención médica otorgada por la Caja al paciente.

El asegurado (a) activo (a) queda obligado a acudir a los servicios médicos de los entes aseguradores, al siguiente día hábil de aquel en que recibió la atención en el servicio de emergencias 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 los entes aseguradores no están laborando, el médico tratante 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 14.—**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, siempre y cuando sea un asegurado (a) activo (a) y que cumplan con los requisitos reglamentarios para acceder a dichos beneficios, 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 ente asegurador, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32º del Reglamento del Seguro de Salud y el artículo 21º del Instructivo Pago de Prestaciones en Dinero.

Artículo 15.—**De la creación de Comisiones Evaluadoras de Incapacidad y Licencias (C.E.I.L.) locales, regionales y central.** En todo centro médico funcionará una “Comisión Local Evaluadora de incapacidades”

En cada una de las Direcciones Regionales funcionará una “Comisión Regional Médica Evaluadora de Incapacidades”.

A nivel nacional se conformará una Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades.

Las recomendaciones de estas Comisiones serán vinculantes.

En todos los casos estas Comisiones se regirán por lo dispuesto en el nuevo Reglamento para el funcionamiento de las Comisiones Médicas Evaluadoras de Licencias e Incapacidades y su conformación es de carácter obligatorio.

Artículo 16.—**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 en el formulario de otorgamiento de incapacidades de la CCSS. La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo del trabajador (a) para su registro, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a su otorgamiento.

De requerirse incapacidad que supere los cinco 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 los



profesionales en Ciencias Médicas de la Caja, para lo cual deberá ser referido con una epicrisis al centro médico de adscripción en el formulario de referencia institucional.

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.

**Artículo 17.—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.

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 con el criterio médico y estarse a lo contenido en la tabla de días, indicada en el artículo 21° de este Reglamento.

Tratándose de aborto no intencional o parto prematuro no viable, cuando la gestación haya alcanzado las veinte semanas y no haya sobrepasado las 36 (treinta y seis) semanas el período de licencia será equivalente a la mitad del período posparto de la licencia por maternidad.

Los casos de abortos no intencionales con menos de 20 (veinte) 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.

En caso de partos prematuros viables, con períodos de gestación mayores a las veinte semanas, la licencia se extenderá por el período completo.

En aquellos casos que el neonato fallezca dentro del período de la licencia, ésta se mantendrá por el período completo.

En aquellos casos de partos múltiples se extenderá un mes adicional de licencia por maternidad por cada producto vivo, 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 18.—De la modificación del período de licencia por maternidad.** Si el ser procreado naciere sin vida y el período de gestación es mayor a las 36 (treinta y seis) semanas la licencia se mantendrá por el período completo.

**Artículo 19.—De la licencia por adopción.** La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor podrá otorgarse hasta por 3 (tres) 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 párrafo 8 del artículo 17° de este Reglamento.

**Artículo 20.—De la licencia por Fase Terminal.** En caso de que un asegurado activo (a) 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.

Las licencias serán autorizadas por la Comisión 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.

La dirección médica de cada centro deberá llevar un expediente administrativo para cada caso autorizado.

Artículo 21.—**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) 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 trabajador.

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

<b>Causas</b>	<b>Número de días</b>
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 5 (cinco).
6. Enf. Tipo influenza	hasta 7 (siete)
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. Infec. Intestinales	hasta 4 (cuatro).
12. Hemorroides	hasta 4 (cuatro).
13. Infec. renales, litiasis y	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 5 (cinco).
23. Descompensación diabética	hasta 6 (seis).
24. Dengue	hasta 15 (quince).
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).

En aquellos casos que se requiera un mayor número de días de incapacidad, deberá quedar anotado en el expediente clínico el fundamento técnico médico que justifica la razón por la que se superan los días establecidos. Además, debe tener la autorización de la jefatura inmediata.

Tanto en el caso de patologías incluidas en este listado, como en el caso de otras patologías no mencionadas, en las que se considere ameritan períodos de incapacidad superiores a 15 (quince) días, deben tener el visto bueno de la dirección médica o la autoridad que ésta delegue, quien 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 amerite.

**Artículo 22.—De las incapacidades otorgadas por médicos especialistas.** En caso de incapacidades extendidas por médicos especialistas 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 trabajador.

Tratándose de la atención de patologías que ameritan un período mayor a treinta días de incapacidad, hasta noventa días, deberá el médico especialista tratante justificarlo en el expediente de salud del trabajador (a) y solicitar, según el caso, el visto bueno de la dirección médica de cada centro médico, o a la autoridad que la misma delegue, debiendo ser revisadas por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, por solicitud de la dirección médica o la jefatura correspondiente.

En caso de incapacidades mayores de 90 (noventa) días, otorgadas por médicos especialistas de la Institución y según sea el caso, la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, con el visto bueno del médico director del centro, puede solicitar la valoración del paciente por médicos designados como peritos institucionales, de acuerdo con lo que establecen los artículos 112 al 115 del Código de Ética y Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

**Artículo 23.—De los períodos de incapacidad y licencias otorgados en un solo formulario.** 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 en la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.
- b. Los casos de internamiento en los centros médicos privados, luego de ser avalados por las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades, incluidos el internamiento y los días de reposo recomendados.
- c. Los internamientos en el extranjero, posterior a la validación por las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades.
- d. Las licencias por maternidad hasta por un máximo de 4 (cuatro) meses.
- e. Los casos de Ortopedia atendidos ambulatoriamente.
- f. Los casos de pacientes con enfermedades prolongadas, tratados por médico(s) de la Caja Costarricense de Seguro Social, ambulatoriamente, hasta por un máximo de 180 (ciento ochenta) días, con la debida justificación en el expediente clínico del paciente y con el aval de la dirección médica del centro o a quien éste delegue. Estos casos deberán ser analizados por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, incluido el criterio del médico a cargo del paciente respecto de las posibilidades de recuperación que pueda tener el paciente. El criterio de dicho médico deberá quedar anotado en el expediente clínico del paciente, por solicitud de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 9° de este Reglamento.

**Artículo 24.—De las sanciones.** El incumplimiento a lo dispuesto en este Reglamento se sancionará de acuerdo con lo regulado en la reglamentación interna de trabajo y demás normativa aplicable.

**Artículo 25.—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, en el Reglamento del Seguro de Salud, en la Ley Constitutiva de la CCSS, en el Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS y normativa conexas.

En consecuencia, queda modificado el actual Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud y sus reformas, aprobado en el artículo 1° de la sesión número 7897, celebrada el 14 de octubre del año 2004.

Acuerdo firme”.

Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva.—1 vez.—O. C. N° 2102.—Solicitud N° 37447.—C-362270.—(IN2011046174).