

**Derogatorias aprobadas por la Junta Directiva
de la Caja Costarricense de Seguro Social,
Artículo 10° de la sesión 8712,
celebrada el 24 de abril del año 2014.**

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

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	50%
(ayuda económica)	
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 aduldere 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”.

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