

Jueves 24 de abril de 2014

N° 8712

Acta de la sesión ordinaria número 8712, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 24 de abril de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Balmaceda Arias; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Salas Carrillo comunicó que no le es posible participar en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; los Gerentes Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes; Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; y de Pensiones, licenciado José Luis Quesada Martínez; y el licenciado Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial.

Asimismo, ingresan al salón de sesiones los expositores e invitados que en el artículo 1º, siguiente, se detallan.

ARTÍCULO 1º

Conforme con lo previsto se lleva a cabo el Seminario financiamiento de los regímenes de pensiones de la Seguridad Social.

Expositores:

Sr. Helmut Schwarzer, Especialista en Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Sr. Pierre Plamondon, F.S.A, F.C.I.A, Actuario Experto en Seguridad Social de Canadá.

Sr. Carlos Contreras, Representante de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

Lic. Sergio Velasco, Consultor Experto Actuarial, miembro de la Asociación Internacional de Actuarios, Actuario de la OIT para Centro América y el Caribe.

Invitados:

Contraloría General de la República:

Licda. Marjorie Gómez Chaves

Gerente del Área de Fiscalización de Servicios Económicos.

Ministerio de Trabajo:

Lic. Ronald Chaves

Dirección de Pensiones del Ministerio.

Ministerio de Hacienda:

Lic. José Luis Araya, Viceministro.

SUPEN (Superintendencia de Pensiones):

Lida. Myriam Morera Guillén
Directora de la División de Regímenes Colectivos.
Lic. Gerardo Delgado Vargas
Líder de Supervisión de esta Superintendencia.

Procuraduría General de la República:

Msc. Guillermo Bonilla Herrera
Procurador del Área Función Pública

Defensoría de los Habitantes:

Lida. Xinia Herrera.
Lic. José Rodolfo Castillo.

La señora Presidenta Ejecutiva da la bienvenida.

La señora Presidenta Ejecutiva da la bienvenida y presenta a los visitantes expertos actuarios a nivel internacional, que están colaborando con la Institución. Recuerda que se hizo un seminario durante dos días en donde hubo participación de todos los sectores de la Institución, con el objeto de ir clarificando los alcances, las interpretaciones y compartir experiencias de regímenes a nivel mundial y la experiencia que ellos tienen y la conceptualización y la visualización que tienen del sistema de Costa Rica. Se quiso que ellos vinieran a compartir con la Junta Directiva, porque para este órgano colegiado ha sido importante la salud del Régimen de IVM y se ha estado monitoreando desde el inicio de esta gestión y de la pasada también, para despejar cualquier duda que exista sobre la sostenibilidad del Régimen. Esta fue la razón para contratar una empresa que hiciera un nuevo estudio actuarial, a pesar de que se tienen estudios propios que han sido consistentes a lo largo de los años, que fue analizado también por el Organismo Internacional del Trabajo (OIT) que tiene una trayectoria y un reconocimiento a nivel internacional y es prácticamente la cuna de los estudios actuariales de este tipo; y ellos también fueron coincidentes con los resultados de los estudios propios, sin embargo hay dudas de la Superintendencia y por eso se contrató este nuevo estudio. Esta es la tercera ocasión en que esta Administración lleva a cabo un seminario de esta índole, dada la importancia que tiene la salud de este régimen, que alberga al 60% de la población adulta de Costa Rica, siendo el principal régimen de pensiones que tiene el país. De manera que como Junta Directiva agradece la presencia de todos, agradece la colaboración a la OIT, al CIESS de México que está participando con la Caja y al señor Pierre Plamondon, que vienen a dar su acompañamiento como expertos y vienen a compartir la visión que ellos tienen sobre la importancia de continuar con un monitoreo constante de este régimen. Así es que bienvenidos y muchas gracias.

Seguidamente, los expositores son presentados por el licenciado López Vargas.

El licenciado López Vargas expresa su satisfacción por la presencia de todos ellos en la actividad y agrega que le gustaría hacer una pequeña introducción de los atestados que tiene cada uno de ellos, para efecto de dar una imagen de la importancia de la gente que se tiene en Costa Rica para efecto de llevar a cabo este tipo de actividades. El señor Pierre Plamondon es miembro del Instituto Canadiense de Actuarios, de la Sociedad de Actuarios y de la Asociación Internacional de Actuarios, Jefe del Departamento de Valoración Actuarial de la Comisión de Pensiones de Québec, Coordinador de la Valuación Actuarial de Plan de Pensiones de Québec, fungió como

Coordinador del Departamento Financiero Actuarial Estadístico de la Actividad Social de la OIT; ha realizado evaluaciones actuariales en Medio Oriente, África y Caribe y desde 2012 participa en la valuación actuarial, implementación, reforma de regímenes de seguridad social en diferentes regiones del mundo y tiene múltiples publicaciones de prestigio mundial. El señor Sergio Velasco, muy conocido en esta Institución, es consultor experto actuarial, miembro de la Asociación Internacional de Actuarios, especialista en seguridad social de la OIT, Actuario de la OIT para Centro América y el Caribe. El señor Carlos Contreras es Actuario Especialista en Seguridad Social de la Seguridad Mexicana, profesor universitario en Ciencias Actuariales de la Universidad Nacional de México, Consultor Actuarial, funcionario del CIESS y funcionario también del CISS. Y el señor Helmut Schwarzer, Especialista en Seguridad Social de la OIT en Ginebra, Suiza, participó en diferentes proyectos de Seguridad Social en Latinoamérica y ha efectuado labores de tipo de seguridad social en Asia y es un enlace de la OIT en Suiza para toda América Latina.

Exposición del licenciado Sergio Velasco, quien se apoya en las láminas que se especifican:

- I) Seminario sobre Sistemas de Financiamiento de los Regímenes de Pensiones de la Seguridad Social
Sistemas de Financiamiento y Métodos de Valuación.
22 abril 2014
Sergio Velasco
Especialista Principal en Seguridad Social
Oficina Subregional OIT, San José, Costa Rica.

- II) Conclusiones Conferencia Internacional del Trabajo no. 89 en Seguridad Social.- Sostenibilidad.

Con el objeto de que sea sostenible, la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones debe garantizarse a largo plazo.

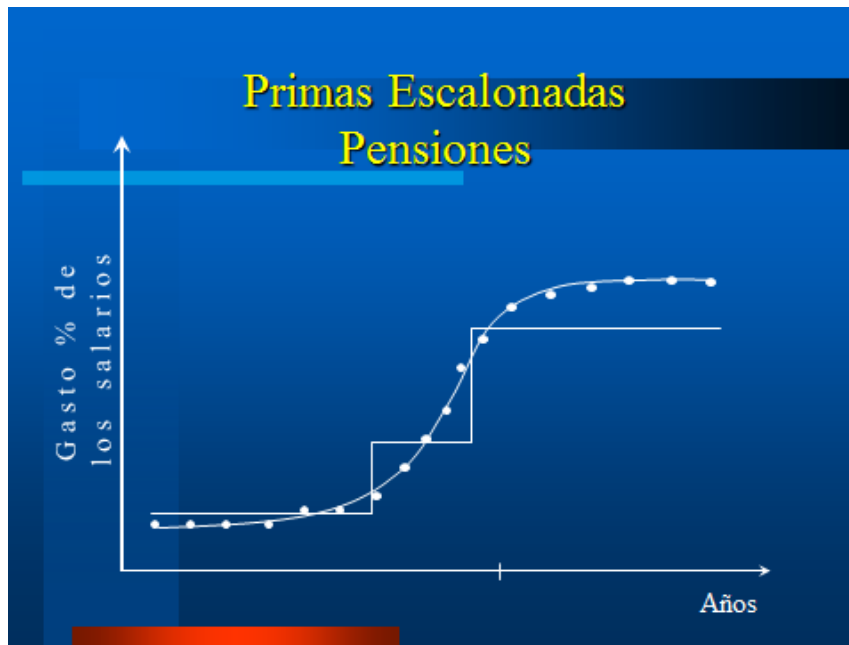
Por lo tanto, es necesario que se realicen proyecciones actuariales periódicas y se introduzcan los ajustes necesarios tan pronto como sea posible. Es imprescindible que se realice una evaluación actuarial completa de cualquier reforma que se proponga antes de adoptar una nueva legislación. Es necesario el diálogo social sobre las hipótesis que han de utilizarse en la evaluación y en el desarrollo de opciones políticas para hacer frente a cualquier desequilibrio financiero.

- III) Sistemas Financieros:

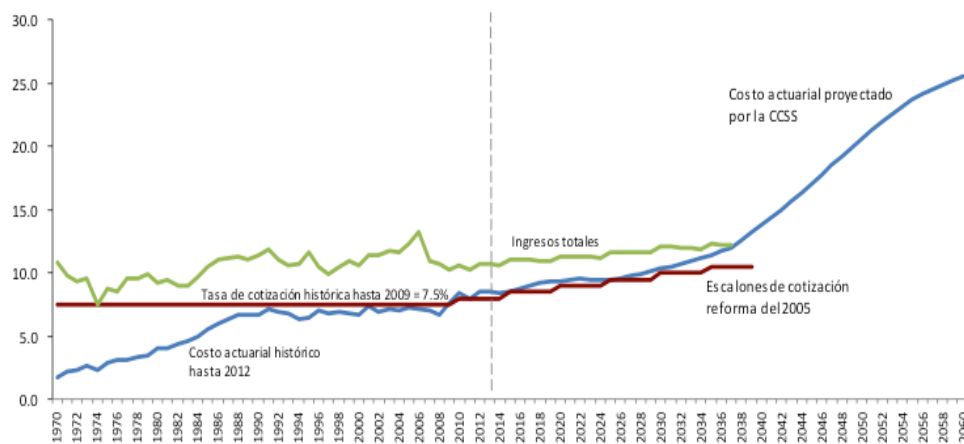
Régimen Financiero.

- “El sistema que se adopte para equilibrar ingresos y egresos a lo largo de los distintos años de funcionamiento (es decir, sistema de reparto, sistema de primas medias, sistema de primas escalonadas, etc.) distribuyendo, según se entienda hacerlo, la carga financiera del seguro entre diferentes grupos o generaciones de contribuyentes y/o cotizantes”.

IV)



V) Datos históricos y proyectados, prima escalonada IVM-CCSS



VI) Índice.

- Prestaciones Convenio Núm. 102.
- Sistemas Financieros.
- Métodos de evaluación.
- Resultados.
- La Valuación Actuarial como una herramienta de Monitoreo y Planificación Estratégica.

VII) Conclusiones Conferencia Internacional del Trabajo no. 89 en Seguridad Social.

- Extensión de la cobertura.
(Campaña a nivel mundial).
No hay un sistema único.
- Esquemas basados en el ahorro individual.

VIII) Conclusiones Conferencia Internacional del Trabajo No. 89 en Seguridad Social.- Sostenibilidad

Con objeto de que sea sostenible, la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones debe garantizarse a largo plazo.

Por lo tanto, es necesario que se realicen proyecciones actuariales periódicas y se introduzcan los ajustes necesarios tan pronto como sea posible. Es imprescindible que se realice una evaluación actuarial completa de cualquier reforma que se proponga antes de adoptar una nueva legislación. Es necesario el diálogo social sobre las hipótesis que han de utilizarse en la evaluación y en el desarrollo de opciones políticas para hacer frente a cualquier desequilibrio financiero.

IX) Prestaciones Convenio Núm. 102

- Asistencia médica.
- Prestaciones monetarias de enfermedad.
- Prestaciones de desempleo.
- Prestaciones de Vejez.
- Prestaciones en caso de Accidentes del Trabajo y de Enfermedad Profesional.
- Prestaciones Familiares.
- Prestaciones de Maternidad.
- Prestaciones de Invalidez.
- Prestaciones de Sobrevivientes.

X) Paquetes de Prestaciones de los Institutos de Seguro Social

- Enfermedades y Maternidad.
- Prestaciones de Corto Plazo (sin res).
- Invalidez, Vejez, Muerte (pensiones).
Prestaciones de Largo Plazo (con res).
- Riesgos del Trabajo.
Prestaciones de Corto y Largo Plazo.

XI) ¿Qué elementos determinan el gasto anual de pensiones?

XII)



XIII) Evolución Típica del Gasto Anual de Pensiones.

XIV) Determinantes de la Curva de Gasto de Pensiones.

- *Maduración del Régimen.*
 - *Transición demográfica, incremento en la esperanza de vida.*
 - *Cobertura del Sistema, estructura y evolución del mercado laboral.*
 - *Carga demográfica.*

XV)

TASA DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD POR AÑO 1950 – 2011



XVI)

PIRÁMIDES DE LA POBLACIÓN DE COSTA RICA Y PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS POR SEXO.

XVII) Determinantes de la Curva de Gasto de Pensiones.

*Entre más Bondadoso sea el Perfil de Beneficios y los Requisitos de Acceso.
Más rápidamente crecerá el gasto y llegará a un nivel más alto en la tercera etapa.*

XVIII) Sistemas Financieros.

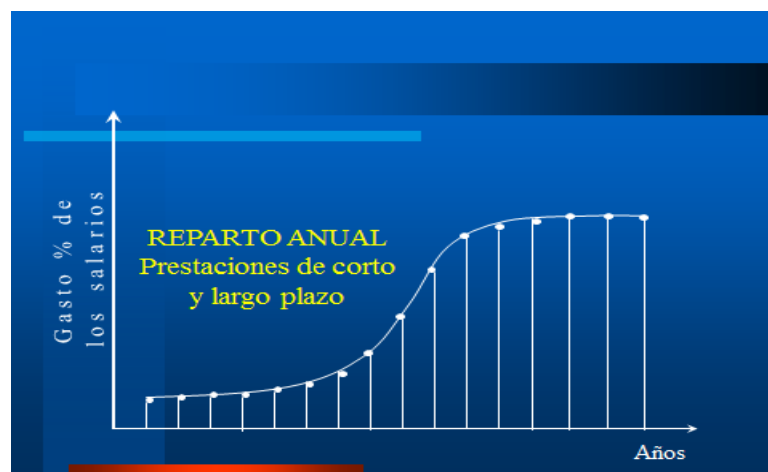
Régimen Financiero.

- “El sistema que se adopte para equilibrar ingresos y egresos a lo largo de los distintos años de funcionamiento (es decir, sistema de reparto, sistema de primas medias, sistema de primas escalonadas, etc.) distribuyendo, según se entienda hacerlo, la carga financiera del seguro entre diferentes grupos o generaciones de contribuyentes y/o cotizantes”.

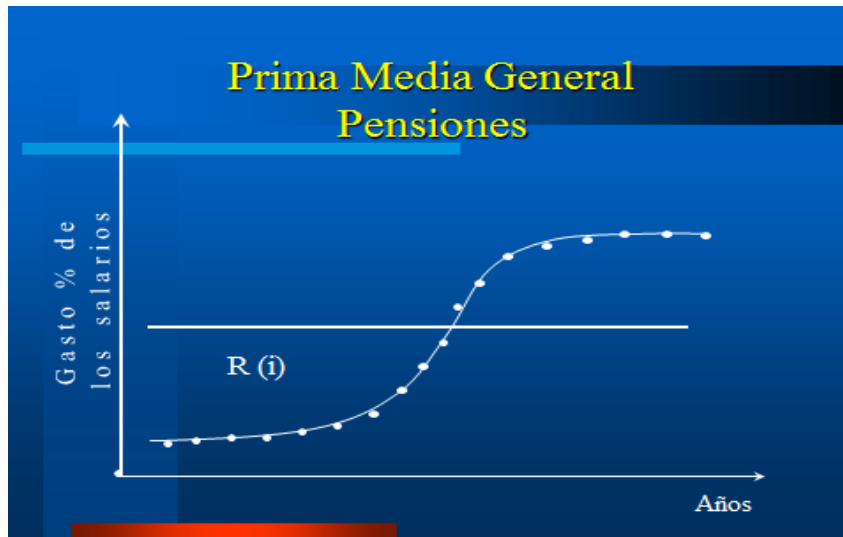
XIX) Sistemas Financieros.

- Financiación colectiva (solidarios).
 - Capitalización parcial o total.
 - Prima media general.
 - Prima escalonada.
 - Contribuciones definidas nocionales.
 - Reparto de capitales de cobertura.
 - Reparto.
- Financiación individual (no solidarios).
- Mixtos (dos o más pilares, el primero solidario).

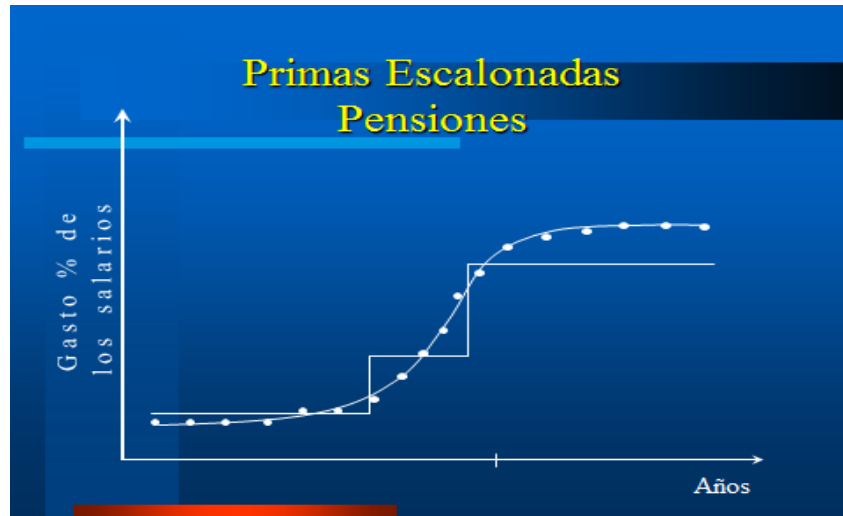
XX)



XXI)



XXII)



XXIII) Métodos de valuación

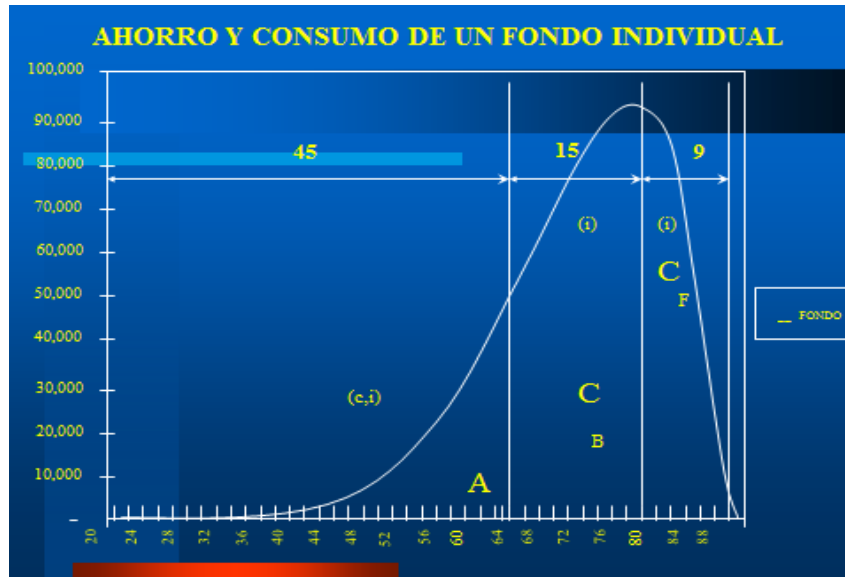
Sistema Financiero	Método de Valuación
• Prima media general	Balance Actuarial
• Prima escalonada	Proyecciones demográfico financieras
• Cuentas nocionales	Proyecciones demográfico financieras
• Reparto de capitales constitutivos	Cálculo de capitales constitutivos

XXIV) Sistemas de Financiación Individual.

XXV) Beneficio en los Sistemas de Financiación Individual.

- Ahorro durante su vida laboral.
- Cumple requisitos y compra su pensión.
- Fondo acumulado.
- Más rendimientos.
- Menos Comisiones
- Menos gastos.

XXVI)



XXVII) Características de los Sistemas de Financiación Individual

- Cotización definida y en por ciento del salario.
- Beneficio no definido.
 - Existe una relación uno a uno entre el ahorro y el beneficio.
 - Depende de:
 - Desempeño de la economía.
 - Política de empleo.
 - Tasas de interés.
 - Comisiones de las administradoras (privadas o públicas).
- Garantía de pensión mínima.

XXVIII) Modalidades de Pensión de Vejez en Cuentas Individuales.

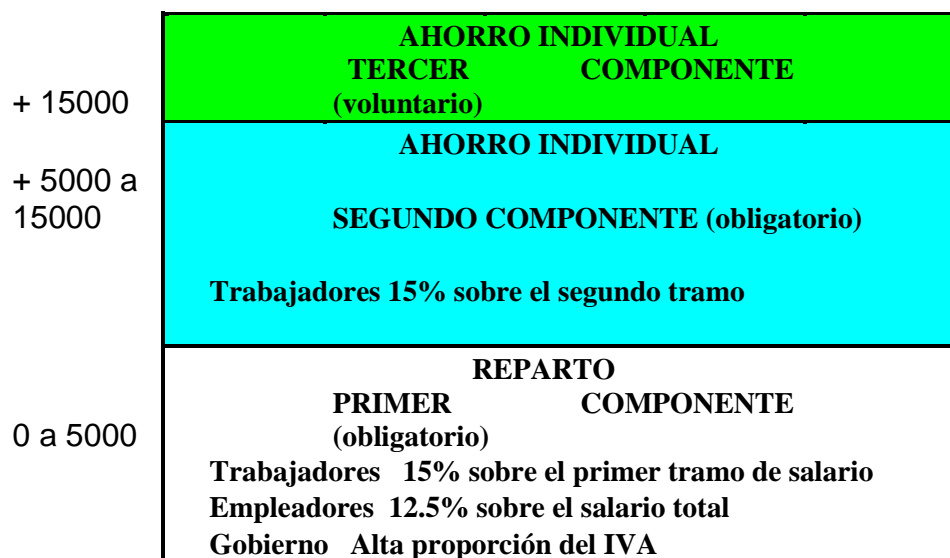
- Renta Vitalicia.
- Retiro Programado.
- Retiro Programado con Renta Vitalicia.

XXIX) Sistemas Mixtos.

XXX) Componentes del Sistema Mixto Uruguayo



XXXI) Financiamiento del Sistema Uruguayo



XXXII)

BENEFICIO TOTAL

=

BENEFICIO REGIMEN DE REPARTO

+

BENEFICIO REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL

estimula la participación de trabajadores con altos salarios.

XXXIII) Las Valuaciones Actuariales como Herramienta de Monitoreo y Planificación Estratégica.

XXXIV) Valuación Actuarial
¿Qué es una valuación actuarial?

Es una técnica para evaluar el desempeño de un sistema de pensiones bajo un sistema financiero definido.

- Nivel de contribuciones.
- Reservas Acumuladas.
- Evolución de variables demográficas y financieras.

XXXV) Valuación actuarial
Situación Actual del Régimen.
Monitoreo desde una perspectiva de: Corto, Mediano y Largo plazo.
¿Hacia dónde vamos?
¿Hacia dónde queremos ir?

XXXVI) Elementos requeridos para elaborar una Valuación Actuarial

- Leyes o reglamentos que determinan las características del régimen tales como:
 - Perfil de beneficios.
 - Condiciones de acceso al beneficio.
 - Sistema financiero.
- Datos de la población activa asegurada, por edad, sexo, tiempo cotizado, y nivel de ingresos.
- Estados financieros.

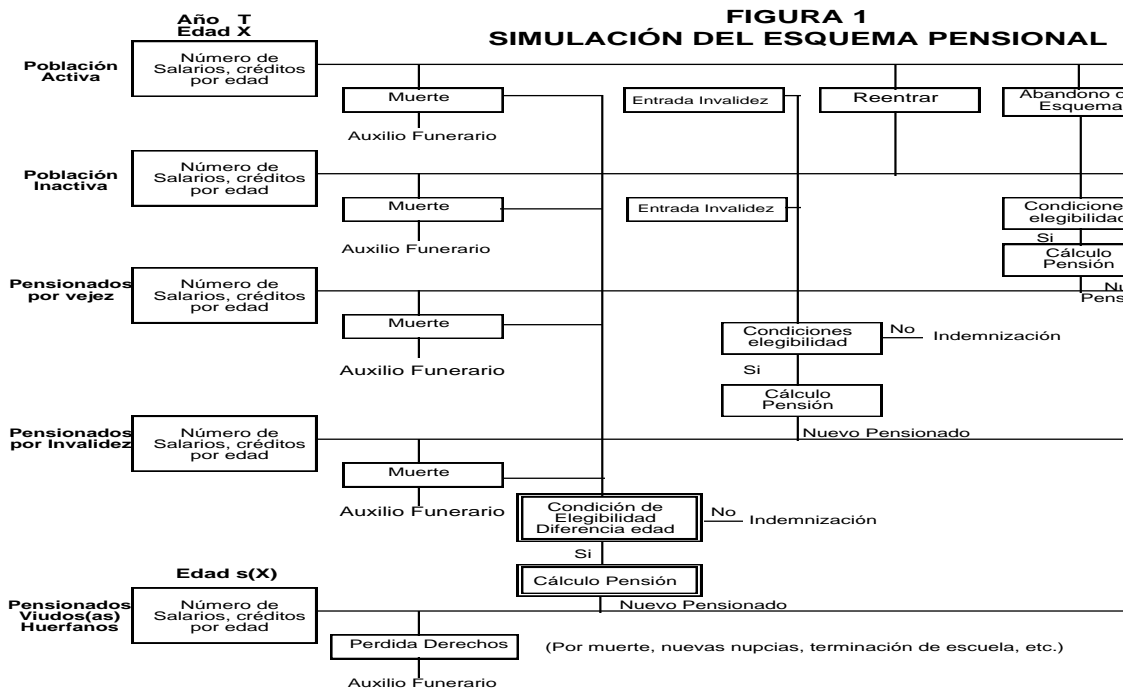
XXXVII) Elementos requeridos para elaborar una Valuación Actuarial

- Hipótesis del desarrollo futuro del entorno:
 - Demográficas.
 - Económicas y financieras.
- Bases biométricas, probabilidades de ocurrencia de las contingencias protegidas por el sistema.
- Modelo de simulación.

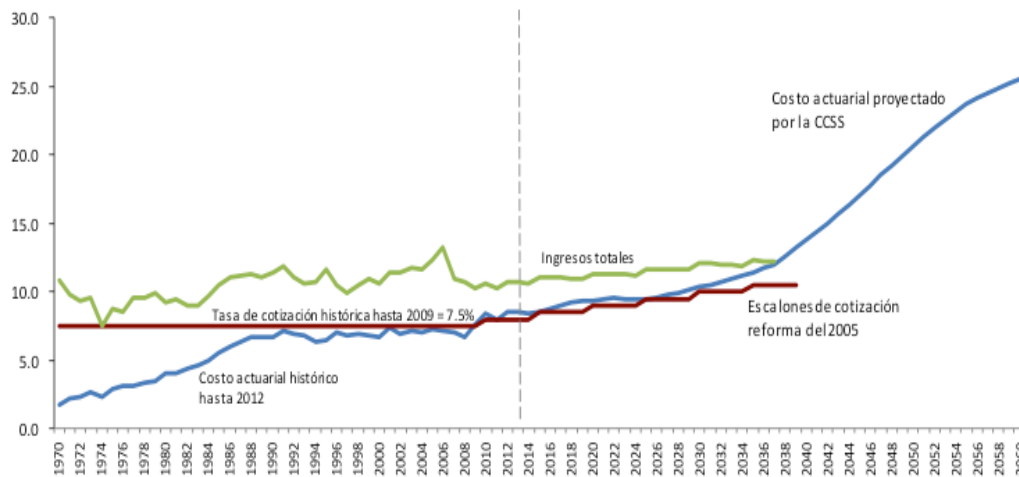
XXXVIII) Valuaciones actuariales y modelos actuariales de simulación.

- Cómo se presentan normalmente los resultados de una valuación?
 - Proyección demográfica y financiera.
 - Escenarios: optimista, pesimista y básico.
 - El básico a legislación constante.
 - Análisis de sensibilidad.
- ¿Qué usos se le pueden dar a un modelo de simulación actuarial?
 - Valuación actuarial.
 - Herramienta de planificación estratégica.

XXXIX) **MODELO DE PROYECCIÓN**



XL) Datos históricos y proyectados, prima escalonada IVM-CCSS.



Señala el licenciado Velasco que el objetivo de su presentación es hacer una introducción sobre los sistemas financieros, métodos de evaluación y valuaciones actuariales para regímenes de pensiones. Un sistema financiero es un método a través del cual se equilibran ingresos y gastos a lo largo del tiempo, por lo que hay que poner orden en el sistema y hay que establecer un programa que permita equilibrar ingresos y gastos a lo largo del tiempo. El método de evaluación es el que utiliza el actuario para ver si el sistema de financiamiento se está abordando adecuadamente. Eso va a asegurar un equilibrio entre ingresos y gastos. Y la valuación actuarial es un estudio que se hace en un momento específico, utilizando el método de evaluación. En la valuación actuarial, además de ser un instrumento en un momento dado de la situación de equilibrio financiero en un sistema de pensiones, es además una herramienta de planificación

estratégica. Hacer una herramienta de planificación estratégica va a permitir monitorear y llevar el sistema de pensiones por el camino que se quiere. ¿Y cuál es ese camino? Que esté en un ambiente de sostenibilidad, que ofrezca pensiones, que ofrezca prestaciones adecuadas, suficientes; si se apega a los principios de la seguridad social, que tenga una cobertura amplia, ojalá universal, que sea solidario y no solamente eso, sino que a lo largo del tiempo se vayan observando esos principios, haciendo frente a los retos que se vayan presentando. Esos retos, incluyen cambios en el medio ambiente, los seguros sociales no están anexados en el medio ambiente; hay cambios demográficos, hay cambios económicos, hay cambios ahora a nivel mundial que afectan los sistemas de pensiones, al haber un envejecimiento cada vez mayor, al haber una transición demográfica cada vez mayor, en la cual nacen menos niños y la gente vive más; los sistemas se estresan porque cada vez tienen que pagar más pensiones, proporcionalmente tienen menos ingresos, entonces hay que ir haciendo ajustes en el camino para que los sistemas no caigan en desequilibrio financiero. En los sistemas como el que tiene la Caja, es un sistema de financiación colectiva, no es un sistema de ahorro individual como hay otros que existen en otros países, por ejemplo Chile, El Salvador, Perú, México. En un sistema de financiación colectiva como el que tiene Costa Rica hay una sola bolsa, cada quien aporta de acuerdo a sus posibilidades; la prima está en un porcentaje del salario, de modo que quien tiene un salario más alto aporta más, el que tiene un salario más bajo aporta menos y se utilizan esos recursos en la medida en que se necesiten. Este es un sistema solidario. En un sistema de estos, porque se tiene una sola bolsa, es especialmente importante que haya un monitoreo constante, que se proyecten las obligaciones, que se proyecten los ingresos para ir viendo no solo en el corto, sino en el mediano y largo plazo cuál es la evolución previsible de estas tendencias de ingresos y de gastos y por esto más, las medidas necesarias en el momento más oportuno. En cuanto antes se tomen las medidas que haya que tomar, estas podrán ser más graduales y podrán ser menos violentas. Con esto quiere decir que el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte hay que estarlo monitoreando constantemente, hay que estar haciendo ajustes también constantes; tan solo el aspecto demográfico obliga a ir ajustando la prima gradualmente, que es el sistema de prima escalonada que tiene la Caja, El sistema financiero de prima escalonada establece que la prima tiene que incrementarse en forma gradual cada ciertos años. De acuerdo con la gráfica que presenta, se puede ver que no se está en una situación dramática, pero sí hay que comenzar a pensar en que se van a tener que tomar decisiones. Se puede ver que hay plata suficiente hasta el año 2030, más o menos, los rendimientos de la reserva podrían apoyar el pago de pensiones y de gastos, pero si hay que pensar que en un futuro hay que subir las primas pero también bajar los gastos.

Interviene la doctora Balmaceda Arias y agrega que para esta Junta Directiva, y más porque se está cerrando la administración, es importante, con la claridad que se ha presentado, ver cómo el régimen es sostenible, que se está a tiempo para hacer ajustes con el fin de proyectar a largo plazo la sostenibilidad del Régimen a más del año 2030 como se ha planteado. Hay factores que han ido incidiendo, por ejemplo en Costa Rica la tasa de envejecimiento cada vez es mayor y gracias al sistema de seguridad social que se tiene, la población se está haciendo cada vez más longeva, de forma que los períodos en que pasan pensionados se amplían y aumenta el costo del sistema. Y con el sistema de prima media escalonada que empezó a regir a partir de 2010, con base en la reforma de 2005, se puede ver cómo se van acercando con aproximaciones cada cinco años; aunado a esto también están los ingresos adicionales que por la Ley de Protección al Trabajador a partir de 2014 empezaron a ingresar, que no estaba contemplado. De manera que esto da tranquilidad sobre todo porque hay espacio suficiente para hacer los ajustes para la proyección a más largo plazo.

El señor Carlos Contreras agradece la invitación para compartir un poco respecto al sistema de pensiones en México. Entre 1992 y 1997 el Sistema de Pensiones del Régimen General de México, administrado por el CIESS, era muy parecido al sistema que tiene Costa Rica hoy en día. Durante este período de cinco años se tenía un beneficio para los trabajadores consistente en una suma establecida por una regla de cálculo, así como lo tiene Costa Rica en su reglamentación, el cual era complementado con un seguro que se creó en 1992, el Seguro de Ahorro para el Retiro que no era sino una cantidad que cada trabajador ahorraba en una cuenta bancaria, en un Banco tradicional. Desafortunadamente este sistema solo estuvo hasta el 1° de julio de 1997, porque en ese momento se hizo una reforma completamente severa, que transformó por completo el sistema y desapareció ese pilar que se tenía donde había una cantidad establecida para fijar como pensión de cada trabajador, una vez que cumplían con la condiciones de adquisición, que era 500 semanas de cotización (alrededor de seis años) y 65 años de edad para tener derecho a un beneficio establecido, que se incrementaba gradualmente si la persona trabajaba más allá de las 500 semanas. Esa parte desaparece y automáticamente el 1° de julio de 1997 todos los trabajadores del Régimen General pasan al Sistema de Capitalización Individual, es decir, ese pilar complementario que se tenía entre 1992 y 1997 se vuelve la base del sistema de pensiones. Pero en lugar de tener el dinero en una cuenta bancaria, donde regularmente hay un pagaré de por medio que garantiza una tasa de rendimiento, se crean las administradoras de fondos con una reglamentación muy sui géneris, propia y exclusivamente de ellos; de hecho se crea un organismo que es análogo a la Superintendencia de Pensiones de Costa Rica, que es la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, que regula, supervisa y sanciona. Lo que compartía ayer en el Seminario y hoy con los presentes, es que desde el 1° de julio de 1997 todavía no hay pensionados de este régimen, por la sencilla razón de que en la ley se piden 1.250 semanas de cotización; de un golpe se incrementaron de 500 a 1.250, por lo que los primeros pensionados que íntegramente cotizaron en este nuevo sistema, probablemente salgan alrededor de 2021, así que no se tiene todavía el resultado definitivo de lo que puede pasar con esos trabajadores. Sin embargo, muchos de los elementos que conforman el sistema de cuentas individuales, al grupo de actuarios que están relacionados con la seguridad social les llamó la atención que aparentemente no se podían esperar buenos resultados como se dijo originalmente. Sobre estos buenos resultados, tomados íntegramente de la literatura chilena, se hablaba de tantos de reemplazo de 100% o más, es decir, que el trabajador podría llevarse su último salario íntegro como una pensión, una renta vitalicia o quizá más. Les parecía realmente absurdo esto, por ejemplo haciendo la analogía con el sistema de seguridad social de los militares en México, donde las tasas de reemplazo son de más de 100%, pero al Gobierno Federal, en su presupuesto anual, le cuesta una cantidad muy considerable; por ello, les parecía que con las tasas de contribuciones que había en ese momento a partir de 1997, no sería suficiente para alcanzar esas tasas con el tiempo. Construyeron con un modelo matemático actuarial un simulador de cuenta individual, que bajo las mejores condiciones posibles simulara cuál sería el monto final de pensión que podría llevar un trabajador. Las mejores condiciones, por ejemplo 100% de cotización; suponen que un trabajador al empezar en el mercado laboral, nunca va a dejar de cotizar hasta la edad de retiro, lo cual desafortunadamente en México y me imagino que aquí en Costa Rica no sucede; un trabajador entra y sale del mercado laboral, por ejemplo por cuestiones económicas, desempleo, las mujeres se ven severamente afectadas por la procreación. Haciendo una analogía con lo que se tiene en la Caja, en México el régimen de los trabajadores al servicio del Estado de 1984, establecía claramente que el sistema financiero, para poder dar todas estas prestaciones de pensiones, invalidez, vejez y muerte, era el de primas escalonadas y se establecía que los trabajadores iban a aportar 3.5 % de su salario y las dependencias gubernamentales, en su papel

de patronos, 3.5%, es decir, había un 7% para financiar estas pensiones, pero con la condición de que la prima tendría que irse incrementando gradualmente. Al 2007 que se hizo la reforma de este régimen de trabajadores al servicio del Estado, todos seguían pagando 3.5% y las dependencias gubernamentales seguían pagando un 3.5%, es decir, nunca se dio un brinco a la escala siguiente ni a la subsecuente. Quiere hacer hincapié, porque el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado decía que no tenía dinero suficiente para pagar las pensiones. Y ellos le daban la razón, cómo va a tener dinero si nunca se hizo el escalonamiento de la prima. En Costa Rica, si mal no recuerda, en 2015 el escalón da un pequeño salto; tomen como experiencia lo que pasó en México, de que nunca se hizo ese brinco en el escalón, y entonces al paso del tiempo el sistema era insostenible. Desafortunadamente a pesar de alternativas que había, ellos, en la Universidad, como una contribución adicional a la docencia –de vez en cuando el tiempo que tienen libre lo dedican a la investigación– ofrecieron algunos modelos para refinanciar el sistema, y están hablando de cosas que son nuevas, que no se han aplicado, pero que son una contribución de la parte académica de la Universidad Nacional hacia la seguridad social; y de cualquier manera esta propuesta se dejó de lado y la decisión legislativa fue: transfórmese el sistema de los servidores públicos al sistema de cuentas individuales, a pesar de que ya había diez años de funcionamiento del sistema de régimen general y que se estaban viendo situaciones realmente preocupantes. Aquí también se sufrieron los efectos de la crisis de 2009, que se originó en setiembre de 2008. Los regímenes de pensiones de cuentas individuales en México sufrieron precisamente esa dificultad; los trabajadores, los más informados, revisaban sus estados de cuenta de su administradora de fondos para el retiro y lo que veían era una tasa de rendimiento negativa, pérdidas que se extendieron a casi todo lo largo de 2009, pero que ya habían ocurrido en años previos. Está hablando de 2004 y que todavía el año pasado, de mayo a agosto, también se presentaron. Se trata de un régimen de seguridad social enfocado a pensiones, que a los trabajadores no les garantiza ni siquiera el capital que se conforma con sus contribuciones. La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, la Superintendencia mexicana, que todos los años presenta un análisis de la situación del sistema comenta que se harán revisiones para perfeccionar. Pero a título personal, considera que el sistema de cuentas individuales es tan malo, que prácticamente cualquier cosa que haga lo va a mejorar, pero nunca va a llegar a ser un sistema eficaz. Y hace la analogía con los seguros privados. A veces se olvida, al menos pasa en México, que el sistema de pensiones público es un Seguro, de hecho aquí tiene ese nombre, Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; así lo tenían en México. En un asegurador privado, si alguien va a comprar un seguro para su auto, un seguro para gastos médicos mayores, un seguro contra incendio, la aseguradora le dice: “yo te aseguro que te voy a dar una cantidad monetaria fija en caso de que te ocurra la contingencia, en caso de que te enfermes, de que te roben el auto, el caso de que tu casa se incendie”. En esos nuevos seudoseguros de capitalización individual lo que se tiene es la prima, cuánto le va a suponer a la cuenta individual. Ahí está establecido en la Ley del Seguro Social, que antes administraba el CISS, es de 6.5% y en el ISSTE es de 11.25; sin embargo, cuando el trabajador se pensione va a preguntar “bueno, y qué pensión me toca, cuál es el monto, cuál sería en el seguro privado mi suma asegurada”; y la respuesta que se le dará al trabajador es “no sabemos, lo vamos a saber cuándo te pensiones, en ese momento vamos a saber cuánto tienes acumulado y en ese momento vamos a saber para cuánto te alcanza”. Está seguro que ninguna persona iría a asegurarse con una compañía si le dieran estas condiciones. Para ellos es una situación muy difícil en México; en la Universidad tiene la oportunidad de conversar, semestre tras semestre, con los muchachos y ellos le preguntan cómo qué sistema sería el bueno; y él hace referencia, por ejemplo, al sistema canadiense y la respuesta de sus alumnos siempre ha sido la misma: “pero seamos realistas, contra Canadá no hay comparación, somos un país en vías de desarrollo, no en un país desarrollado como Canadá”; y entonces su siguiente ejemplo es Cuba

y Costa Rica. En México, el sistema costarricense como está ahorita, es un sistema que sirve de ejemplo de algo pero eso no quiere decir que en el futuro vaya a seguir así. Ya lo decía el licenciado Velasco, los estudios actuariales no son profecías, no hay seguridad de lo que va a pasar en el futuro, pero se puede estimar; y si se conocen esas estimaciones, hoy en día es tomar las medidas adecuadas para que en el futuro las cosas marchen bien. Hoy en día, por lo que saben, el sistema de la CCSS está bien pero hay que estar todo el tiempo cuidándolo, atendiéndolo, para que en el futuro continúe siendo un buen sistema. Considera que Costa Rica tiene un sistema envidiable, al menos para ellos en México, pero tiene que cuidarse.

Señala la doctora Balmaceda Arias que, como bien lo decía el doctor Fallas, las experiencias positivas que México tuvo le sirvió a Costa Rica para emularlas y sentar las bases de lo que hoy se tiene. Con la experiencia que el señor Contreras cuenta el día de hoy, se ratifica una vez más que se debe seguir defendiendo el sistema de la Caja, el régimen como está y aprender de las experiencias negativas que México tuvo con este régimen de cuenta individual, para que Costa Rica no siga ese rumbo. Ya se tienen varias experiencias en otros países que se trasladaron al régimen de cuenta individual y han tenido malas experiencias, por ejemplo Chile...

Agrega el señor Contreras que aquí en la región está El Salvador, que la mitad de la gente que cumple con la edad no califica para una pensión.

Continúa la doctora Balmaceda Arias y destaca que es muy importante, porque esto ratifica que el accionar de esta Junta Directiva ha sido el correcto, porque ha luchado y sostenido la necesidad de defender el régimen, de buscar la sostenibilidad, de darle tranquilidad a la población sobre el régimen, al que bien es cierto hay que hacerle un ajuste. Sin embargo, lo que ha generado muchas dudas en la población ha sido el informe que la Superintendencia contrató. La Caja había hecho el estudio con sus propios actuarios, se tenía el estudio con la OIT, sin embargo la Superintendencia contrató un estudio que le gustaría se comentara, porque también el señor Velasco mencionó que los puertos que utilizó NATHAL no iban acordes con el régimen de prima media escalonada, lo que se debe analizar muy claramente porque a las puertas del estudio que se acaba de contratar, hay que estar muy vigilantes de que la metodología que se utilice sea una metodología de análisis de prima media escalonada, para evitar los errores que se han comentado.

Comenta el señor Contreras que en el año 2000 llegó un Director al CISS y aun cuando el sistema de pensiones ya estaba privatizado, este director, a diferencia de todos los anteriores, no salió del personal que estaba laborando en el CIESS sino que llegó de la Secretaría de Hacienda. Esta persona, cuando vio algunos estudios actuariales de la generación en transición del Seguro de Riesgos del Trabajo, dijo que creía que los actuarios mexicanos estaban mal y que se necesitaba hacer esos estudios por una consultoría externa. Se contrató entonces, por decisión de él, a un despacho externo, no mexicano, y para sorpresa de él, los resultados de esta consultoría externa fueron que el sistema como estaba siendo evaluado internamente, estaba bien. Es una anécdota de que no siempre lo externo es lo mejor, también dentro de lo interno pueden haber muy buenos resultados. En cuanto al estudio de NATHAL, lo comenta nuevamente; en 2009 tuvo la oportunidad de estar aquí en Costa Rica, cuando acababa de pasar este problema del estudio contratado por la Superintendencia; cuando regresaron a México, en la oficina tenía el estudio de NATHAL, enviado por ellos con una tarjeta; lo analizaron, lo revisaron y efectivamente tiene algunas cuestiones de mala aplicación. Quiere creer que es desconocimiento y no mala fe, pero evidentemente es un estudio que no es correcto, no está bien hecho para efectos de evaluar el sistema de pensiones de la Caja y ya lo comentó seguramente el licenciado Velasco en el

Seminario. Para hacer una evaluación del sistema de pensiones, ante todo hay que hacer referencia a la normativa, leyes, códigos, reglamentos; eso es lo que le da forma al sistema. De manera que para valorar y construir un modelo de valuación actuarial, el modelo tiene que apegarse a la realidad, y la realidad está en la normativa. No se puede ser tecnócratas y buscar que la realidad sea la que se adapte al modelo, tiene que ser al revés. Ahora que la Caja contrató un nuevo estudio, lo primero que se tiene que hacer, para poder evaluar el sistema de IVM, es tener presente la normativa y decir: así funciona y estas son las reglas con las que se tiene que generar el modelo de valuación actuarial.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que quiere dejar consignadas en el acta varias cuestiones. Primero, los regímenes de pensiones son dinámicos y necesitan ajustes cada tiempo. Segundo, el riesgo de refutación de estos regímenes es sumamente importante, porque cuando hay seguridad de que están bien intencionadas y se sale a hablar de estos temas, pueden crear un fortalecimiento para el régimen o un torpedeo a su estabilidad. Los puntos de inflexión están siendo discutidos entre 2025, 2035, años más años menos, pero es importante que esta Junta haya empezado a hacer ajustes y que quiera seguir haciéndolos, incluso antes de que se dé el estudio, porque como se ha mantenido, independientemente si los actuarios de la Caja tienen razón o son algunos otros, lo importante es saber cuál es el estado real del régimen de pensiones, para poder actuar en consecuencia y hacer los ajustes suficiente tiempo para tomar acciones que no sean tan drásticas como se pretende y que se tiene el tiempo para ir ajustando las necesidades del régimen, sin tener que pasar de una cuota de 1 a 17.

El señor Schwarzer considera que el Régimen de IVM de la Caja, como lo comentaba también el señor Contreras, es un régimen privilegiado comparado con otros. Ha conocido experiencias en que simplemente se han ido dejando los ajustes, porque casi siempre tienen un costo político, y se deja la decisión al siguiente Gobierno hasta que ya no hay nada que hacer. Existen varios regímenes que están funcionando adecuadamente en su parte solidaria, y dentro de ellos está el uruguayo, porque ellos ya pagan primas muy altas porque están en una transición demográfica avanzada. Pero ese es un ejemplo de un régimen que pudo llegar hasta ese punto en una situación de equilibrio financiero y con una parte solidaria bastante fortalecida. Cree que la Caja debe comenzar a analizar con más frecuencia estos aspectos para ver con tiempo qué es lo que tiene que hacerse. Probablemente haya que hacer un pequeño o mayor ajuste a la prima, que ve un poquito baja dada la tendencia del gasto, pero cree que hay que comenzar a hacerlo ya.

El Director Marín Carvajal manifiesta que ciertamente el sistema de la Caja ha sido ampliamente beneficioso hasta el día de hoy y espera que así continúe, producto de que tiene más de 60 años de madurez, y durante ese tiempo no hubo un crecimiento demográfico que comprometiera al propio régimen; sin embargo, producto de 60 años de cúmulo y de ahorro, pregunta si se considera un horizonte de 10 ó 20 años más. Tal como lo ha dicho el señor Contreras, los modelos actuariales no son profecías, son simplemente horizontes expectativos, de ahí que quisiera saber cómo podrían crearse modelos para poder realizar los ajustes y anticipar la estabilidad del régimen y si será suficiente 10, 20 o 30 años.

Señala el señor Contreras que hace la analogía con un trasatlántico; un sistema de pensiones no es un lanchita sino un trasatlántico y cuando se quiere que vire, tiene que darse al timón con la suficiente antelación para no enfrentarse a una situación de peligro. Si 10, 15 o 20 años, si es mucho o es poco, eso habría que analizarlo de acuerdo a los resultados de las valuaciones. Considera que ya habría que comenzar a discutir qué otros ajustes podrían

hacerse. Lo plantea como técnico, no como político; como técnico, para él lo ideal sería no estar haciendo reformas cada vez que se percibe que hay algo que no está bien. Cree que lo ideal sería hacer cambios continuos y hacer un continuo análisis para no estar cayendo de reforma en reforma. Pero le parece que se está a tiempo.

Luego de la exposición en inglés del señor Pierre Plamondon, el licenciado López Vargas comenta que en el resumen de don Pierre hay ciertos elementos que vale la pena rescatar. Cree que es importante tener presente que, como bien se ha dicho aquí muchas veces, los sistemas de pensión son dinámicos, requieren un monitoreo constante, ir haciendo ajustes y corrigiendo distorsiones y luego, en las valuaciones actuariales, establecer una serie de recomendaciones. Le parece que hay un elemento al que hay que darle una clara comprensión; cuando se habla de que un sistema está en desequilibrio, que es deficitario, hay que marcarlo en un horizonte de tiempo, porque si se hace una valuación actuarial, en un horizonte de tiempo de 60, 75 años, probablemente los resultados que se van a obtener es que el sistema está en desequilibrio, pero está en desequilibrio a ese horizonte de tiempo. Cree que se debe tener muy presente cuál es la realidad del sistema de la Caja, qué es lo que se programó en la reforma. La reforma de 2005 se programó concertadamente con los diferentes sectores sociales y se programó un equilibrio, una sostenibilidad a tres décadas, o sea que se está hablando de 2035. Es en ese horizonte en que debe evaluarse la sostenibilidad financiera; pero es un referente, obviamente es deseable prolongar aún más esa sostenibilidad financiera; si se quiere llevar a 2050, se requieren nuevos ajustes. Los ajustes van a ser de carácter permanente, cree que los monitoreos deben ser continuos, la dinámica en los sistemas de pensiones en el tiempo necesariamente pasan por diferentes variables. Por ejemplo, en materia de alargamiento de la sostenibilidad financiera se habla de variaciones en las edades de retiro, se habla de modificaciones en las condiciones del retiro y se habla de los beneficios; normalmente los sistemas, conforme van acercándose a la madurez, se van agotando ciertos instrumentos. Casualmente don Pierre ilustraba en el Seminario qué es lo que ha pasado en el mundo con las tasas o las edades de retiro, y hablaba del caso de Australia, donde la edad normal de retiro de 65 años pasó a 67 a partir de 2017; en Dinamarca pasó de 65 años a 67 a partir de 2017 y ahí sucesivamente, con medidas adicionales relacionadas con el retiro anticipado, porque el retiro anticipado no es exclusivo de Costa Rica; está presente en muchos países, está en Dinamarca de 60 a 62 años o sea que hay países que toman acciones también para ese retiro anticipado. La Caja está en esa línea, recientemente esta Junta Directiva acordó ciertas medidas relacionadas con el retiro anticipado; una persona puede hacerlo, porque tiene los créditos suficientes; si una persona tiene una gran cantidad de contribuciones, la mujer puede retirarse a los 60 años y el hombre a los 62 sin ningún castigo; sin embargo, con la reforma de 2005 se establece un retiro anticipado con castigo, o sea que las personas pueden irse con 300 contribuciones, el hombre a los 62 y la mujer a los 60, pero se les castiga la pensión, por cada trimestre que anticipe respecto a la edad que le hubiese correspondido. Se corrigió y ahora hay otros escenarios para continuar sobre esta misma línea, aspectos muy positivos como el incremento de medio punto porcentual cada quinquenio y en la prima hasta 2035, un cambio en la fórmula de cálculo que le parece muy acertado en el sentido de ajustarla más y que sea un referente mucho más preciso del esfuerzo contributivo de las personas, utilizando no los últimos 48 salarios, sino los últimos 240 salarios devengados. Cree que se va en la dirección correcta. Previo a la toma de decisiones para prolongar ese equilibrio a largo plazo, se habla de variables medulares como edades de retiro, beneficios, condiciones; se han corregido una serie de elementos que de una u otra forma vienen a ayudar a la sostenibilidad del régimen.

Es la misma dirección que se lleva a nivel mundial, donde los retiros anticipados también existen, pero tienden a irse eliminando por una razón muy sencilla, porque simplemente los costos de los sistemas de pensiones son crecientes, pero no por ineficiencia sino por una naturaleza propia del régimen, porque se están conjugando una serie de aspectos de carácter demográfico, caída en la tasa de fecundidad, caída en la tasa de mortalidad y cuando esos dos elementos se conjugan, el resultado es un envejecimiento de la población, lo que es equivalente a un encarecimiento en los sistemas de pensiones.

La doctora Balmaceda Arias reitera el agradecimiento de la Presidencia Ejecutiva y de la Junta Directiva, en nombre de la Institución y del país, porque este tema es muy sensible y ha sido una preocupación durante los cuatros años de esta administración. Cree que con las exposiciones de los expertos se ratifica una vez más que se ha seguido por la ruta correcta y que definitivamente el régimen solidario hay que defenderlo, hay que fortalecerlo y por ello se está a las puertas del nuevo estudio para tomar las acciones pertinentes de los ajustes al sistema. Expresa de nuevo su agradecimiento, cree que ha sido muy provechoso para todos compartir esta mañana.

Los expositores e invitados se retiran del salón de sesiones.

El Director Meléndez González se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones, en virtud del asunto de urgencia que debe atender. Tan pronto sea posible se incorporará a la sesión.

Las Gerentes y los Gerentes, salvo el licenciado Picado Chacón, se retiran del salón de sesiones.

ARTÍCULO 2°

Se ha distribuido el oficio del 23 de los corrientes, número GF-23.117, suscrito por el Gerente Financiero, por medio del que se presenta el Informe de Gestión Financiera 2013, seguimiento acuerdos de Junta Directiva, recomendaciones Auditoría Interna y disposiciones de la Contraloría General de la República.

Primeramente, el licenciado Picado Chacón presenta los retos y alternativas, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- I) Informe de Gestión Financiera
Seguro de Salud.
- II) Desde el anuncio de la “crisis financiera” y pronósticos de OPS, hasta la situación actual.
- III) Crisis financiera de la CCSS se convirtió en un tema frecuente en los medios de comunicación.
Noticias.
Debate sobre lo coyuntural y no sobre lo estructural.
Elecciones Presidenciales 2014.
- IV) Atrasos en los pagos y niveles mínimos de liquidez característicos presentes a mediados del 2011.

2011. Condiciones durante crisis financiera

Atraso pago a proveedores.
Sin acumulación de reservas para obligaciones salariales.
Atraso pago de
Tiempos Extraordinario.
Disponibilidad de efectivo a niveles mínimos.
Suspensión de Proyectos de Inversión.

V) Medidas de contención y optimización y mejora en la calidad del gasto.

2011-2014. Freno sobre disparadores del gasto y mejora en la calidad del gasto

Política selectiva de empleo (400 plazas).

Ajuste salarial costo de vida.

Control sobre partidas tiempo extraordinario.

Control de optimización partidas varias:

- Viáticos.
- Servicios básicos.
- Traslados de pacientes.
- Consultorías.
- Becas.
- Gestión oportuna para el pago de la deuda del Estado.

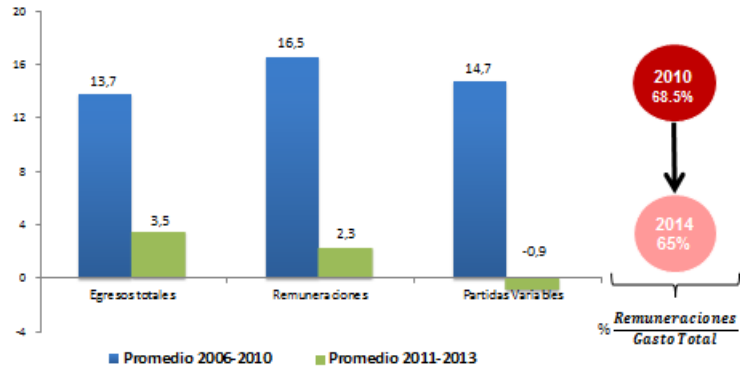
VI) 15 Aspectos más relevantes
de la gestión financiera, 2013

VII) 1. Óptimo control sobre los factores asociados con las remuneraciones, como principal disparador del gasto.

- Solamente se crearon las plazas estrictamente necesarias y enfocadas a la atención de servicios de salud.
- Durante la administración actual, la creación de plazas representó tan solo un 23% de las creadas en el período anterior.
- Los ajustes salariales se ajustaron al aumento de costo de vida.

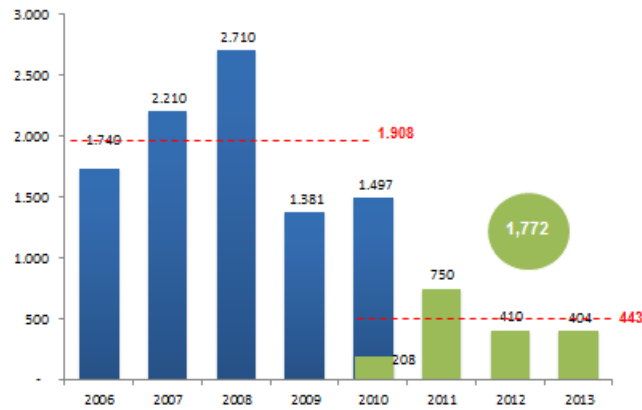
VIII)

Tasas de variación reales de las remuneraciones, partidas variables y egresos totales, 2006-2010/2011-2013



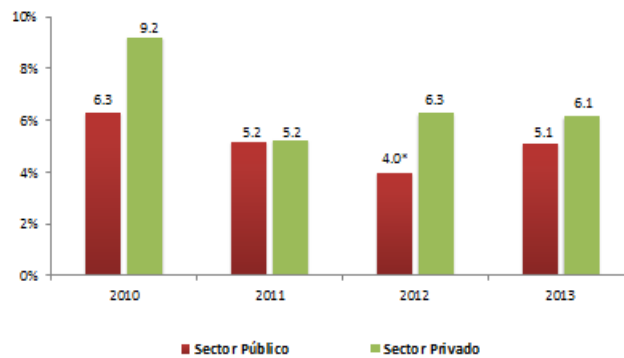
IX)

Número de plazas nuevas creadas anualmente con financiamiento central o local, 2006 -2013



X)

Aumentos salariales anuales otorgados por Decreto Ejecutivo en el sector público y privado. 2010-2013 (en porcentajes)



Fuente: Decretos del Gobierno Central
 *Ronda el 4% anual, debido a que incluye los \$5000 del primer semestre 2012

XI)



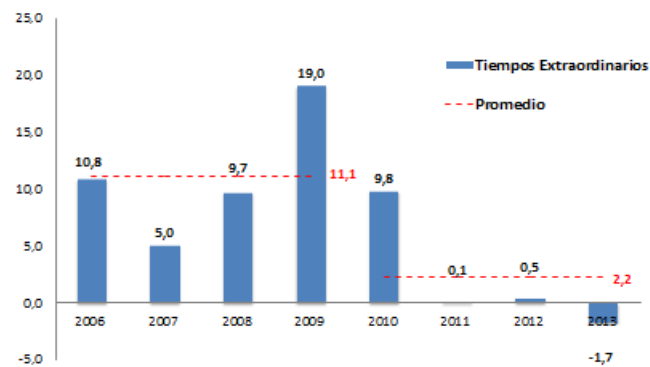
2

El pago de tiempo extraordinario se ha controlado en sus diversas modalidades (médicas y no médicas)

- El porcentaje de crecimiento del tiempo extraordinario pasó de 11.13% en 2006-2009 a un promedio de 2.18% en 2010-2013.

XII)

Tasas de variación del pago de tiempo extraordinario. 2006-2013 (en términos reales)



Incluye: Tiempo Extraordinario, Disponibilidades, Guardias Médicas / de Residentes y Extras Corrientes Médicas

XIII)



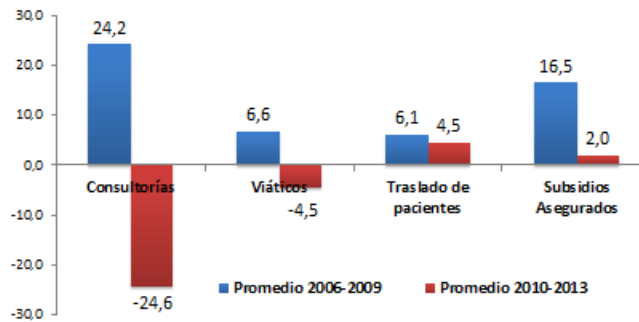
3

Optimización de recursos en otras partidas de gasto

- Aplicación de iniciativas innovadoras para mejorar la eficiencia en el traslado de pacientes
- Control del gasto en viáticos y consultorías.
- Necesidad de monitoreo de rubros con tendencia creciente.

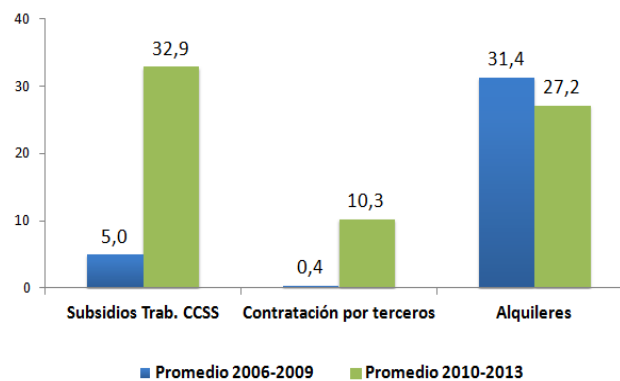
XIV)

Comparación del promedio de las tasas de variación reales, periodo 2006-2009 vs 2010-2013 (en porcentajes)



XV)

Comparación del promedio de las tasas de variación reales, periodo 2006-2009 vs 2010-2013 (en porcentajes)



XVI)



4

Aumento de los recursos financieros destinados a inversiones y mantenimiento.

- La recuperación financiera del Seguro de Salud facilita el re-direccionamiento de recursos hacia inversiones prioritarias.

XVII)

**Monto destinado a la inversión y mantenimiento.
Cifras reales en millones de colones (2014=100)**



XVIII) Desde el 2012 se mantiene el fortalecimiento de las inversiones y mantenimiento.
Fortalecimiento de la Inversión y mantenimiento.
Período 2011-Presupuesto 2014

Concepto	Monto				Tasa de variación anual (%)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
A. Inversiones	26,969	27,656	45,544	71,561	-21.3%	2.5%	64.7%	57.1%
Equipamiento	18,962	13,288	19,073	28,952	-5.4%	-29.9%	43.5%	51.8%
Infraestructura	8,007	14,368	26,471	42,609	-43.8%	79.5%	84.2%	61.0%
B. Mantenimiento ^{1/}	13,069	14,299	18,705	24,963	24.0%	9.4%	30.8%	33.5%
TOTAL	40,038	41,955	64,248	96,524	-10.7%	4.6%	53.1%	50.2%

Nota: 1/ El mantenimiento incluye las subpartidas de materiales que se utilizan para el mantenimiento.

XIX)



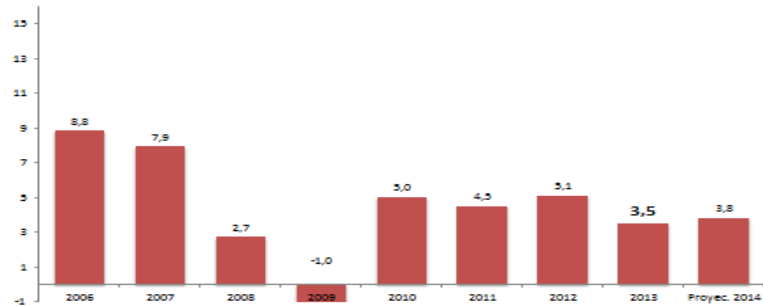
5

Ingreso por contribuciones se incrementa a tasas moderadas producto del poco dinamismo productivo y de empleo.

- Tasas de variación de los últimos años equivalen a la mitad de las registradas en el periodo 2006 -2010.
- **Aspecto demanda monitoreo permanente.**

XX)

Actividad económica caracterizada por tasas moderadas. 2013 inferior a la tasa del 2012

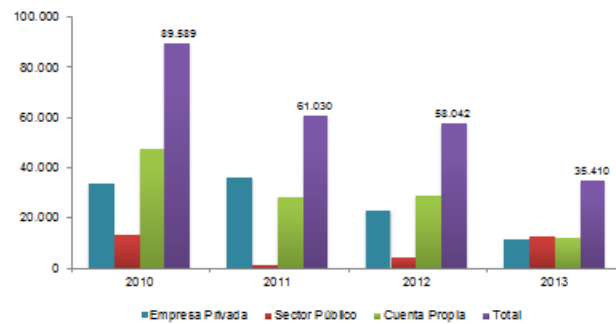


Fuente: Banco Central de Costa Rica

XXI)

Mercado laboral con poca generación de nuevo empleo y aumento del empleo informal.

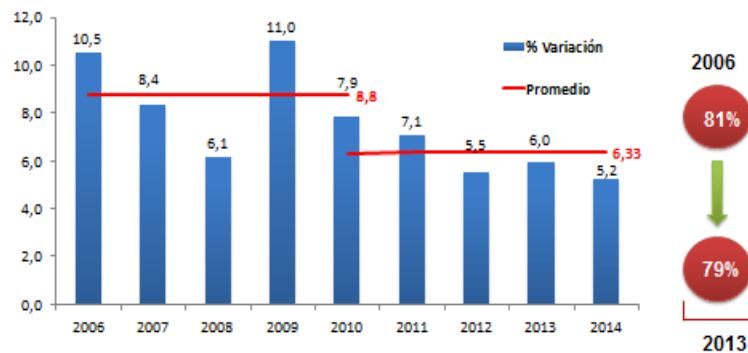
Incremento neto de los trabajadores afiliados al Seguro de Salud, 2010-2013



Fuente: Dirección Actuarial, INEC

XXII)

Porcentajes de variación reales de las contribuciones SEM Período 2006-Presupuesto 2014



XXIII)



XXIV)



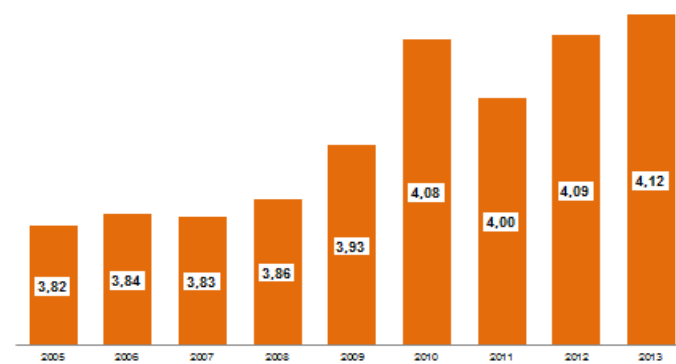
6

La producción de servicios muestra una tendencia creciente pero algunos registran tasas objeto de análisis.

- Las consultas por habitante y entrega de medicamentos mantienen tendencias al alza.
- Tasas de cirugías por 100 habitante registran una tendencia decreciente.

XXV)

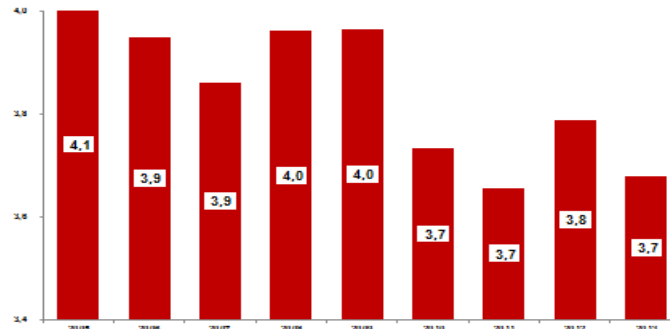
Las consultas totales y por habitante han aumentado durante el período 2005-2013



Fuente: INEC y Anuarios Estadísticos. Estadísticas de Salud. CCSS

XXVI)

..sin embargo, las cirugías por cada 100 habitante evidencian oportunidades de mejora



Fuente: INEC. Anuarios Estadísticos. Dirección Actuarial

XXVII)



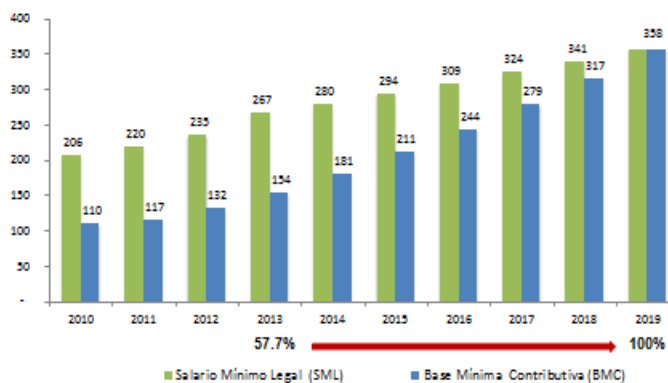
7

Ajuste de la BMC medida para fortalecer los ingresos de los Seguros de Salud y Pensiones

- A partir de enero 2014 la BMC alcanzó un 57.7% del salario mínimo legal.
- El ajuste continuará gradualmente hasta alcanzar el 100% del salario mínimo en el 2019.

XXVIII)

Ajuste a la BMC al salario mínimo legal Periodo 2010-2019 (montos en miles de colones)



Fuente: Gerencia Financiera
 Nota: A partir del 2013 se esperan ajustes graduales a ser aprobados en octubre de cada año, que entraran a regir en enero del año siguiente.

XXIX)



8

Ingresos ordinarios del Estado aumentaron a partir del año 2012, pero la Deuda total con tendencia creciente

- Hacienda mejoró el cumplimiento de sus obligaciones ordinarias, que resultan claves para el financiamiento de inversiones y gastos del Seguro de Salud.
- Incremento de la BMC y cobro de vacunas y Código de Niñez y Adolescencia aumenta la deuda total del Estado.

XXX) Ingresos Ordinarios del Estado aumentan por el pago oportuno de las transferencias y Ley del Tabaco.

Concepto				
	2011	2012	2013	2014
Estado como Patrono	151.179	160.840	178.407	195.765
Cuota Estatal	19.280	23.619	27.514	26.609
Transferencias	30.363	107.850	131.876	138.289
Atención Indigentes	-	52.756	42.868	50.657
Trabajadores Independ	27.934	52.326	55.221	60.453
Otras Leyes (Penitenciario y Paternidad)	2.429	2.769	3.403	4.055
Ley del Tabaco	-	-	30.384	23.124
Ingresos Ordinarios del Estado	200.823	292.309	337.796	360.663

Más:

Ingresos por títulos valores	114.251	68.385	28.198	-
Ingresos Totales del Estado	315.074	360.694	365.994	360.663

XXXI)

Incremento de la Deuda del Estado ha aumentado debido a 3 factores principales: menor pago de Asegurados por Cuenta del Estado, aumento de la BMC y registro de nuevos conceptos de deuda



XXXII)



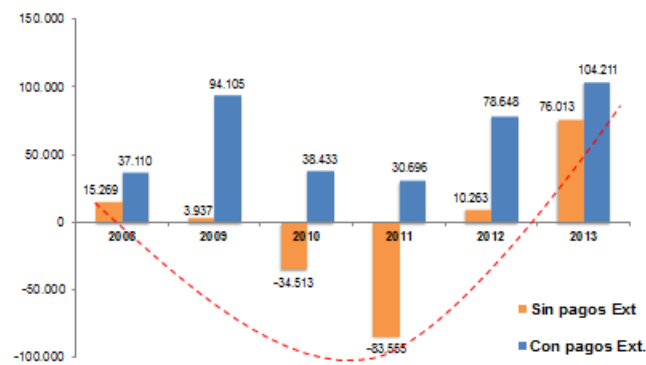
9

El equilibrio financiero del periodo 2012 – 2013 no dependió de pagos extraordinarios del Estado

- A diferencia del 2011, los ingresos aumentaron su independencia del pago de deudas del Estado.

XXXIII)

Diferencia entre ingresos y egresos totales del Seguro de Salud (cifras en millones de colones)



Fuente: Liquidaciones presupuestarias 2008- 2013

XXXIV)



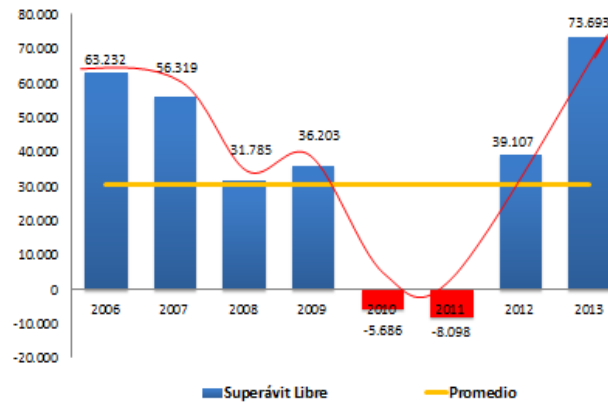
10

Los resultados globales presupuestarios reflejan el equilibrio financiero logrado.

- Al cierre del 2013 se obtuvo un monto en Superávit Libre de ₡73.693 millones, superior al obtenido en 2006.
- Al mes de abril 2014 se registran ₡34.421 millones por concepto de Asignaciones Globales.

XXXV)

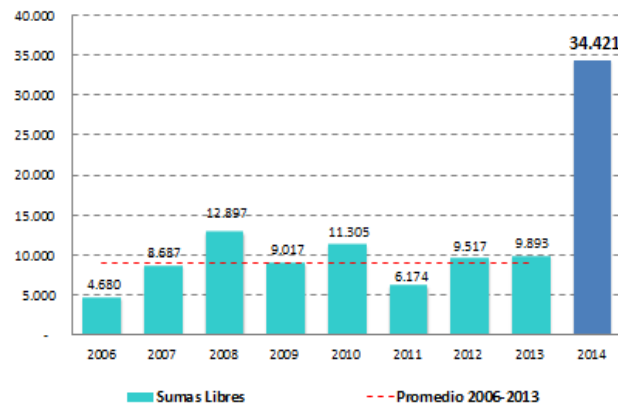
**Superávit presupuestario libre
Periodo 2006-2013 (cifras en millones colones)**



Fuente: Dirección de Presupuesto, Liquidaciones Presupuestarias 2006-2013

XXXVI)

**Asignaciones Globales presupuestarias
Periodo 2006-2014 (cifras en millones colones)**



Fuente: Presupuestos Originales 2006-2013 y Modificado 2014

XXXVII)



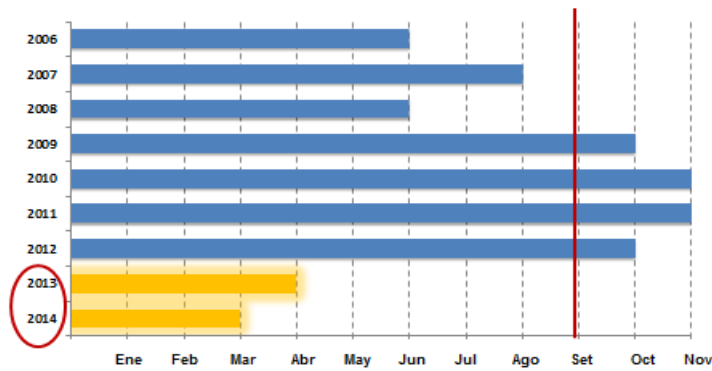
11

Conformación oportuna de principales reservas salariales

- Al mes de marzo 2014 ya se cuenta con la reserva total del aguinaldo.
- Se proyecta el aprovisionamiento total de la reserva del salario escolar 2014 para el mes de junio 2014.

XXXVIII)

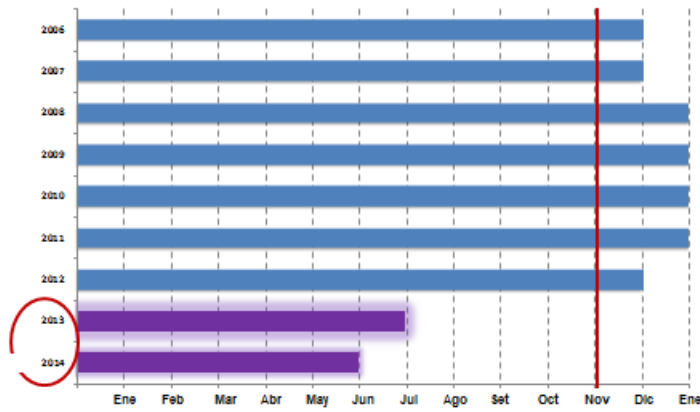
Mes final de acumulación de la “reserva total” para el pago del Aguinaldo, 2006-2014.



Fuente: Área Tesorería General

XXXIX)

Mes final de acumulación de la “reserva total” para el pago del Salario Escolar, 2006-2014.



Fuente: Área Tesorería General

XL)



12

Mejora significativa en el Seguro de Salud permite la suscripción de un préstamo con el BCIE para la renovación de infraestructura hospitalaria.

XL1)

Suscripción del Convenio de Préstamo CCSS- BCIE para el financiamiento del Programa de Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario



Suscrito en Enero 2014 por un monto total de US\$270 millones





Hospital de la Anexión
Construcción de Torre de hospitalización

15.994 m² / US\$ 39,2 millones
Población adscrita: 136.114 hab



Hospital de Puntarenas
Sustitución de infraestructura y equipo dañados por terremoto, de setiembre 2012

45.000 m² / US\$129,6 millones
Población adscrita: 269.275 hab



Hospital Calderón Guardia
Construcción y equipo de Torre Este y otras áreas dañadas por incendio de julio 2005

18.000 m² / US\$101,2 millones
Población adscrita: 1.451.087 hab

XLII)



13

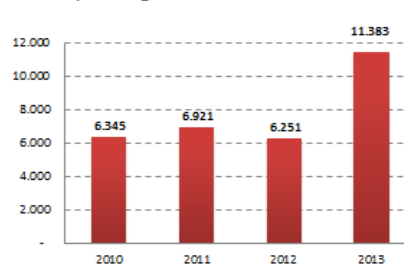
Avance significativo en las gestiones generadoras de ingresos.

- El indicador de morosidad patronal se mantuvo en niveles relativamente bajos.
- Incremento significativo en los pagos efectuados por el INS.
- Reducción de solicitudes pendientes atendidas y casos resueltos.

XLIII)

La estabilización de la herramienta MIFRE y la simplificación de los procesos han permitido una facturación al INS más eficiente

Evolución en la recaudación de las sumas cobradas al INS por Riesgos Excluidos. Periodo 2010-2013



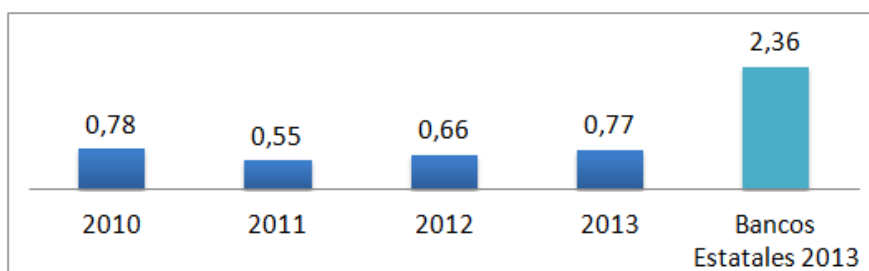
Fuente: Dirección de Coberturas Especiales

XLIV) Resultados de la Gestión de Cobro Institucional

Gestión Cobratoria	Periodo			
	2010	2011	2012	2013
Avisos de cobro notificados.	81,100	87,849	94,620	55.192
Cartera en cobro judicial.	79.29%	86.47%	87.01%	85.80%
Cuota obrera susceptible de denuncia penal.	78.64%	87.66%	88.97%	90.74%
Cierres de negocios tramitados.	3,678	4,550	4,695	4.354
Adecuaciones de pago formalizadas.	7,633	8,050	13,087	8.871
Sumas recuperadas (en millones de ₡).	167,052	181,697	211,505	250.156

Fuente: Dirección de Cobros

XLV) La morosidad institucional se mantiene por debajo de la meta de 1%, en 2014 se espera alcanzar un indicador de 0.70%



XLVI) Resultados de la Gestión del Servicio de Inspección

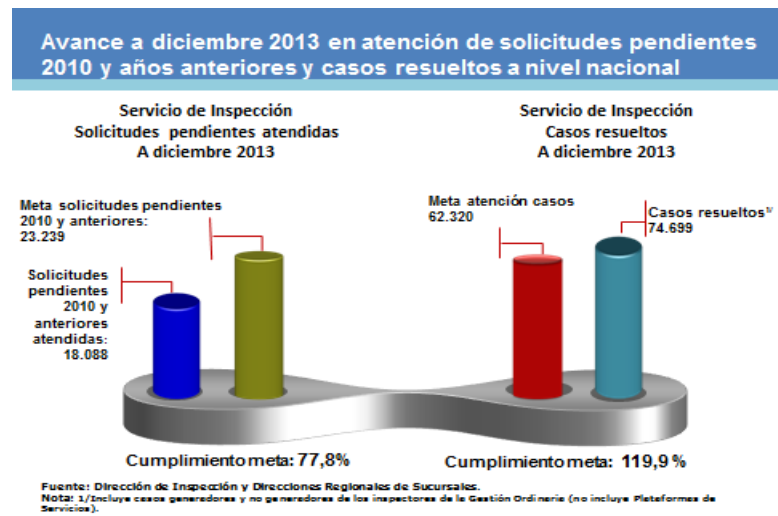
Año ¹	Cuotas (en millones de colones)	Trabajadores asalariados	Trabajadores Independientes	Asegurados Voluntarios	Denuncias en Sede Judicial
2010	14.426	102.521	15.740	2.890	1.122
2011	15.014	99.177	8.283	4.370	1.151
2012	20.914	102.146	6.510	4.465	1.204
2013 ²	18.115	76.823	3.225	2.716	747
Total	₡68.469	380.667	33.758	14.441	4.224

Fuente: Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales.

Notas: 1) Los años no incluyen monto ni asegurados por concepto de afiliación de TI y AV efectuados por las Plataformas de Servicios.

2) Los datos del 2013 del Servicio de Inspección no son comparables con los años anteriores, al reorientarse el Servicio de Inspección a lo dispuesto por Junta Directiva, respecto al Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección.

XLVII)



XLVIII)



14

El fortalecimiento financiero obtenido a partir del 2012, permite proyectar un balance positivo para el 2014

- Menor presión del rubro de remuneraciones en el gasto total.
- Mejora la relación entre ingresos y egresos corrientes.
- Continúa el fortalecimiento de las inversiones.
- Frente a un crecimiento moderado de los ingresos por Contribuciones.

XLIX)

Indicadores financieros del Seguro de Salud

	2011	2012	2013	Estim. 2014
Remuneraciones/ Gasto total	68%	65.9%	66.1%	65.1%
% de Var. RRSS/ Contribuciones	7.1%	5.5%	6.6%	5.2%
Egresos/ Ingresos Corrientes	98.8%	94.8%	93.2%	92.7%
Inversiones/ Contribuciones	2.6%	2.4%	3.6%	5.1%
Días de atraso a proveedores	90	0	0	0
Saldo Final Caja	¢32.260	¢49.216	¢53.736	¢102.095

L)



15

El equilibrio financiero anual demanda la continuidad de las políticas y medidas adoptadas en los últimos años

LI)

- Política selectiva de empleo y creación de no más de 600 plazas anuales. Control estricto sobre el estudio de puestos individuales y grupales.
- Ajuste salariales exclusivamente por costo de vida.
- Control y optimización de tiempo extraordinario. Continuidad de la implementación de segundos turnos y diseño de modalidades alternativas de contratación de tiempo extraordinario.
- Continuidad de medidas de contención del gasto.
- Fortalecer procesos eficientes en la adquisición de bienes y servicio (compras electrónicas, convenios Marcos, prueba efectiva, consignación).

LII)

- Diseño y uso de portafolio de bienes e innovadoras prácticas con la gestión.
- Evaluación integral de las prioridades del Portafolio de inversiones y estimación ex-ante el impacto en el nivel de financiamiento.
- Suscripción de Convenio de Pago de la Deuda del Estado.
- Inclusión en el Presupuesto Nacional de la República del financiamiento suficiente para: Asegurado por cuenta del Estado, cuota complementaria Trabajador Independiente, Programa de Vacunación y pago anual del costo de los servicios trasladados del Ministerio de Salud.
- Constitución de reservas técnicas para cubrir necesidades de liquidez, contingencias y recuperación de infraestructura.

LIII) Impulsar medidas para incrementar la eficiencia y productividad de los centros de la CCSS.

Promover medidas de mejora de la gestión hospitalaria:

- Programa Institucional de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Hospitalización de Día.
- Mejora la productividad de los quirófanos (reducción lista de espera quirúrgica).
- Puesta en marcha de unidades únicas de cirugía de alta complejidad en un único centro.

Primer y segundo nivel de atención.

- Aumentar la capacidad resolutive de los EBASIS: Equipamiento (ecógrafos básicos, formación en patologías crónicas (cáncer, diabetes, etc.) e historia digital única, consultas telefónicas con especialistas.
- Fortalecer y modernizar el segundo nivel de atención. Plan sobre inversiones y formación de hospitales de segundo nivel (periféricos y regionales).

Sobre los aportes del Estado y comentarios del Director Loría Chaves, la doctora Balmaceda refiere que el aporte del Estado se ha ido rebajando, estaba en 3 y ahora está en 0.25. La propuesta que se presenta es inicial, hay que madurarla; además, no significa que se va a dar, porque hay que entrar en un proceso de negociación. Lo que se ha dicho es que se buscará desarrollar acciones para una política de sostenibilidad a largo plazo; se está bien financieramente porque hay un equilibrio, pero todavía no se ha alcanzado la sostenibilidad a largo plazo.

Agrega el Director Marín Carvajal que esta es una expectativa de las posibles fuentes de financiamiento hacia el futuro, para lograr la sostenibilidad del Seguro Social; inclusive buscaría justificar los servicios del primer nivel vía producto interno bruto, porque de los años 70 hasta la fecha la contribución del Estado bajó de un 3.50 a un 0.25; ha sido 3.25 porcentual que se le ha quitado al Seguro Social. En estos momentos 3.50 representaría la suma de un billón de colones y un 3% la suma de 640.000 millones de colones que serían suficientes, no solo para la sostenibilidad de 2.084 EBASIS actualmente, sino para 350 que están haciendo falta. Es responsabilidad del Estado atender la prevención de la salud; cuántos problemas se presentan por cuadros de diarrea o problemas gástricos por la calidad del agua; cuántos problemas bronquiales se dan por la calidad de carreteras; cuántos problemas epidemiológicos se dan por enfermedades que se detectan por falta de controles de migración en los puestos fronterizos; todo ello correspondiente al primer nivel, precisamente para atender todo ese tipo de necesidades y es importante, porque el Estado no ha dado la infraestructura necesaria para aliviar esa calidad de vida.

El Director Loría Chaves considera que es diferente lo que el Ministerio de Salud hacía y traspasó a la Caja y lo que la Caja hace; no es lo mismo. Generalizar el primer nivel como un nivel puramente de prevención de la salud no es cierto. Lo que el Ministerio de Salud traspasó a la Caja no es lo que la Caja asume en el primer nivel de atención. El licenciado Picado plantea que el costo de los EBASIS es ese, pero el Ministerio de Salud no traspasó los EBASIS. Hay que calcular cuánto cuesta la prevención y el seguro de salud, no los EBASIS.

Aclara la doctora Balmaceda Arias que estos son lineamientos que el Gerente Financiero está planteando para la política; es un avance, hay que afinarlo, no hay nada definido y además atiende un acuerdo de Junta Directiva.

La Directora Solera Picado no está de acuerdo con el punto X, porque cree que todavía no hay elementos suficientes para justificar un lineamiento de esta naturaleza. Además, le hubiera gustado que en estos lineamientos estuvieran estratégicamente incorporadas coordinaciones interinstitucionales, porque visualiza una política de sostenibilidad bajo los conceptos enunciados por don Gustavo, que es de un accionar, de una política institucional que involucre a otras instituciones, en el sentido de que no se puede decir a Acueductos y Alcantarillados que haga su trabajo, pero si se puede tener líneas de coordinación a través de las diferentes instancias técnicas, para que se conviertan en comisiones que atiendan ciertos problemas de salud que está teniendo

la población. Igual, por ejemplo, mucho del problema del EDUS se justificó con el ICE. Se trata de buscar bajo una política de convenios especiales con las diferentes instituciones para poder atender conjuntamente problemáticas de la población, porque hay otras instituciones que tal vez no están trabajando como debieran y provocan problemas de gastos por ciertas patologías que al final las tiene que atender la Caja.

Prosigue don Gustavo con la presentación de:

- i) Informe de Gestión 2013.
- ii) Informe Seguimiento Acuerdos Junta Directiva.
- iii) Informe de Seguimiento Informes de Auditoría.
- iv) Informe Seguimiento DFOES.

Sugiere la Directora Solera Picado que se instruya a todas las Gerencias presentar un informe actualizado del impacto de las medidas de contención en cada una de las unidades a su cargo.

Se dan por recibidos los informes.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes.

Prosigue el licenciado Picado Chacón y presente el informe relativo a la reestructuración de la Gerencia Financiera, con base en las siguientes láminas:

- I) Situación actual
Propuesta Reestructuración
Organizacional, Gerencia Financiera.
- II) 1. Transformación del rol tradicional de la Gerencia Financiera en la gestión de la Institución.
- III)

Actual	Futuro
<p>Gestión financiera clásica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recaudador de fondos. • Asignación histórica presupuestaria. • Intervención limitada en el uso de los recursos institucionales. • Enfoque estrictamente financiero. 	<p>Gestión enfocada en el uso eficiente de los recursos institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestor de fondos. • Asignación de recursos prospectivos. • Intervención activa en la administración de los recursos económicos, materiales, humanos y tecnológicos. • Enfoque institucional. <p>Objetivos: eficiencia, productividad, satisfacción de usuario y sostenibilidad financiera.</p>

- IV) Fortalecimiento de la conducción gerencial (situación actual, situación propuesta).

V) Funciones generales: Área de Inteligencia de Resultados

- ❖ Establecer indicadores de la productividad y calidad del gasto sanitario.
- ❖ Elaboración de estudios costo – efectividad de tecnologías de la salud.
- ❖ Crear un portafolio de buenas prácticas para el uso eficiente de los recursos institucionales.
- ❖ Diseñar mecanismos de financiamiento prospectivo que incentive la productividad y eficiencia de las unidades institucionales.
- ❖ Diseñar mecanismos de financiamiento prospectivo que incentive la productividad y eficiencia de las unidades institucionales.
- ❖ Elaborar estudios y reportes de la situación financiera de corto, mediano y largo plazo a nivel institucional.

VI) Funciones generales: Área de Inteligencia de Resultados

- ❖ Evaluar periódicamente el impacto del Portafolio de Inversiones Institucional en el nivel de gastos operativos recurrentes y su sostenibilidad financiera.
- ❖ Desarrollar proyectos de simplificación de trámites y mejora regulatoria en la gestión financiera.
- ❖ Apoyar iniciativas de innovación tecnológica.
- ❖ Promover alternativas innovadoras en los procesos sustantivos de la gestión financiera (Inspección, Cobros, SICERE, entre otros).
- ❖ Evaluar los servicios prestados por las dependencias a cargo de la Gerencia Financiera en aras de mejorar la calidad de la atención al usuario.

VII) 2. Fortalecimiento de la conducción rectora y estratégica de las Direcciones de Sede.

VIII) Traslado de la gestión operativa a Sucursales Metropolitanas.

IX) Funciones básicas de rectoría y conducción estratégica

<p>Planear</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rol de planificación estratégica de gestión <p>¿Qué y cómo hacer estrategias, acciones para alcanzar objetivos?</p>	<p>Hacer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rol de conducción y direccionamiento • Política y normalización de procedimientos etc. <p>- Realizar capacitaciones.</p>
<p>Actuar</p> <p>Tomar las acciones para mejorar continuamente la gestión.</p>	<p>Verificar:</p> <p>Realizar el seguimiento de las actividades para el cumplimiento de las políticas, procedimientos y otros documentos normados.</p>

X) 3. Integración y articulación de la Red de Sucursales Financiera.

XI) Puesta de funcionamiento de Sucursales Metropolitanas.

Mayor accesibilidad de los servicios financieros a los usuarios.
Especialización de la zona geográfica de atracción.

Fomenta e incentiva convenios con organizaciones (Municipalidad, Tributación Directa, entre otros).
Distribución de acuerdos según cargas laborales.

- XII) Integración y articulación de la red nacional de Sucursales y Servicios Regionales.
Propuesta de mejora.

Caracterización:

- Definición de niveles de sucursales (categoría de 1 al 4).
- Rol de sucursales satélites.
- Redefinición de la Red (79 a 60 sucursales).
- Definición del portafolio de servicios.
- Mejora en el modelo de gestión regional.

- XIII) 4. Profundizar la gestión financiera por medio de la innovación tecnológica.

- XIV) Modernización del SICERE por medio de la innovación Tecnológica (enfoque tradicional, enfoque moderno).

- XV) Plan Innovación tecnológica.

- XVI) Estructura Organizacional basado en un enfoque de la gestión tecnológica y mejoramiento de procesos financieros.

- XVII) Enfoque de la reestructuración de los servicios financieros regionales y locales.

Unidades

Servicios Financieros

Instancias Rectora

Cobertura Contributiva

Dirección Coberturas Especiales

- Asegurado por el Estado)

Dirección de Inspección

- Trabajadores asalariados.
- Trabajadores independientes (TI).
- Asegurados Voluntarios (AV).

Instancias Operativas.

Asalariados, T.I., AV, Convenios Especiales.

- Dirección de Inspección.
- Direcciones Regionales de Sucursales.

Instancias Operativas.

Asegurado por el Estado.

Hospitales y Áreas de Salud.

XIX) Fortalecimiento del rol rector en la gestión de validación de riesgos y riesgos excluidos del Seguro de Salud.

XX) 6. Integración de los procesos de recaudación, inversión y pagos.

XXI) Principales actividades de los recursos económicos

<p>1 Recaudación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caja y Custodia de Valores. • Recaudación Interna y Externa. 	<p>2 Gestión de Inversiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversiones a la Vista. • Inversiones del Seguro de Salud. • Inversiones del Fondo de Ahorro y Préstamo • Inversiones del Fondo Retiro 	<p>3 Gestión del pago Obligaciones de la institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios públicos. • Membresías internacionales, • Viáticos. • Incapacidades. • Entre otros.
---	--	--

XXII) Propuesta de la estructura organizacional de la gestión de los recursos financieros e inversión.

XXIII) Propuesta de la estructura organizacional de la gestión de los recursos financieros e inversión.

XXIV) 7. Profundizar la especialización en los registros y análisis financieros.

XXV) Situación Actual de la gestión financiero – contable.

XXVI) Fortalecimiento de la información contable en una única instancia financiera. Propuesta.

XXVII) 8. Integración del proceso de aseguramiento.

XXVIII) Integración y estandarización de procesos de aseguramiento.

XXIX) Fortalecimiento de la rectoría y traslado de la gestión operativa al nivel operativo (dos láminas).

XXX) 9. Integración del proceso de cobranza.

XXXI) Principales ejes de la gestión cobratoria

- Cobro patronos y trabajadores independientes
- Cobro patronos y trabajadores independientes
- Cobro al INS.
- Cobro Asegurados Voluntarios
- Cobro de Servicios Médicos no asegurados.
- Cobro art. 44 Ley Constitutiva.
- Cobro de becas y auxilios reembolsables.

XXXII) Propuesta simplificación de la Gestión Cobratoria.

La Directora Solera Picado comenta que ve a la Gerencia Financiera como rectora y estratégica, pero no con las Direcciones de Sede porque se ubican generalmente en el Nivel Central, aunque las Direcciones Generales funcionan como Direcciones de Sede, pero bajo un nuevo enfoque. Diría que la Gerencia Financiera sería rectora y estratégica a nivel institucional, da los lineamientos, los indicadores, pautas, estrategias y como sector la operativizan, tanto táctica como operativamente, en los niveles que van para abajo.

A la doctora Balmaceda Arias esta propuesta le gusta porque acerca más el servicio a la gente y además permite tener mucho más espacio acá, para dejar de alquilar algunos edificios.

Anota el Director Loría Chaves que lo único que le preocupa es que haya cambios cuando no hay resueltos problemas objetivos que son crónicos en la Institución; le preocupa hacer cambios cuando no se resuelve el tema de los expedientes de pensión, es una pega más, porque se hacen cambios y se van a seguir arrastrando muchos problemas.

El Director Gutiérrez Jiménez comparte el concepto que expresa el Gerente; un aspecto es el concepto rector y otro el concepto ejecutor en la parte operativa. Todo esto le suena bien, y respecto al comentario del compañero Loría Chaves, le parece que el hecho de que se logren hacer Direcciones más eficientes en el día a día, hace que estos procedimientos que duran años en cualquier área se mejoren. Por último, es importante seguir con el tema que se ha hablado. No ve nada de esto sin una reestructuración y una movilización de la gente del nivel central hacia los centros que se deben tener como prioritarios.

Interviene el señor Auditor y comenta que escuchó que el tema de evasión es en todos los países; el tema de evasión y el de morosidad son muy altos; puede ser que se haya hecho una muy buena gestión, sin embargo es un problema el tema de las cuotas obrero patronales y trabajadores independientes. Cree que hay una necesidad urgente de que haya una mayor presencia de la Institución en el territorio nacional, y en la propuesta le parece que en el fondo es la tradicional que tiene la Caja y prácticamente es imposible llegar adonde se tiene que llegar; ha comentado en más de una ocasión que es preciso estar en Tibás, porque el problema del sector industrial y comercial es muy grande. Se trata de analizar cómo se está abordando el problema de la evasión, cómo se está llegando al control de la morosidad, porque no se puede llegar desde el nivel central. No se tiene presencia en Moravia, en Coronado y otros lugares del área metropolitana. Ahora estaba oyendo sobre la ampliación de la Sucursal en San Carlos, pero con el modelo tradicional no se podrá llegar ahí, se requiere una inversión en infraestructura de un edificio. Supone que la Sucursal de Liberia está costando diez mil millones de colones, pero cuánto cuesta llenar esa planta, 40, 50 funcionarios; y cuánto en equipamiento. Por tanto, le parece que debiera plantearse un cambio de modelo, lo viene diciendo hace tiempo, por ejemplo en la forma de control de la evasión y la morosidad y llegar con un trámite más ágil a las personas; pero tiene que ser con la apertura de centros en esas localidades. De manera que cree que debe haber un cambio, de lo contrario no se podrán resolver los problemas en la gestión de cobros, gestión de inspección y el trámite de las pensiones.

Una vez concluida la presentación, propone señora Presidenta Ejecutiva dar por conocido el informe e instruir a la Gerencia Financiera para continuar el trabajo conjunto con las otras Gerencias.

Finalmente, y la Junta Directiva -por unanimidad- **acuerda** dar por recibido el informe y trasladarlo a la Gerencia Administrativa, encargada del Proyecto de Reestructuración Institucional.

Ingresan al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; las Gerentes de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; el Gerente Administrativo, licenciado Gustavo Picado Chacón; las doctoras Hilda Oreamuno Ramos, Rocío Sánchez Montero, la ingeniera Shirley López Carmona, Asesora de la Gerencia Administrativa; los licenciados Sergio Gómez Rodríguez, funcionario de la Dirección de Presupuesto, Claudio Arce Ramírez, Asesor de la Gerencia Financiera; el doctor Róger Ballestero Harley, Director, y la ingeniera Susan Peraza Solano, funcionaria de la Dirección de Planificación Institucional.

Ingresan al salón de sesiones el Director Meléndez González.

El Director Fallas Camacho se disculpa y se retira del salón de sesiones.

ARTÍCULO 3º

Se presenta el oficio N° PFISS-021-14 de fecha 10 de abril del año 2014, que firma el licenciado Luis Fernando Campos Montes, Director del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, al que se adjunta el Plan de Gestión del Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud (se atiende lo resuelto en el artículo 2º de la sesión N° 8681).

El licenciado Campos Montes, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al informe en consideración:

- i) Gerencia Administrativa
Programa
Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud.

- ii) Objetivo del Programa:

Integrar los proyectos, estrategias e iniciativas institucionales que permitan el rediseño del modelo de prestación de servicios de salud, centrado en las personas, con enfoque integral e integrado en redes, que procure la calidad, seguridad y sostenibilidad económica del Seguro de Salud.

- iii) Objetivo del Programa:

Modelo de Prestación de Servicios de la Salud.

Propuesta
Redes Integradas Servicios de Salud.

Gobernanza
Reestructuración Organizacional.

Modelo Distribución de Funciones.
Cadena de Abastecimiento.

Proyectos Tecnologías de Información.

Plan Fortalecimiento Recursos Humanos.

Modelo de gestión Hospitalaria.

- iv) Modelo de Integración de los Componentes del Programa.
- v) Modelo de integración de los componentes del PFISS.
- vi) Gobernanza.
- vii) Proceso gobernanza.

Visión 2030

Modelo de Organización de la Alta Dirección	Modelo de Prestación de Servicios de Salud	Política de Prestación de Servicios de Salud	Política de Sostenibilidad Económica	Sistema de Gestión de Calidad
Gestión del Cambio				

- viii) Inteligencia estratégica.

Alta Dirección.

(Grupo Inteligencia Estratégica).

Análisis e integración de la Información Clínica, Financiera y Administrativa para la toma de decisiones.

Monitoreo Resultados.

Gestión desempeño.

Avance Fortalecimiento Institucional.

Gestión del Portafolio de Inversiones.

Impacto Asignación de recursos y Sostenibilidad Económica.

- ix) Funciones

Alta Dirección (Gerencia General).

Coordina directamente con el Nivel Político-Directivo (Presidencia Ejecutiva).

Asegura el cumplimiento de las decisiones de JD.

Rinde cuentas ante la JD y PE sobre situación financiera, cumplimiento de resultados y control interno.

Lidera Gerencias y Subgerencias (Niveles Funcionales-Técnicas).

Da continuidad y estabilidad técnica en la operación de los servicios.
Integra, negocia y coordina labores hacia un objetivo común.

Modelo de Gestión por resultados.

- x) Actualización y Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud.
- xi) Modelo de Prestación de Servicios de Salud
 - Definición de un conjunto de estrategias, acciones e intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se requieran para responder a los problemas de salud prioritarios de la población.
 - La consideración del contexto familiar y comunitario en la valoración y abordaje de las necesidades y problemas de salud de las personas.
 - Objetivos dirigidos a: mejorar el acceso, asegurar la continuidad de la atención, mejorar el control de los problemas de salud prioritarios, favorecer la eficiencia y la sostenibilidad económica y asegurar la satisfacción de la población usuaria.
 - Mediante una organización e integración en redes.
- xii) Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la CCSS.
- xiii) Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la CCSS
¿Qué es una Red Integrada en la CCSS?

“Un conjunto de establecimientos que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, gestionados, coordinados y articulados, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica.

Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente.”

Equipo Intergerencial.

- xiv) Líneas estratégicas para la gestión de la Red

Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

- Convirtiéndolo en la puerta de entrada al sistema, con una capacidad resolutoria eficaz y eficiente. Asegurando su función como nodo de coordinación, responsable de la continuidad de la atención de las personas.

Fortalecimiento del Segundo Nivel y Transformación hospitalaria.

- Propiciando el mejoramiento de la capacidad resolutoria del segundo nivel; diferenciando las intervenciones según nivel de complejidad; minimizando la superespecialización injustificada; transformando los servicios

hospitalarios hacia un enfoque poblacional. Los Hospitales nacionales son parte de la red, no su cabeza.

Gestión y Gobierno de la Red.

- Promoviendo mecanismos de articulación de los establecimientos que conforman la red, un sistema integrado de gobierno de la red, que permita gestionar las funciones clínica, administrativa, logística y financiera, en busca del cumplimiento de los objetivos comunes de la Red. “Gestor de la Red”

Asignación de recursos.

- Mediante el desarrollo, monitoreo y evaluación de un modelo de gestión financiera eficiente, con Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; así como mecanismos para la gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico, logístico y financiero.

xv) La conformación de las redes debe responder a

División geográfica, donde las fronteras de las redes son las mismas de la división política del país	Características de la población (demografía, epidemiología, grupos de riesgo, volumen poblacional)
Condiciones de Accesibilidad	La integración actual de los establecimientos de salud y su capacidad resolutive
Condiciones económicas y administrativas, que permitan una gestión eficiente y el máximo aprovechamiento de los recursos, en el contexto de la sostenibilidad económica	

xvi) Gestión Clínica de los Establecimientos de Salud (Ambulatoria y Hospitalaria).

xvii) Principios de la Gestión Clínica

Atención centrada en el individuo y la familia	• Quienes son los sujetos de la atención sustantiva
Gestión por procesos	• Priorizando las necesidades del usuario sobre las actividades de la organización
Orientación al proceso asistencial	• Otorgando atención integral, protocolizando según la mejor evidencia científica disponible
Autoevaluación	• Sistemática de la calidad de los cuidados asistenciales, los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, los recursos utilizados y los resultados clínicos obtenidos
Autonomía en la gestión	• De recursos humanos, materiales, gestión del presupuesto y la rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos
Mejoramiento continuo de la calidad	• Organización de proyectos articulados

	desde necesidades identificadas y la implementación de planes de mejora, como resultado de la evaluación del diseño, gestión y desarrollo de procesos
--	---

xviii) Equipos de Gestión Clínica (EGC) o Centros de Responsabilidad

“Conjunto de servicios o unidades funcionales ordenadas en lógica de procesos clínicos:

- *El establecimiento definirá su organización interna, con la cartera de servicios.*
- *Cada unidad funcional debe tener programados sus recursos humanos, tecnológicos y financieros en forma anual, constituyéndose en centros de responsabilidad, que busca mediante el trabajo en equipo, obtener calidad técnica óptima, resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción del usuario, para la atención segura de los pacientes.*
- *No obstante, estas unidades son funcionales y, por lo tanto, no generan estructura alguna”.*

Equipo Intergerencial.

xix) Requerimientos para operacionalizar la Gestión Clínica

- Definan en conjunto con su red, la cartera de servicios.
- Definan los compromisos con la red y con cada uno de los EGC.
- Defina su organización interna en base a las unidades funcionales que dan cuenta de dicha cartera de servicios.
- Cuenten con un sistema de información gerencial que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas en términos de cantidad, calidad y costos.
- Contar con una metodología de reconocimiento y de desincentivo según el grado de cumplimiento y logro de los resultados establecidos.
- Cuenten con el mayor número de competencias posible, un determinado presupuesto para cumplir con las metas establecidas.

xx) Herramientas para la aplicación de la EGC

• Acuerdo de Desempeño	• El presupuesto programado	• El subsistema de información	• Los mecanismos para analizar los resultados de la evaluación de la gestión clínica.
------------------------	-----------------------------	--------------------------------	---

xxi) Estrategias para mejorar la Gestión Clínica en Red

Ambulatorias:

- Atención Domiciliar.
- Seguimiento Alta Programada.
- Interconsultas y seguimiento de pacientes con uso de tecnologías.
- Atención diferenciada en el 1 nivel.
- Mejora de la resolutivez en la primera consulta de Especialidades.

- Incremento de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Hospitalarias:

- Conformación de Equipos de Gestión Clínica.
- Alta Programada.
- Hospitalización domiciliaria.
- Hospital de Día.
- Programa de capacitación a familia y cuidador según perfil del paciente.
- Organización Servicios de Apoyo Diagnóstico – Centros de Excelencia.

xxii) Organización de los Servicios de Apoyo

- ▶ Se requiere el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de apoyo, que permitan:

- ❖ mejorar la capacidad resolutive y,
- ❖ eviten desplazamiento de la población a los establecimientos de mayor complejidad.
- ❖ Avanzar en la conformación y fortalecimiento del Segundo nivel de atención Ambulatorio y Hospitalario.
- ❖ Replantear el Plan de Inversiones Institucional.

xxiii) Centros Ambulatorios de Especialidad
Centros de excelencia.

La creciente complejidad de los hospitales, el cambio epidemiológico y el desarrollo de tecnología en salud:

- Requiere de un nivel resolutivo intermedio entre el nivel primario y el nivel de atención hospitalaria, en aquellas áreas que se convierten en “cuellos de botella,” Centros de Diagnóstico y Tratamiento.
- Organizados para brindar prestaciones de mayor capacidad resolutive efectuadas principalmente en forma ambulatoria.
- Maximiza los recursos, evitar duplicidades, gastos en mantenimiento y reposición de equipos de alta tecnología.

xxiv) Centros Ambulatorios de Especialidad (Centros de Excelencia)
Centros de excelencia.

- ▶ El desempeño exitoso de estas unidades va a depender de:
 - ▶ La adecuada articulación de actividades de apoyo a la gestión entre los establecimientos y estos centros ambulatorios, en procura de brindar un mejor servicio a los usuarios, apoyar al primer nivel y cumplir con su rol en la red asistencial.
 - ▶ Requieren de un equipo profesional de gestión que ordene y articule todos estos factores.

xxv) Recursos para el Funcionamiento de las Redes.

xxvi) Asignación de Recursos Financieros
Metodología asignación.



Mejor distribución de los recursos en las Redes Integradas de acuerdo a las necesidades en salud de la población y los fondos disponibles, promoviendo la equidad, la transparencia, sostenibilidad financiera y la rendición de cuentas.

xxvii) Asignación de recursos financieros.
Elementos Sustantivos:

- 1) Transición progresiva y gradual de una asignación histórica a una prospectiva.
- 2) Primer Nivel: asociar la asignación de recursos a la población capitado con ajustes por riesgo, sexo, edad y posteriormente morbilidad.
- 3) Nivel Hospitalario: clasificación de los pacientes y sus enfermedades con base en el consumo de recursos y su costo., bajo metodologías de los GRD (Grupos relacionados de diagnóstico)
- 4) Vincular la asignación de los recursos a los resultados a través de los Compromisos de Desempeño
- 5) Redefinición de funciones presupuestarias de los niveles de gestión institucionales.

xxviii) Desarrollo de las personas.

Macro.

- Definición de perfiles por competencias.
- Alternativa de Contratación.
- Incentivo Salarial.

- 1) **Contratación de Gestores de Red**
- 2) **Capacitación y formación de Gestores de Red**
- 3) **Identificación de brechas de recursos por Red**

xxix) Sistemas de información.

CONFORMACIÓN PORTAFOLIO DE PROYECTOS DE TIC's

Proyectos priorizados para el soporte tecnológico de la Red de Servicios de Salud.

Gestión clínica:

- EDUS hospitalario.
- Gestión de listas de espera.

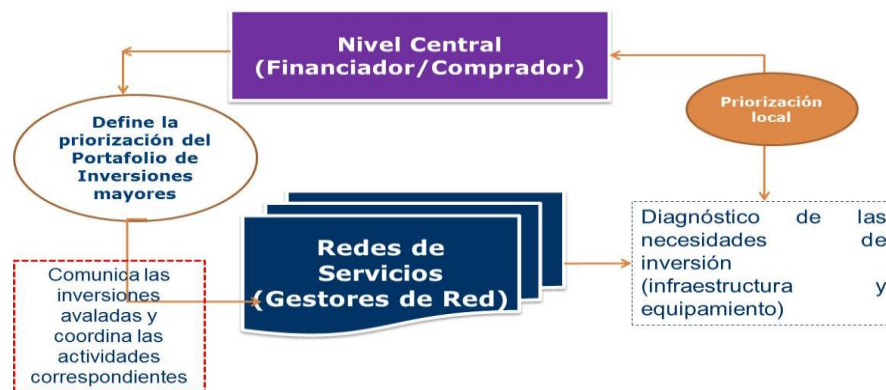
Gestión administrativa.

- SIGES.
- Inteligencia Estratégica (Cuadro de Mando Integral).

Gestión financiera.

- Sistema financiero Institucional (ERP).

xxx)



Mejora en la planificación y asignación de las inversiones físicas, partiendo de las necesidades de las redes de servicios, introduciendo criterios de priorización y evaluación, sostenibilidad financiera, así como fortaleciendo la coordinación.

xxxi) Portafolio Institucional de Inversiones Físicas Rebalanceado.

Elementos sustantivos.

Nivel Local: gestión de proyectos de inversión y mantenimiento de baja complejidad

Nivel Central: gestión de proyectos de mediana y alta complejidad, con base en necesidades de las redes.

Redefinición metodología para formulación, priorización, seguimiento y evaluación de proyectos con un enfoque de red.

El proceso de reasignación de los recursos debe ser paulatino, considerando las brechas existentes, recursos disponibles y capacidad técnica.

xxxii) Modelo de Evaluación de Innovación Tecnológica en Salud

Objetivo.

- Diseñar un modelo de evaluación tecnológica considere: aspectos clínicos, económicos, éticos, sociales y organizaciones, para la toma de decisiones de inversión y el logro de los mejores resultados en la atención de la salud, con los recursos disponibles

Elementos sustantivos:

Tipo de tecnología: nivel de complejidad y resolutivez de los centros de salud, bajo un enfoque de red.	Metodológicas: análisis de eficacia, efectividad, beneficios, impacto social y en la calidad de vida, costo y viabilidad financiera en el tiempo de los proyectos.	Identificación de líneas de acción para la priorización de tecnologías sanitarias.	Detalle del proceso de evaluación: medidas de control, indicadores de seguimiento, responsables
---	--	--	---

xxxiii) Modelo de gestión por resultados

Indicadores.

Modelos de gestión.

Controles.

Medición Resultados.

xxxiv) Reestructuración Organizacional

Modelo de Organización Alta Dirección	Modelo de Prestación de Servicios de Salud	Reestructuración Institucional
Delimitación de competencias de nivel político, directivo y operativo	Reorganización Gerencial	Eliminar de la organización, todo aquello que no contribuye a aportar valor
Modelo de Prestación de Servicios de Salud		Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud

xxxv) Reestructuración Organizacional.

Reajuste.

- Mapa de procesos institucional.
- Modelos de gestión.

Enfoque:

- Modelo de prestación de servicios de salud.

Orientación:

- Guiada por la planificación y el establecimiento de prioridades.

Resultado:

- Optimización de recursos.

xxxvi) Entregables del Programa.

xxxvii) Entregables de Gobernanza

Documento Visión 2030	Dirección Gerencias	Planificación	Tiempo Estimado: Abril 2015
Política de Prestación de Servicios de Salud	Dirección Gerencias	Planificación	Tiempo Estimado: Setiembre 2014
Política de Sostenibilidad Económica	Dirección Gerencias	Planificación	Tiempo Estimado: Junio 2015
Diseño del Modelo de Organización de la Alta Dirección	Presidencia Ejecutiva		Tiempo Estimado: Diciembre 2014
Sistema Gestión de Calidad	Equipo Gestor de Calidad Institucional (intergerencial)		Tiempo Estimado: Abril 2015

xxxviii) Entregables del Sistema de Prestación de Servicios de Salud

Actualización y Fortalecimiento del Modelo de Prestación Servicios de Salud	Gerencias		Tiempo Estimado: Set. 2014
Diseño Modelo de Organización y Funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud	Dirección Gerencias	Planificación	Tiempo Estimado: Julio 2016
Modelo de Gestión Establecimientos de Salud	Dirección Gerencias	Planificación	Tiempo Estimado: Julio 2016
Estrategias de Corto Plazo	Alta Dirección y Gerencias		Tiempo Estimado: Julio 2014
Estrategias de Mediano Plazo	Equipo Gestor de la Red Gerencias		Tiempo Estimado: Julio 2016

xxxix) Entregables de la Asignación de Recursos Financieros

Modelo de asignación de recursos (propuesta transitoria)	Gerencia Financiera	Tiempo Estimado: Marzo 2016
Modelo de asignación de recursos primer nivel de atención	Gerencia Financiera	Tiempo Estimado: Julio 2017
Modelo de asignación de recursos a nivel hospitalario	Gerencia Financiera	Tiempo Estimado: Julio 2018

xl) Entregables Recursos para el Funcionamiento de las Redes

Equipos Gestores de Red contratados y capacitados	Gerencia Administrativa Gerencia Médica	Tiempo Estimado: Abril 2015
---	--	--------------------------------

Administración de brechas de recurso humano por red	DAGP Gerencia Médica	Tiempo Estimado: Mayo 2016
Portafolio de Sistemas de Información Institucional	DTIC Gerencias	Tiempo Estimado: Octubre 2015
Portafolio Institucional de Inversiones conforme necesidades de la Red	DPI GIT Gestores de Red	Tiempo Estimado: Setiembre 2018
Modelo de evaluación de innovación tecnológica en salud	Equipo Técnico Intergerencial	Tiempo Estimado: Diciembre 2015

xli) Entregables Recursos para el Funcionamiento de las Redes

Reorganización gerencial según modelo de prestación de servicios de salud	Equipo Técnico de Reestructuración	Tiempo Estimado: Mayo 2015
Reestructuración Organizacional Institucional	Equipo Técnico de Reestructuración	Tiempo Estimado: Diciembre 2015
Modelo de gestión por resultados	Equipo Intergerencial	Tiempo Estimado: Marzo 2016

xlii) Implementación del Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud.

xliii) Project Management Body of Knowledge (PMBOK). PMI

Procesos:

- Inicio.
- Planeación.
- Ejecución.
- Control.
- Cierre.

xliv) Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud.
Metodología por proyectos.

	30 de marzo 2014	Plan de gestión <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del problema, descripción del Programa • Marco Estratégico y Conceptual del Programa • Análisis Situación Actual • Propuesta de Programa • Administración del trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Decisiones estratégicas • Organización del trabajo • Entregables • Cadena de Resultados • Identificación de Riesgos Cronograma de trabajo
--	------------------	---

Inicio	Planeación	
Aprobación Acta de Constitución (Art 2, Sesión 8681, JD 25 nov 2013)		

xliv) Implementación del Programa.

Conocimiento y aprobación	Conocimiento y Aprobación: (Junta Directiva) ✓ Presentación del Plan de Gestión ante la actual JD para su conocimiento y aprobación Adecuaciones al documento
Identificación del Responsable e involucrados	Definición de Responsables de la implementación del PFISS e Involucrados de los proyectos : (Presidencia Ejecutiva - Alta Dirección)
Puesta en marcha	Desarrollo de: ✓ Estrategia de Resistencia al Cambio ✓ Estandarización de Metodologías ✓ Capacitación ✓

xlvi) Organización del Recurso Humano para la ejecución del plan de trabajo.

xlvii) Proceso del Nuevo Equipo de Trabajo

Inicio	Planeación	Ejecución Control	Cierre
	Revisar el plan de gestión propuesto	Ejecutar y dar control del cronograma de trabajo	Cierre

Documentación: Metodología de Proyectos PMBK (PMI).

xlviii) Documentación Institucional Proyectos (PMI)

Formularios:

- Solicitud de control de cambios.
- Lecciones Aprendidas.
- Entre otros.

xlix) Cronograma General (sin desglose).

Tarea	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos
PLAN DE GESTIÓN DEL PFISS	2530 días	lun 01/04/13	vie 09/12/22	Director Programa
<input type="checkbox"/> GOBERNANZA DEL MODELO	381 días	jue 02/01/14	jue 18/06/15	Director Tecnico Diseño
+ Documento Visión 2030	346 días	jue 02/01/14	jue 30/04/15	DPI, Gerencias
+ Política de Prestación de Servicios de Salud	186 días	jue 02/01/14	jue 18/09/14	DPI, Gerencias
+ Política de Sostenibilidad Económica	381 días	jue 02/01/14	jue 18/06/15	DPI, Gerencias
+ Diseño de Modelo de Organización de Alta Dirección	201 días	jue 16/01/14	jue 23/10/14	DPI, Gerencias
+ Sistema de Gestión de Calidad Institucional	221 días	lun 28/04/14	lun 02/03/15	DPI, Gerencias
<input type="checkbox"/> SISTEMA DE PRESTACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RED	867 días	lun 01/04/13	mar 26/07/16	Director Tecnico Diseño
+ Actualización y fortalecimiento del Modelo de Prestación Servicios de Salud	387 días	lun 01/04/13	mar 23/09/14	Director Tecnico Diseño
+ Modelo de organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud	760 días	mié 28/08/13	mar 26/07/16	Director Tecnico Diseño
<input type="checkbox"/> ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA	2117 días	jue 02/01/14	vie 11/02/22	Director Tecnico Diseño
+ Diseño Modelo de Asignación Recursos Financieros Primer Nivel	1614 días	vie 24/10/14	mié 30/12/20	Gerencia Financiera
+ Diseño de asignación de Recursos Financieros a Nivel Hospitalario y Segundo Nivel	1906 días	vie 24/10/14	vie 11/02/22	Gerencia Financiera
+ Portafolio de Sistemas de Información Institucional	312 días	jue 14/08/14	vie 23/10/15	DTIC, Gerencias
+ Modelo de Gestión de Desarrollo de las Personas	529 días	jue 02/01/14	mar 12/01/16	DAGP, DPI, Gerencias
+ Portafolio institucional de inversiones	281 días	lun 02/06/14	lun 29/06/15	DPI, GIT, Gerencias
+ Diseño de modelo de evaluación de innovación tecnológica en salud	165 días	mar 01/07/14	lun 16/02/15	Equipo Interdisciplinario
<input type="checkbox"/> DISEÑO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN POR RESULTADOS	460 días	vie 13/06/14	jue 17/03/16	Director Técnico Implementación
<input type="checkbox"/> DISEÑO ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL INSTITUCIONAL	208 días	lun 03/03/14	mié 17/12/14	Director Técnico Implementación
Conformación de Equipo conductor reestructuración	5 días	mar 01/07/14	lun 07/07/14	Presidencia Ejecutiva
+ Diseño Planes de fortalecimiento a la gestión con enfoque de red	208 días	lun 03/03/14	mié 17/12/14	
<input type="checkbox"/> IMPLEMENTACIÓN	2490 días	lun 27/05/13	vie 09/12/22	Director Técnico Implementación

l) Propuesta del Acuerdo.

li) CONSIDERANDO:

Considerando que:

La Junta Directiva dispuso el 25 de noviembre, en el artículo 2° de la sesión 8681, aprobar el “Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud” en el que designa como Director, al Lic. Luis Fernando Campos Montes, acompañado por Directores técnicos (Agregar nombres), para plasmar en un documento, los perfiles de proyecto para el desarrollo de los componentes sustantivos en la prestación de servicios en salud, relacionados con las áreas temáticas de Administración y Gobierno, Redes integradas de servicios de salud, Mejora de la gestión hospitalaria, Asignación de recursos y sostenibilidad económica. (Justificar el porqué del programa, necesidad).

El 10 de marzo 2014, el equipo del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, presenta ante Junta Directiva el avance del “Plan de Gestión del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud”, conocido en el artículo 1 de la sesión 8700.

lii) Propuesta de acuerdo.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° de la sesión 8681, respetuosamente se recomienda considerar el siguiente acuerdo:

Acuerdo primero:

Dar por recibido y atendido lo requerido al Gerente Administrativo en el artículo 2° de la sesión 8681 del 25 de noviembre 2013, con respecto al Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud.

Acuerdo segundo:

Aprobar el “Plan de Gestión del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud” presentado por el Director del Programa, el señor Gerente Administrativo Luis Fernando Campos Montes y el equipo de trabajo que le acompaña.

liii) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo tercero:

Se encomienda a la Presidencia Ejecutiva y al equipo gerencial, desarrollar un plan de difusión del documento aprobado (Plan de Gestión) como insumo orientador del quehacer Institucional en los próximos años, así como compartir con las autoridades entrantes en la nueva administración, sin menoscabo de los ajustes o variaciones que estas nuevas autoridades acuerden realizar.

Acuerdo cuarto:

Los equipos técnicos que actualmente están diseñando y/o ejecutando proyectos relacionados con el Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud y aquellos que se integren, deberán cumplir con lo expuesto en el Plan de Gestión aprobado. Consecuentemente los planes, programas y cronogramas existentes, deberán ser revisados a la luz de este Plan.

liv) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo quinto:

Se instruye a la Dirección de Planificación Institucional, ajustar el cronograma para la implementación del DFOE-15-2011 e informar a la Contraloría General de la República, de acuerdo con los plazos establecidos en el Plan de Gestión.

lv) Las recetas rápidas no funcionan. Todo cambio duradero requiere tiempo y esfuerzo. La perseverancia es la madre del cambio organizacional
Adaptado de Robin Sharma.

lvi) Buenas prácticas en la actualidad: Redes Integradas.

lvii) Continuidad en la atención.

- Por perfil del paciente.
- Interniveles.
- Intersectorial.

I, II, III nivel.
Valoración.
Diagnóstico.
Tratamiento.

Trabajo Interdisciplinario.

**Innovación en articulación
Hospitales – Áreas de Salud**

- Atención domiciliar.
- Seguimiento alta programada.
- Interconsultas y seguimiento de pacientes con uso de tecnologías.
- Atención diferenciada en el 1 nivel.

Innovación en la gestión hospitalaria

Alta programada

Programas Ambulatorios en red, enfermedades crónicas prioritarias

Hospitalización domiciliar

Hospital de Día.

Atención de pacientes y resolución de interconsultas con uso de tecnología

Programa de capacitación a familia y cuidador según perfil del paciente.

Nueva figura requerida para garantizar articulación

Gestor de caso.

Coordinador local de red.

Articulación con servicios de apoyo

Red intersectorial interniveles.

- Iviii) Atención articulada desde el Alta Programada hasta el Domicilio
- lix) Atención Especializada a Distancia.
- lx) Atención diferenciada en el I Nivel.
- lxi) Formulario Solicitud de Cambios.

Agrega la doctora Oreamuno que dentro del análisis encontraron que uno de los grandes ausentes de esta Institución es contemplar la gestión, desde el punto de niveles de atención. El otro gran tema es la visión hospitalaria de forma integral, por lo que hicieron un enfoque de qué gestión clínica deben realizar los diferentes establecimientos de la Institución, buscando la satisfacción de los usuarios, la mejora de la calidad, ser más eficientes, que permita realmente la misión y objetivos institucionales. Para ello, se enfocaron en la gestión clínica de los establecimientos de salud, que en realidad tienen principios fundamentales; primero la atención centrada en el individuo y la familia, no la organización, que es lo que se ve ahora; les ha preocupado la orientación al proceso asistencial, tratando de mejorar la atención integral y protocolizando, con base a una experiencia, la evidencia científica disponible, lo que ellos llaman buscar la excelencia

en la atención, con una autoevaluación sistemática; se parte de la calidad de los cuidados asistenciales y los procedimientos diagnósticos terapéuticos, los recursos utilizados y los resultados clínicos obtenidos; que haya mayor autonomía de gestión a nivel de las unidades, con mayores competencias, por ejemplo, en recursos humanos. Se necesita llegar a un plan que genere que las unidades o establecimientos más sencillos fortalezcan la atención de los usuarios, que permita, de una forma muy dinámica dentro de un plan, poder ajustarse a la atención de las necesidades de la población, con un mejoramiento continuo de la calidad, de la realización de proyectos articulados desde las universidades y la implementación de mejoras, como resultado de la evaluación de criterios, gestión y desarrollo del proceso.

Al Director Marín Carvajal le parece sumamente ambicioso y apropiado, pero para poder llegar a ello, hay que pensar realmente en un diagnóstico de la infraestructura, no solo en edificios sino en equipos.

Anota la doctora Balmaceda Arias que ya está hecho el diagnóstico.

Prosigue la doctora Oreamuno y agrega que es importante señalar que esta propuesta está para implementarse en un corto, mediano, incluso largo plazo. Hay algunos aspectos que tendrán que analizarse dentro de la sostenibilidad de la Institución y según el paso en que se va a llevar y se va a ir reforzando la red. Cree que es importante anotar que todos los establecimientos tienen que estar fuertemente ligados con la implementación de la red. Los requerimientos para operacionalizar la gestión clínica es definir en red los establecimientos de cada una de las redes, la cartera que ellos llaman cartera de servicios. Es importante que se defina en los establecimientos qué brinda cada uno, cuál es el nivel de competitividad, con qué equipo y recursos cuenta cada uno de los establecimientos de la red. Definir compromisos dentro de la red, a qué se compromete como hospital, a qué se comprometen las unidades, siempre enfocados en dar la atención y satisfacer las necesidades de los usuarios. Se requiere contar con un sistema de información gerencial que permita estar evaluando y controlando el cumplimiento de las metas en términos de cantidad y calidad. Cree que esto es esencial.

El licenciado Campos Montes señala que el tema financiero, asignación de recursos, es uno de los temas que se prolongan más en el tiempo, porque va a depender de cómo se van a ir articulando las redes; pero están incluyendo en el cronograma acciones transitorias, porque hay acciones que ya se pueden ir implementando.

Sobre algunos comentarios para aprobar la propuesta, la doctora Balmaceda Arias indica que le gusta mucho la propuesta porque es integradora, y es el norte que se quería dar a la Institución, porque está integrando todos los procesos que se han estado trabajando. Agradece al equipo que lo hizo realidad en un tiempo record, fundamentado técnicamente, con bibliografía, con el cronograma, porque es un proceso tan grande que requiere prácticamente la participación de todas las instancias administrativas de la Institución, en vista de que hay que modificar reglamentos, hay que modificar procesos. Por otra parte, en cuanto a la preocupación del Director Loría sobre si las autoridades que vengan no lo vayan a tomar, cree que es un problema de ellos. Este es un trabajo que se hizo aquí y si están de acuerdo los señores Directores, se puede votar y se deja aprobado. Este es el norte que se está dejando a la próxima administración para que lo ejecute, sin menoscabo de que le hagan los ajustes que consideren pertinentes. Por supuesto que ellos van a tener que analizarlo y buscar la implementación.

Anota la Directora Solera Picado que le parece un trabajo muy bueno y cree que esto representa el esfuerzo de un equipo, pero más que el esfuerzo es el compromiso y la necesidad que sienten de que la Institución dé un giro.

El Director Gutiérrez Jiménez considera importante, como un tema de cortesía, dejar la proposición planteada, no aprobada, como una propuesta para las nuevas autoridades, con el fin de que sea analizada y ratificada si corresponde. En la vida real, la doctora Oreamuno y su equipo va a tener que volver a plantearlo, de manera que, siendo prácticos, se dejaría para que la nueva administración lo analice y lo implemente de ser aprobado.

La doctora Balmaceda Arias considera que se debe dejar aprobado, agregando tal vez que sin menoscabo de los ajustes que quieran hacerle.

Leída la propuesta de acuerdo, anota el licenciado Alfaro Morales que en el considerando se dice que la Junta acuerda aprobar el programa de fortalecimiento, pero no se dice por qué. En contexto, lo que origina el programa es la necesidad institucional de reforzar los servicios y actualizar los sistemas, pero está muy seco; hay una razón para aprobar todo el programa que no se aprecia en la propuesta.

El Director Gutiérrez Jiménez consulta si la aprobación del programa per se implica en automático la creación de plazas. Lo está diciendo para que la respuesta quede en actas, porque no quiere que en estos últimos días se vean programas aprobados que sean un compromiso insoslayable para la nueva administración, en términos de la misma Junta Directiva. Le parece que es importante que quede claro que la aprobación de este programa de ninguna manera implica mayores plazas, que alguien ya queda nombrado automáticamente, que los funcionarios adquieren un derecho con esto y que simplemente es una visión de cómo se tiene que abordar el tema de suma importancia para la Caja.

Agrega el licenciado Alfaro Morales que a la vez, quede consignado que se notifica con la intención de que la nueva Junta Directiva esté informada en el tema pertinente y en el ámbito de sus competencias haga las mejoras según corresponda, con un mensaje de que no es un imposición, sino parte de la transparencia, reconociendo que están en la potestad y la facultad de modificar esto si lo estiman oportuno.

Se toma nota de que, con base en lo deliberado, se solicita redactar la propuesta de acuerdo y presentarla en el transcurso de la sesión.

El equipo de trabajo que acompaña al licenciado Campos Montes se retira del salón de sesiones. Asimismo, la Gerente Médico, la Gerente de Logística, el Gerente Financiero y el Gerente Administrativo se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Mariela Pérez Jiménez, Asesora de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

ARTÍCULO 4°

Se tiene a la vista la nota número PE.30.466-14, del 09 de abril del año en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se adjunta copia de la comunicación

firmada por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ambiente de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el Proyecto de ley expediente N° 18.996, “*LEY PARA LA VALORACIÓN DEL CAPITAL NATURAL E INTEGRACIÓN DE LA CONTABILIDAD VERDE EN LA PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO*”.

Se distribuye el criterio de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías contenido en el oficio número GIT-0683-2014, de fecha 24 de abril en curso, cuyo documento anexo, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-007-13 del 10 de abril de 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio AMB-102-2014 con fecha 08 de abril de 2014, suscrito por la licenciada Hannia M. Durán, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ambiente, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, me permito manifestar:

I. ANTECEDENTES:

En fecha 06 de marzo de 2014, se publicó en Alcance N°6 de La Gaceta N°46 el Proyecto de Ley para la Valoración del Capital Natural e Integración de la Contabilidad Verde en la Planificación para el Desarrollo, el cual pretende la implantación del Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI) a través de la incorporación de un artículo 17 bis a la Ley Orgánica del Ambiente, Ley N° 7554, de 4 de octubre de 1995, cuyo texto dirá:

“Artículo 17 bis.-

Dentro de las variables a evaluar dentro de la evaluación de impacto ambiental para los sectores público y privado, será obligatorio incorporar un análisis de los beneficios ecosistémicos y una estimación del porcentaje sobre el PIB del desarrollo sometido a la Setena y del consiguiente impacto económico de dicho desarrollo sobre el PIB. El costo de dicho análisis correrá por cuenta de cada desarrollador. Tal información base será de acceso público y costada por el Estado.

TRANSITORIO I.- Las variables a evaluar dentro de la evaluación de impacto ambiental, serán incorporadas a partir del año 2016.”

Mediante oficio AMB-102-2014 con fecha 08 de abril de 2014, suscrito por la licenciada Hannia M. Durán, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ambiente de la Asamblea Legislativa, se consulta el criterio de la Caja Costarricense de Seguro Social sobre el Proyecto de Ley N° 18.996 Ley para la valoración del capital natural e integración de la contabilidad verde en la planificación para el desarrollo.

Se solicitó el criterio legal de la Licda. Mariela Pérez Jiménez, Asesora Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

II. CONSIDERACIONES Y CRITERIO LEGAL:

La Licda. Mariela Pérez Jiménez, Asesora Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante informe GIT-0682-2014 externa criterio de la siguiente manera:

“La propuesta del proyecto de Ley 18.996 de promulgar un artículo 17 bis a la Ley General de Ambiente obedece a la necesidad de contar con insumos, al menos a nivel macroeconómico, para alimentar el Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI).

A manera de trasfondo, el Sistema de Cuentas Nacionales, es el principal sistema, ideado por Naciones Unidas, para manejar las cuentas de la gestión macroeconómica de un país. Por su parte el Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI), iniciado en 1993 y revisado luego en el año 2003, se trata de un sistema satélite que lo que pretende es proporcionar un marco para determinar la contribución del medio ambiente a la economía y saber así si el medio ambiente se está usando de forma sostenible de tal suerte que pueda continuar generando ingresos a futuro.

El Sistema de Cuentas Nacionales por sí mismo no puede suplir de toda la información para medir el PIB real por cuanto tiene importantes limitaciones en cuanto a la incorporación de bienes y servicios del medio ambiente, no toma en cuenta los impactos de la actividad económica, no visualiza los gastos de gestión y protección del ambiente como gastos sino como bienes económicos y contabiliza el consumo de los recursos naturales como un ingreso; estas falencias entre otras las pretende suplir el SCAEI, a través de su estructura en cuatro cuentas:

- 1. La cuenta de stock de recursos: dicha cuenta recaba la información sobre el inventario con que cuenta el país en recursos naturales y podría permitir incluso adoptar políticas que protejan o permitan mayor consumo de los recursos naturales según inventario.*
- 2. La cuenta del gasto en protección ambiental: que como su nombre lo indica registra los gastos que hace el país en proteger el ambiente.*
- 3. La cuenta de flujo de materiales: la cual permite evidenciar el impacto ambiental al constatar la cantidad de materiales que la economía está extrayendo del medio ambiente y la cantidad que genera en desechos, lo cual a nivel de política pública es importante para medir el agotamiento de los recursos y la degradación de los mismos.*
- 4. La cuenta de integración medioambiental y el ajuste a los indicadores contables a través de la cual se registran los costos del agotamiento y la degradación natural así como la acumulación de capital natural.*

El tema ciertamente no es de sencilla ejecución, la práctica a nivel internacional incluso ha sido que cada país desarrolle las cuentas que consideren prioritarias ya sea con relación a los problemas ambientales que afronta, porque se tiene particular interés en algunos recursos naturales o bien por la información existente para el desarrollo de una cuenta.

Como indicara al inicio de este acápite la incorporación de un análisis de los beneficios ecosistémicos y una estimación del porcentaje sobre el PIB del desarrollo sometido a la SETENA, parece obedecer a la intención de obtener insumos para desarrollar la cuenta de gasto en protección ambiental, al contabilizar los beneficios al ecosistema que derivan de la ejecución del proyecto sometido a consideración de la SETENA.

Según criterio técnico enviado a la suscrita vía correo electrónico en fecha 23 de abril de 2014, por el Ingeniero Danilo Monge Guillén, funcionario experto en Gestión Ambiental de la Dirección de Administración de Proyectos Especiales, la principal traba que encontraría el proyecto de ley 18.996 sería:

“Actualmente la SETENA contempla una serie de requisitos y estudios para proyectos en el Área Ambiental que se han ido incrementando en el tiempo; sin embargo los recursos para la evaluación tanto de los estudios presentados por los desarrolladores son limitados, por lo cual preocupa que el incorporar mayores estudios específicos en el área planteada con este proyecto de Ley, que aumenten aún más los tiempos para poder concretar un proyecto. Teniéndose al final una obstrucción en el desarrollo de la infraestructura de este país y que adicionalmente tampoco se logre a cabalidad el objetivo primordial de la base de este proyecto de Ley.”

El proyecto de ley 18.996 que ahora se consulta, contempla un artículo y un transitorio:

“Artículo 17 bis.-

Dentro de las variables a evaluar dentro de la evaluación de impacto ambiental para los sectores público y privado, será obligatorio incorporar un análisis de los beneficios ecosistémicos y una estimación del porcentaje sobre el PIB del desarrollo sometido a la Setena y del consiguiente impacto económico de dicho desarrollo sobre el PIB. El costo de dicho análisis correrá por cuenta de cada desarrollador. Tal información base será de acceso público y costada por el Estado.

TRANSITORIO I.- Las variables a evaluar dentro de la evaluación de impacto ambiental, serán incorporadas a partir del año 2016.”

En el criterio de esta asesoría, no existe dentro de la normativa vigente instrumento alguno que permita y facilite la recolección de los insumos necesarios para alimentar las cuentas del SCAEI, resulta tan sólo natural que se gestione la creación de dicho instrumento a través de una modificación a la Ley General de Ambiente y en lo subsecuente al Reglamento General sobre los Procedimientos de Evaluación de Impacto Ambiental (EIA), en cuanto a la documentación que debe ser aportada para ser sujeta de Evaluación de Impacto Ambiental (EIA).

Situación de la CCSS frente a la pretendida Ley:

La Dirección Jurídica de la Caja, se ha pronunciado en reiteradísimas ocasiones en el sentido de que la autonomía de esta Institución va más allá de la previsión del artículo 188 Constitucional, porque la autonomía de la Caja está regulada en el artículo 73 Constitucional, que prevé no solo la autonomía administrativa sino también la autonomía de gobierno. (Dictamen DJ-5689-05).

Ese criterio es pacífico tanto en la doctrina nacional como en la jurisprudencia. En ese sentido puede verse la resolución de la Corte Suprema de Justicia del 25 de mayo de 1989, en la que se indicó que “salvo el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social (artículo 73 ibíd.) las Instituciones Autónomas no tienen tampoco autonomía política”. En sentido similar, la Sala Constitucional, refiriéndose a la autonomía de la Caja, ha dicho que se trata de un “[...] grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188”. (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 6256-94 del 25 de octubre de 1994)

Así las cosas, tal y como ha sido interpretado, el propio “constituyente atribuyó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma creada por la misma Constitución Política, con las especiales características que ella misma le ha otorgado y compartiendo los principios

generales derivados de su condición de ente descentralizado” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Acción de Inconstitucionalidad. Voto 10545 del 17 de octubre de 2001)

En consecuencia de ello, se ha reconocido que la Caja goza de un grado de autonomía que le permite “tener iniciativa propia para sus gestiones, así como para ejecutar sus tareas y dar cumplimiento a sus obligaciones legales, fijándose metas y los medios para cumplirlas. Garantiza de esta forma, el establecimiento de la seguridad social y su naturaleza, decreta la finalidad de los seguros sociales y regula el destino de los fondos respectivos” Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Voto 4636 del 30 de junio de 1998.

Adicionalmente, la Procuraduría General de la República ha precisado lo siguiente con relación al mismo tema:

“La Sala Constitucional, en varias resoluciones (las no. 3441-04, no. 10545-05, no. 7379-99, no. 3403-94, no. 6556-94, no. 6524-94) ha establecido, conforme al numeral 73 constitucional, el cual señala que la administración y el gobierno de los seguros sociales están a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social, que la Caja goza de una autonomía plena, máxima para el desempeño de su importante función, “(...) por lo cual la reforma al numeral 188 constitucional que instituyó la dirección administrativa no modificó su régimen jurídico” (véase la no. 10545-01). Aún más, sobre los alcances del numeral 73 constitucional, la Sala Constitucional, en reiteradas oportunidades ha manifestado “(...) que la autonomía de la Caja no se encuentra sujeta a límites en materia de gobierno” (véase la misma resolución anteriormente citada). Así las cosas, queda “(...) claro que la ley no puede interferir en materia de gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social en virtud de la autonomía plena que goza la Institución”

En virtud de lo anterior, y cotejando con el tema de implementación del Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI) se deben señalar las siguientes conclusiones:

A. La contabilidad ambiental-económica integrada es una herramienta para complementar las cuentas nacionales convencionales, con cuentas que cuantifiquen la disponibilidad, el uso, el agotamiento y la degradación de los recursos naturales.

B. La implementación del Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI) escapa del actuar exclusivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, no obstante siendo que el Anexo I del Reglamento General sobre los Procedimientos de Evaluación de Impacto Ambiental (EIA) incluye la construcción de hospitales y clínicas dentro del Listado de proyectos, obras y actividades obligados según leyes específicas a cumplir el proceso de Evaluación de Impacto Ambiental o de Estudio de Impacto Ambiental ante la SETENA, resultaría ineludible para la Institución incorporar un análisis de los beneficios ecosistémicos y una estimación del porcentaje sobre el PIB del desarrollo sometido a la SETENA y del consiguiente impacto económico de dicho desarrollo sobre el PIB.

Más allá del impacto ambiental positivo que la adopción del SCAEI tendría para el país es importante apuntar al menos como consideración:

A. El análisis solicitado implica no solamente un requisito que deben de cumplir los desarrolladores y que requerirá de la capacitación en el manejo del Manual de Operaciones de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada y el “software” desarrollado por la División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSD) y la Fundación ENI Enrico Mattei (FEEM); sino que por parte del Gobierno y SETENA será necesario quién pueda interpretar esta información, tomando en cuenta que SETENA se encuentra intervenida en este momento por la falta de celeridad en sus procedimientos.

B. Si bien no es probable que el análisis requerido tenga impacto alguno en los costos de operación del proyecto sí será cierto que los costos administrativos de realizar el proyecto aumentarán producto de la compilación y análisis de datos que será necesaria.

Esta asesoría legal considera que el proyecto de ley en no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional, aunque si bien como ya apuntara anteriormente incrementará los costos de administración de los proyectos que deban de contar con estudio de impacto ambiental y salvo que a nivel gubernamental se gestione de forma expedita, el análisis de los beneficios ecosistémicos y del porcentaje sobre el PIB del desarrollo sometido a la SETENA y del consiguiente impacto económico de dicho desarrollo sobre el PIB, conllevará a atrasos en el desarrollo del portafolio de proyectos institucional.

Ciertamente, dicho cambio conllevará un esfuerzo tanto por parte de la SETENA, quien deberá ampliar y agilizar a su vez los trámites de evaluación de impacto ambiental, como por parte de la CCSS en tanto que desarrolladora de una gran cantidad de proyectos que requieren de Evaluación de Impacto Ambiental; no obstante conculca con los compromisos asumidos por el país en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río +20) y la orientación general que debe privar en la legislación ambiental nacional.

III. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN:

Con base en lo expuesto en líneas anteriores, esta Asesoría Legal considera que, desde el punto de vista legal, el proyecto de ley propuesto no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional.

Lo que es más, el apoyo al presente proyecto de Ley no sólo es concordante con la Política Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social en Gestión Ambiental, sino que propiamente en su ejecución cumpliría la CCSS con lo establecido en el lineamiento sexto de dicha Política al considerar las instancias técnicas a las que corresponde el diseño, planificación, aprobación, construcción e inspección de la infraestructura la normativa existente en materia de gestión ambiental.

Se recomienda no oponerse a la tramitación de dicho proyecto de ley, bajo el entendido de que el mismo va acompañado de un transitorio según el cual las variables deberán ser

incorporadas a los documentos para la evaluación de impacto ambiental a partir del año 2016.”

III- RECOMENDACIÓN:

Con base en el anterior criterio legal, esta Gerencia considera que desde el punto de vista legal, el proyecto de ley propuesto no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional. Por el contrario, adicionar el artículo 17 bis a la Ley General de Ambiente en los términos planteados en el Proyecto de Ley 18.996 es congruente con la Política Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social en Gestión Ambiental, así como con los compromisos asumidos por el país en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río +20).

Cabe hacer hincapié en que si bien el citado Proyecto de Ley sigue el flujo natural hacia la generación de insumos para el desarrollo de las cuentas que conforman el Sistema de Contabilidad Ambiental y Económica Integrada (SCAEI), lo cual redundará en un cálculo más exacto del PIB y una mejor administración de los recursos naturales a fin de dar forma a una economía sostenible, todo lo anterior no vendrá sin costo alguno, sino que habrá que hacer importantes esfuerzos para poder suplir del análisis de beneficios ambientales con respecto al PIB requeridos, lo cual encarecerá los costos de administración de los proyectos que deban contar con evaluación de impacto ambiental.

En tal sentido, se recomienda a la Junta Directiva externar “no oposición” a la tramitación de dicho proyecto de ley ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Mariela Pérez Jiménez, Asesora de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y con base en la recomendación de la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, según consta en el citado oficio número GIT-0683-2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** externar criterio de no oposición al Proyecto en consulta.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La arquitecta Murillo Jenkins y la licenciada Pérez se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera, y el doctor Albin Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología.

ARTÍCULO 5°

Por lo avanzado de la hora, por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar para la sesión del 30 de abril en curso, la presentación del oficio N° GM-SJD-5044-2014 de fecha 09 de abril del año 2014, firmado por la Gerente Médico: presentación análisis del proceso del Servicio de Radioterapia del Hospital México.

Por otra parte, se acuerda, unánimemente y mediante resolución firme, reprogramar para el miércoles 7 de mayo en curso, a las 12 m.d., la sesión ordinaria que correspondería al 8 de mayo próximo, en virtud de que en esa fecha se procederá al traspaso de poderes.

Asimismo, por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** celebrar una sesión extraordinaria el lunes 5 de mayo del año en curso, a las 9 a.m., para presentar el informe de fin de gestión de la Junta Directiva, así como aquellos otros temas que pudieren quedar pendientes y que oportunamente se enlistarán y contemplarán en la agenda.

ARTÍCULO 6°

La señora Gerente de Logística presenta el oficio N° GL-17.387-2014, de fecha 22 de abril del año 2014, que contiene la propuesta para la adjudicación de la compra de medicamentos N° 2014ME-000018-05101: ítem único: 39.000 (treinta y nueve) cientos de Estrógenos conjugados 0,625 mg., código: 1-10-36-0660, a favor de la oferta 01 Combinadabat S. A., oferta en plaza, por un monto total de US\$1.123.200 (un millón ciento veintitrés mil doscientos dólares); compra tramitada a través de la plataforma de compras electrónicas Compr@red; modalidad de la compra: prorrogable: una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

La ingeniera Garro Herrera apoya su presentación en las siguientes láminas:

I) **GERENCIA DE LOGÍSTICA**
24 DE ABRIL DEL 2014.

II) Compra de Medicamentos No.
2014ME-000018-05101.

Estrógenos conjugados 0,625 mg. Tabletas recubiertas o grageas ó Estradiol micronizado 1 mg. Tableta recubierta. Código: 1-10-36-0660.

III) Antecedentes:

- Proveedores precalificados - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.
- Trámite realizado a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red.

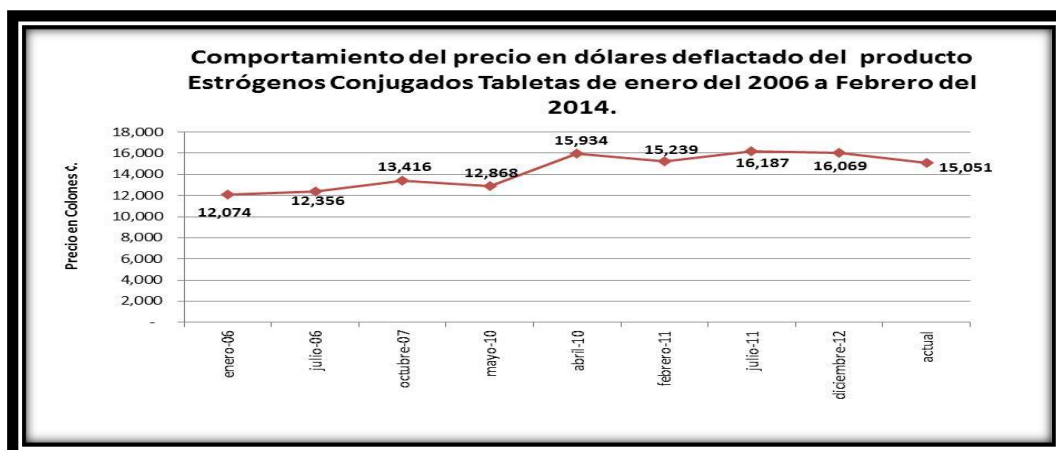
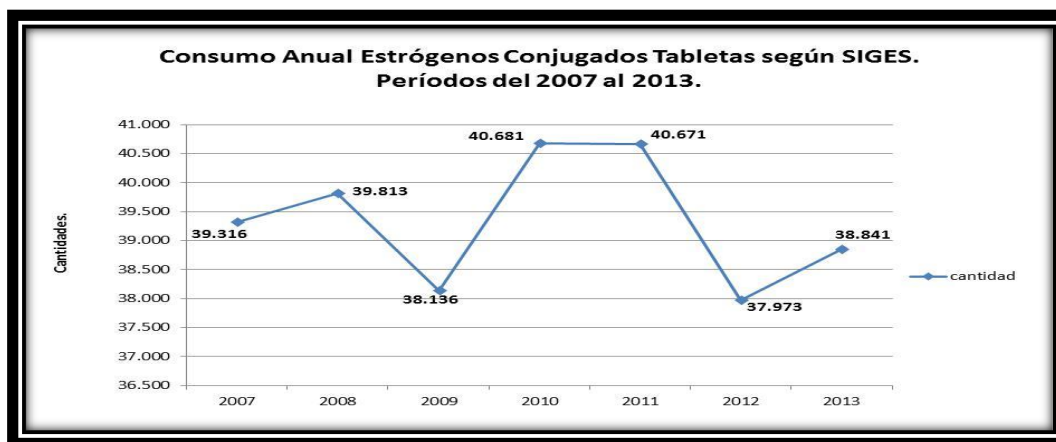
IV) Estrógenos conjugados 0,625 mg. Tabletas recubiertas o grageas o Estradiol micronizado 1 mg. Tableta recubierta. Código: 1-10-36-0660.
Compra de Medicamentos No. 2014ME-000018-05101.

Para que se utiliza: Deficiencia estrogénica (tratamiento), vaginitis atrófica (tratamiento), hipogonadismo femenino (tratamiento), hiperplasia vulvar escamosa (tratamiento), fallo ovárico primario, síntomas vasomotores de menopausia (tratamiento). (**Fuente: Formulario Terapéutico Institucional**).

- Cantidad: 39.000,00 Cientos.
- Fecha de invitación: 28 de enero del 2014 vía Compr@red.
- Participantes: 03 oferentes de 11 inscritos en el Registro de Proveedores de Medicamentos.
- Apertura: 03 de febrero del 2014.
- Situación actual del producto según SIGES: (al 21 de abril del 2014)

DESCRIPCION	CANTIDAD	COBERTURA
Inventario actual en el Almacén General.	10.674,00 CN.	3,53 meses.
TOTALES	10.674,00 CN.	3,53 meses.
Consumo Promedio.	3.019,82 Cientos/mes.	

V)



VI) Ofertas Participantes inscritas en el Registro Precalificado Ley N° 6914:

Oferentes	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total	Observaciones	Sistema Valoración de ofertas %.
Combinadabat S.A.	39.000 CN.	\$ 28,80	\$ 1.123.200,00	OFERTA DE PRECIO MENOR	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley N° 914.
Mwanza Pharma S.A.	39.000 CN.	\$ 29,20	\$ 1.138.800,00	OFERTA DE PRECIO MAYOR	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley N° 6914.
INVERSIONES RIO BERDAUME Ltda. OFERTA EN PLAZA.	39.000 CN.	\$ 38,60	\$ 1.505.400,00	OFERTA DE PRECIO MAYOR	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley N° 6914.

Razonabilidad del precio:

Mediante oficio No. ACC-0521-2014, de fecha 10 de marzo del 2014, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio, elaborado por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual, indica entre otras cosas, lo siguiente:

Tabla 3. Análisis del precio en colones. 2014ME-000018-05101
Estrógenos conjugados 0.625 mg. tabletas recubiertas o grageas. O estradiol micronizado 1mg. tableta recubierta.

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	País Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio deflactado (1)	Δ %
23-ene-06	ME-2006-006	PANAMEDICAL DE COSTA RICA S.A.	India	40.000		12,85		12,074	
11-jul-06	ME-2006-191	GRUPO SALUD LATINA S.A.	India	50.000	25%	13,15	2%	12,356	2%
09-oct-07	2007ME-000349	PANAMEDICAL DE COSTA RICA S.A.	India	64.000	28%	15,10	15%	13,416	9%
17-may-10	2010ME-000169-1142	PHARMAHEALTH S.A.	India	13.500	-79%	18,17	20%	12,868	-4%
27-abr-10	2010ME-000112-1142	MULTIPHARMA S.A.	India	60.066	345%	22,50	24%	15,934	24%
01-feb-11	2011ME-000039-1142	PHARMAHEALTH S.A.	India	62.000	3%	23,30	4%	15,239	-4%
28-jul-11	2011CU-000036-5101	MARPEL PHARMA S.A.	India	12.000	-81%	24,75	6%	16,187	6%
05-dic-12	2012ME-000153-5101	MUTARE PHARMA S.A.	India	40.000	233%	26,57	7%	16,069	-1%
03-feb-14	Concurso Actual: 2014ME-000018-05101	COMBINABAT S.A.	India	39.000	-3%	28,80	8%	15,051	-6%
Mediana del precio	14,33								

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Octubre 2013. Año Base 2005 = 100.

VII) *La variación en términos reales que se obtiene una vez deflactado el valor nominal del precio ofertado por Combinabat S.A. muestra una disminución de 6% en el precio como se aprecia en la tabla anterior. Dicha variación refleja el resultado del incremento en la inflación de la India para el período 2012-2014, misma que asciende a 15,7%.*

De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis que se resumen en el cuadro anterior, el precio cotizado por Combinabat S.A. para la compra de 39.000 cientos del producto Estrógenos conjugados 0.625 mg. tabletas

recubiertas o grageas. O estradiol micronizado 1mg. tableta recubierta, **se considera un precio razonable.**

Otras consideraciones:

A partir de las especificaciones técnicas descritas en la ficha del producto Estrógenos conjugados 0.625 mg. tabletas recubiertas o grageas. O estradiol micronizado 1mg. tableta recubierta., se consultó por referencias de precio en procesos de compra realizados en otros países por instituciones en el campo de la salud, que fueran congruentes con los requerimientos y características de la presente compra.

De esta manera, se indagó en los sitios de compras de medicamentos de los Gobiernos de Panamá, México, Guatemala y en la Guía Internacionales de Indicadores de Precios de Medicamentos. Los resultados de la búsqueda mostraron diferencias en cuanto a la potencia, forma farmacéutica y ruta de administración del medicamento, que imposibilitan una comparación efectiva del producto respecto su comercialización en otros países.

(Fuente: Estudio de Razonabilidad del Precio realizado por el Área Gestión de Medicamentos.)

VIII) Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-02306-2014, de fecha 01 de abril del 2014, la Dirección Jurídica indica que otorga el visto bueno para que se proceda con el dictado del acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva.

• **Recomendación:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red, del procedimiento No. 2014ME-000018-05101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 08 del 21 de abril del 2014, avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

• **OFERTA No. 01: COMBINADABAT S.A., Oferta en Plaza.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	Estrógenos conjugados 0.625 mg. Grageas.	39.000,00 Cientos.	\$ 28,80 cada ciento.	\$ 1.123.200,00

Modalidad de la compra: prorrogable: una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

IX) Propuesta de acuerdo:

*Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-17387-2014 de fecha 22 de abril del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva **ACUERDA**:*

ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la empresa Combinadabat S.A., oferta No. 01, oferta en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos tramitada mediante la plataforma de compras electrónicas Compr@red No. 2014ME-000018-05101, promovida para la adquisición de Estrógenos Conjugados Grageas, según el siguiente detalle:

Entregas: 4 con 3 meses de intervalo.

Modalidad de la compra: prorrogable: Una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

Por lo tanto, teniendo a la vista el oficio N° GL-17.387-2014 de fecha 22 de abril del año en curso, firmado por la señora Gerente de Logística, de acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red respecto del procedimiento N° 2014ME-000018-05101, dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, con fundamento en el acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión ordinaria número 08 del 21 de abril del año 2014, así como la comunicación del 10 de marzo del año 2014, número ACC-0521-2014, suscrita por la licenciada Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe, y el licenciado Carlos R. Azofeifa Chacón, Analista del Área de Contabilidad de Costos, relativa a la solicitud de aval a estudio de precios del concurso en consideración, que avala la metodología para el cálculo de precios realizada por el Área de Gestión de Medicamentos, y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar el renglón único de la cotización N° 2014ME-000018-05101, a través de la plataforma de compra electrónica Compr@red, a favor de la oferta N° 01 (uno), Combinadabat S. A., oferta en plaza: renglón único: 39.000 (treinta y nueve mil) cientos de Estrógenos conjugados 0,625 mg., tabletas recubiertas o grageas; código: 1-10-36-0660. Total: US\$1.123.200 (un millón ciento veintitrés mil doscientos dólares).

Modalidad de la compra: prorrogable: una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas por la Institución en el respectivo cartel y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTÍCULO 7°

La ingeniera Garro Herrera presenta el oficio N° GL-17.388-2014, del 22 de abril del año 2014, que contiene la propuesta para la adjudicación de la compra de medicamentos N° 2014ME-000047-05101: ítem único: 4.400 frascos-ampolla, cantidad referencial; precio unitario: \$1.800 (mil ochocientos dólares) de Trastuzumab 440 mg., concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada, código: 1-10-41-4653; oferta única, CEFA Central Farmacéutica S. A., oferta en plaza, compra tramitada a través de la plataforma de compras electrónicas Compr@red; entregas según demanda; modalidad de la compra: prorrogable: una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

La presentación está a cargo de la ingeniera Garro Herrera, de acuerdo con las siguientes láminas:

- 1) Compra de Medicamentos No. 2014ME-000047-05101.

Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla. Con diluyente a base de Agua bacteriostática para inyección (contiene alcohol bencílico al 1,1% como preservante). Frasco ampolla con 20 ml. Código: 1-10-41-4653.

- 2) Antecedentes:

- Proveedor precalificado - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.
- Una sola oferta presentada.
- Trámite realizado a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red.

- 3) Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla. Con diluyente a base de Agua bacteriostática para inyección (contiene alcohol bencílico al 1,1% como preservante). Frasco ampolla con 20 ml. Código: 1-10-41-4653.

Compra de Medicamentos No. 2014ME-000047-05101.

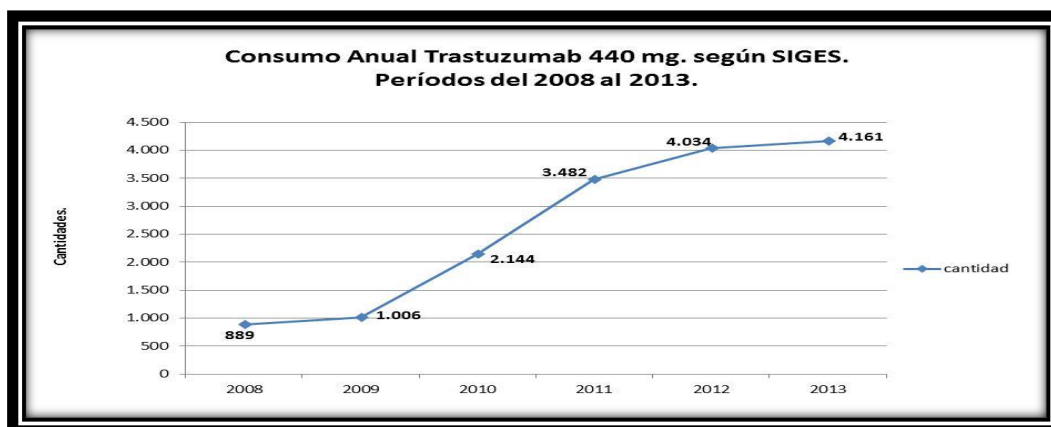
Para que se utiliza: Está indicado para el tratamiento del cáncer de mama metastásico con sobreexpresión de la proteína HER2, Cáncer de mama temprano (CMT) y Cáncer gástrico avanzado. (*Fuente:*

http://www.medicamentosplm.com/productos/herceptin_solucion.htm#3438).

- Cantidad: 4.400,00 Frascos ampolla.
- Fecha de invitación: 06 de marzo del 2014 vía Compr@red.
- Participantes: 01 oferentes de 01 inscritos en el Registro de Proveedores de Medicamentos.
- Apertura: 11 de marzo del 2014.
- Situación actual del producto según SIGES: (al 21 de abril del 2014)

DESCRIPCION	CANTIDAD	COBERTURA
Inventario actual en el Almacén General.	694,00 FA.	1,94 meses.
Pendiente en Orden/Contrato.	600,00 FA.	1,68 meses.
Pendiente Control de Calidad	600,00 FA.	1,68 meses.
TOTALES	1.894,00 FA.	5,31 meses.
Consumo Promedio.	356,21 Frascos ampolla/mes.	

4)



5) Oferta Participante inscritos en el Registro Precalificado Ley N° 6914:

Oferentes	Cantidad Referencial	Precio Unitario	Observaciones	Sistema Valoración de ofertas %.
Cefa Central Farmacéutica S.A.	4.400,00 FA.	\$ 1.800,00	Única Oferta Presentada	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

Razonabilidad de precio:

Mediante oficios No. ACC-0627-2014, de fecha 25 de marzo del 2014, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio, elaborado por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual, indica entre otras cosas, lo siguiente:

Tabla 2. Análisis del precio en dólares. 2014ME-000047-05101

Trastuzumab 440 mg., concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada.

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	Pais Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio deflactado (1)	Δ %
28-nov-07	2007ME-000432	Productos Roche Interamericana S.A.	Estados Unidos	2.540		1.800,00		1.701,174	
01-jul-09	2009ME-000143-1142	Cefa Central Farmacéutica S.A.	Estados Unidos	2.200	-13%	1.800,00	0%	1.655,838	-3%
25-mar-10	2010ME-000116-1142	Cefa Central Farmacéutica S.A.	Estados Unidos	2.575	17%	1.800,00	0%	1.636,026	-1%
22-mar-11	2011ME-000001-0001100012	Cefa Central Farmacéutica S.A.	Estados Unidos	3.100	20%	1.800,00	0%	1.604,525	-2%
21-oct-11	2011CD-000089-5101	Cefa Central Farmacéutica S.A.	Estados Unidos	4.200	35%	1.800,00	0%	1.604,525	0%
11-mar-14	Concurso Actual: 2014ME-000047-05101	Cefa Central Farmacéutica S.A.	Estados Unidos	4.400	5%	1.800,00	0%	1.530,576	-5%
Mediana del precio	1.636,03								

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Octubre 2013. Año Base 2005 = 100.

6) **Otras consideraciones:**

Se realizó una búsqueda de precios de referencia a nivel internacional, donde se obtuvo la siguiente tabla:

Precios de Referencia a Nivel Internacional para Trastuzumab 440 mg., concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada.
-en \$US por frasco ampolla-

Sitio Referencia	Precio	Fecha referencia	Tipo Producto
Revista de Ciencia y Tecnología para la Farmacia del Siglo XXI Perú: ³	2.508,61	17-03-2014	Innovador
Chile: ⁴	2.951,40	17-03-2014	Innovador
Instituto Mexicano del Seguro Social ⁵	1.684,83	21-12-2012	Innovador
Panamá Compras ⁶	1.850,00	12-03-2014	Innovador

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se intentó identificar referencias del producto que respondieran al mismo producto innovador que pretende compra la Institución por medio de este

concurso. De esta manera se identificaron precios por frasco ampolla del medicamento desde los \$1.684,83 en México hasta los \$2.951,40 en Chile.

Respecto las referencias de precio internacionales, la cotización de Cefa Central Farmacéutica S.A. es 17,4% menor que el valor de la mediana de los precios recopilados, que se estima en \$2.179,3.

(Fuente: Estudio de Razonabilidad del Precio realizado por el Área Gestión de Medicamentos).

- 7) La variación en términos reales que se obtiene una vez deflactado el valor nominal del precio ofertado por Cefa Central Farmacéutica S.A. muestra por su parte una disminución del precio en 5% tal y como se observa en la tabla 2. Este cambio responde al incremento de 4,8% en la inflación de los Estados Unidos en el período 2011-2014, según la estimación realiza a partir de la información obtenida en el Fondo Monetario Internacional.

De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis que se resumen en el cuadro anterior, el precio cotizado por Cefa Central Farmacéutica S.A. para la compra de 4.400 frascos ampolla del producto Trastuzumab 440 mg., concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada, se considera un precio razonable.

Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-02443-2014, de fecha 07 de abril del 2014, la Dirección Jurídica indica que otorga el visto bueno para que se proceda con el dictado del acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva.

• **Recomendación:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red, del procedimiento No. 2014ME-000047-05101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 08 de fecha 21 de abril del 2014 avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

- 8) **OFERTA ÚNICA: CEFA CENTRAL FARMACÉUTICA S.A., Oferta en Plaza.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad Referencial	Precio Unitario
UNICO	TRASTUZUMAB 440 MG, CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA INFUSION, EN POLVO PARA INYECCION EN FORMA LIOFILIZADA.	4.400,00 Frascos ampolla.	\$ 1.800,00 Cada Frasco ampolla.

Monto máximo a erogar por la modalidad de entregas según demanda: US\$ 7.920.000,00.

Entregas: Entregas según demanda.
 Modalidad de la compra: Prorrogable: Una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

NOTA: El oferente ofrece una bonificación del 12%, que en el presente concurso correspondería a 528 viales (FA) de Trastuzumab 440 mg.

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

9) Propuesta de acuerdo:

Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-17388-2014 de fecha 22 de abril del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la empresa Cefa Central Farmacéutica S.A., oferta única, oferta en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos tramitada mediante la plataforma de compras electrónicas Compr@red No. 2014ME-000047-05101, promovida para la adquisición de Trastuzumab 440 mg., según el siguiente detalle :

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad Referencial	Precio Unitario
UNICO	TRASTUZUMAB 440 MG, CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA INFUSION, EN POLVO PARA INYECCION EN FORMA LIOFILIZADA.	4.400,00 Frascos ampolla.	\$ 1.800,00 Cada Frasco ampolla.

Entregas: Entregas según demanda.

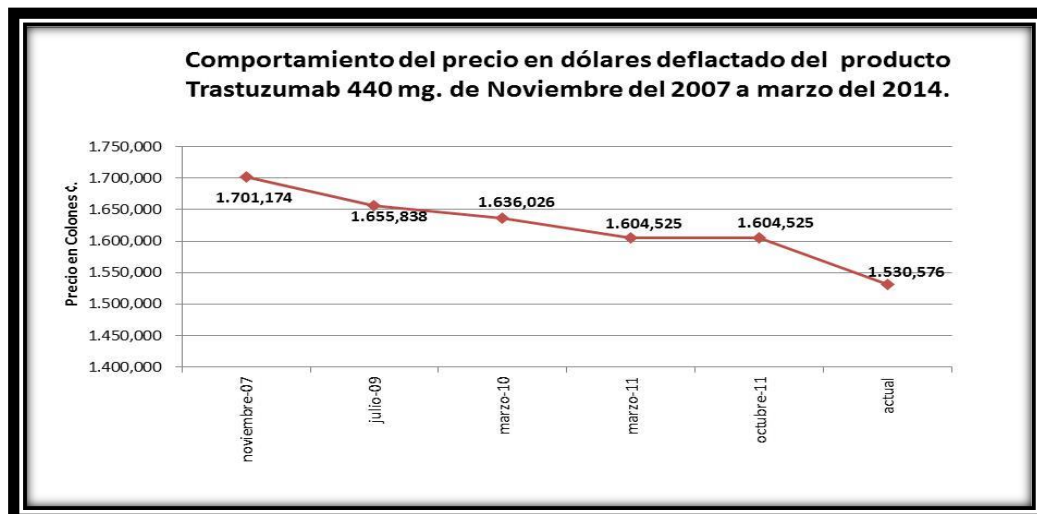
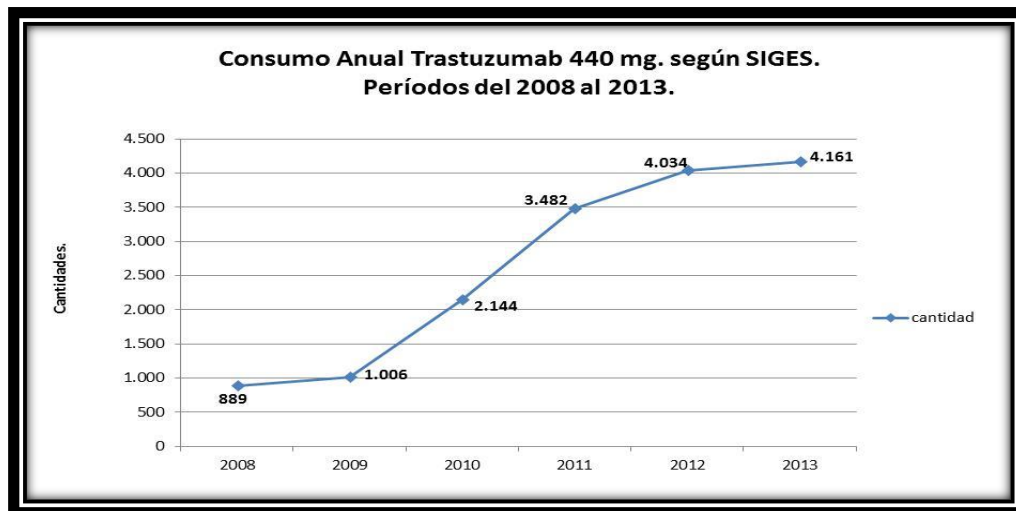
Modalidad de la compra: Prorrogable: Una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

NOTA: El oferente ofrece una bonificación del 12%, que en el presente concurso correspondería a 528 viales (FA) de Trastuzumab 440 mg.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

El doctor Albin Chaves Matamoros se refiere al consumo de Trastuzumab con base en las láminas que se especifican:

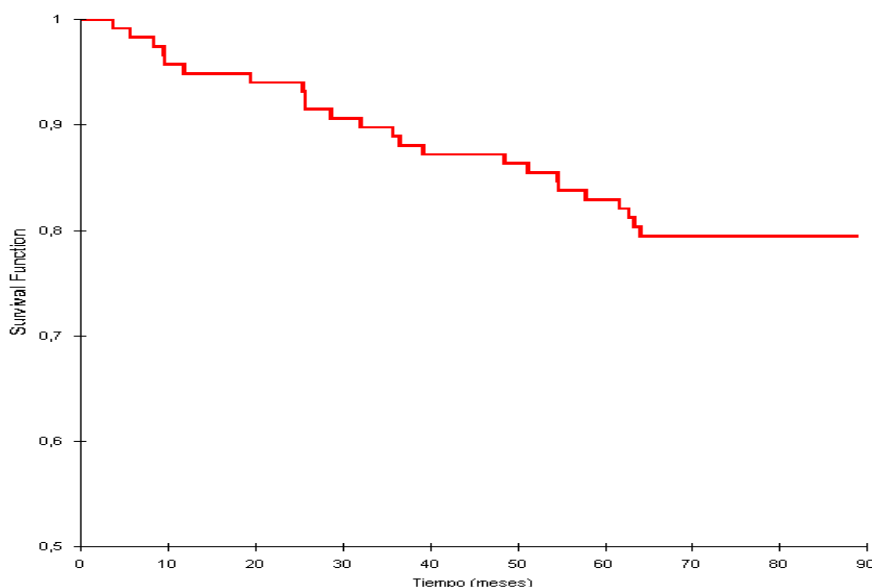
i)



- ii) Costo a invertir en un caso de éxito en el tratamiento adyuvante con trastuzumab en las pacientes con cáncer de mama.

	<i>Sobrevida a 6,5 años</i>	<i>Sobrevida a 5 años</i>
% de Sobrevida	79%	83%
NNT	1,3	1,2
Costo de Tx anual (17 dosis)	\$ 26.208,0	\$ 26.208,0
Costo según efectividad	\$ 32.971,4	\$ 31.614,0
Costo anual	\$ 5.090,1	\$ 6.322,8
Relación con el PIB*	0,54	0,67
Relación con el Nivel de Solidaridad**	0,97	1,20

- iii) Estimación de Kaplan Meier de la supervivencia global para las pacientes con cáncer de mama a los que se les autorizó el tratamiento con Trastuzumab en el período 2005-2007 en la Caja Costarricense de Seguro Social



Señala el doctor Chaves Matamoros que este es uno de los medicamentos que constituyen un gran esfuerzo institucional por su costo tan elevado. Es uno de los medicamentos que se pueden considerar como una innovación terapéutica; se ha dado un seguimiento desde que la Caja inició el tratamiento de Trastuzumab a las mujeres con cáncer de mama y luego llevado hasta los cinco años de seguimiento. Desde hace 6.5 años se tienen más de 250 pacientes tratadas con este medicamento.

Por consiguiente, teniendo a la vista el oficio N° GL-17.388-2014 de fecha 22 de abril del año en curso, firmado por la señora Gerente de Logística, de acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red respecto del

procedimiento N° 2014ME-000047-05101, dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, con fundamento en el acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión ordinaria número 08 del 21 de abril del año 2014, así como la comunicación del 25 de marzo del año 2014, número ACC-0627-2014, suscrita por la licenciada Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe, y el licenciado Carlos R. Azofeifa Chacón, Analista del Área de Contabilidad de Costos, relativa a la solicitud de aval a estudio de precios del concurso en consideración, que avala la metodología para el cálculo de precios realizada por el Área de Gestión de Medicamentos, y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar el renglón único de la cotización N° 2014ME-000047-05101, a través de la plataforma de compra electrónica Compr@red, a favor de CEFA Central Farmacéutica S. A., oferta única, en plaza; renglón único: 4.400 (cuatro mil cuatrocientos) frascos-ampolla, cantidad referencial, por un precio unitario de US\$1.800,00 (mil ochocientos dólares) cada frasco-ampolla Trastuzumab 440 mg.; concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada; código: 1-10-41-4653; modalidad de la entrega: entregas según demanda.

Modalidad de la compra: prorrogable: una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

NOTA: El oferente ofrece una bonificación del 12%, que en el presente concurso correspondería a 528 viales (FA) de Trastuzumab 440 mg.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas por la Institución en el respectivo cartel y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Norma Mora Arias, Jefe a.i. del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos.

ARTÍCULO 8°

La Gerente de Logística presenta el oficio N° GL-17.399-2014, del 22 de abril del año 2014, que contiene la propuesta para autorizar la visita de dos auditores de la Organización Mundial de la Salud para realizar una auditoría en el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, con el fin de que éste pueda optar y formar parte de laboratorios de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cuanto se considera prestigioso para la Institución contar con los requisitos necesarios ante la OMS para ser laboratorio de referencia:

- i) Pago de pasajes para la Licda. Milagro Real Pérez del Institucional Nacional de Perú.
- ii) Pago de hospedaje y alimentación para los dos auditores que realizarán la auditoría.

La doctora Mora Arias, con base en las láminas que se especifican a continuación, se refiere a la propuesta en consideración:

a) **LABORATORIO DE NORMAS Y CALIDAD DE MEDICAMENTOS**

- El 22 de mayo de 1981, bajo la Ley 6577, Art. 8, Gaceta N° 97 se declara textualmente lo siguiente: "Los dictámenes del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social tendrán carácter oficial. Las partidas rechazadas por este Laboratorio deberán ser destruidas o reexportadas, a juicio del Ministerio de Salud"

b) Antecedentes:

- El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos viene implementando su Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo a las diferentes Normas reconocidas y oficializadas en Costa Rica y en la actualidad bajo la **Norma INTE ISO/IEC 17025:2005. Requisitos Generales para la competencia de laboratorios de ensayo y calibración y en las Buenas Prácticas de la OMS para Laboratorios de Control de Calidad de Productos Farmacéuticos. Informe 44 Anexo 1, de la Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 957,2010,** con la finalidad de ofrecer dictámenes confiables y oportunos a nuestros usuarios de medicamentos.

c) Objetivos de calidad:

- Generar resultados de ensayo y dictámenes técnicos confiables y oportunos durante la evaluación de la conformidad de calidad de productos farmacéuticos, el mismo se realiza mediante un Plan de Aseguramiento de Calidad, según el Procedimiento LNCM-PT-019-X. Aseguramiento de Calidad de los resultados analíticos y herramientas como el Comité de Calidad y reuniones formales de revisión por la Jefatura según procedimiento LNCM PT-008-X. Revisiones por la Jefatura, control metrológico, evaluaciones de desempeño del analista, entre otros.

d) Objetivos de calidad:

- Promover la mejora continua, a través de resultados de las auditorías internas y externa, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la jefatura.

e) Objetivos de calidad:

- Alcanzar las metas establecidas para la satisfacción de nuestros clientes, para lo anterior se cuenta con procedimientos estandarizados para la recepción, registro, trámite, resolución de quejas para la planeación de estrategias y mejora de los procesos de la organización.

f) Participación Internacional y Nacional

En 1984 pasa a formar parte de la Red Latinoamericana de Laboratorios Oficiales del Sector Salud de la Organización Panamericana de Salud (OPS)

Participación activa en el Programa de Control Externo de la Calidad de los Laboratorios Oficiales de Control de Medicamentos (PCEC) organizado por la OPS y la Farmacopea de Estados Unidos (USP).

Participación en el Programa de Evaluación del Desempeño y Control Externo de la Calidad organizado por la Organización Mundial de Salud (OMS)

Participación en el Programa Interlaboratorial del Instituto Nacional de Salud (INS) de Perú

Participación en el Programa interlaboratorio organizado por LABIOFAR de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica.

g) Solicitud de OMS

- Contar con laboratorios de control de calidad de medicamentos precalificados, tanto en la región de las Américas como en el resto del mundo, es esencial para contribuir al acceso de medicamentos que cumplan con las Normas unificadas de calidad, seguridad y eficacia, en particular aquellos que constituyen un motivo de preocupación principal para la OMS como son los de la infección por el VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.
- Los laboratorios que alcanzan la precalificación pasan a ser considerados de referencia internacional y pueden realizar el monitoreo de calidad a los medicamentos comprados a través de Organizaciones Internacionales como la OMS, el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Fondo Global, ONUSIDA, UNICEF, la Cruz Roja, Fundación Clinton, entre otros.

h) Solicitud de la OMS

- Alcanzar la Precalificación de la OMS es un objetivo armonizado por todos los Laboratorios de Control de Medicamentos de la Región (Red PARF) y para ello el Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS/MT) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) viene trabajando desde hace más de 12 años en el fortalecimiento de los laboratorios.

i) Solicitud de la OMS

- Es atención de la OPS que los Laboratorios Oficiales de control de medicamentos en cada país, alcancen de Precalificación de la OMS como lo han hecho los laboratorios de Bolivia (CONCAMYT), Brasil (FUNED, Belo Horizonte), Perú (CNCC) y Uruguay (CCCM), verdadero orgullo de nuestra región.
- La inspección de la OMS no tiene ningún costo, a pesar de haber sido originariamente un programa para África hoy se ha extendido a la Región de las Américas pero sigue siendo gratuito.

j) ¿Quiénes pueden aspirar?

- Pueden aspirar a la precalificación los laboratorios como el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos que hayan tenido un buen desempeño en las etapas del Programa de Control Externo de Calidad de Laboratorios (PCEC) que viene organizando la OPS desde el 2001 con asistencia técnica de la Farmacopea de los Estados Unidos (USP).

k) Presupuesto requerido:

Descripción	Costo
Pasaje vía copa para la Licda. Milagro Real Pérez (se adjunta cotización)	\$1,123.00
Hospedaje Hotel Irazú –Tarifa Especial corporativa para la CCSS –Habitación estándar (para dos personas) (se adjunta cotización)	\$1,075.76
Alimentación – Viáticos-Tarifa CCSS (para dos personas)	\$216.00
TOTAL	\$2,414.76

l) Requisitos:

- Para que la OPS respalde la solicitud de precalificación es necesario que el laboratorio demuestre el total cumplimiento de su Sistema de Gestión de Calidad a través de los resultados de dos auditorías previas realizada por profesionales de algún laboratorio de la región que previamente haya alcanzado la Precalificación OMS.
- Se cuenta el aval para el contenido presupuestario en la partida 2199 por parte de la Subárea de Cooperación Internacional- CENDEISSS.

m) Beneficios para la CCSS:

- Monitoreo de calidad a los medicamentos comprados a través de Organizaciones Internacionales como la OMS, el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de Salud (OPS).
- Capacitación en técnicas de control de calidad
- Generar convenios de análisis vs entrega de medicamentos.
- Ayuda tecnológica.
- Información actualizada sobre medicamentos. Ej. Medicamentos falsificados, metodologías, etc.
- Asistencia a cursos, talleres o seminarios.
- Prestigio a nivel internacional.

n) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo 1:

Con base en la documentación presentada por la Ing. Dinorah Garro Herrera según oficio GL 17399-2014 de Fecha 22 de abril de 2014 se autoriza la realización de la Auditoría de calidad al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos con el fin de que éste pueda formar parte de laboratorios de referencia de la OMS cumpliendo con “Las buenas prácticas de la OMS para laboratorios de Control de Calidad de Productos Farmacéuticos”

La señora Presidenta Ejecutiva, al someter a votación la propuesta, expresa su felicitación a la doctora Mora Arias por su excelente trabajo, extensiva al equipo que la acompañó.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GL-17.399-2014 fechado 22 de abril del año en curso que firma la señora Gerente de Logística y que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“Mediante oficio LNCM-0350-04-2014 suscrito por la Dra. Norma Mora Arias, Jefe a.i. del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, del cual se adjunta fotocopia, se solicita la autorización para la visita de dos Auditores de la Organización Mundial de la Salud para realizar Auditoría al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos con el fin de que éste pueda optar a formar parte de laboratorios de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por considerarse prestigioso para la Institución contar con los requisitos necesarios ante la OMS para ser laboratorio de referencia; asimismo se solicita la autorización del pago de pasaje para uno de los auditores y el pago de hospedaje y alimentación para los dos auditores que realizarán dicha Auditoría, según el siguiente desglose:

Descripción	Costo
Pasaje vía copa para la Licda. Milagro Real Pérez (se adjunta cotización)	\$1,123.00
Hospedaje Hotel Irazú –Tarifa Especial corporativa para la CCSS – Habitación estándar (para dos personas) (se adjunta cotización)	\$1,075.76
Alimentación – Tarifa CCSS (para dos personas)	\$216.00
TOTAL	\$2,414.76

“ANTECEDENTES

El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos viene implementando su Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo a las diferentes Normas reconocidas y oficializadas en Costa Rica y en la actualidad bajo la Norma INTE ISO/IEC 17025:2005. Requisitos Generales para la competencia de laboratorios de ensayo y calibración y en las Buenas Prácticas de la OMS para Laboratorios de Control de Calidad de Productos Farmacéuticos. Informe 44 Anexo 1, de la Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 957,2010, con la finalidad de ofrecer dictámenes confiables y oportunos a nuestros usuarios de medicamentos.

Los objetivos de calidad están establecidos y se miden a través de indicadores y son los siguientes:

1. Generar resultados de ensayo y dictámenes técnicos confiables y oportunos durante la evaluación de la conformidad de calidad de productos farmacéuticos, el mismo se realiza mediante un Plan de Aseguramiento de Calidad, según el Procedimiento LNCM-PT-019-X. Aseguramiento de Calidad de los resultados analíticos y herramientas como el Comité de Calidad y reuniones formales de revisión por la Jefatura según procedimiento LNCM PT-008-X. Revisiones por la Jefatura, control metrológico, evaluaciones de desempeño del analista, entre otros.

2. Alcanzar las metas establecidas para la satisfacción de nuestros clientes, para lo anterior se cuenta con procedimientos estandarizados para la recepción, registro, trámite, resolución de quejas para la planeación de estrategias y mejora de los procesos de la organización.
3. Promover la mejora continua, a través de resultados de las auditorías internas y externa, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la jefatura.

Desde 1984 pasa a formar parte de la Red Latinoamericana de Laboratorios Oficiales del Sector Salud de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y participa activamente en el Programa de Control Externo de la calidad de los Laboratorios Oficiales de Control de medicamentos (PCEC) organizado por la OPS y la Farmacopea de Estados Unidos (USP). También participa en el Programa de Evaluación del Desempeño y Control Externo de la Calidad organizado por la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Programa Interlaboratorial del Instituto Nacional de Salud (INS) de Perú y el programa interlaboratorio organizado por LABIOFAR de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica.

En mayo del 2011 a raíz del Taller de Incertidumbres en las Mediciones Analíticas y Validación de Procedimientos de Ensayo que dio la OPS en Costa Rica, la Licda. Milagros Real Pérez del Instituto Nacional de Perú, realizó una visita a este Laboratorio, haciendo una **“Pre-auditoría”**, sin costo alguno, indicando **“No conformidades”** de acuerdo con la Norma indicada anteriormente, estas no conformidades se han ido cerrando a través del tiempo.

Como información, para el proyecto de preparación para la precalificación es necesario que antes de solicitar la inspección a la OMS se realicen dos auditorías, la primera debe servir de diagnóstico y preparación mientras que la segunda será para evidenciar el levantamiento de la **“No conformidades”** encontradas en la anterior.

Además, en Nota. Referencia HSS/MT/28 (227-13).de fecha 24 de julio de 2013 (se adjunta) la OMS hace solicitud expresa a este laboratorio para participar como laboratorio de referencia previa auditoría de nuestro sistema de calidad, la cual textualmente indica:

“Contar con laboratorios de control de calidad de medicamentos precalificados, tanto en la región de las Américas como en el resto del mundo, es esencial para contribuir al acceso de medicamentos que cumplan con las Normas unificadas de calidad, seguridad y eficacia, en particular aquellos que constituyen un motivo de preocupación principal para la OMS como son los de la infección por el VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.

Los laboratorios que alcanzan la precalificación pasan a ser considerados de referencia internacional y pueden realizar el monitoreo de calidad a los medicamentos comprados a través de Organizaciones Internacionales como la OMS, el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Fondo Global, ONUSIDA, UNICEF, la Cruz Roja, Fundación Clinton, entre otros.

Alcanzar la Precalificación de la OMS es un objetivo armonizado por todos los Laboratorios de Control de Medicamentos de la Región (Red PARF) y para ello el Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS/MT) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) viene trabajando desde hace más de 12 años en el fortalecimiento de los laboratorios.

Es atención de la OPS que los Laboratorios Oficiales de control de medicamentos en cada país, alcancen de Precalificación de la OMS como lo han hecho los laboratorios de Bolivia (CONCAMYT), Brasil (FUNED, Belo Horizonte), Perú (CNCC) y Uruguay (CCCM), verdadero orgullo de nuestra región.

La inspección de la OMS no tiene ningún costo, a pesar de haber sido originariamente un programa para África hoy se ha extendido a la Región de las Américas pero sigue siendo gratuito.

Pueden aspirar a la precalificación los laboratorios como el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos que hayan tenido un buen desempeño en las etapas del Programa de Control Externo de Calidad de Laboratorios (PCEC) que viene organizando la OPS desde el 2001 con asistencia técnica de la Farmacopea de los Estados Unidos (USP).

Para que la OPS respalde la solicitud de precalificación es necesario que el laboratorio demuestre el total cumplimiento de su Sistema de Gestión de Calidad a través de los resultados de una visita-auditoría previa realizada por profesionales de algún laboratorio de la región que previamente haya alcanzado la Precalificación OMS.

No corresponde a la OPS el financiamiento de las visitas-auditorías previas a la inspección de la OMS, como así tampoco la mejora de las instalaciones y equipos del laboratorio. La OPS puede brindar cooperación técnica como la ha venido realizando hasta ahora.

En octubre del 2013 el Dr. José María Parisi, farmacéutico de la OMS a cargo del proceso de precalificación de los laboratorios, visitó nuestras instalaciones actuales y nos informó que le veía muchas posibilidades de cumplimiento para ser laboratorio de referencia de la OMS, aunque había que realizar algunos arreglos como botar paredes para custodiar estándares de referencia, cambiar de dirección puertas, etc.

Como información adicional se tiene que tanto el Laboratorio oficial LAYAFA de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica como nosotros espera precalificarse con la OMS por lo que la pre-auditoría de la OMS será realizada a ambas entidades en semanas seguidas por dos auditores, de acuerdo con lo anterior, LAYAFA se hará cargo del pasaje de un Auditor y la CCSS del otro, la alimentación y hospedaje será cubierto para dos auditores, la fecha para LAYAFA es del lunes 18 al viernes 23 de mayo, saliendo el sábado 24 de mayo para realizar la pre-auditoría a la CCSS del 26 al 30 de mayo”

Por lo antes expuesto se solicita la autorización para la visita de dos auditores de la Organización Mundial de la Salud para realizar Auditoría al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos y el pago de pasajes para la Licda. Milagro Real Pérez, del Instituto Nacional de Perú así como el pago de hospedaje y alimentación para los dos auditores, según el desglose realizado ...” ,

de acuerdo con la solicitud presentada mediante GL.17399-2014 suscrito por la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, en relación con la visita de dos auditores de la Organización Mundial de la Salud para realizar auditoría al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, y habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la

doctora Norma Mora Arias, Jefe a.i. del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: autorizar la visita de dos auditores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar una auditoría en el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, con el fin de que éste pueda optar y formar parte de laboratorios de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cuanto se considera prestigioso para la Institución contar con los requisitos necesarios ante la OMS para ser laboratorio de referencia.

ACUERDO SEGUNDO: autorizar el pago de pasajes a favor de la Licda. Milagro Real Pérez del Instituto Nacional de Perú, así como el pago de hospedaje y alimentación para los dos auditores que realizarán la auditoría, según el siguiente desglose:

Descripción	Costo
Pasaje vía copa para la Licda. Milagro Real Pérez (se adjunta cotización)	US\$1,123 (mil cientos veintitrés dólares)
Hospedaje Hotel Irazú –Tarifa Especial corporativa para la CCSS –Habitación estándar (para dos personas) (se adjunta cotización)	US\$1,075.76 (mil setenta y cinco dólares con setenta y seis centavos de dólar)
Alimentación – Tarifa según <i>Reglamento de gastos de viaje y de transporte para funcionarios públicos</i> emitido por la Contraloría General de la República (para dos personas)	US\$216 (doscientos dieciséis dólares)
TOTAL	US\$2,414.76 (dos mil cuatrocientos catorce dólares con setenta y seis centavos de dólar)

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La doctora Mora Arias se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla.

ARTÍCULO 9º

La doctora Villalta Bonilla presenta el oficio N° GM-SJD-5042-2014, de fecha 9 de abril del año 2014, que contiene la propuesta para aprobar la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones.

La presentación está a cargo del doctor Chaves Matamoros, con base en las siguientes láminas:

- 1) **LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS Y NORMATIVA**
2014
Dr. Albin Chaves Matamoros
Dirección de Farmacoepidemiología.
- 2) Aprobado por la Junta Directiva artículo 4 sesión número 8314 celebrada el 15 de Enero 2009.

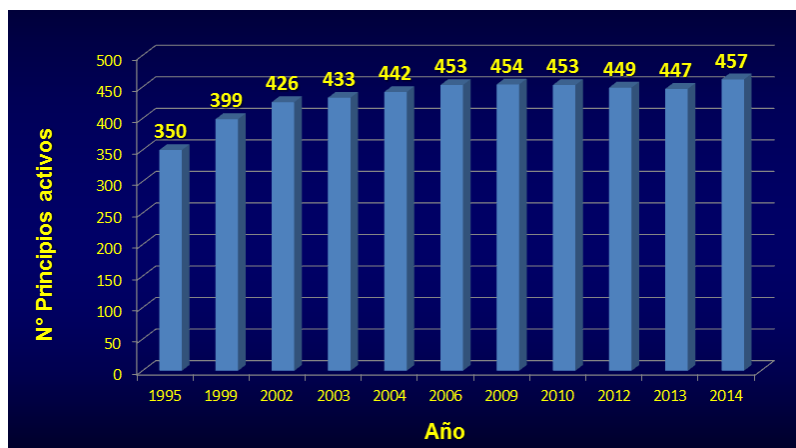
Artículo 7. Inciso b

Presentar la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social, su normativa y las modificaciones a través de la Gerencia Médica a la Junta Directiva para su aprobación.

- 3) Sesión 2014-11
celebrada el 19 de marzo de 2014
Artículo XLIX
PROYECTO LOM Y NORMATIVA 2014
CONTENIDO PARA APROBACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ
CENTRAL DE FARMACOTERAPIA PARA SOLICITAR POR
MEDIO DE LA GERENCIA MÉDICA LA APROBACIÓN A
JUNTA DIRECTIVA.
- 4) AL 27-03-2014

CÓDIGOS			PRINCIPIOS ACTIVOS			
A	Z	Total	A	Z	A&Z	Total
567	81	648	386	54	17	457

- 5) **PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS**
EN LA LOM - CCSS
1995 al 27 marzo 2014



6) INCLUSIONES
 PRINCIPIOS ACTIVOS NUEVOS
 09-06-2012 A 27-03-2014

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04-1805	Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (equivalente a tenofovir disoproxil 245 mg). Tabletas recubiertas
12-3995	Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U (sinónimo: actividad de desviación del inhibidor del factor VIII). Polvo liofilizado
19-3241	Levobupivacaína base 0.5% (como HCl). Sin preservante. Solución inyectable. Amp 10 mL. <i>(Estuvo compartiendo mismo código de bupivacaína, luego se separó)</i>
32-1182	Mesalazina 400 mg o 500 mg. Tabletas de liberación retardada (con cubierta entérica) o tabletas de liberación prolongada, respectivamente
41-3385	Carboplatino 150 mg. Liofilizado para inyección. Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto o carboplatino 10 mg/ml. Solución inyectable. Frasco ampolla con 15 ml
41-4155	Docetaxel anhidro 20 mg/mL (como docetaxel trihidratado). Solución concentrada para inyección. Frasco ampolla con 1 ml
41-4845	Irinotecan hidrocloreuro 20 mg/ml (como sal trihidratada). Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL
41-4951	Gemcitabina base 1 gramo (como hidrocloreuro). Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco ampolla con o sin diluyente adjunto
50-1575	Vareniclina base 0.5 mg y 1 mg (como tartrato de vareniclina). Tableta recubierta (film coated)
50-6864	Fórmula enteral modificada de aminoácidos para alimentación de niños con acidemia propiónica o metilmalónica menores de 3 años de edad. Porcentaje como aporte calórico por cada 100 g de polvo: 40%-45% de carbohidrato, 10-14% de proteína, 44%-48% de grasa, vitaminas, minerales y oligoelementos. Polvo para dilución. Envase con 400g – 455 g.
53-8320	Derivado protéico prurificado de tuberculina (Mantoux) (PPD) 5 TU/0.1 mL. Solución estéril para inyección. Inyectable. Frasco ampolla con 1 mL (para 10 pruebas de diagnóstico)

7) INCLUSIONES
 NUEVAS PRESENTACIONES FARMACÉUTICAS
 09-06-2012 A 27-03-2014

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
30-6950(Z)	Risperidona 1 mg/mL. Solución oral. Envase con 30 mL O 60 mL
38-4335	Leuprorelina acetato 11.25 mg de depósito polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable
41-3390	Carboplatino 450 mg. Liofilizado para inyección. Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto o carboplatino 10 mg/ml. Solución inyectable. Frasco ampolla con 45 ml
41-4160	Docetaxel anhidro 80 mg/4ml (como docetaxel trihidratado). Solución concentrada para inyección. Frasco ampolla con 4 mL
41-4952	Gemcitabina base 200 mg (como hidrocloreuro). Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco

	ampolla con o sin diluyente adjunto
43-3505	Dextrosa 5%. Solución inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 250 ml solución .Sin preservantes
43-4555(Z)	Cloruro de sodio 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 500 mL. Sin preservantes.
43-4575	Cloruro de sodio 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 250 mL solución. Sin preservantes
50-6866	Fórmula enteral modificada de aminoácidos para alimentación de niños con acidemia propiónica o metilmalónica mayores de 3 años de edad. Porcentaje como aporte calórico por cada 100 g de polvo: 55%-66% de carbohidrato, 20-32% de proteína, 0%-20% de grasa, vitaminas, minerales y oligoelementos. Polvo para dilución. Envase con 400g – 500 g.
50-8003	Alcohol F.E.U. 70°. Sin colorante. Envase de plástico con 5 litros

8) EXCLUSIONES
2012-2014

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
02-0445 (Z)	Dapsona 50 mg. Tableta
02-1590	Sulfadiazina 100 mg. Tabletas
03-1555 (Z)	Rifampicina 150mg. Cápsulas
04-0655	Estavudina 30 mg. Cápsulas
04-6770	Estavudina 1 mg/mL. Polvo para solución oral. Frasco para 200 ml
04-6840	Fluconazol 50 mg/5 mL o fluconazol 200 mg/5mL. Polvo p/susp. Oral. Frasco 35 a 60 mL.
08-0205	Atenolol 25 mg. Tabletas ranuradas
09-0015	Acetazolamida 100 mg. Tabletas ranuradas
09-0643	Espironolactona 5 mg. Tabletas recubiertas (film coated)
23-6567	Ácido cromoglicico 5 mg (5000 ug). Por pulsación liberada en la válvula Para inhalación oral frasco 112 dosis
32-7205 (Z)	Metoclopramida base 4.6 mg/mL(como clorhidrato de metoclopramida monohidrato) o Metoclopramida base 2.6 mg/mL (como clorhidrato de metoclopramida monohidrato)
43-0275	Calcio iónico 100 mg (equivalente a 250 mg de carbonato de calcio) ó calcio iónico 200 mg (equivalente a 500mg de carbonato de calcio).
43-4620 (Z)	Solución parenteral (ejemplo: Solución estéril de cloruro de sodio al 0.9%, solución estéril de dextrosa al 5%)
46-6600	Jabón neutro. Pastilla 100 g
50-8000	Alcohol F.E.U. 70°. Envase con 3.5 a 4.0 litros
50-8010	Alcohol F.E.U. 70°. Envase con 100 a 200 litros

9) EXCLUSIONES
2012-2014

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04-0955	Indinavir (como sulfato) 400 mg. Cápsulas
41-4138	Adalimumab (de origen adn recombinante) 40 mg/0.8 ml. Inyectable.
41-4169	Etanercept (de origen ADNrecombinante) 25 mg. Polvo para solución inyectable en forma liofilizada. Frasco ampolla + Jeringa prellenada con 1 mL de diluyente (agua estéril para inyección) Unidosis o etanercept (de origen ADN recombinante) 50 mg/1mL. Solución Inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL. Unidosis.

- Aún hay existencias en ALDI, se mantiene en LOM

10) CLAVE NUEVA

CLAVE	DESCRIPCIÓN
HRE	<i>Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente y administración dentro de las instalaciones de Centros Médicos</i>

11) MODIFICACIONES EN CLAVE

CLAVE	NÚMERO
<i>E → M</i>	<i>1</i>
<i>HE → HRE</i>	<i>5</i>
<i>HE → RE</i>	<i>1</i>
<i>HR → HRE</i>	<i>25</i>
<i>M → R</i>	<i>4</i>
<i>M → RE</i>	<i>1</i>
<i>R → RE</i>	<i>3</i>
TOTAL	40

12) MODIFICACIONES EN
NIVEL DE USUARIO 2012 A MARZO 2014

NIVEL DE USUARIO	NÚMERO
<i>1A → 2C</i>	<i>1</i>
<i>2A → 2B</i>	<i>2</i>
<i>2B → 2C</i>	<i>1</i>
<i>2C → 1A</i>	<i>1</i>
<i>2D → 1A</i>	<i>1</i>
<i>3A → 2B</i>	<i>1</i>
<i>TOTAL</i>	<i>7</i>

13) VARIOS.

Descripción	
Cambio de nomenclatura	87
Ampliación, modificación o eliminación de presentaciones farmacéuticas en un mismo código	61
Modificación de especialidades o indicaciones	22
Otros, incluyendo normativa	22

14) Propuesta de acuerdo:

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones, elaborada por la Dirección de Farmacoepidemiología, en forma unánime, **ACUERDA:**

- Aprobar la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2014, su normativa y modificaciones.
- Instruir a la Dirección de Farmacoepidemiología para que divulgue a todos los centros de trabajo de la Institución la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones, aquí aprobada.

Consulta la Directora Solera Picado si se va a llevar un control separado, porque la adquisición de algunos medicamentos se carga a recursos diferentes. Por lo menos a nivel general, cuando se realizan las compras hacer una separación para poder rendir cuentas.

El doctor Chaves Matamoros responde que sí, totalmente. Para los medicamentos que son para el cáncer, la Gerencia de Logística está programando la adquisición, pero todo el detalle se está manejando en la Dirección de Cáncer. Son compras totalmente diferentes.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5042-2014, fechado 9 de abril del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, que en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica con base en lo regulado en el artículo 7 inciso b del capítulo tercero del Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia, presenta la propuesta de la nueva Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones.

La presentación estará a cargo del Dr. Albin Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología.

ANTECEDENTES

1. El artículo 7 inciso b del capítulo tercero del Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia, establece:

“Presentar la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social, su normativa y las modificaciones a través de la Gerencia Médica a la Junta Directiva para su aprobación.”

ACCIONES

1. El Comité Central de Farmacoepidemiología elaboró la nueva lista de Medicamentos 2014, la cual se adjunta.

A. Número de códigos y principios activos incluidos en la LOM 2014

CÓDIGOS			PRINCIPIOS ACTIVOS			
A	Z	TOTAL	A	Z	A&Z	TOTAL
567	81	648	390	54	17	462

B. Inclusiones de principios activos nuevos (Total: 11)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04-1805	Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (equivalente a tenofovir disoproxil 245 mg). Tabletas recubiertas
12-3995	Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U (sinónimo: actividad de desviación del inhibidor del factor VIII). Polvo liofilizado
19-3241	Levobupivacaína base 0.5% (como HCl). Sin preservante. Solución inyectable. Amp 10 mL. (Estuvo compartiendo mismo código de bupivacaína,

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<i>luego se separó)</i>
32-1182	Mesalazina 400 mg o 500 mg. Tabletas de liberación retardada (con cubierta entérica) o tabletas de liberación prolongada, respectivamente
41-3385	Carboplatino 150 mg. Liofilizado para inyección. Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto o carboplatino 10 mg/ml. Solución inyectable. Frasco ampolla con 15 ml
41-4155	Docetaxel anhidro 20 mg/mL (como docetaxeltrihidratado). Solución concentrada para inyección. Frasco ampolla con 1 ml
41-4845	Irinotecan hidrocloreuro 20 mg/ml (como sal trihidratada). Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL
41-4951	Gemcitabina base 1 gramo (como hidrocloreuro). Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco ampolla con o sin diluyente adjunto
50-1575	Vareniclina base 0.5 mg y 1 mg (como tartrato de vareniclina). Tableta recubierta (film coated)
50-6864	Fórmula enteral modificada de aminoácidos para alimentación de niños con acidemia propiónica o metilmalónica menores de 3 años de edad. Porcentaje como aporte calórico por cada 100 g de polvo: 40%-45% de carbohidrato, 10-14% de proteína, 44%-48% de grasa, vitaminas, minerales y oligoelementos. Polvo para dilución. Envase con 400g – 455 g.
53-8320	Derivado protéico purificado de tuberculina (Mantoux) (PPD) 5 TU/0.1 mL. Solución estéril para inyección. Inyectable. Frasco ampolla con 1 mL (para 10 pruebas de diagnóstico)

C. Inclusiones de presentaciones farmacéuticas nuevas (Total 10)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
30-6950(Z)	Risperidona 1 mg/mL. Solución oral. Envase con 30 mL O 60 mL
38-4335	Leuprorelina acetato 11.25 mg de depósito polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable
41-3390	Carboplatino 450 mg. Liofilizado para inyección. Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto o carboplatino 10 mg/ml. Solución inyectable. Frasco ampolla con 45 ml
41-4160	Docetaxel anhidro 80 mg/4ml (como docetaxeltrihidratado). Solución concentrada para inyección. Frasco ampolla con 4 mL
41-4952	Gemcitabina base 200 mg (como hidrocloreuro). Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco ampolla con o sin diluyente adjunto
43-3505	Dextrosa 5%. Solución inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 250 ml solución. Sin preservantes
43-4555(Z)	Cloruro de sodio 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 500 mL. Sin preservantes.
43-4575	Cloruro de sodio 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 250 mL solución. Sin preservantes
50-6866	Fórmula enteral modificada de aminoácidos para alimentación de niños con acidemia propiónica o metilmalónica mayores de 3 años de edad. Porcentaje como aporte calórico por cada 100 g de polvo: 55%-66% de carbohidrato, 20-32% de proteína, 0%-20% de grasa, vitaminas, minerales y oligoelementos. Polvo para dilución. Envase con 400g – 500 g.
50-8003	Alcohol F.E.U. 70°. Sin colorante. Envase de plástico con 5 litros

D. Exclusiones (Total: 18)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
02-0445 (Z)	Dapsona 50 mg. Tableta
02-1590	Sulfadiazina 100 mg. Tabletas
03-1555 (Z)	Rifampicina 150mg. Cápsulas
04-0655	Estavudina 30 mg. Cápsulas
04-6770	Estavudina 1 mg/ml. Polvo para solución oral. Frasco para 200 ml
08-0205	Atenolol 25 mg. Tabletas ranuradas
09-0015	Acetazolamida 100 mg. Tabletas ranuradas
09-0643	Espironolactona 5 mg. Tabletas recubiertas (film coated)
23-6567	Ácido cromoglicico 5 mg (5000 ug). Por pulsación liberada en la válvula Para inhalación oral frasco 112 dosis
32-7205 (Z)	Metoclopramida base 4.6 mg/ml (como clorhidrato de metoclopramida monohidrato) o Metoclopramida base 2.6 mg/ml (como clorhidrato de metoclopramida monohidrato)
43-0275	Calcio iónico 100 mg (equivalente a 250 mg de carbonato de calcio) ó calcio iónico 200 mg (equivalente a 500mg de carbonato de calcio).
43-4620 (Z)	Solución parenteral (ejemplo: Solución estéril de cloruro de sodio al 0.9%, solución estéril de dextrosa al 5%)
46-6600	Jabón neutro. Pastilla 100 g
50-8000	Alcohol F.E.U. 70°. Envase con 3.5 a 4.0 litros
50-8010	Alcohol F.E.U. 70°. Envase con 100 a 200 litros

Aún hay existencias en ALDI, por lo cual los siguientes códigos se mencionan en LOM 2014 (respectando definición de exclusión de normativa LOM)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04-0955	Indinavir (como sulfato) 400 mg. Cápsulas
41-4138	Adalimumab (de origen adn recombinante) 40 mg/0.8 ml. Inyectable.
41-4169	Etanercept (de origen ADNrecombinante) 25 mg. Polvo para solución inyectable en forma liofilizada. Frasco ampolla + Jeringa prellenada con 1 mL de diluyente (agua estéril para inyección) Unidosis o etanercept (de origen ADN recombinante) 50 mg/1mL. Solución Inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL. Unidosis.

E. Códigos incluidos en Sesión 2012-33 y excluidos en Sesión 2013-10 (Total 3):

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
43-3485 (Z)	Dextrosa 5%. Solución inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 500 ml. Sin preservantes
43-4562 (Z)	Cloruro de sodio 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 1000 ml. Sin preservantes.
43-3495 (Z)	Dextrosa 5%. Solución inyectable. Bolsa libre de PVC o envase de vidrio con 1000 ml. Sin preservantes

F. Modificaciones**a. Clave**

Clave	Número
E → M	1
HE → HRE	5
HE → RE	1
HR → HRE	25
M → R	4
M → RE	1
R → RE	2
R → RE	1
TOTAL	40

b. Nivel de usuario

Nivel de usuario	Número
1A → 2C	1
2A → 2B	2
2B → 2C	1
2C → 1A	1
2D → 1A	1
3A → 2B	1
TOTAL	7

c. Varios

- Cambio de nomenclatura: 87
- Ampliación, modificación o eliminación de presentaciones farmacéuticas en un mismo código: 61
- Modificación en especialidades o indicaciones: 22
- Otros, incluyendo normativa: 22

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones y recomienda a la Junta Directiva:

1. Aprobar la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2014, su normativa y modificaciones.
2. Instruir a la Dirección de Farmacoepidemiología para que divulgue a todos los centros de trabajo de la Institución la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones, aquí aprobada”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del doctor Albin Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología -en forma unánime- **ACUERDA:**

- I) Aprobar la propuesta de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2014, su normativa y modificaciones, de conformidad con los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión.
- II) Instruir a la Dirección de Farmacoepidemiología, para que divulgue a todos los centros de trabajo de la Institución la Lista Oficial de Medicamentos 2014, su normativa y modificaciones, que ha sido aquí aprobada.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El doctor Chaves Matamoros se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTÍCULO 10°

La Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-5045-2014, fechado 10 de abril del año 2014, que contiene la propuesta de reforma integral al Reglamento para el otorgamiento de licencias e incapacidades a los beneficiarios del Seguro de Salud.

El doctor Bartels Rodríguez, con el apoyo de las láminas que en adelante se especifican, se refiere a la propuesta en consideración:

- 1) Gerencia Médica
Reforma Integral al Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud
Comisión Central Evaluadora de Incapacidades
24 de abril del 2014.
- 2) Antecedentes
La Junta Directiva, en el artículo 42° de la sesión N° 8578, celebrada el 10 de mayo de 2012, acordó:
A la Gerencia Médica:

La actualización y revisión del Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud, por parte de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, para hacer los ajustes necesarios de acuerdo con la situación actual.

3) Acciones:

1. Revisión por Comisiones Regionales y Locales Evaluadoras de Incapacidades
2. Criterio de la Dirección Jurídica sobre la derogatoria del artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo (Oficio DJ-07083-2012, del 01 de octubre del 2012)
3. Criterio de la Dirección Jurídica sobre el derecho de incapacidades a pensionados por invalidez (Oficio N° DJ-7969-2012, del 11 de diciembre del 2012)
4. Revisión y aprobación por la Auditoría Interna (oficio N° 17993, del 11 de febrero del 2013).
5. Criterio Técnico de la Dirección Actuarial respecto a asegurados voluntarios (Oficio N° DAE-472-13, del 19 de junio del 2013 y DAE-645-13, del 23 de julio del 2013).
6. Criterio Técnico de la Dirección de Inspección respecto a asegurados voluntarios (Oficio N° DI-0633-06-2013, del 25 de junio del 2013)

4) Acciones:

7. Revisiones por la Dirección Jurídica (Oficios N° DJ-3562-2013, del 06 de junio del 2013 y DJ-7337-2013, del 31 de octubre del 2013)
8. Revisión y aprobación final por la Dirección Jurídica (Oficio N° DJ-7663-2013, del 12 de noviembre del 2013).
9. Cumplimiento a lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 1° de la sesión 8686, celebrada el 16 de diciembre del 2013, la Gerencia Médica publicó el siguiente edicto, en la Gaceta N° 47, del viernes 07 de marzo del 2013 y que a letra dice:

*“La Gerencia Médica de la CCSS, según lo resuelto por la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 1° de la sesión 8686, celebrada el 16 de diciembre del 2013, otorga un plazo de 10 días hábiles, a partir de esta publicación, a aquellas entidades representativas de intereses de carácter general o corporativo que se pudieren ver afectadas por la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades, para que presenten sus observaciones al correo electrónico ***rbartels@ccss.sa.cr***.”*

*Dicho documento puede ser solicitado al correo electrónico ***rbartels@ccss.sa.cr***”*

5) Acciones:

10. En respuesta del edicto publicado únicamente la Unión Médica Nacional respondió mediante el oficio N° UMN-114-2014, del 19 de marzo del 2014 y la Comisión Central mediante el oficio N° CCEI-061-2014, del 31 de marzo del 2014, le da respuesta a dicho oficio.
11. Revisión en conjunto con la Dirección de Riesgos Excluidos del capítulo XI: “De los riesgos no cubiertos por la Caja”.

6)



7) Reforma Integral
Estructura del Reglamento

El Reglamento está conformado por 19 capítulos, a saber:

- I. Generalidades.
- II. Responsabilidad civil, administrativa y penal.
- III. Custodia y entrega de talonarios, trámite de incapacidades.
- IV. De las incapacidades otorgadas en medicina general y especialidades.
- V. De las incapacidades y licencias otorgadas en diferentes niveles.
- VI. De las incapacidades prolongadas.
- VII. De las incapacidades en internamientos prolongados.
- VIII. De las licencias por maternidad.
- IX. De las licencias por fase terminal.
- X. De las licencias e incapacidades en medicina de empresa.
- XI. De los riesgos no cubiertos por la CCSS.
- XII. De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.
- XIII. De las incapacidades retroactivas y prospectivas.
- XIV. De las incapacidades en un solo formulario.
- XV. De la conformación de las Comisiones Evaluadoras.
- XVI. Del control y evaluación del otorgamiento de incapacidades.
- XVII. De las sanciones.
- XVIII. Disposiciones finales.
- XIX. Transitorio.

8) Ejes del Reglamento.
CCSS.
Médicos.
Pacientes.
Patronos.

9) Innovaciones:

Capítulo I – Generalidades

1. Se enfoca a regular el otorgamiento de médicos y odontólogos. (Art. 1) .
2. Se establecen definiciones (Art. 2).
3. Se establecen principios (Art. 3).
4. Se define el objetivo de la incapacidad (Art. 5).
5. Se introduce la posibilidad de medios electrónicos. (Art. 6).
6. Se restringe el otorgamiento a asegurados directos y TI (Art. 7 y 8).
7. Se regula las incapacidades según centro y red de servicios (Art. 11).
8. Se amplía el otorgar incapacidades a partir del día siguiente cuando se atiende en domingo, libre, asueto, feriado o que haya terminado la jornada laboral (Art. 13).

10) Innovaciones:

Capítulo II – Responsabilidad administrativa, civil y penal

1. Se amplían los alcances de la inhabilitación. (Art. 14)
2. Se traslada al patrono las consecuencias del incumplimiento de la inhabilitación por la incapacidad. (Art. 15)
3. Se establecen las condiciones para salir del país estando incapacitado. (Art. 16)
4. Se definen los causales de anulación de incapacidades. (Art. 17)
5. Se establece que la CCSS debe recuperar montos pagados de más por incapacidades. (Art. 18)

11) Innovaciones:

Capítulo III – De la custodia y entrega de talonarios

1. Se establecen las investigaciones en caso de extravío de talonarios. (Art. 22)
2. Certificaciones de aviso al patrono. (Art. 23)
3. El médico debe anotar el N° de cédula en la boleta. (Art.24)
4. Se regula la anotación de licencias e incapacidades en el expediente y hoja de urgencias. (Art. 26)
5. Se define como se autorizan incapacidades (Art. 27)
6. Se establece dónde los médicos pueden otorgar incapacidades. (Art. 28)
7. Se regula el conflicto de interés en médicos que laboran en forma privada y con la CCSS (Art. 29).

12) Innovaciones:

Capítulo IV – De las incapacidades en medicina general y especialidades

1. Se establece la estandarización de días de incapacidad y los alcances para todos los médicos y odontólogos. (Art. 30)

2. Se establece las justificaciones para otorgar más días de incapacidad de lo permitido. (Art. 36)
3. Se establecen las excepciones para no aplicar la estandarización de días de incapacidad. Art. 36)
4. Se regulan las incapacidades por Teleconsulta. (Art. 37)
5. Se regulan las incapacidades otorgadas en los servicios de urgencias, con las excepciones indicadas. (Art. 38)
6. Se regula las incapacidades otorgadas a funcionarios institucionales que laboran en el mismo centro. (Art. 39)
7. Se establecen los plazos para extender el “Aviso al Patrono”. (Art. 40).

13) Innovaciones:

Capítulo V – De las incapacidades otorgadas en diferentes niveles de atención

1. Se establece que los niveles que refieren un paciente solo podrán otorgar incapacidades por 6 meses previo a que deba ser atendido en el siguiente nivel. (Art. 42)
2. Se establece que en caso de pacientes con control anual en niveles superiores y que requieran una incapacidad la misma solo se podrá otorgar en niveles inferiores por un máximo de 90 días. (Art. 47)
3. Se regula el otorgamiento de incapacidades a pacientes donadores de órganos en centros médicos pediátricos. (Art. 48).

14) Innovaciones:

Capítulo VI – De las incapacidades prolongadas

1. Se establece la obligatoriedad de valorar a los pacientes con incapacidades prolongadas en sesiones clínicas. (Art. 50)
2. Se establece la obligatoriedad de que los pacientes acudan a la valoración en la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez. (Art. 51)
3. Se establece la obligatoriedad de continuar otorgando incapacidad a un paciente que sea rechazado por la Comisión de Invalidez, si existe criterio médico. (Art. 52)

15) Innovaciones:

Capítulo VII – De las incapacidades en internamientos prolongados

1. Permanece igual al artículo 10° del Reglamento actual. (Art. 53 y 54)

Capítulo VIII – De las licencias por maternidad

1. Permanece igual a los artículos 17°, 18° y 19° del actual Reglamento. (Art. 55 al 62)

16) Innovaciones:

Capítulo IX – De las licencias para fase terminal

1. Se establecen los causales de suspensión de la licencia.
(Art. 67)

Capítulo X – De las licencias e incapacidades por medicina de empresa.

1. Se elimina la posibilidad de que otorguen incapacidades retroactivas. (Art. 68)
2. Resto permanece igual al artículo 16° del Reglamento actual. (Art. 69 al 71)

17) Innovaciones:

Capítulo XI – De los riesgos no cubiertos por la CCSS

1. Se introduce en el presente reglamento los artículos 66,67,68, 69 y 71 de la nueva Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial(9078).
2. **ART. 73:** Para el pago de subsidios (SOA), el asegurado (a) activo (a) de la Caja víctima de accidente de tránsito, contará con cinco días hábiles, para gestionar ante la Dirección Médica de su lugar de adscripción.
3. **ART. 75:** Obligación de la víctima de accidente de tránsito, de presentar el acto administrativo de la aseguradora (caso declinado) ante la institución (plazo 60 días naturales), para ser acreedor de una incapacidad, a criterio médico.
4. **ART. 79:** Se contemplan otros riesgos (ej. seguros de gastos médicos) no cubiertos por los seguros que administra la institución y el eventual otorgamiento, a criterio médico, de incapacidades, una vez dictaminado así por la Gerencia Médica y Financiera.

18) Innovaciones:

Capítulo XII – De las recomendaciones de incapacidad por Terceros (Art. 80 al 83)

1. Se establecen la excepción de presentar el certificado médico hasta un máximo de 5 días.
2. Se establecen los requisitos para tramitar recomendaciones de incapacidad del IAFA.

19) Innovaciones:

Capítulo XIII- De las incapacidades retroactivas y prospectivas.

1. Se establecen las condiciones para otorgar incapacidades retroactivas a nivel institucional, de hasta 3 días y 30 días. (Art. 85 y 86)
2. Se definen los plazos en 10 días para presentar los certificados médicos privados en caso de cirugías. (Art. 87)
3. Se establecen los requisitos para tramitar incapacidades a funcionarios del Servicio Exterior. (Art. 89)

4. Se regulan las condiciones para tramitar incapacidades prospectivas que provengan de centros médicos del exterior. (Art. 90).

20) Innovaciones.

Capítulo XIV- De los días de incapacidades en un solo formulario.

1. Se amplía los casos en que se pueden otorgar hasta 180 días de incapacidad en un solo formulario: (Art. 91)
 1. Recomendaciones de incapacidad del extranjero.
 2. Pacientes rechazados por la Comisión de Invalidez.

21) Innovaciones:

Capítulo XV- De la conformación de las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades.

1. Se establece que las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades tendrán subordinación técnica de acuerdo con la estructura organizacional donde se ubiquen. La Comisión Local estará subordinada a la Comisión Regional y ambas estarán subordinadas a la Comisión Central. (Art. 95)
2. Se establecen las facultades de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades. (Art. 96).

22) Innovaciones:

Capítulo XVI- Del control y evaluación.

1. Las Direcciones Médicas son las responsables de la evaluación y control del otorgamiento de incapacidades en conjunto con la Comisión Local. (Art. 96)
2. Se establecen las evaluaciones periódicas y los informes. (Art. 97)
3. Se define las variables de los informes en caso de incapacidades prolongadas. (Art. 98)
4. Se regulan los informes mensuales y trimestrales (Art. 99).

23) Innovaciones:

Capítulo XVIII- Disposiciones finales. (Art. 102)

1. Se deroga el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud y sus reformas, Aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 9° de la sesión 8509, celebrada el 26 de mayo de 2011 y publicado en La Gaceta 121 del 23 de junio del 2011 y modificado en el artículo 23° de la sesión 8540, celebrada el 20 de octubre del 2011 y publicado en la Gaceta 233 del 05 de diciembre del 2011.

24) Innovaciones:

Capítulo XVIII- Disposiciones finales.

1. Se deroga el “Instructivo que Establece los Procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los Beneficiarios del Seguro de Salud”.
2. Además, se deroga la circular GM-33944 del 08 de julio del 2011, emitida por la Gerencia Médica y la circular AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 28 de junio del 2012, emitida por el Área Gestión de Riesgos Excluidos y la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades y el artículo 27° del Instructivo de Prestaciones en Dinero.

25) Innovaciones:

Capítulo XVIII- Disposiciones finales.

1. Se modifica el artículo 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud
2. Se modifica el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios.
3. Se modifica el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo.
4. Se modifica el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.
5. Se modifican los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.

26) Modificaciones y Derogatorias

Reglamento del Seguro de Salud

1. Art. 10°: Se modifican las definiciones de incapacidad y lugar de adscripción.
2. Art. 16°: Se actualiza los riesgos excluidos según la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078, publicada en el Alcance Digital N° 165 del Diario Oficial La Gaceta N° 207 del viernes 26 de octubre del 2012.
3. Art. 36°: Se actualiza la cuantía del subsidio por enfermedad para señalar que por motivos prácticos el cálculo del subsidio diario se efectúa considerando los meses a 30 días.

27) Modificaciones y Derogatorias

Reglamento del Seguro de Salud

1. Art. 37°: Se concuerda la pérdida del derecho al pago de subsidios con el artículo 17° del Nuevo Reglamento de Incapacidades.
2. Art. 40°, 41° y 42°: Se concuerda las licencias por maternidad con lo establecido en el capítulo VIII del Nuevo Reglamento de Incapacidades.

28) Modificaciones y Derogatorias

Reglamento Interior de Trabajo.

1. Art. 74°: De acuerdo al criterio N° DJ-07083-2012 de la Dirección Jurídica ha operado una derogatoria tácita del párrafo 2° del artículo 74° y por lo tanto se elimina la posibilidad de que los funcionarios de la Institución justifiquen sus ausencias por enfermedad con certificados médicos privados, siendo que con las nuevas disposiciones contenidas en el Reglamento del Seguro de Salud y en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias, dichos certificados tienen un carácter recomendativo y no definitivo, razón por la cual dicha disposición al oponerse quedó sin efecto al promulgarse el Reglamento del Seguro de Salud”

29) Modificaciones y Derogatorias

Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.

1. Art. 44°: De acuerdo al criterio N° DJ-7969-2012 de la Dirección Jurídica No se pueden recibir subsidios por incapacidad en los términos de los artículos 29° y 34° del Reglamento del Seguro de Salud con la pensión por invalidez o por vejez.

30) Modificaciones y Derogatorias

Reglamento para la Afiliación de los Asegurados Voluntarios.

1. **Art. 12°:** De acuerdo a lo propuesto por la Dirección de Inspección mediante oficio N° DI-0633-06-2013, del 25 de junio del 2013, suscrito por la Licda. Odilíe Arias Jiménez, Directora de Inspección y al oficio DAE-472-13, del 19 de junio del 2013, suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director a.i. Dirección Actuarial y el oficio DAE-645-13, del 23 de julio del 2013 los asegurados voluntarios no pueden recibir subsidio por enfermedad y maternidad por tratarse de población económicamente inactiva.

31) Modificaciones y Derogatorias

Instructivo para el pago de Prestaciones en Dinero.

1. **Art. 7°:** Se actualiza la definición de lugar de adscripción.
2. **Art. 25°:** Se concuerda la cuantía del subsidio de acuerdo a lo propuesto para los artículos 36° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud.
3. **Art. 26°:** Se concuerda el cálculo de la cuantía del subsidio de acuerdo a lo propuesto para los artículos 36° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud.
4. **Art. 27°:** Se deroga de acuerdo a lo establecido por la Sala Constitucional, mediante las resoluciones N° **17.971-07** y N° **10.658** del 08 de agosto de 2012.
5. **Art. 32°:** Se concuerda la pérdida del derecho a los subsidios con lo establecido en el art. 17 del Nuevo Reglamento de Incapacidades y la propuesta para el art. 37° del Reglamento del Seguro de Salud.

32) Modificaciones y Derogatorias

Instructivo para el pago de Prestaciones en Dinero.

Art. 33°: Del derecho al pago de las licencias por maternidad: Concordar este artículo con lo establecido en el capítulo VIII de la Reforma Integral al Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud

Art. 35°: De la cuantía: Concordar este artículo con la propuesta en el artículo 36° del Reglamento del Seguro de Salud.

Art. 36°: Del cálculo del subsidio: Concordar este artículo con el artículo 25° de este mismo Instructivo.

33) Modificaciones y Derogatorias

Instructivo de fase terminal.

Art. 8°: De la suspensión de las licencias:

Concordar este artículo con lo establecido en el artículo 67° de la Reforma Integral al Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

34) Propuestas de acuerdo de Junta Directiva

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5045-2014, del 10 de abril de 2014.
2. Dar por atendido el acuerdo de esta Junta Directiva del artículo 1° de la sesión N° 8686, celebrada el 09 de diciembre del 2013.
3. Aprobar la Reforma integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud.
4. Aprobar la modificaciones de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.

DIAS OTORGADOS, DIAS PAGADOS, MONTOS PAGADOS, POR AÑO, SEGÚN TIPO DE SUBSIDIO, 2006-2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ENFERMEDAD								
Otorgados	2.541.163,00	2.829.347,00	3.626.872,00	4.010.254,00	4.296.384,00	4.014.649,00	3.704.474,00	3.810.649,00
Pagados	2.242.351,00	2.500.284,00	3.107.504,00	3.558.860,00	3.818.039,00	3.217.546,00	3.217.549,00	3.336.696,00
Montos	12.079.916.629	14.962.203.216	21.641.462.839	28.351.232.646	33.800.135.353	34.625.842.605	32.204.310.204	32.912.696.863

EMPLEADOS CCSS								
Otorgados	407.867,00	439.184,00	494.124,00	461.072,00	407.867,00	375.951,00	407.336,00	414.382,00
Pagados	353.409,00	352.327,00	391.931,00	384.266,00	353.409,00	320.494,00	363.260,00	370.418,00
Montos	3.678.271.335	4.260.047.628	5.359.999.354	6.225.655.406	6.971.535.551	6.516.854.053	7.465.822.401	8.101.224.004
Subsidio patronal						2.088.080.043	6.341.059.740	7.732.372.635
Subtotal	3.678.271.335	4.260.047.628	5.359.999.354	6.225.655.406	6.971.535.551	8.604.934.096	13.806.882.141	15.833.596.639

SUBTOTAL								
Otorgados	2.949.030,00	3.268.531,00	4.120.996,00	4.471.326,00	4.704.251,00	4.390.600,00	4.111.810,00	4.225.031,00
Pagados	2.595.760,00	2.852.611,00	3.499.435,00	3.943.126,00	4.171.448,00	3.538.040,00	3.580.809,00	3.707.114,00
Montos	15.758.187.964	19.222.250.844	27.001.462.193	34.576.888.052	40.771.670.904	41.142.696.658	39.670.132.605	41.013.920.867
Subsidio patronal						2.088.080.043	6.341.059.740	7.732.372.635
Subtotal						43.230.776.701	46.011.192.345	48.746.293.502

- 35) Propuestas de acuerdo de Junta Directiva
5. Instruir la publicación del Nuevo Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud, así como de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.
 6. Instruir a la Dirección Actuarial y Económica a presentar en el plazo de 15 días una propuesta de modificación en la contribución de los Asegurados Voluntarios, respecto a los otros sectores que permita sustentar el por qué el artículo 12° del Reglamento de Asegurados Voluntarios excluye el pago de incapacidades y licencias.
- 36) Propuestas de acuerdo de Junta Directiva
7. Instruir a la Gerencia Financiera, para que en coordinación con la Gerencia de Pensiones y la Dirección Actuarial y Económica, presenten en el plazo de 15 días la propuesta de Contribución en el Seguro de Salud para los trabajadores pensionados por invalidez o vejez que laboran, en el cual se excluya el porcentaje de contribución o prima que les otorga el derecho al subsidio, según lo establece el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.

Anota el doctor Bartels Rodríguez que en la anotación del Capítulo 15 se introduce algo nuevo y es que la responsabilidad del incumplimiento de la inhabilitación, en primera instancia no es un tema de la Caja, es un tema de los patronos y así lo ha definido la Sala II, donde el patrono es el primer obligado a velar, investigar, si un trabajador está faltando a los principios de buena fe.

Al Director Gutiérrez Jiménez no le queda claro el concepto del punto 2, que dice que se trasladan al patrono las consecuencias del incumplimiento de la inhabilitación por incapacidad; quisiera que se explique cuáles son las consecuencias de ese incumplimiento.

Aclara el doctor Bartels Rodríguez que lo que ha establecido la Sala II en varias resoluciones y también la Procuraduría, es que el incumplir una incapacidad otorgada por la Caja, lo que hace es que el trabajador incurra en faltas a los principios de lealtad y buena fe, donde el patrono es el primer afectado. Se habían presentado casos de trabajadores que se iban para la playa y aparecían en Facebook y la Institución se ha visto ahogada en investigaciones todos estos años atrás.

En respuesta a la pregunta del Director Gutiérrez Jiménez de cómo se define la inhabilitación, responde el doctor Bartels que la inhabilitación, como está establecido y como viene en el artículo de definiciones, es el período de reposo forzoso por una incapacidad otorgada por un médico a nivel institucional.

Le parece al Director Gutiérrez Jiménez que trasladar las consecuencias del incumplimiento de la inhabilitación está mal, porque una de las consecuencias sería la responsabilidad que tiene ese

trabajador ante la Caja, por haber incumplido su inhabilitación, al haber recibido dinero por ese concepto.

En cuanto a la observación del doctor Bartels, en el sentido de que el artículo completo es bien amplio, señala don Adolfo que le gustaría conocer ese artículo porque hay que tener cuidado porque hay consecuencias que son propias del trabajador en relación con su conducta respecto a la Caja. Como está planteado, le están pasando las consecuencias al patrono. El hecho de que se diga en la definición de incapacidad que es un período de inhabilitación, no quiere decir que sea igual a la incapacidad, en términos reales. Si se busca la palabra inhabilitación en el concepto de incapacidad, lo que hay es un incumplimiento no a la inhabilitación, sino un incumplimiento a la incapacidad, porque la figura que se está regulando y tutelando es la incapacidad. Cuando un sujeto incumple su período de inhabilitación porque se fue a jugar fútbol, aunque le dijeron que tenía un pin y que tenía que tener reposo, no incumple la inhabilitación, lo que incumple es la incapacidad como figura, independientemente de lo que haya dicho la Sala, porque habla de la inhabilitación como concepto para entender la incapacidad. Y claro, es un período de inhabilitación, pero la figura que se está regulando es la incapacidad.

Señala el licenciado Alfaro Morales que para él el tema es importante. Si es un tema de incapacidades o inhabilitaciones, realmente no es lo mismo. Es más, hasta donde él sabe, el Reglamento de Incapacidad define la incapacidad, no define la inhabilitación. La inhabilitación es uno de los mecanismos en que se dice que la persona está incapacitada. Como dice don Adolfo es una especie, pudo haberse dicho que la persona está incapacitada, está inhabilitada, impedida, limitada para; el término de inhabilitación es casi accidental en la cita que se hace, pero el Reglamento no trata de inhabilitaciones, el Reglamento es de incapacidades. Cuando una persona quebranta esa condición, no está incumpliendo la inhabilitación, en realidad lo que está quebrantando es la incapacidad, la figura de la incapacidad. La importancia de esta situación, más allá del juego de palabras, es porque es cierto y jurídicamente es fácil demostrarlo; la inhabilitación es una figura jurídica de carácter penal, en el Código Penal se dice que el médico, el profesional, que con ocasión de las funciones haya cometido un delito, se le puede inhabilitar hasta por 10 o 5 años. De manera que el término inhabilitación jurídicamente tiene una connotación diferente a un quebranto de una incapacidad.

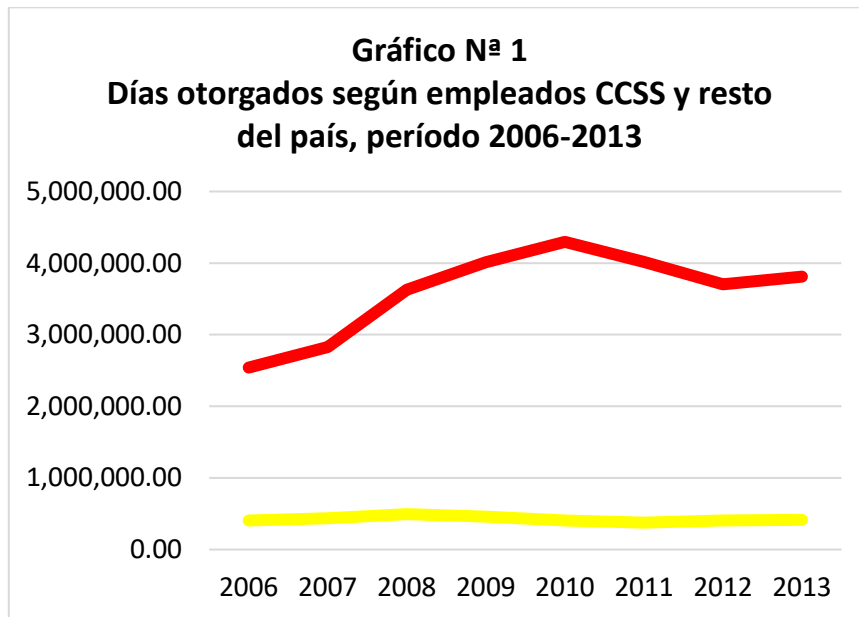
Propone la doctora Balmaceda Arias que, en la propuesta de modificación del Reglamento, se corrija y se sustituya la palabra inhabilitación.

Continúa el doctor Bartels y anota que el artículo 28 es un artículo muy importante, porque se restringe que los médicos solo pueden otorgar incapacidades en el servicio en que están nombrados. Otro artículo importante es el que fija los plazos para otorgar incapacidades en los niveles inferiores. El artículo 42 establece que cuando un paciente es referido de un primer nivel de atención a un nivel superior, solo se podrá incapacitar por un máximo de 180 días; hoy hay pacientes que tienen incapacidades esperando una cita que está fijada para 3, 4 y 5 años más tarde. Ha habido casos en que el especialista le dice al paciente que no ameritaba una incapacidad.

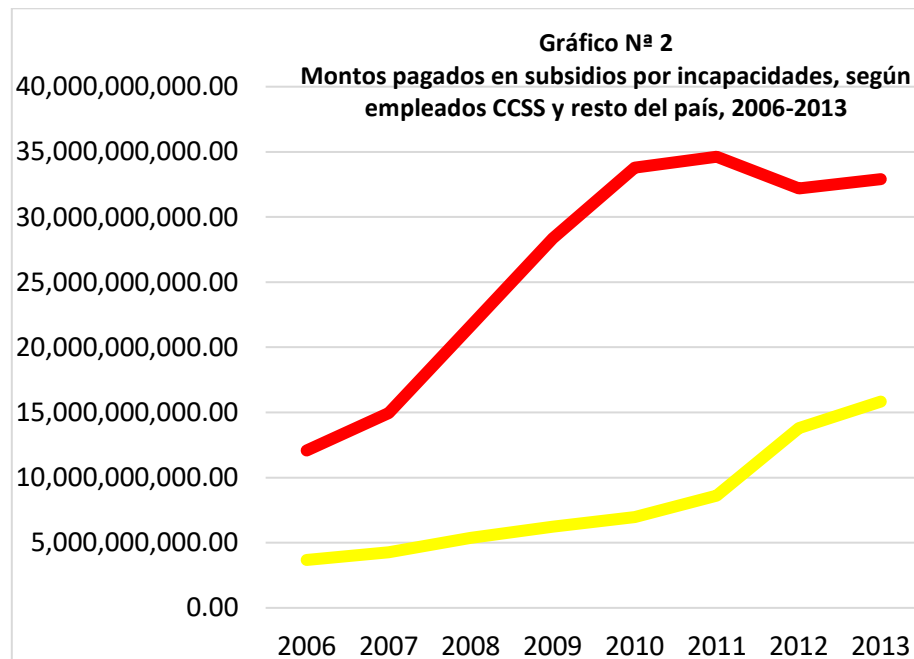
Asimismo, el doctor Bartels Rodríguez presenta la información referente a las incapacidades otorgadas del año 2006 al 2013, en los siguientes términos:

- a) **INCAPACIDADES 2006-2013**
24 de abril del 2014.

b)



c)



d)

Días otorgados por incapacidades según médico, 2006-2013

N^a	Nombre del médico	Días otorgados	Montos pagados	Promedio costo/día
1	ALVAREZ CALVAJAL GILBERTO A	229.746,00	2.060.146.747,41	8.967,06
2	ZAPATA PIZARRO PABLO ANTONIO	210.824,00	2.092.347.630,25	9.924,62
3	SANCHEN CORREA ROBERTO	208.393,00	981.163.556,93	4.708,24
4	MORA AVILA JUAN ALBERTO	166.065,00	2.037.591.306,94	12.269,84
5	FONSECA SOLANO JOSE EDUARDO	148.726,00	1.244.400.986,47	8.367,07
6	CASTILLO GUTIERREZ ALEXIS	137.028,00	944.139.765,42	6.890,12
7	MEZA MADRIZ JORGE ARTURO	134.762,00	1.237.410.753,63	9.182,19
8	FARAH MATARRITA MYRIAM	130.337,00	778.320.398,13	5.971,60
9	ITURRIAGA EZPELOSIN JOSE FERNA	129.861,00	883.670.288,20	6.804,74
10	ABARCA MATAMOROS MARTIN EDO.	120.219,00	1.153.274.903,04	9.593,12
11	PEREZ FUENTES MANUEL	116.049,00	1.039.674.260,96	8.958,92
12	CASTRO CAMPOS LUIS GUSTAVO	103.029,00	459.451.301,88	4.459,44
13	ARIAS PULGARIN LUIS	96.065,00	810.371.888,76	8.435,66
14	BADILLA GONZALEZ RONALD	95.230,00	811.978.610,56	8.526,50
15	ROJAS QUIROS JOHNNY	93.895,00	703.875.404,06	7.496,41
16	URENA QUIROS WALTER	93.167,00	1.044.352.762,15	11.209,47
17	CONTRERAS CALONGE OTTO	91.968,00	850.173.274,02	9.244,23
18	PEREZ SANTANDER FREDDY	91.428,00	632.496.959,13	6.917,98
19	ROSABAL MATAMOROS ILEANA MARIA	89.887,00	444.021.254,57	4.939,77
20	BARBOZA RETANA JORGE GREGORIO	89.618,00	629.197.086,90	7.020,88
21	VILLALOBOS MURILLO KATTY	88.477,00	842.881.262,58	9.526,56
22	CAMACHO VARGAS MARTA EUGENIA	88.329,00	626.200.929,89	7.089,41
23	GONZALEZ GONZÁLEZ JUAN	88.070,00	646.953.117,97	7.345,90
24	BADILLA VARGAS VLADIMIR	87.335,00	924.687.619,73	10.587,82
25	VARGAS GARCIA JUVENAL	87.238,00	645.547.783,17	7.399,85
26	FONSECA ALVARADO MAYELA	87.167,00	790.158.810,23	9.064,88
27	ALVARADO CALDERON MANUEL	86.461,00	539.614.186,72	6.241,13
28	MENDEZ SALAZAR MAX	84.499,00	569.444.703,97	6.739,07

29	EUGENIN H, CRISTIAN	81.468,00	442.506.129,73	5.431,66
	TOTAL	3.355.341,00	26.866.053.683,40	8.006,95

Indica el Director Gutiérrez Jiménez que le han comentado que cuando se cambió lo de las incapacidades y se empezó a restringirlas, había mucho menos incapacidades, pero que nuevamente se está viendo un crecimiento en ese renglón.

Admite el doctor Bartels que es cierto. Externamente tienen controlada la situación y ha disminuido el gasto, pero a nivel institucional las incapacidades de los empleados han aumentado. En 2010 se pagaron ₡6.900.000.000 (seis mil novecientos millones de colones); en 2011, ₡6.500.000.000 (seis mil quinientos millones de colones) pero se les devolvió por el subsidio patronal un poco más de ₡2.000.000.000 (dos mil millones de colones); en 2012 subió a ₡13.000.000.000 (trece mil millones de colones); en 2013 subió a ₡15.000.000.000 (quince mil millones de colones). Ha habido un estímulo hacia las incapacidades otorgadas a lo interno, precisamente porque a los empleados les devuelven el 100%, de manera que las incapacidades cortas pasaron de ser el 64% del total de incapacidades de 3 días, a un 80% hoy día.

Al Director Gutiérrez Jiménez le parece que se debe buscar un mecanismo para neutralizar esa situación, de tal forma que la persona pierda dinero si se incapacita.

Ante el comentario del doctor Bartels en el sentido de que hay un informe de Auditoría de 2011 que plantea esta situación, porque en 2012 se incapacitaron de las planillas de la Caja 22 mil trabajadores y en 2013 ese número subió a 33 mil, señala el Director Gutiérrez Jiménez que es algo que no puede ser dilatado.

La doctora Balmaceda Arias propone reformar la norma y dejar la instrucción para que las incapacidades de tres días no se paguen, fundamentando técnicamente esta disposición.

Agrega el doctor Bartels que se ha evaluado por cuerpos colegiados especialistas que hay pacientes que tienen ocho años de estar incapacitados; hay especialidades que están en listas de espera a tres años, y los pacientes van cada 30 días para que se les extiendan las incapacidades. Por esta razón, el artículo 51 establece la obligatoriedad de que los pacientes tengan que ir a la Comisión de Invalidez para ser valorados.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5045-2014, fechado 10 de abril del año en curso que firma la señora Gerente Médico y que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en cumplimiento con lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 1° de la sesión N°88686 celebrada el 09 de diciembre del 2013, procede a presentar la reforma integral del “Reglamento para el otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud”

La presentación estará a cargo del Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva, en el artículo 42° de la sesión N° 8578, celebrada el 10 de mayo de 2012, acordó:

“ARTÍCULO 42°

Por consiguiente, teniendo a la vista el oficio N° 11.187-8 de fecha 7 de mayo del presente año que, en adelante se transcribe, por medio del cual se atiende el encargo hecho en el artículo 4° de la sesión N° 8577 del 3 de mayo del año en curso y se presenta la propuesta de acuerdo derivada de las recomendaciones contenidas en el Informe sobre el otorgamiento de incapacidades en la Caja y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva ACUERDA solicitar:

A la Gerencia Médica:

La actualización y revisión del Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud, por parte de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, para hacer los ajustes necesarios de acuerdo con la situación actual.

2. Mediante el oficio N° D.J. 7663-2013, del 12 de noviembre del 2013, suscrito por los Lic. Gilbert Alfaro Morales, Director Jurídico, Licda. Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Guillermo Mata Campos, Encargado de Estudio y Redacción, todos de la Dirección Jurídica, en el cual señalan que no existe impedimento desde el punto de vista legal para hacer del conocimiento de la Junta Directiva el presente Proyecto de Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud. Asimismo, tal y como lo señala la Dirección Jurídica en el oficio antes indicado, *“Se recuerda a la Administración la necesidad de que se otorgue la audiencia establecida en el artículo 361 de la Ley General de Administración Pública a aquellas entidades representativas de intereses de carácter general o corporativo que se pudieren ver afectadas por dicha disposición normativa, para que puedan exponer su parecer dentro del plazo de diez días”*.
3. Y en cumplimiento de la recomendación de la Dirección Jurídica mediante el acuerdo de la Junta Directiva, en el artículo 1° de la sesión N° 8686, celebrada el 09 de diciembre del 2013, que a la letra se lee así:

“Avalar las gestiones realizadas hasta la fecha e instruye a la Gerencia Médica continuar con la etapa de otorgamiento de audiencia a fin de que aquellas corporaciones que se consideren afectadas por la modificación integral presenten sus argumentos, lo anterior en un plazo de 10 días hábiles a partir del día siguiente de que sea publicado el otorgamiento de audiencia,

para lo cual se instruye a la Gerencia Médica, proceder al cumplimiento de lo acordado”.

ACCIONES

1. En cumplimiento a lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 1° de la sesión N° 8686, celebrada el 16 de diciembre del 2013, la Gerencia Médica publicó el siguiente edicto, en La Gaceta N° 47, del viernes 07 de marzo del 2013 y que a letra dice:

“La Gerencia Médica de la CCSS, según lo resuelto por la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 1° de la sesión 8686, celebrada el 16 de diciembre del 2013, otorga un plazo de 10 días hábiles, a partir de esta publicación, a aquellas entidades representativas de intereses de carácter general o corporativo que se pudieren ver afectadas por la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades, para que presenten sus observaciones al correo electrónico rbartels@ccss.sa.cr.

Dicho documento puede ser solicitado al correo electrónico rbartels@ccss.sa.cr”

2. En respuesta del edicto publicado se adjunta las observaciones realizadas únicamente por la Unión Médica Nacional, mediante el oficio N° UMN-114-2014, del 19 de marzo del 2014 y la respuesta respectiva de esta Comisión mediante el oficio N° CCEI-061-2014, del 31 de marzo del 2014.
3. En cumplimiento de todo lo anterior, se presenta el *Proyecto de Reforma del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud*. Asimismo se presenta el proyecto de modificación de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal, para los cuales se solicitó el criterio técnico específico para cada caso particular, los cuales fueron rendidos mediante los siguientes oficios: DAE-472-13 de fecha 19 de junio del 2013, suscrito por la Dirección de Actuarial, DI-0633-06-2013 de fecha 25 de junio del 2013, suscrito por la Dirección de Inspección, DBL-288-2013 de fecha 01 de julio del 2013, suscrito por la Dirección de Bienestar Laboral.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta Proyecto de Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud y la modificación de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal, los cuales fueron debidamente revisados por la Dirección Jurídica, según el criterio

externado en el oficio N° D.J. 7663-2013 de fecha 12 de noviembre del 2013 y recomienda a la Junta Directiva:

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5045-2014, del 10 de abril de 2014.
2. Dar por atendido el acuerdo de esta Junta Directiva del artículo 1° de la sesión N° 8686, celebrada el 09 de diciembre del 2013.
3. Aprobar la Reforma integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud.
4. Aprobar la modificaciones de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.
5. Instruir la publicación del Nuevo Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud, así como de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.
6. Instruir a la Dirección Actuarial y Económica a presentar en el plazo de 15 días una propuesta de modificación en la contribución de los Asegurados Voluntarios, respecto a los otros sectores que permita sustentar el porqué el artículo 12° del Reglamento de Asegurados Voluntarios excluye el pago de incapacidades y licencias.
7. Instruir a la Gerencia Financiera, para que en coordinación con la Gerencia de Pensiones y la Dirección Actuarial y Económica, presenten en el plazo de 15 días la propuesta de Contribución en el Seguro de Salud para los trabajadores pensionados por invalidez o vejez que laboran, en el cual se excluya el porcentaje de contribución o prima que les otorga el derecho al subsidio, según lo establece el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del doctor Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, en cuanto al Proyecto de Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud y la modificación de los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y

42° del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, el artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo y el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del Instructivo de Prestaciones en Dinero y el artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal, los cuales fueron debidamente revisados por la Dirección Jurídica, según el criterio externado en el oficio N° D.J.-7663-2013, fechado 12 de noviembre del año 2013, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO:

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5045-2014.
2. Dar por atendido el acuerdo adoptado en el artículo 1° de la sesión N° 8686, celebrada el 09 de diciembre del año 2013.

ACUERDO SEGUNDO: con base en la facultad que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja:

- D)** *Reformar el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud, en los siguientes términos:*

**REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIAS E
INCAPACIDADES A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE SALUD**

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I.....	6
Generalidades.....	6
Artículo 1°. Del objeto.....	6
Artículo 2° Definiciones.....	6
Artículo 3° Principios.....	11
Artículo 4°. Del campo de aplicación.....	12
Artículo 5° Del objetivo del otorgamiento de una incapacidad.....	12
Artículo 6° De la formalidad del otorgamiento y trámite de una licencia o incapacidad.....	13
Artículo 7° De los derechos al subsidio.....	13
Artículo 8°. De los asegurados voluntarios.....	14
Artículo 9° De los trabajadores independientes.....	14
Artículo 10° Del cargo por pago de subsidios por incapacidades y licencias.....	14
Artículo 11° Del lugar de otorgamiento de licencias e incapacidades.....	14
Artículo 12° De la vigencia de las incapacidades.....	14
Artículo 13°. De las jornadas laborales y el otorgamiento de incapacidades.....	14

CAPITULO II.....	15
De la responsabilidad administrativa, civil y penal del otorgamiento de incapacidades y licencias.....	15
Artículo 14° De la inhabilitación por la incapacidad y las licencias.....	15
Artículo 15° Del incumplimiento de la inhabilitación producto de una incapacidad o licencia.....	15
Artículo 16° De la imposibilidad de salir del país estando incapacitado.....	16
Artículo 17° De la anulación de las incapacidades y licencias.....	16
Artículo 18° De la recuperación de montos pagados de más por otorgamiento de incapacidades.....	17
Artículo 19° De las limitaciones en el otorgamiento de boletas o recomendaciones de licencias o incapacidades.....	17
 CAPÍTULO III.....	 18
De la custodia y entrega de talonarios, otorgamiento y trámite de incapacidades.....	18
Artículo 20°. De la custodia y control de los talonarios de incapacidad.....	18
Artículo 21°. De la entrega de talonarios de incapacidad.....	18
Artículo 22° Del extravío de los talonarios de incapacidad.....	18
Artículo 23° Del extravío de las boletas blancas “Aviso al Patrono”.....	19
Artículo 24° Del llenado de la boleta de otorgamiento de incapacidades y licencias.....	19
Artículo 25° De las boletas anuladas.....	20
Artículo 26° De la anotación de las incapacidades y licencias en el expediente clínico del paciente y hoja de atención de urgencias.....	20
Artículo 27° De las autorizaciones de licencias e incapacidades.....	20
Artículo 28° De la sección o servicio en que se otorgan las incapacidades y licencias.....	20
Artículo 29° De las recomendaciones de incapacidad por profesionales institucionales que tienen consulta privada.....	20
 CAPITULO IV.....	 21
De las incapacidades otorgadas en medicina general y especialidades.....	21
Artículo 30°. De los días de incapacidad por enfermedad para medicina general para las patologías más frecuentes en consulta externa.....	21
Artículo 31° De las incapacidades mayores a 15 días en medicina general.....	22
Artículo 32°. De las incapacidades otorgadas por médicos especialistas.....	22
Artículo 33° De las incapacidades mayores a 30 días.....	22
Artículo 34° De las incapacidades mayores a 90 días.....	22
Artículo 35° De las incapacidades de hasta 180 días.....	23
Artículo 36° De la estandarización de días de incapacidad.....	23
Artículo 37° De las incapacidades otorgadas por el sistema de teleconsulta institucional.....	24
Artículo 38°. De las incapacidades otorgadas en el servicio de urgencias.....	24
Artículo 39° De las incapacidades mayores de tres días en el servicio de urgencias.....	25
Artículo 40° De las incapacidades otorgadas a funcionarios institucionales en el mismo centro de trabajo.....	25
Artículo 41° De los plazos en que se debe extender el “Aviso al Patrono”.....	25

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

Artículo 64° De la solicitud, trámite y aprobación de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.....	31
Artículo 65° Del otorgamiento de la licencia para los responsables de pacientes en fase terminal.....	32
Artículo 66° De los plazos y condiciones de las licencias por fase terminal.....	32
Artículo 67° De la suspensión de las licencias por fase terminal.....	32
CAPITULO X.....	33
Licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.....	33
Artículo 68° De las licencias e incapacidades otorgadas por los médicos de empresa.....	33
Artículo 69° Del traslado de las boletas de licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.....	33
Artículo 70° De las licencias por maternidad otorgadas por medicina de empresa.....	33
Artículo 71° Del control de las licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa.....	33
CAPITULO XI.....	33
De los riesgos no cubiertos por la Caja.....	33
Artículo 72° De los riesgos no cubiertos por la Caja.....	33
Artículo 73° Del pago de subsidios en casos cubiertos por la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).....	34
Artículo 74° Del pago de subsidios en casos en los que se ha agotado la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA).....	35
Artículo 75° Del trámite establecido en el artículo 68 de la Ley de Tránsito para el pago de subsidios.....	35
Artículo 76° De los riesgos del trabajo.....	35
Artículo 77°. De la atención de emergencias por riesgos del trabajo.....	36
Artículo 78° De los riesgos del trabajo calificados por la aseguradora como no amparados.....	36
Artículo 79°: De otros riesgos excluidos.....	37
CAPITULO XII.....	37
De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.....	37
Artículo 80° De las recomendaciones de incapacidad por Terceros.....	37
Artículo 81° De las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.....	37
Artículo 82° Del trámite de las recomendaciones de incapacidad por profesionales en Medicina y Odontología privados, del Sistema de Medicina Mixta y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.....	38
Artículo 83° De la admisión, modificación o denegatoria de las recomendaciones de incapacidad.....	40
Artículo 84° Del control de las recomendaciones de incapacidad extendidas por terceros.....	40

CAPITULO XIII.....	40
De las incapacidades retroactivas y prospectivas.....	40
Artículo 85° Del otorgamiento de las incapacidades retroactivas.....	40
Artículo 86° De los casos excepcionales de otorgamiento de incapacidades retroactivas.....	41
Artículo 87° De las recomendaciones de incapacidades retroactivas extendidas en centros médicos privados.....	41
Artículo 88° De las recomendaciones de incapacidad retroactivas que provengan del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) o de sus centros acreditados.....	41
Artículo 89° De las recomendaciones de incapacidades o licencias retroactivas que provengan de centros médicos del exterior.....	42
Artículo 90° De las recomendaciones de incapacidad prospectivas que provengan de centros médicos del exterior.....	43
CAPITULO XIV.....	43
De los días de incapacidad en un solo formulario.....	43
Artículo 91° De los períodos de incapacidad y licencias otorgados en un solo formulario que no sobrepasen los ciento ochenta (180) días de licencia o incapacidad.....	43
CAPITULO XV.....	44
De la conformación de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.....	44
Artículo 92°. De la conformación de las Comisiones Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.....	44
Artículo 93° De la conformación de las Comisiones Regionales Evaluadoras de Licencias e incapacidades.....	44
Artículo 94° De la conformación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades.....	44
Artículo 95° De las potestades de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.....	45
CAPITULO XVI.....	45
Del control, evaluación y otorgamiento de las incapacidades y licencias.....	45
Artículo 96° Control del otorgamiento de incapacidades y licencias.....	45
Artículo 97° De las evaluaciones periódicas a las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades.....	45
Artículo 98° De los informes mensuales.....	46
Artículo 99° De los informes trimestrales.....	46
CAPITULO XVII.....	47
De las sanciones.....	47
Artículo 100°. De las sanciones.....	47

Capítulo XVIII.....	47
Disposiciones finales.....	47
Artículo 101°. Disposición final.....	47
Artículo 102° Derogatorias.....	47
CAPITULO XIX.....	48
Transitorio I.....	48

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

CAPITULO I Generalidades

Artículo 1°. Del objeto

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

Artículo 2° Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificación médica: documento extendido por la dirección médica de los centros de salud, en el cual se constata información básica del paciente, tal como diagnósticos por los cuales ha sido atendido el paciente, fechas de atención, procedimientos realizados y otorgamientos de incapacidades y licencias.

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

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

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

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

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

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

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

principios de solidaridad, compromiso, eficiencia, responsabilidad, equidad, confidencialidad, lealtad, veracidad, razonabilidad, entre otros.

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

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

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

Historia clínica: es un documento escrito en el que consta en forma ordenada, metódica y detallada, la narración verdadera de todos los sucesos acaecidos al paciente relacionados con su salud, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, durante su vida y que son de interés para su situación actual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nacimiento vivo: nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

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

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

Parto muy prematuro: aquellos nacidos entre las 28 (veintiocho) y 31 (treinta y una) semanas y seis días.

Parto prematuro tardío: aquellos nacidos entre las 32 (treinta y dos) y 36 (treinta y seis) semanas y 6 (seis) días.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tiempo estándar: es el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por el cuerpo médico y asumiendo el mínimo de demora en la atención médica del trabajador. Es conceptualmente el tiempo de recuperación funcional suficiente para que el trabajador se reintegre a sus labores habituales. Una vez alcanzado el tiempo estándar, la continuidad de la incapacidad puede estar dada por factores propios de la enfermedad o del paciente, la respuesta terapéutica o complicaciones de la enfermedad, que deberán ser valoradas por el médico que otorga la incapacidad.

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

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

Artículo 3° Principios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 4°. Del campo de aplicación

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

Artículo 5° Del objetivo del otorgamiento de una incapacidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 7° De los derechos al subsidio

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

En caso de simultaneidad de una incapacidad por enfermedad y una licencia por maternidad siempre prevalecerá la licencia por maternidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 46° del Reglamento del Seguro de Salud. Si una asegurada activa, estando con una incapacidad por enfermedad, accede a una licencia por maternidad, ésta se otorgará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VIII de este Reglamento y normativa relacionada, sin menoscabo de que si al terminar la licencia por maternidad continuara dicha enfermedad y, de acuerdo con criterio médico, se le deberá continuar otorgando la incapacidad respectiva en una nueva boleta.

Artículo 8°. De los asegurados voluntarios

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

Artículo 9° De los trabajadores independientes

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

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

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

Artículo 11° Del lugar de otorgamiento de licencias e incapacidades

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

Artículo 12° De la vigencia de las incapacidades

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

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

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

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

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

CAPITULO II

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

Artículo 14° De la inhabilitación por la incapacidad y las licencias

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

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

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

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

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

El asegurado (a) activo (a) que incumple la inhabilitación señalada en el artículo 14° de este Reglamento y el propósito de la incapacidad, señalada en el artículo 5° de este Reglamento, producto de las recomendaciones dadas por un profesional en medicina u odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) /en ese momento representante del Estado/ o de aquellos autorizados por ésta y realiza actividades contrarias al reposo prescrito, en primer lugar ve afectada su salud, pero también falta a los principios de universalidad, igualdad, solidaridad,

subsidiaridad, obligatoriedad, unidad y equidad, que caracterizan el sistema de salud costarricense, pues desatender la recomendación del médico u odontólogo implica utilizar nuevamente los servicios institucionales y encarecerlos, con la consiguiente afectación para el sistema de Seguridad Social y para el patrono, pues desobedecer la orden del médico implica poner en riesgo la salud, retrasar su recuperación y su reincorporación al trabajo. Además, quien no sigue los lineamientos ordenados por el médico u odontólogo que otorga la incapacidad vulnera los principios de buena fe y lealtad para con su patrono, presentes en los contratos de trabajo, así como otras obligaciones inherentes a la relación obrero-patronal, tales como conducirse conforme con los principios de rectitud, honradez, confianza y buen proceder, los cuales se mantienen vigentes, aún durante el período de incapacidad, pues así lo regula el artículo 73° del Código de Trabajo al establecer que la suspensión total o parcial de los contratos de trabajo no implica su terminación, ni extingue los derechos y obligaciones que emanen de ellos.

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

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

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

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

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

Artículo 17° De la anulación de las incapacidades y licencias

Se podrán anular las incapacidades en las siguientes situaciones:

- a. Las incapacidades obtenidas por medios engañosos o espurios, incluidas aquellas en las que se demuestre falsificación del lugar de residencia.
- b. Las incapacidades en que se demuestre la simulación de una enfermedad.
- c. Las incapacidades en que se demuestre han sido otorgadas por complacencia.
- d. Las incapacidades en que se demuestre el otorgamiento de una dádiva.

- e. Las incapacidades obtenidas mediante actos que vayan en contra de la normativa institucional o que no sigan los procedimientos para acceder consultas en niveles especializados.
- f. Las incapacidades que se generen producto de boletas o talonarios sustraídos de la Institución o a profesionales en Medicina u odontología autorizados.
- g. Las incapacidades que se generen por falsificación de boletas de incapacidad.
- h. Las incapacidades otorgadas según lo establece el artículo 19° de este Reglamento, previa valoración por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

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

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

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

La anulación de una incapacidad se podrá hacer mediante un proceso ordinario de acuerdo con lo estipulado en el Libro Segundo de la Ley General de la Administración Pública. El funcionario competente para dictar la resolución que dicte la anulación de la incapacidad será el director médico del hospital o área de salud que corresponda.

La tramitación de los recursos de revocatoria y apelación se resuelven de acuerdo con lo estipulado en los artículos 347 y siguientes de la Ley General de Administración Pública. El recurso de apelación deberá ser resuelto en el caso de áreas de salud, clínicas periféricas y hospitales periféricos y regionales por la Dirección Regional de Servicios de Salud correspondiente y en el caso de los hospitales nacionales y especializados por la Gerencia Médica.

Cuando se presuma la participación del profesional que otorga la incapacidad en alguno de los causales de anulación, la dirección médica del centro debe indagar los hechos a fin de determinar si es procedente la imputación de cargos, conforme con las reglas del debido proceso y establecer las sanciones que corresponda, así como de la responsabilidad patrimonial que estas actuaciones generen para el funcionario que emite la incapacidad, según la gravedad de la falta, de acuerdo con la normativa vigente, sin perjuicio de la

denuncia que corresponda ante la Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o al Ministerio Público.

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

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

T

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

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

CAPÍTULO III

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

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

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

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

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

Para quienes laboren en EBAIS desconcentrados o en el Sistema de Medicina de Empresa se entregará personalmente, en una primera y única vez dos talonarios en blanco. Cuando se haya

utilizado por completo el primero de ellos podrá solicitar otro talonario en blanco, de tal manera que el médico siempre disponga de boletas de incapacidad en su lugar de trabajo.

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

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

Artículo 22° Del extravío de los talonarios de incapacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El personal auxiliar debe completar el llenado de la boleta, anotando su nombre y firma en dicha boleta. No es permitido colocar etiquetas en las boletas de licencia e incapacidad. En caso de cometerse errores en el llenado, tanto por el profesional en medicina u odontología, como por el personal auxiliar, la boleta debe ser anulada y pegada al talonario para que sea anulada en el Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI) posteriormente, cuando se cambia el talonario, por lo cual deberá confeccionarse una boleta nueva. En caso de que un paciente no porte su número de identificación al momento de otorgar la incapacidad dicha información deberá ser completada por el personal auxiliar de Registros de Salud o el personal de la Oficina de Incapacidades, cuando el paciente presente su número de identificación. En caso de que la boleta deba completarse posteriormente se anotará en una bitácora el número de boleta y el nombre y firma del funcionario que deja pendiente el llenado de la boleta.

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

Artículo 25° De las boletas anuladas

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

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

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

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

Artículo 27° De las autorizaciones de licencias e incapacidades

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

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

Los médicos especialistas, a nivel institucional, solo podrán otorgar incapacidades y licencias en el servicio o sección donde tienen asignada su jornada ordinaria. En caso de que sean llamados a valorar pacientes en otros servicios podrán otorgar las incapacidades que el paciente requiere, dejando constancia del acto en la hoja de atención de urgencias o en el expediente clínico, según corresponda. En el caso de los médicos generales podrán otorgar incapacidades y licencias en el servicio donde tienen asignada su jornada ordinaria o en aquel en el que estén rotando. Tratándose de jornada extraordinaria, tanto médicos especialistas como médicos generales podrán otorgar incapacidades en el servicio donde estén realizando su jornada extraordinaria, documentando lo correspondiente en el expediente clínico o en la hoja de atención de urgencias del asegurado activo.

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

Las recomendaciones de incapacidad que emitan profesionales en medicina u odontología que laboren en forma privada y simultáneamente con la CCSS, en el mismo lugar de adscripción del asegurado activo, éstas deben ser revisadas y autorizadas por la Comisión Local Evaluadora de

Incapacidades. Las incapacidades que se generen producto de estas recomendaciones están sujetas a lo que establece el Capítulo XII de este Reglamento.

CAPITULO IV

De las incapacidades otorgadas en medicina general y especialidades

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

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

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

Causas	Número de días
1. Cefalea	hasta 3 (tres).
2. Ojo y sus anexos.	hasta 4 (cuatro).
3. Otitis.	hasta 3 (tres).
4. Enfermedades odontológicas.....	hasta 3 (tres).
5. Enf. respiratorias agudas.....	hasta 4 (cuatro)
6. Enf. Tipo influenza.....	hasta 5 (cinco)
7. Neumonía	hasta 10 (diez).
8. Enf. pulmonares crónicas.....	hasta 5 (cinco).
9. Enf. del esófago, estómago, duodeno, y colon.....	hasta 5 (cinco).
10 Hepatopatías.....	hasta 15 (quince).
11. Diarreas.....	hasta 2 (dos).
12. Hemorroides.....	hasta 4 (cuatro).
13. Infec. renales, litiasis y Ap. urinario.....	hasta 5 (cinco).
14. Flebitis y tromboflebitis.....	hasta 10 (diez).
15. Traumatismos superficiales.....	hasta 8 (ocho).
16. Tortícolis.....	hasta 4 (cuatro).
17. Dorsopatías.....	hasta 9 (nueve).
18. Lumbalgia y ciática.....	hasta 7 (siete).
19. Esguince y desgarras G I-II	hasta 15 (quince).
20. Esguince y desgarras G III-IV.....	hasta 30 (treinta).
21. Artropatías y trastornos afines.....	hasta 16 (dieciséis).
22. Crisis hipertensión arterial.....	hasta 4 (cuatro)
23. Descompensación diabética.....	hasta 6 (seis).

- 24. Dengue..... hasta 4 (cuatro).
- 25. Infecciones de la piel hasta 8 (ocho).
- 26. Quemaduras..... hasta 15 (quince).
- 27. Complicaciones del embarazo..... hasta 14 (catorce).
- 28. Trastornos psiquiátricos..... hasta 15 (quince).

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 33° De las incapacidades mayores a 30 (treinta) días

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

Artículo 34° De las incapacidades mayores a 90 (noventa) días

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

Artículo 35° De las incapacidades de hasta 180 (ciento ochenta) días

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

Artículo 36° De la estandarización de días de incapacidad

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

Asimismo, esta estandarización se aplicará en los casos de recomendaciones de incapacidad de internamientos en centros médicos privados, recomendaciones de incapacidad de medicina mixta y privada, según el inciso c) del artículo 81° de este Reglamento, de aseguradoras en caso de

accidentes de tránsito, de médicos del exterior en caso de funcionarios del servicio exterior y recomendaciones que provengan para asegurados directos que estén laborando temporalmente en el exterior pero continúan cotizando a la Caja Costarricense de Seguro Social y su patrono radica en Costa Rica y en toda aquella recomendación de incapacidad que presente un asegurado activo que provenga de éstas y otras fuentes.

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

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

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

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

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

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

- a. El médico del centro teleconsultado consignará la nota médica en el formulario de contrarreferencia o en una hoja de evolución, en la cual indicará el diagnóstico, las fechas y los días de incapacidad que requiere el paciente.
- b. El médico del centro teleconsultante anotará en el expediente de salud del paciente el diagnóstico, las fechas y los días de incapacidad indicados por el médico del centro teleconsultado.
- c. Finalizada la teleconsulta el centro teleconsultado debe enviar la contrarreferencia al centro teleconsultante, por los medios establecidos, con la firma y el sello del médico teleconsultado, la cual deberá incorporarse al expediente clínico del paciente.
- d. Una vez recibido el documento anterior el médico teleconsultante confeccionará la boleta de incapacidad respectiva, por el total de días indicados, de acuerdo con lo que establece este Reglamento. Además, la boleta de incapacidad llevará un sello indicando que es una teleconsulta.
- e. Toda incapacidad otorgada bajo esta modalidad deberá llevar autorización, en el reverso de la boleta de incapacidad, de la jefatura inmediata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 48° Otorgamiento de incapacidades en centros médicos pediátricos.

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

Artículo 49° De la continuación de incapacidades

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

**CAPITULO VI
De las incapacidades prolongadas****Artículo 50°. De los pacientes con períodos de incapacidad mayores a 6 (seis) meses**

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

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

Los casos en que los períodos de incapacidad continuas o discontinuas superen trescientos sesenta y cinco (365) días, dentro de un período de dos años, incluida la nueva incapacidad, deben ser analizados por la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, con el fin de ratificar su procedencia y evaluar al asegurado (a) activo (a) bajo criterios médico- administrativos, incluido el criterio del médico o médicos a cargo, por solicitud de la Comisión. El médico o médicos a cargo deben remitir en forma obligatoria el criterio solicitado a la Comisión Local en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles y con copia al expediente clínico del asegurado (a). Lo anterior sin perjuicio de que a criterio de dicha Comisión se considere de que el asegurado deba ser valorado en un plazo menor.

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

En el caso de que producto de la valoración en la sesión clínica se determine que el paciente puede reintegrarse a sus labores habituales y se le dé de alta de la patología por la cual se le ha

incapacitado prolongadamente, se le entregará una contrarreferencia al paciente para el nivel que lo refirió para que continúen su control habitual. De lo anterior se deberá comunicar a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para el control y seguimiento respectivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VII

De las incapacidades en internamientos prolongados

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VIII

De las licencias por maternidad

Artículo 55°. De las licencias por maternidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO IX**De las licencias para los responsables de pacientes en fase terminal****Artículo 63°. De la licencia para los responsables de pacientes en Fase Terminal.**

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

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

De conformidad con lo que establece el artículo 4° del *Instructivo Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal*, el enfermo o la persona encargada, con base en el dictamen del médico tratante que determina la fase terminal, presentan la solicitud de licencia ante la Dirección Médica del Centro de adscripción del enfermo. Tratándose de enfermos con egreso de un centro hospitalario, la dirección médica de dicho centro hará constar su criterio en cuanto al padecimiento y expectativa de vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO X

Licencias e incapacidades otorgadas por medicina de empresa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO XI

De los riesgos no cubiertos por la Caja

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

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

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

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

- a) El asegurado (a) activo (a) de la Caja que haya sufrido un accidente de tránsito y que hubiere recibido una recomendación de incapacidad como parte de las prestaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 76° De los riesgos del trabajo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 79°: De otros riesgos excluidos

Las disposiciones contenidas en el presente capítulo serán de aplicación en lo que resultaren compatibles y autorizarán el eventual otorgamiento, a criterio médico, de incapacidades, en todos aquellos casos en los que a través de los canales de comunicación institucionales, se haya informado a los centros de salud de la existencia de actividades que para su desarrollo el ordenamiento jurídico obliga a contar con una póliza que cubra gastos médicos y prestaciones en dinero hasta la reinserción del lesionado a la vida laboral.

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

CAPITULO XII

De las recomendaciones de incapacidad por Terceros

Artículo 80° De las recomendaciones de incapacidad por Terceros

Las recomendaciones de incapacidad por Terceros son aquellas que provienen de Médicos y Odontólogos Privados Nacionales, del Sistema de Medicina Mixta, del Instituto de

Alcoholismo y Farmacodependencia, de profesionales médicos de aseguradoras nacionales y de profesionales médicos del exterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

La Comisión Local Evaluadora de Incapacidades puede citar al paciente para una revaloración, en caso de estimarlo necesario, ya sea por duda diagnóstica, cantidad de días recomendados o más de dos recomendaciones continuas de un mismo médico u odontólogo o también por alguno de los supuestos del artículo 17° de este Reglamento. Si producto de la revaloración del paciente se estime que los días otorgados o el diagnóstico no corresponden con la situación clínica del paciente y según lo estipulado en el artículo 36° de este Reglamento, se procederá a la modificación de los días de incapacidad recomendados, mediante un nuevo acto médico, el cual debe quedar debidamente anotado en el expediente clínico del asegurado (a) activo (a).

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

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

CAPITULO XIII**De las incapacidades retroactivas y prospectivas.****Artículo 85° Del otorgamiento de las incapacidades retroactivas**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de incapacidad o licencia por maternidad por hospitalización o consulta externa, otorgadas en el extranjero, se deben presentar ante la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades del centro médico de adscripción del asegurado (a) activo (a), instancia que dará el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria. Posteriormente las incapacidades serán otorgadas por el médico correspondiente en el EBAIS de adscripción. Dicha

gestión la debe realizar el interesado o en casos justificados su representante legal, aportando la documentación en español, refrendada y autenticada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto en el país o mediante el Convenio de la Apostilla, en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles, a partir de la fecha en que se emitió la autenticación. El reconocimiento de los días recomendados de incapacidad queda sujeto a lo establecido en el artículo 36° de este Reglamento.

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

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

- l. Tales disposiciones serán de acatamiento obligatorio en todos sus extremos para los funcionarios del Servicio Exterior, en tanto se acojan al trámite para el otorgamiento de incapacidades en la Caja Costarricense de Seguro Social, según la normativa señalada.
- m. El trámite de estas incapacidades siempre se hará en las Áreas de Adscripción de los funcionarios del Servicio Exterior y no se autoriza para que sean tramitadas en hospitales.

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

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

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

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

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

CAPITULO XIV

De los días de incapacidad en un solo formulario

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

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

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

CAPITULO XV

De la conformación de las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades

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

La Dirección de todo centro médico, ya sea institucional o de Proveedores Externos de Servicios Integrales de Salud debe conformar y tener en funcionamiento una Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades, que dependerá técnicamente de la Comisión Regional Evaluadora de Licencias e Incapacidades respectiva, con excepción de las Comisiones Locales Evaluadoras de Incapacidades de Hospitales Nacionales y Especializados que dependerán directamente de la Comisión Central Evaluadora de

Incapacidades. En todo caso las Comisiones Locales, Regionales y Central Evaluadoras de Incapacidades se regirán por lo establecido en el Reglamento para el Funcionamiento de las Comisiones Central, Regionales y Locales Evaluadoras de Licencias e Incapacidades.

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

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

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

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

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

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

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

Las Comisiones Evaluadoras de Licencias e Incapacidades quedan facultadas para:

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

asegurados activos incapacitados, resguardando la confidencialidad respectiva, con el fin de analizar en forma integral la situación de un asegurado activo incapacitado.

- f) Solicitar certificaciones de las atenciones médicas otorgadas a pacientes o funcionarios de su centro que han sido incapacitados en otros centros.

CAPITULO XVI

Del control, evaluación y otorgamiento de las incapacidades y licencias

Artículo 96° Control del otorgamiento de incapacidades y licencias

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

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

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

Artículo 98° De los informes mensuales

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

La Dirección Médica de cada centro, ya sea institucional o de Proveedores Externos de Servicios Integrales de Salud, en conjunto con la Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades, debe evaluar mensualmente, en forma obligatoria, el otorgamiento de incapacidades y licencias, a partir de los informes generados por el SIAC-Reportes, tanto las que se otorgan por los profesionales del centro médico, como las otorgadas por medicina de empresa y las recomendaciones de profesionales de medicina mixta y medicina privada. Dichos informes deben ser presentados y discutidos con los profesionales en Medicina y Odontología del Centro. El cumplimiento de lo anterior se verificará según lo establecido en el artículo 97° de este Reglamento.

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

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

Artículo 99° De los informes trimestrales

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

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

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

CAPITULO XVII

De las sanciones

Artículo 100°. De las sanciones

El incumplimiento a lo dispuesto en este Reglamento se sancionará de acuerdo con lo regulado en el Reglamento Interior de Trabajo, el Código de Ética del Servidor de la CCSS, el Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos, la Ley General de Administración

Pública, la Ley de Control Interno y demás normativa aplicable, incluyendo el Código Penal y el Código Procesal Penal, de acuerdo a las reglas del debido proceso.

Capítulo XVIII

Disposiciones finales

Artículo 101°. Disposición final

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

Artículo 102° Derogatorias

En consecuencia, el presente Reglamento deroga:

- a) El *Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud* y sus reformas, aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 9° de la sesión 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011 y publicado en La Gaceta número 121 del 23 de junio del año 2011 y modificado en el artículo 23° de la sesión número 8540, celebrada el 20 de octubre del año 2011 y publicado en La Gaceta número 233 del 05 de diciembre del año 2011, así como cualquier otra norma reglamentaria que se le oponga.
- b) El *“Instructivo que establece los procedimientos de las comisiones médicas evaluadoras de las incapacidades de los beneficiarios del Seguro de Salud”*.
- c) La circular GM-33944 del 08 de julio del año 2011, emitida por la Gerencia Médica y la circular número AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 28 de junio del año 2012, emitida por el Área Gestión de Riesgos Excluidos y la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades.
- d) El artículo 27° del *Instructivo de Prestaciones en Dinero*.
- e) Modifica, en los términos que en adelante se consignan:
 - e.1 Los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del *Reglamento del Seguro de Salud*.
 - e.2 El artículo 12° del *Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios*.
 - e.3 El artículo 74° del *Reglamento Interior de Trabajo*.
 - e.4 El artículo 44° del *Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte*.
 - e.5 Los artículos 7°, 25°, 26°, 32°, 33°, 35° y 36° del *Instructivo de Prestaciones en Dinero*.

- e.6 El artículo 8° del *Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal*.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

“Artículo 10 Definiciones

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

Lugar de adscripción

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

Artículo 16°

De los riesgos excluidos.

Quedan excluidos del Seguro de Salud:

1. Los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o aseguradoras, según los casos.
2. Los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078, publicada en el Alcance Digital N° 165 del Diario Oficial La Gaceta N° 207 del viernes 26 de octubre del 2012, en el tanto corresponda a una aseguradora su cobertura.

Artículo 36°

De la cuantía del subsidio por enfermedad.

El subsidio por incapacidad es de hasta cuatro veces el aporte contributivo total (Trabajador, Patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la Caja, en los tres meses inmediatamente anteriores a la incapacidad.

El promedio indicado excluye cualquier otro ingreso que no corresponda al período de referencia señalado para el cálculo.

Tratándose de trabajadores asalariados, se tomará el salario o el monto que sirvió de base a la cotización, correspondiente al patrono (s) con el que labora el asegurado.

Para establecer el subsidio diario la Caja considera los meses a 30 días.

En el caso de trabajadores independientes, el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con el aporte del trabajador y el Estado, según la siguiente tabla:

Meses cotizados	Porcentaje de subsidio según aporte
De 01 a 02 meses	25%
De 03 a menos de 06 meses	50%
(ayuda económica)	
De 06 a menos de 09 meses	75%
De 09 meses o más	100%

Todo subsidio se paga por períodos vencidos, de acuerdo con el procedimiento que la Institución determine.

Artículo 37°

De la pérdida del derecho al pago de subsidios.

El asegurado activo que incurra en lo siguiente pierde el derecho al pago del subsidio:

- a. Las incapacidades obtenidas por medios engañosos, incluyendo aquellas en las que se demuestre falsificación del lugar de residencia.
- b. Las incapacidades en que se demuestre la simulación de una enfermedad.
- c. Las incapacidades en que se demuestre han sido otorgadas por complacencia.
- d. Las incapacidades en que se demuestre el otorgamiento de una dádiva.
- e. Las incapacidades que se generen producto de boletas o talonarios sustraídos de la Institución o a profesionales en Ciencias Médicas autorizados.
- f. Igual sanción rige respecto del asegurado que se ocupe de labores remuneradas durante el período de incapacidad.
- g. El asegurado activo que viaje dentro o fuera del país sin tener autorización médica se expone a la suspensión del pago del subsidio.

Artículo 40°
De las licencias por maternidad.

Con motivo de la 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.

Las complicaciones del embarazo serán consideradas dentro de los riesgos del embarazo y debe protegerse a la madre con incapacidad de acuerdo con el criterio médico; no obstante los casos de abortos no intencionales con menos de veinte (20) semanas de gestación se manejarán como complicaciones del embarazo y serán consideradas dentro de los riesgos de enfermedad y se otorgará una incapacidad de acuerdo con criterio médico. Tratándose de parto prematuro con producto nacido muerto, cuando la gestación haya alcanzado las veinte semanas y sin sobrepasar las treinta y cinco (35) semanas y seis días (6), el período de licencia será equivalente a la mitad del período posparto de la licencia por maternidad, (45 días).

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

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

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

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

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

El subsidio que corresponda se pagará conforme el lugar de adscripción de la asegurada, pero en todos los casos el cargo presupuestario corresponderá al centro asistencial que emite el documento.

Artículo 41°
De la modificación del plazo de licencia.

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

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

Artículo 42°

Del derecho a la licencia por Maternidad

Para tener derecho a los subsidios en dinero por licencia de maternidad, es necesario que la asegurada activa haya cotizado el mes inmediatamente anterior a la fecha de inicio de la licencia o parto, o seis en los doce meses anteriores al inicio de la licencia o parto. En caso de incapacidad previa, este requisito debe entenderse en relación con el período anterior al inicio de dicha incapacidad.

Si la asegurada no cumple los plazos de calificación indicados se estará a lo que dispone el artículo 38° de este Reglamento.

En caso de las trabajadoras independientes el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con el aporte de la trabajadora y el Estado, según la siguiente tabla:

Meses cotizados	Porcentaje de subsidio según aporte
De 01 a 02 meses	25%
De 03 a menos de 06 meses (ayuda económica)	50%
De 06 a menos de 09 meses	75%
De 09 meses o más	100%".

REGLAMENTO INTERIOR DE TRABAJO

“Artículo 74.

La ausencia por enfermedad se justificará con la boleta de “Aviso al Patrono” de incapacidad extendida por los servicios médicos de la Institución, la cual debe ser presentada a la jefatura inmediata del trabajador, a más tardar en las 48 horas siguientes de la fecha en que el médico la otorgue, para que sea remitida a la Oficina de Personal”.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

“Artículo 44°:

Incompatibilidad de la pensión y el subsidio por enfermedad

No se pueden recibir subsidios por incapacidad en los términos de los artículos 29° y 34° del

Reglamento del Seguro de Salud con la pensión por invalidez o por vejez”.

REGLAMENTO PARA LA AFILIACIÓN DE LOS ASEGURADOS VOLUNTARIOS

“Artículo 12°

De los beneficios

Los asegurados voluntarios al día en el pago de cuotas, tienen derecho a las prestaciones que otorga el Seguro de Salud, excepto el pago de incapacidades y licencias por concepto de enfermedad y maternidad, por tratarse de población económicamente inactiva”.

INSTRUCTIVO PARA EL PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO

“Artículo 7°

Lugar de Adscripción

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

Artículo 25°

De la cuantía del subsidio

El subsidio es equivalente a 4 veces el aporte contributivo total al Seguro de Salud, según la suma de las cotizaciones del trabajador, patrono, Estado, derivada de los salarios o ingresos procesados por la Caja en los tres meses consecutivos, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, o de los ingresos que sirvieron de base a la cotización.

Tratándose de trabajadores(as) independientes la multiplicación anterior es por el aporte contributivo total (trabajador y Estado), y el subsidio se paga proporcionalmente conforme la siguiente tabla:

Meses cotizados	Porcentaje de subsidio según aporte
De 01 a 02 meses	25%
De 03 a menos de 06 meses	50%
(ayuda económica)	
De 06 a menos de 09 meses	75%
De 09 meses o más	100%

Artículo 26° Del cálculo del subsidio**(Párrafo 4°)**

En el caso de los trabajadores independientes, el subsidio diario se calcula multiplicando el porcentaje de contribución por el ingreso de referencia, el cual a su vez se multiplica por 4 y se divide entre 30 para obtener el subsidio diario. El porcentaje que corresponda después de efectuado el cálculo anterior, procede según los meses de cotización conforme lo indica la tabla que incluye el artículo anterior.

Artículo 27°**De las prórrogas**

Derogado

Artículo 32°**De la pérdida del derecho a los subsidios.**

El derecho al subsidio o la ayuda económica se pierde cuando:

- El plazo de prescripción señalado en el artículo 61° de la Ley Constitutiva, haya concluido.
- El asegurado (a) incurra en fraude o adultere documentos de la Caja, o haya inducido a engaño a funcionarios de la Institución.
- El trabajador o trabajadora se encuentre cesante, en huelga, durante la suspensión legal del contrato de trabajo o que haya suspendido su actividad económica.
- El asegurado (a) activo se dedique a labores remuneradas o esté recibiendo el salario completo durante el período de la incapacidad o la licencia.
- El asegurado activo haya incurrido en alguno de los puntos señalados en el artículo 37° del Reglamento del Seguro de Salud.

Artículo 33°**Del derecho al pago de las licencias por maternidad**

Toda trabajadora activa (incluidas las independientes) en estado de gravidez, que cumpla con los plazos de calificación, tiene derecho al pago de licencia de maternidad hasta por cuatro meses, período que incluye el pre y el post parto. Igual derecho tiene la asegurada activa que adopte un niño, caso en el cual el período que se paga es de hasta por tres meses, de acuerdo con los términos de la ley de adopción.

Tratándose de aborto no intencional o parto prematuro no viable, cuando la gestación haya alcanzado un período de veinte (20) semanas, procede el pago de subsidios como maternidad, por la mitad del período post parto, de conformidad con lo dispone el artículo 57° de la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

Tratándose de partos y adopciones múltiples procede el pago de subsidios por maternidad

conforme a lo establecido en los artículos 60° y 62° de la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

En caso de parto prematuro procede el pago de la licencia por maternidad en forma completa.

También procede el pago cuando la trabajadora, no obstante haber disfrutado de un permiso sin goce de salario antes de la licencia, es activa y cumple con el plazo de calificación reglamentario.

Artículo 35° De la cuantía

(Párrafo 2°)

Tratándose de trabajadoras independientes la cotización derivada se obtiene multiplicando el porcentaje total de cotización que corresponda el cual incluye la cotización de la trabajadora y del Estado.

Artículo 36° Del cálculo del subsidio

(Párrafo 2°)

Tratándose de trabajadoras independientes la multiplicación es por el porcentaje de cotización que corresponda (incluye cotización de la trabajadora y del Estado); el resto del procedimiento es igual. Además, el subsidio en este caso se paga proporcionalmente al número de meses cotizados conforme la tabla incluida en el artículo 25° de este Instructivo”.

INSTRUCTIVO: BENEFICIO PARA LOS RESPONSABLES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL

“Artículo 8° De la suspensión de las licencias

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

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

En caso de que el paciente fallezca antes de concluir uno de los períodos de 30 días otorgados por renovación, la licencia se da por concluida automáticamente al tercer día natural posterior al fallecimiento”.

CAPITULO XIX

Transitorio I

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

- II) Instruir la publicación del nuevo Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades para los Beneficiarios del Seguro de Salud, así como la reforma a los artículos 10°, 16°, 36, 37°, 40°, 41° y 42° del Reglamento del Seguro de Salud, al artículo 12° del Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, al artículo 74° del Reglamento Interior de Trabajo, al artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, así como a los artículos 7°, 25°, 26° (párrafo 4°), 32°, 33°, 35° (párrafo 2°) y 36° (párrafo 2°) del Instructivo de Prestaciones en Dinero y del artículo 8° del Instructivo: Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal.
- III) Instruir a la Dirección Actuarial y Económica para que presente, en el plazo de una semana el respectivo análisis en cuanto a la contribución de los asegurados voluntarios respecto de los otros sectores que permita sustentar por qué el artículo 12° del Reglamento de Asegurados Voluntarios excluye el pago de incapacidades y licencias, y que al efecto se presente la propuesta de modificación que se estimare pertinente.
- IV) Instruir a la Gerencia Financiera, para que, en coordinación con la Gerencia de Pensiones y la Dirección Actuarial y Económica, presenten en el plazo de quince días la propuesta de contribución en el Seguro de Salud para los trabajadores pensionados por invalidez o vejez que laboran, en la cual se excluya el porcentaje de contribución o prima que les otorga el derecho al subsidio, según lo establece el artículo 44° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.
- V) Con base en la información presentada, instruir a las Gerencia Médica y Administrativa, para que se realice un análisis sobre la viabilidad técnica (incluye aspectos económicos y otros) y jurídica (antecedentes jurídicos que dieron origen al derecho), en cuanto a la posibilidad y conveniencia de suprimir el pago de los primeros tres días de incapacidad, en el caso de los funcionarios de la Institución.

Dicho análisis se solicita para la sesión del 30 de abril en curso.

- VI) Encargar a la Gerencia Financiera que revise el Instructivo de Prestaciones en Dinero, con el propósito de actualizarlo.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por unanimidad. Por lo tanto, lo acordado se adopta en firme.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Luis Fernando Campos Montes y las doctoras Hilda Oreamuno Ramos, Rocío Sánchez Montero, la ingeniera Shirley López Carmona, Asesora de la Gerencia Administrativa; los licenciados Sergio Gómez Rodríguez, funcionario de la Dirección de Presupuesto, Claudio Arce Ramírez, Asesor de la Gerencia Financiera, y la ingeniera Susan Peraza Solano, funcionaria de la Dirección de Planificación Institucional.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Luis Fernando Campos Montes y las doctoras Hilda Oreamuno Ramos, Rocío Sánchez Montero, la ingeniera Shirley López Carmona, Asesora de la Gerencia Administrativa; los licenciados Sergio Gómez Rodríguez, funcionario de la Dirección de Presupuesto, Claudio Arce Ramírez, Asesor de la Gerencia Financiera, y la ingeniera Susan Peraza Solano, funcionaria de la Dirección de Planificación Institucional.

ARTÍCULO 11°

Se presenta, se delibera y se acoge la propuesta de acuerdo solicitada en el artículo 3° de esta sesión.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° PFISS-021-14 de fecha 10 de abril del año 2014, que firma el licenciado Luis Fernando Campos Montes, Director del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, al que se adjunta el Plan de Gestión del Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, y

CONSIDERANDO:

- I. Que la fragmentación y la segmentación de los procesos que integran el sistema de salud constituyen uno de los desafíos más importantes para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de los servicios de salud.
- II) Que la Institución ha venido desarrollando un conjunto de estrategias y acciones que conllevan a replantear aspectos críticos de la organización y funcionamiento para el logro de la visión y misión institucional, en respuesta a los cambios en la estructura demográfica y en el perfil epidemiológico de la población, aunado al desarrollo tecnológico, el incremento de los costos, limitaciones en la sostenibilidad financiera y otros elementos de la oferta, que perfilan nuevas formas de organización, gestión y atención, para resolver los problemas y necesidades de salud de la población, en el ámbito de la prestación de servicios de salud.
- III) En este contexto, las autoridades Institucionales acordaron diseñar un Programa que contemple estrategias que permitan desarrollar acciones tendientes a contribuir al fortalecimiento integral del Seguro de Salud, con énfasis en cuatro componentes: redes integradas, modelo de gestión clínica en los establecimientos, administración y gobierno; asignación de recursos y sostenibilidad económica, conjuntando, además, todas las iniciativas y estudios que, sobre este tema, están realizando o han efectuado diversos grupos de trabajo en las diferentes Gerencias de la Institución.
- IV) La Junta Directiva dispuso el 25 de noviembre del año 2013, en el artículo 2° de la sesión número 8681, aprobar el “*Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud*” en el que se designa como Director al Lic. Luis Fernando Campos Montes acompañado por los

Directores técnicos, la Dra. Rocío Sánchez Montero, la Dra. Hilda Oreamuno Ramos, la Ing. Susan Peraza Solano, el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, con la colaboración de la Ing. Shirley López Carmona, la Dra. Xenia Sancho Mora, el Lic. Claudio Arturo Arce Ramírez y la Licda. Kattia Rodríguez Arce, para la elaboración del proceso de planificación,

la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por atendido lo requerido al Gerente Administrativo en el artículo 2° de la sesión número 8681 del 25 de noviembre del año 2013 y aprobar el “Plan de Gestión del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud” presentado por el Director del Programa, el señor Gerente Administrativo y el equipo de trabajo designado, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión.

ACUERDO SEGUNDO: instruir al Gerente Administrativo para que presente el Plan de Gestión del Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud a las autoridades entrantes como parte del proceso de transición de la nueva administración, sin menoscabo de los ajustes o variaciones que estas nuevas autoridades consideren pertinentes para su implementación.

ACUERDO TERCERO: instruir a la Dirección de Planificación Institucional, para que ajuste el cronograma para la implementación de la disposición a) del DFOE-SOC-IF-15-2011 e informe a la Contraloría General de la República, de acuerdo con los plazos establecidos en el Plan de Gestión.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida en forma unánime. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El licenciado Campos Montes y el equipo de trabajo que lo acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTÍCULO 12°

Se presenta la nota número ECO-71-2014 de fecha 9 de abril del año en curso, firmada por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el proyecto “*LEY QUE REGULA EL PLAN DE ABORDAJE INTEGRAL PARA EL DESARROLLO DEL CORDON FRONTERIZO DE LA ZONA NORTE*”; expediente N° 19.055.

Asimismo, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5063-2014, fechado 21 de abril del año en curso, que firma la señora Gerente Médico y que, en adelante se transcribe:

“La Gerencia Médica solicita prórroga de 15 días hábiles, para contar con el criterio técnico que permitan atender la consulta sobre el Proyecto “**Ley que regula el Plan de Abordaje Integral para el desarrollo del Cordón Fronterizo**”, de acuerdo con la solicitud planteada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud mediante el oficio DDSS-0518-2014 de fecha 21 de abril del 2014, que señala:

*“En atención de la solicitud sobre la revisión y recomendaciones técnicas, se hace análisis de la propuesta del documento **“Ley que regula el plan de abordaje integral para el desarrollo del cordón fronterizo de la zona Norte”**, expediente legislativo N° 19.055, donde se solicita criterio a esta Dirección por parte de Gerencia Médica y con plazo de respuesta de 08 días, habiéndose recibido en fecha de 10 de Abril 2014, por tanto y con el propósito de alcanzar el objetivo de brindar un abordaje integral y promover mejores condiciones de desarrollo económico, social y ambiental; se programa la convocatoria con la Dirección de Planificación y Proyección Institucional en los próximos días para que se conforme un equipo de trabajo para unificar criterio en el proceso a corto, mediano y largo plazo. Por esta razón solicitamos muy respetuosamente la ampliación de plazo de 15 días para realizar las gestiones mencionadas”*,

y la Junta Directiva, por lo expuesto –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión Permanente Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa un plazo de quince días hábiles para dar respuesta.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Loredana Delcore Domínguez, funcionaria del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

ARTÍCULO 13°

Teniendo a la vista oficio número GM-SJD-5072-2014 de fecha 22 de abril del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la Loredana Delcore Domínguez, Jefe de la Subárea de Beneficios para Estudios del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar a favor de la doctora Jessica Daniela Esquivel González, Médico Residente de Radiología del Hospital México, permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 1° de mayo al 3 de julio del año 2014, para que realice una Rotación por Oncología Radioterápica, en el Centro Oscar Lambret, en Lille, Francia.

El permiso con goce de salario se contempla como parte del presupuesto ordinario del centro de trabajo a la que pertenece la becaria. Queda entendido que no se realizará la sustitución de la doctora Esquivel González durante el período de estudios y no se verá afectada la prestación del servicio. Lo anterior, de conformidad con lo estipulado en el artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011.

El beneficio aprobado queda sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La licenciada Delcore Domínguez se retira del salón de sesiones.

ARTÍCULO 14°

Se tiene a la vista la nota número PE-30.479-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se adjunta copia del oficio suscrito por el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social, licenciado Olman Segura Bonilla, por medio del que, en cuanto a la recomendación de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), solicita información –según la materia de competencia de la Caja- en lo que concierne a la aplicación del Convenio sobre prevención de accidentes (gente de mar) y el Convenio sobre marina mercante.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5068-2014, del 22 de abril en curso, que literalmente se lee así, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

En atención al oficio JD-PL-009-14 del 10 de abril del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio DMT-354-2014 de fecha 1 de abril del 2014, suscrito por el señor Olman Segura Bonilla, Ministro de Trabajo y Seguridad Social, mediante el cual señala que en atención a las obligaciones del Gobierno de Costa Rica de rendir memorias anuales sobre las medidas que haya adoptado para poner en ejecución los convenios que haya ratificado, en su condición de Estado Miembro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), solicita la aportación de información que responda a la observación y recomendación de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT, en relación con lo siguiente:

- **SOBRE EL CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (GENTE DE MAR):** La Comisión de Expertos ha solicitado información sobre la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, el cual está previsto en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley No. 8436.
- **SOBRE EL CONVENIO SOBRE LA MARINA MERCANTE:** La Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que prescriben: i) el período de validez del certificado médico de la gente de mar; ii) la naturaleza del examen médico que se tiene que realizar y la información que se tiene que incluir en el certificado médico, y iii) las disposiciones para un nuevo examen en caso de denegación del certificado, con miras a conseguir la equivalencia sustantiva con las disposiciones de los artículos 4, 5 y 8 del Convenio sobre el examen médico de la gente de mar.

CRITERIOS TECNICOS

1. La Gerencia Médica procedió a solicitar el criterio técnico respectivo a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, el cual fue emitido mediante el oficio DDSS-0527-14 de fecha 21 de abril del 2014, suscrito por el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, indicando:

“(…) Cabe mencionar que en el caso de dictámenes médicos se realizan de igual manera en cualquier establecimiento de salud, siempre y cuando el interesado cuente con expediente clínico en su área de adscripción y debidamente inscrito. (…)

2. La Gerencia Médica procedió a solicitar el criterio técnico respectivo a la Dirección De Red de Servicios de Salud, el cual fue emitido mediante el oficio DRSS-1123-14 de fecha 23 de abril del 2014, indicando:

“I. Convenio sobre la Prevención de Accidentes

Artículo 2. Estadísticas e investigaciones de los accidentes de trabajo.

A la Caja Costarricense de Seguro Social le corresponde la atención de las enfermedades comunes y los accidentes no laborales. En la Ley Constitutiva de la CCSS se indica:

“Artículo 1: La institución creada para aplicar el seguro social obligatorio e incrementar el voluntario, se llamará Caja Costarricense de Seguro Social, y para los efectos de esta Ley y sus Reglamentos, CAJA.

Artículo 2: El Seguro Social comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro de acuerdo con la cuota que fije la Caja, simple que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.”

En la página web del Instituto Nacional de Seguros, aparece lo siguiente:

“Amparado en la Ley N° 53 sobre Accidentes de Trabajo, creada en 1926, el INS creó el Departamento Obrero, como encargado de administrar esta Ley, el cual posteriormente se llamará Departamento de Riesgos del Trabajo.

La Asamblea Legislativa aprueba en el año 1982 la Ley 6727, que modifica el actual Título IV del Código de Trabajo, que integra lo siguiente:

- Se amplía el concepto de Riesgos del Trabajo (Artículo 195).
- El seguro de Riesgos del Trabajo se declara obligatorio, universal y forzoso (Artículo 201).
- Aparece el concepto de Salud Ocupacional, ligado a promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social del trabajador (Artículo 273).

En consonancia con la Constitución Política de Costa Rica (Artículo 66), se asigna un conjunto de responsabilidades al patrono, respecto al seguro, al riesgo y la prevención (Artículos 214, 215 y 284).”

Además, el Artículo 204 del Código de Trabajo indica que “los riesgos de trabajo serán asegurados exclusivamente por el Instituto Nacional de Seguros (...)” y la formulación de las medidas para garantizar la salud ocupacional de los trabajadores es responsabilidad, según el Artículo 282 del mencionado Código, del Consejo de Salud Ocupacional, el Ministerio de

Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros.

Por lo anterior, la información sobre accidentes y enfermedades laborales es responsabilidad del Instituto Nacional de Seguros y no de la Caja Costarricense de Seguro Social.

También, como claramente lo establece el documento que se comenta, procedente de la Comisión de Expertos, corresponde al INS brindar todas las informaciones pertinentes relativas a los riesgos que enfrentan los trabajadores de mar, lo mismo que en lo relativo a las investigaciones por pérdida de vidas o lesiones graves de este grupo de trabajadores.

Cabe mencionar que el Consejo de Salud Ocupacional, es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Trabajo y en él la Caja Costarricense de Seguro Social ocupa un puesto como miembro propietario. (Art. 275)

Dentro de las funciones de dicho Consejo (Art. 274 C.T.) se establecen:

“(...) b) Realizar estudios e investigaciones en el campo de su competencia.

j) Efectuar toda clase de estudios estadísticos y económicos relacionados con la materia de su competencia (...)”

De lo anterior se colige que la C.C.S.S. participa únicamente como miembro de número en el Consejo, en una materia que no le es ajena pero cuya responsabilidad recae fundamentalmente en el Instituto Nacional de Seguros, administrador exclusivo de los riesgos de trabajo, según lo establecido en el Artículo 204 del Código de Trabajo.

Si bien es cierto que el Artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, N° 8436, establece que “para garantizar la seguridad laboral y la salud de los tripulantes de las embarcaciones, el INCOPECA, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, determinarán mediante Reglamento, las medidas necesarias para el cumplimiento de estos fines, entre las cuales necesariamente deberán incluir un botiquín de primeros auxilios y capacitación en esta materia de al menos uno de los tripulantes. (...)”, también es cierto que corresponde al Ministerio de Salud y al INCOPECA, la extensión de permisos, concesiones y autorizaciones respectivamente, por lo cual debe considerarse lo establecido por la ley como requisito indispensable para la extensión o renovación de licencias y otros, como lo establece el nuevo artículo 198 bis del Código de Trabajo.

La notificación de medidas preventivas en cuanto a salud ocupacional corresponde a la Inspección General de Trabajo y al INS (Art. 19, título IV del Código de Trabajo) y la obligación de instalar un botiquín de emergencia y su contenido mínimo se establece en el Art. 24 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo.

Artículo 3. Investigaciones

En cuanto a información sobre las investigaciones que se están realizando sobre la evolución de los accidentes de trabajo a bordo de los buques, cabe mencionar que la “Norma del Seguro de Riesgos del Trabajo” establece en el numeral 10, Administración del Seguro, inciso 10.11, investigación de accidentes, que “... previo al reporte que se haga al Instituto Nacional de Seguros de un accidente laboral, éste debe ser investigado y analizado por parte del patrono, a efecto de que se consigne la descripción del mismo, conforme a los hechos acaecidos y permita tomar las medidas preventivas para evitar situaciones similares.

En caso de accidentes que generen incapacidad total permanente (Art. 223, inciso ch y 240 del Código de Trabajo) gran invalidez (Art. 223, inciso d, del Código de Trabajo) y muerte (Art. 223, inciso e, del Código de Trabajo), debe enviar un informe específico al Departamento de Riesgos del Trabajo indicando las medidas preventivas que tomará para evitar casos similares en el futuro. Esto independientemente de la responsabilidad del patrono en caso de que el accidente ocurra bajo los supuestos del Artículo 305 del Código de Trabajo.” (305 Riesgo de trabajo causado por dolo, negligencia o imprudencia, que constituya delito atribuible al patrono o falta inexcusable del mismo (...)).

Tal y como se consignó anteriormente las investigaciones sobre riesgos del trabajo son del resorte del Consejo Nacional de Salud Ocupacional y del Instituto Nacional de Seguros, autoridades nacionales competentes en la materia, sin embargo tal y como lo establece la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la O.I.T. no se contempla la investigación sobre las causas y circunstancias de un accidente fatal como una obligación en la legislación vigente.

La inclusión de dicha obligación es responsabilidad nuevamente del preparar proyectos de ley y de reglamentos sobre su especialidad orgánica.

Artículos 4 y 5. Disposiciones sobre la prevención de accidentes de trabajo

Tal y como lo anota la Comisión de Expertos de la OIT, el artículo 162 de la ley N° 8436, sobre Pesca y Acuicultura, establece la determinación vía reglamento de las medidas necesarias para garantizar la seguridad laboral y la salud de los tripulantes de la embarcaciones, por parte de INCOPECA, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, sin embargo hasta donde se pudo revisar y consultar en el escaso tiempo disponible, no se ha emitido tal reglamento.

Cabe mencionar en cuanto a la C.C.S.S. que la potestad reglamentaria es exclusiva de la Junta Directiva de la Institución y consultada la secretaría de dicho cuerpo de gobierno y administración, no se ha emitido ningún

reglamento a propósito de la seguridad laboral y la salud de los tripulantes de las embarcaciones.

Como se verá, aun siendo dispuesto por una Ley de la República, la inclusión en el mencionado artículo de la C.C.S.S, es absolutamente improcedente dado que como se ha consignado anteriormente la seguridad laboral y la salud ocupacional son resorte del INS.

Artículo 7. Comités de seguridad y salud en el trabajo:

La aplicación de la obligación de crear comisiones de salud ocupacional en los Centros de trabajo con diez o más trabajadores, según establece el decreto N° 18379-TSS de julio de 1988 y si es aplicable o no a los buques de registro nacional es potestad del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Inspección Nacional de Trabajo).

A criterio nuestro las Naves (aeronaves, embarcaciones y otros) registrados e inscritos a nivel nacional, constituyen una prolongación del territorio nacional y por tanto toda ley, reglamento o norma aplicable al país, es de aplicación en ellas.

Artículo 8. Programas de prevención de los accidentes de trabajo.

La información referente a la aplicación de programas de prevención de accidentes de trabajo en el sector marítimo, debe ser suministrada por el INS e INCOPECA, de acuerdo a las potestades otorgadas por ley.

Vale mencionar que la C.C.S.S. no lleva ningún registro sobre actividades preventivo-promocionales de salud ocupacional, accidentes o enfermedades laborales, a excepción de los correspondientes a la propia institución.

De igual manera, la ratificación y aplicación de las reglas, normas y principios rectores del Convenio sobre el Trabajo Marítimo 2006 (MLC, 2006), es del resorte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Solicitud directa (CEACR) - Adopción: 2010, Publicación:b100 reunión CIT 2011

Convenio sobre la marina mercante (Normas mínimas), 1976 (núm. 147) Costa Rica (Ratificación 1981)

Examen médico. Normas de seguridad. Artículo 2, a), i) del Convenio. El Código de Trabajo en su Artículo 103, sólo faculta a los médicos que laboran con el Estado para la realización del examen médico. Establece que se debe realizar semestralmente y no define la naturaleza del examen que se debe realizar ni dispone nada en relación a la realización de uno nuevo en caso de denegación del certificado de salud.

Contrato de enrolamiento. Condiciones de empleo a bordo. Artículo 2, a), iii). Los Artículos 120 y 123 del Código de Trabajo regulan esta materia, pero no parecen ser en todos los sentidos coincidentes con lo establecido en el Convenio. Respecto a este tema corresponde al Ministerio de Trabajo plantear ante la Asamblea Legislativa las modificaciones a la legislación que juzgue pertinentes.

Alimentación y servicio de fonda. Condiciones de vida a bordo. Artículo 2), a), iii). El Artículo 118 del Código de Trabajo establece que el trabajo en un buque se realizará “a cambio de la alimentación de buena calidad y del salario que se hubieren convenido”. Corresponderá al Ministerio de Trabajo valorar la necesidad de ampliar lo establecido para detallar las condiciones en las que se debe brindar la alimentación.

Inspecciones por el estado del pabellón. Artículo 5, f). La Caja Costarricense de Seguro Social, no tiene competencia para actuar en esta materia, que está bajo la responsabilidad del Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Seguros.

Compromiso de ratificación. Artículo 5, párrafo 2). Esta materia corresponde a la Asamblea Legislativa y la CCSS no posee ninguna potestad en ese sentido.

Aplicación práctica. Parte 4 del formulario de memoria. La información concerniente a este aspecto debe ser proporcionada por el Ministerio de Trabajo, a partir de las actuaciones de la Asamblea Legislativa.”

CRITERIO JURIDICO

La Gerencia Médica procedió a solicitar el criterio Jurídico respectivo sobre el proyecto, el cual fue emitido por parte de la Licda. Ana María Coto Jiménez, mediante el oficio GM-AJD-5067-2014 de fecha 22 de abril del 2014, indicando:

“CRITERIO JURIDICO

En principio es importante aclarar que los instrumentos internacionales constituyen una garantía de defensa y protección del ciudadano en situaciones que pueden implicar una violación a los derechos que le asisten a la población regulados mediante los mismos, además, la aplicación de estos en el derecho interno produce un cambio social favorable y un bienestar para la población en general, los cuales son temas que dependen de la voluntad política de la Administración en su conjunto.

En ese sentido, la normativa internacional cuenta con un valor jurídico superior a la Ley, tal y como se regula constitucionalmente:

“Artículo 7- Los tratados públicos, los convenios internacionales y los concordatos, debidamente aprobados por la Asamblea Legislativa, tendrán

desde su promulgación o desde el día que ellos designen, autoridad superior a las leyes.”

En el caso particular de los convenios que aquí se consultan, estos han sido debidamente ratificados por Costa Rica tanto el Convenio OIT 134: Convenio sobre la prevención de los accidentes del trabajo de la gente de mar como el Convenio OIT N° 147: sobre Normas Mínimas en Marina Mercante.

Dado lo anterior procedemos de seguido hacer referencia a la información solicitada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, según lo señalado por la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT.

SOBRE EL CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (GENTE DE MAR)

Primeramente, se debe aclarar que éste instrumento establece la expresión “gente de mar”, es decir aplica a todas las personas empleadas con cualquier cargo a bordo de un buque, que no sea de guerra, matriculado en el territorio para el que se halle en vigor este convenio y dedicado habitualmente a la navegación marítima. En este convenio básicamente regula e insiste en la prevención de los accidentes del trabajo, materia que no es competencia de la Institución sino del Instituto Nacional de Seguros.

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Ahora bien, sobre lo consultado por la Comisión de Expertos en relación a la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, en principio corresponde señalar que la Caja cumple a

cabalidad con la función que le ha sido encomendada desde el ámbito constitucional, brindando la atención médica a la población en general según lo dispuesto en la Ley, incluyendo a la población de tripulantes que así lo requieran.

No obstante, corresponde señalar que de una revisión exhaustiva no se observa dentro del ordenamiento jurídico, una reglamentación específica de seguridad laboral y salud de los tripulantes, sin embargo lo establecido en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley N° 8436, fue debidamente normado en la reglamentación establecida para dicha ley, el cual refiere las medidas necesarias para garantizar la seguridad laboral y salud de los tripulantes, entre las cuales se encuentra el incluir un botiquín de primeros auxilios y la debida capacitación al menos de uno de los tripulantes, a esos efectos se transcribe lo establecido:

“Artículo 31. El INCOPECA, en coordinación con el INA y otras instituciones de enseñanza, establecerán las acciones necesarias que conlleven al desarrollo, diseño y planificación de gestiones que promuevan el aprendizaje, el asesoramiento y la asistencia, en materia de pesca y acuicultura. Así como para la producción, la extracción sostenible de los recursos, las normas sanitarias y la conducta responsable de personas físicas o jurídicas, dedicadas a la pesca y a la acuicultura. Estas actividades se llevarán a cabo considerando las condiciones y la disponibilidad de tiempo con que cuentan sus destinatarios. (...)

Artículo 166.- Toda embarcación dedicada a la actividad pesquera, con excepción de las embarcaciones dedicadas a la pesca comercial en pequeña escala y de subsistencia, deberá contar con un botiquín y manual básico de primeros auxilios. La responsabilidad de la gestión del botiquín quedará encomendada al capitán o persona que ostente el mando de la embarcación. Sin perjuicio de ello, éstos podrán delegar las tareas de uso y mantenimiento de dicho botiquín en uno o más tripulantes especialmente asignados por su competencia. El capitán o las personas que él delegue para realizar las tareas y uso del botiquín deberán recibir durante su formación profesional marítima, como mínimo, un curso básico sobre primeros auxilios que deban tomarse de inmediato, en caso de accidente o de extrema urgencia médica, mientras se recibe el apoyo médico.

Artículo 167.- El capitán de la embarcación, deberá realizar una revisión periódica de los medicamentos contenidos en el botiquín, con el fin de verificar su estado y fecha de caducidad, así mismo los demás artículos del botiquín deberán estar en buenas condiciones higiénicas.

Artículo 168.- Los implementos del botiquín se deberán almacenar en un recipiente de uso exclusivo, que sea hermético y esté debidamente rotulado.”
De las normas antes transcritas, se observa que actualmente Costa Rica cuenta con la reglamentación respectiva emitida por los entes competentes, para garantizar lo establecido en el Convenio sobre la prevención de accidentes de la gente de mar.

SOBRE EL CONVENIO SOBRE LA MARINA MERCANTE

Para tener claro, resulta importante señalar que el Convenio sobre la marina mercante, resulta ser un instrumento internacional que tiene como objetivo establecer normas mínimas de seguridad para las condiciones de empleo y vida a bordo de la tripulación según la legislación nacional.

Ahora bien, sobre este tema la Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que establecen diferentes situaciones relacionadas al examen médico de la gente de mar, corresponde señalar de manera general que Costa Rica ha ratificado el Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores (1959), el cual señala:

“Artículo 2

Ninguna persona podrá ser empleada a bordo de un barco de pesca, en cualquier calidad, si no presenta un certificado que pruebe su aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, firmada por un médico autorizado por la autoridad competente.

Artículo 3

1. La autoridad competente, previa consulta a las organizaciones interesadas de armadores de barcos de pesca y de pescadores, cuando dichas organizaciones existan, determinará la naturaleza del examen médico que deba efectuarse y las indicaciones que deban anotarse en el certificado médico.

2. Cuando se determina la naturaleza del examen, se tendrán en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo que deba efectuar.

3. En el certificado médico se deberá hacer constar, en particular, que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse en el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo.

Artículo 4

1. Tratándose de personas menores de veintiún años de edad, el certificado médico será válido durante un período que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido.

2. Tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, el certificado médico será válido durante un período que será fijado por la autoridad competente.

3. Si el período de validez del certificado expira durante una travesía, el certificado seguirá siendo válido hasta el fin de la misma.

Artículo 5

Deberán dictarse disposiciones para que la persona a quien se haya negado un certificado, después de haber sido examinada, pueda pedir otro reconocimiento por uno o más árbitros médicos que sean independientes de cualquier armador de barcos de pesca o de cualquier organización de armadores de barcos de pesca o de pescadores.”

Así también, la Presidencia de la República, la Ministra de la Presidencia y el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, estimaron necesario emitir una directriz a todos los ministerios, órganos, organismos e instituciones públicas autónomas y semiautónomas, a fin de verificar que adopten las medidas técnicas necesarias y coherentes para poner en ejecución los Convenios 113 y 114 de la OIT, debidamente ratificados por nuestro país, por lo que se

estableció la Directriz N°17 relacionada a las Disposiciones relativas a Certificado médico de aptitud física para trabajo marítimo (Convenios 113 y 114 de OIT, y artículos 23, 120, Capítulo XI del Código Trabajo), las cuales son claras en establecer:

“**Artículo 1°**—De conformidad con los artículos 2° y 3° del Convenio 113 de la OIT y del artículo 120 del Código de Trabajo, cualquier médico que desempeñe un cargo remunerado por el Estado o por sus instituciones, a solicitud de toda persona que desee ser empleada a bordo de un barco de pesca, estará obligado a extender un certificado médico en forma gratuita, que pruebe su aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, debiendo tenerse en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo, además de dejar la constancia en particular que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse, con el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo.

(...) **Artículo 3°**—De conformidad con el artículo 4° del referido Convenio 113 y el 120 del Código de Trabajo, tratándose de personas mayores de quince años y menores de veintiún años de edad, los certificados médicos expedidos tendrán una vigencia que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido. Tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, la vigencia del certificado médico será de dos años.”

Dado lo anterior, queda claro entonces que a nivel nacional existe la normativa correspondiente sobre lo aquí consultado, quedando claro que el artículo 3 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como en el artículo 3 de la Directriz N° 17, establecen que el certificado médico que es de presentación obligatoria para los tripulantes, debe demostrar la aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, debiendo tenerse en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo, además de dejar la constancia en particular que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse, con el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo.

Aunado a lo anterior, el artículo 4 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como el artículo 3 de la Directriz N° 17, son claros en establecer la vigencia de dichos certificados médicos, los cuales **tratándose de personas mayores de quince años y menores de veintiún años de edad, tendrán una vigencia que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido y tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, la vigencia del certificado médico será de dos años.**”

CONCLUSIÓN

Esta Gerencia acoge en todos sus extremos los criterios técnicos externados los cuales responden a la solicitud realizada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mediante oficio DMT-354-2014 de fecha 1 de abril del 2014, suscrito por el señor Olman Segura Bonilla, Ministro de Trabajo y Seguridad Social, información referente a la observación y recomendación de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT, en relación con lo siguiente:

- **SOBRE EL CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (GENTE DE MAR):** La Comisión de Expertos ha solicitado información sobre la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, el cual está previsto en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley No. 8436.
- **SOBRE EL CONVENIO SOBRE LA MARINA MERCANTE:** La Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que prescriben: i) el período de validez del certificado médico de la gente de mar; ii) la naturaleza del examen médico que se tiene que realizar y la información que se tiene que incluir en el certificado médico, y iii) las disposiciones para un nuevo examen en caso de denegación del certificado, con miras a conseguir la equivalencia sustantiva con las disposiciones de los artículos 4, 5 y 8 del Convenio sobre el examen médico de la gente de mar.

En ese sentido queda claro para esta Gerencia que en cuanto a lo consultado por la Comisión de Expertos en relación a la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, en principio corresponde señalar que esto resulta ajeno a las competencias institucionales, toda vez que se trata de un asunto de accidentes laborales que resultan de resorte exclusivo del Instituto Nacional de Seguros.

No obstante, corresponde señalar que de una revisión exhaustiva no se observa dentro del ordenamiento jurídico, una reglamentación específica de seguridad laboral y salud de los tripulantes, sin embargo lo establecido en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley N° 8436, fue debidamente normado en la reglamentación establecida para dicha ley (artículos 31, 166, 167 y 168), el cual refiere las medidas necesarias para garantizar la seguridad laboral y salud de los tripulantes, entre las cuales se encuentra el incluir un botiquín de primeros auxilios y la debida capacitación al menos de uno de los tripulantes.

Por otro lado, la Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que establecen diferentes situaciones relacionadas al examen médico de la gente de mar, a esos efectos debe quedar claro, que a nivel nacional existe la normativa correspondiente sobre lo aquí consultado, el artículo 3 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como en el artículo 3 de la Directriz N° 17, establecen que el certificado médico que es de presentación obligatoria para los tripulantes, debe demostrar la aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, debiendo tenerse en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo, además de dejar la constancia en particular que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse, con el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo. Aunado a lo anterior, el artículo 4 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como el artículo 3 de la Directriz N° 17, son claros en establecer la vigencia de dichos certificados médicos, los cuales **tratándose de personas mayores de quince años y menores de veintiún años de edad, tendrán una vigencia que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido y tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, la vigencia del certificado médico será de dos años.** En cuanto a las disposiciones para un nuevo examen en caso de denegación del certificado, con miras a conseguir la equivalencia sustantiva con las disposiciones de los artículos 4, 5 y 8 del Convenio sobre el examen médico de la gente de mar, no existe norma alguna que regule dicha disposición.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica presenta el criterio correspondiente sobre la información solicitada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mediante oficio DMT-354-2014 de fecha 1 de abril del 2014, suscrito por el señor Olman Segura Bonilla, Ministro de Trabajo y Seguridad Social, información referente a la observación y recomendación de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT, en relación con la aplicación del convenio sobre la prevención de accidentes (gente de mar) y el Convenio sobre la marina mercante y recomienda:

1. Dar por recibido el criterio presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-5068-2014 de fecha 22 de abril del 2014 y adjunta propuesta de respuesta ...”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el criterio presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio GM-SJD-5068-2014.
- 2) Dar respuesta al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en atención al oficio número DMT-354-2014, en los siguientes términos:
 - EN CUANTO AL CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (GENTE DE MAR): la Comisión de Expertos ha solicitado información sobre la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, el cual está previsto en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley No. 8436.
 - RESPECTO DEL CONVENIO SOBRE LA MARINA MERCANTE: La Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que prescriben: i) el período de validez del certificado médico de la gente de mar; ii) la naturaleza del examen médico que se tiene que realizar y la información que se tiene que incluir en el certificado médico, y iii) las disposiciones para un nuevo examen en caso de denegación del certificado, con miras a conseguir la equivalencia sustantiva con las disposiciones de los artículos 4, 5 y 8 del Convenio sobre el examen médico de la gente de mar

Al respecto, se manifiesta lo siguiente:

En principio es importante aclarar que los instrumentos internacionales constituyen una garantía de defensa y protección del ciudadano en situaciones que pueden implicar una violación a los derechos que le asisten a la población regulados mediante ellos; además, la aplicación de éstos en el derecho interno produce un cambio social favorable y un bienestar para la población en general, los cuales son temas que dependen de la voluntad política de la Administración en su conjunto.

En ese sentido, la normativa internacional cuenta con un valor jurídico superior a la Ley, tal y como se regula constitucionalmente:

“Artículo 7- Los tratados públicos, los convenios internacionales y los concordatos, debidamente aprobados por la Asamblea Legislativa, tendrán desde su promulgación o desde el día que ellos designen, autoridad superior a las leyes”.

En el caso particular de los convenios que aquí se consultan, éstos han sido debidamente ratificados por Costa Rica, tanto el Convenio OIT 134: Convenio sobre la prevención de los accidentes del trabajo de la gente de mar como el Convenio OIT N° 147: sobre Normas Mínimas en Marina Mercante.

Dado lo anterior, se procede de seguido hacer referencia a la información solicitada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, según lo señalado por la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT.

SOBRE EL CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (GENTE DE MAR):

primeramente, se debe aclarar que este instrumento establece la expresión “gente de mar”, es decir, aplica a todas las personas empleadas con cualquier cargo a bordo de un buque, que no sea de guerra, matriculado en el territorio para el que se halle en vigor este convenio y dedicado habitualmente a la navegación marítima. En este convenio, básicamente, regula e insiste en la prevención de los accidentes del trabajo; materia que no es competencia de la Institución sino del Instituto Nacional de Seguros.

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional, cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud, dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

En cuanto a lo consultado por la Comisión de Expertos, en relación con la adopción del reglamento de seguridad laboral y salud de los tripulantes de las embarcaciones, en principio corresponde señalar que esto resulta ajeno a las competencias institucionales, toda vez que se trata de un asunto de accidentes laborales que resultan de resorte exclusivo del Instituto Nacional de Seguros.

No obstante, corresponde señalar que de una revisión exhaustiva no se observa dentro del ordenamiento jurídico, una reglamentación específica de seguridad laboral y salud de los tripulantes; sin embargo, lo establecido en el artículo 162 de la Ley de Pesca y Acuicultura, Ley N° 8436, fue debidamente normado en la reglamentación establecida para dicha ley, el cual refiere las medidas necesarias para garantizar la seguridad laboral y salud de los tripulantes, entre las cuales se encuentra el incluir un botiquín de primeros auxilios y la debida capacitación al menos de uno de los tripulantes; a esos efectos se transcribe lo establecido:

“Artículo 31. El INCOPECA, en coordinación con el INA y otras instituciones de enseñanza, establecerán las acciones necesarias que conlleven al desarrollo, diseño y planificación de gestiones que promuevan el aprendizaje, el asesoramiento y la asistencia, en materia de pesca y acuicultura. Así como para la producción, la extracción sostenible de los recursos, las normas sanitarias y la conducta responsable de personas físicas o jurídicas, dedicadas a la pesca y a la acuicultura. Estas actividades se llevarán a cabo considerando las condiciones y la disponibilidad de tiempo con que cuentan sus destinatarios.

(...)

Artículo 166.- Toda embarcación dedicada a la actividad pesquera, con excepción de las embarcaciones dedicadas a la pesca comercial en pequeña escala y de subsistencia, deberá contar con un botiquín y manual básico de primeros auxilios. La responsabilidad de la gestión del botiquín quedará encomendada al capitán o persona que ostente el mando de la embarcación. Sin perjuicio de ello, éstos podrán delegar las tareas de uso y mantenimiento de dicho botiquín en uno o más tripulantes especialmente asignados por su competencia. El capitán o las personas que él delegue para realizar las tareas y uso del botiquín deberán recibir durante su formación profesional marítima, como mínimo, un curso básico sobre primeros auxilios que deban tomarse de inmediato, en caso de accidente o de extrema urgencia médica, mientras se recibe el apoyo médico.

Artículo 167.- El capitán de la embarcación, deberá realizar una revisión periódica de los medicamentos contenidos en el botiquín, con el fin de verificar su estado y fecha de caducidad, así mismo los demás artículos del botiquín deberán estar en buenas condiciones higiénicas.

Artículo 168.- Los implementos del botiquín se deberán almacenar en un recipiente de uso exclusivo, que sea hermético y esté debidamente rotulado”.

De las normas antes transcritas, se observa que actualmente Costa Rica cuenta con la reglamentación respectiva emitida por los entes competentes, para garantizar lo establecido en el Convenio sobre la prevención de accidentes de la gente de mar.

SOBRE EL CONVENIO SOBRE LA MARINA MERCANTE

Para tener claro, resulta importante señalar que el Convenio sobre la marina mercante resulta ser un instrumento internacional que tiene como objetivo establecer normas mínimas de seguridad para las condiciones de empleo y vida a bordo de la tripulación, según la legislación nacional.

Ahora bien, sobre este tema la Comisión de Expertos ha solicitado información relativa a especificar las leyes y reglamentos que establecen diferentes situaciones relacionadas al examen médico de la gente de mar, y corresponde señalar de manera general que Costa Rica ha ratificado el Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores (1959), el cual señala:

“Artículo 2

Ninguna persona podrá ser empleada a bordo de un barco de pesca, en cualquier calidad, si no presenta un certificado que pruebe su aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, firmada por un médico autorizado por la autoridad competente.

Artículo 3

1. La autoridad competente, previa consulta a las organizaciones interesadas de armadores de barcos de pesca y de pescadores, cuando dichas organizaciones existan, determinará la naturaleza del examen médico que deba efectuarse y las indicaciones que deban anotarse en el certificado médico.
2. Cuando se determina la naturaleza del examen, se tendrán en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo que deba efectuar.
3. En el certificado médico se deberá hacer constar, en particular, que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse en el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo.

Artículo 4

1. Tratándose de personas menores de veintiún años de edad, el certificado médico será válido durante un período que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido.
2. Tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, el certificado médico será válido durante un período que será fijado por la autoridad competente.
3. Si el período de validez del certificado expira durante una travesía, el certificado seguirá siendo válido hasta el fin de la misma.

Artículo 5

Deberán dictarse disposiciones para que la persona a quien se haya negado un certificado, después de haber sido examinada, pueda pedir otro reconocimiento por uno o más árbitros médicos que sean independientes de cualquier armador de barcos de pesca o de cualquier organización de armadores de barcos de pesca o de pescadores”.

Así también, la Presidencia de la República, la Ministra de la Presidencia y el Ministro de Trabajo y Seguridad Social estimaron necesario emitir una directriz a todos los ministerios, órganos, organismos e instituciones públicas autónomas y semiautónomas, a fin de verificar que adopten las medidas técnicas necesarias y coherentes para poner en ejecución los Convenios 113 y 114 de la OIT, debidamente ratificados por nuestro país, por lo que se estableció la Directriz N°17 relacionada a las Disposiciones relativas a Certificado médico de aptitud física para trabajo marítimo (Convenios 113 y 114 de OIT, y artículos 23, 120, Capítulo XI del Código Trabajo), las cuales son claras en establecer:

“**Artículo 1°**—De conformidad con los artículos 2° y 3° del Convenio 113 de la OIT y del artículo 120 del Código de Trabajo, cualquier médico que desempeñe un cargo remunerado por el Estado o por sus instituciones, a solicitud de toda persona que desee ser empleada a bordo de un barco de pesca, estará obligado a extender un certificado médico en forma gratuita, que pruebe su aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, debiendo tenerse en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo, además de dejar la constancia en particular que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse, con el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo.

(...) **Artículo 3°**—De conformidad con el artículo 4° del referido Convenio 113 y el 120 del Código de Trabajo, tratándose de personas mayores de quince años y menores de veintiún años de edad, los certificados médicos expedidos tendrán una vigencia que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido. Tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, la vigencia del certificado médico será de dos años”.

Por lo anterior, en cuanto a lo solicitado por la Comisión de Expertos sobre información relativa a especificar las leyes y reglamentos que establecen diferentes situaciones relacionadas al examen médico de la gente de mar, a esos efectos debe quedar claro que, a nivel nacional, existe la normativa correspondiente sobre lo aquí consultado. El artículo 3 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como en el artículo 3 de la Directriz N° 17 establecen que el certificado médico, que es de presentación obligatoria para los tripulantes, debe demostrar la aptitud física para el trabajo marítimo en que vaya a ser empleada, debiendo tenerse en cuenta la edad de la persona que vaya a ser examinada y la clase de trabajo, además de dejar la constancia en particular que la persona no sufre enfermedad alguna que pueda agravarse, con el servicio en el mar, que la incapacite para realizar dicho servicio o que pueda constituir un peligro para la salud de las demás personas a bordo. Aunado a lo anterior, el artículo 4 del Convenio Relativo al Examen Médico de los Pescadores, así como el artículo 3 de la Directriz N° 17, son claros en establecer la vigencia de dichos certificados médicos, los cuales **tratándose de personas mayores de quince años y menores de veintiún años de edad, tendrán una vigencia que no exceda de un año a partir de la fecha en que fue expedido y tratándose de personas que hayan alcanzado la edad de veintiún años, la vigencia del certificado médico será de dos años.** En cuanto a las disposiciones para un nuevo examen en caso de denegación del certificado, con miras a conseguir la equivalencia sustantiva con las disposiciones de los artículos 4, 5 y 8 del Convenio sobre el examen médico de la gente de mar, no existe norma alguna que regule dicha disposición.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La licenciada Coto Jiménez se retira del salón de sesiones.

ARTÍCULO 15°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar para la sesión del 30 de los corrientes, los siguientes asuntos distribuidos por la Gerencia Médica:

- i) Oficio N° GM-SJD-5041-2014, de fecha 8 de abril del año 2014, suscrito por la Gerente Médico: atención artículo 10° de la sesión N° 8545 “*Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud*”: recomendación R64: actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.
- ii) Oficio N° GM-SJD-4889-2014 de fecha 4 de marzo del año 2014, firmado por la Gerente Médico: informe sobre denuncia formulada por el Departamento Legal del Colegio de Terapeutas de Costa Rica (se atiende lo resuelto en el 18° de la sesión N°8639).
- iii) Oficio N° GM-SJD-5030-2014 de fecha 7 de abril del año 2014, que firma la Gerente Médico: presentación acuerdos de Junta Directiva atendidos por esa Gerencia.

Por otra parte, se acuerda, por unanimidad y en firme, reprogramar para la sesión del 30 de los corrientes la presentación del capítulo de correspondencia previsto para la sesión del día de hoy.

ARTÍCULO 16°

En relación con el oficio N° GP-16.092-14 de fecha 03 de marzo del año 2014, firmado por el Gerente de Pensiones y mediante el que presenta el informe de Evaluación Anual-Operativo Presupuesto, año 2013 (se atiende lo resuelto en el 27° de la sesión número 8694), **se dispone**, por unanimidad y mediante resolución firme, reprogramar para la próxima sesión ordinaria.

ARTÍCULO 17°

El Director Gutiérrez Jiménez, en relación con lo resuelto en el artículo 1° de la sesión número 8708 y en el artículo 2° de la sesión número 8709, en su orden, celebradas el 9 y 10 de abril del año en curso, en cuanto a la intervención de la Dirección de Tecnologías de Información, plantea que por razones de tecnología no quedaron grabados todos los comentarios, aun cuando en su oportunidad varios Directores dijeron que era importante dejar acreditado el informe que se presentó; en relación a la parte de tecnología y la situación de la intervención se dijo que el informe no estaba listo y algunos dijeron –que no quedó grabado en su oportunidad– que de haber considerado ese informe o haber tenido un avance del mismo, posiblemente hubieran reconsiderado sus votos en relación a decisiones que se tomaron anteriormente. Sobre este tema se refirieron él, el Director Salas y otros compañeros y rogaría que quedara consignado así, porque se dijo pero no se grabó.

Recuerda la doctora Balmaceda Arias que don Adolfo hizo el planteamiento y se había quedado en que él iba a traer una propuesta para ampliarlo. Se discutió mucho y se dijo que el informe había llegado posterior al nombramiento, porque el informe de Auditoría salió después y se tenía una fecha límite. Los señores Directores se dieron por satisfechos, por lo que extraña la posición de hoy de don Adolfo.

El Director Gutiérrez Jiménez recuerda que él dijo que iba a consignar en el acta junto con el compañero Salas esta posición; y aunque se dijo que ya estaba ratificado, él dijo que aun así

quería dejarlo en el acta. No tiene ningún problema en traer una propuesta, pero básicamente quiere que lo que está diciendo quede consignado así en el acta.

Se toma nota.

A las diecinueve horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.