

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

**GERENCIA ADMINISTRATIVA**  
***Dirección de Servicios Institucionales***



**MANUAL  
DE PROCEDIMIENTOS  
DEL SEGURO  
POR EL ESTADO**

Marzo 2008

## **PRESENTACIÓN**

El presente Manual tiene como propósito dejar definido el marco legal, el concepto y la cobertura del beneficio del Seguro con cargo al Estado y de las personas no aseguradas que conforme al ordenamiento jurídico tienen derecho a los beneficios del Seguro de Salud, incluidos los menores y las embarazadas de conformidad con lo que disponen las leyes 7735 y 7739 “Atención de la Madre Adolescente Embarazada”, “Código de la Niñez y la Adolescencia”, ley 7374 del 19 de enero de 1994, la jurisprudencia aplicable emitida por la Sala Constitucional sobre el particular y el Reglamento del Seguro de Salud, incluyendo además los requisitos, trámites y procedimientos para cada caso en particular.

Se deja también establecido en este documento, la importancia de justificar correctamente cada caso, tarea que es responsabilidad de los funcionarios de Validación de Derechos encargados del estudio y análisis de los datos que respaldan el otorgamiento del beneficio.

El Área de Regulación de Seguro de Salud, por medio de la Unidad de Asesoría Técnica en Validación de Derechos, será la encargada de atender las dudas y brindar el asesoramiento necesario para la correcta aplicación e interpretación de estas normas, cuya definición está dirigida a proteger los derechos y garantizar el cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades de los habitantes del país que acuden o se les brinde los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social.

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO A CARGO DEL EL ESTADO**

### **Artículo 1º. DEL OBJETIVO**

Este Manual tiene por objeto establecer los procedimientos administrativos para la calificación y la afiliación de los Asegurados por el Estado, de conformidad con los alcances de la Constitución Política, las leyes 7735 “Atención a la Madre Adolescente Embarazada”, N° 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia” N° 8612 “Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes”, Decreto Ejecutivo N° 17898-S, Decreto Ejecutivo 33650-S, la jurisprudencia aplicable emitida por la Sala Constitucional sobre el particular y el Reglamento del Seguro de Salud.

### **Artículo 2. DEFINICIONES**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 del Reglamento del Seguro de Salud, se establecen las siguientes definiciones:

#### **Asegurados por cuenta del Estado:**

Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por carecer de ingresos suficientes y por su condición de pobreza se encuentra en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

#### **Atenciones con cargo al Estado:**

Protección que se brinda a personas sin ninguna modalidad de aseguramiento, cubiertas por alguna de las disposiciones legales citadas en el artículo 1º de este Manual. Bajo esta modalidad se incluyen las personas que no califican para ser asegurados por cuenta del Estado.

### **Artículo 3. DEL PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR EL BENEFICIO POR PRIMERA VEZ**

Los servicios de salud que se brindan a personas que no dispongan de alguna modalidad de aseguramiento, cuando se cuente con algún elemento que per mita presumir la carencia de recursos económicos, suficientes para optar por un seguro contributivo o sufragar el costo completo de los servicios médicos, se procederá de la siguiente manera:

- El solicitante deberá identificarse, mediante la presentación de cualquiera de los siguientes documentos, según corresponda: cédula de identidad, pasaporte, cédula de residencia u otro documento idóneo del que se desprenda con certeza la identidad de la persona.
- El funcionario designado para realizar el trámite, deberá llevar un registro de solicitantes de seguro por cuenta del Estado provisionales, mediante un libro de actas con los siguientes datos:

- I. Nombre y apellidos.
  - II. Número del documento de identificación.
  - III. Fecha de atención.
  - IV. Dirección del domicilio.
- El solicitante deberá firmar en el libro de actas misma que deberá cotejarse con la del documento de identidad. Igualmente se consignará la firma del funcionario que realiza el registro.
  - Tratándose de asegurados a cargo del Estado la verificación consistirá en determinar el cumplimiento de la condición especial que le permite acceder al seguro (Niñez, adolescencia, maternidad, enfermedad maligna, persona joven, indigentes y cualquier otro grupo que contemple la legislación.
  - Cumplido lo anterior se emitirá un carné por un período provisional de tres meses y se llenará en el lugar el formulario diseñado para tal efecto, iniciándose el procedimiento de verificación para el otorgamiento del beneficio de forma definitiva.
  - Cuando el interesado solicite el formulario para ser llenado en su domicilio, éste podrá entregarse; en caso de no presentarse el formulario y los requisitos en el transcurso de la vigencia del beneficio provisional, vencido el mismo no se podrá aplicar prórroga alguna.
  - Únicamente procede la prórroga en el beneficio provisional, cuando presentados los requisitos en tiempo, la Administración requiera de un plazo adicional para resolver el otorgamiento definitivo.

#### **Artículo 4. DEL PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEFINITIVA**

El procedimiento inicia con la presentación del formulario diseñado para tal efecto, debiendo la administración ejecutar las siguientes acciones:

- Verificar el llenado completo del formulario. En caso de detectarse omisiones en el mismo, se deberá proceder a completarlo mediante una entrevista en el momento.
- Constatar la presentación de los documentos requeridos en el formulario.
- Investigar y documentar los siguientes aspectos:
  - Condición de asegurado directo de los adultos integrantes del núcleo familiar, tramitada por medio de SICERE.
  - Bienes inscritos en el Registro Público de la Propiedad
  - Composición del núcleo familiar según Registro Civil
- De no existir claridad en cuanto a la condición de indigencia, se deberá analizar la ficha familiar actualizada y por excepción se podrá solicitar la realización de un estudio social.
- Cumplido todo lo anterior, se deberá emitir la resolución motivada aprobando o denegando el beneficio definitivo de aseguramiento por cuenta del Estado. En contra de la resolución que deniegue el beneficio, se deberá conceder la posibilidad de establecer los recursos de revocatoria y apelación, el primero deberá ser resuelto por el funcionario que denegó el beneficio y el segundo por la Dirección del centro médico respectivo, en los términos dispuestos por la Ley General de Administración Pública.

## **Artículo 5. DE LA VIGENCIA DEL BENEFICIO DEFINITIVO**

El beneficio definitivo se encontrará vigente en el tanto persistan las condiciones que dieron origen a su concesión, para cuya verificación la Administración establecerá revisiones periódicas de acuerdo con la validez de los carnés, que se establecen a continuación:

- Hasta por 03 años: Asegurados por cuenta del Estado.
- Hasta por 5 años: Personas en pobreza extrema residentes en las comunidades de mayor carencia catalogadas por el Estado.
- Hasta por 5 años: Miembros de las comunidades indígenas.
- Hasta el período de lactancia, en el caso de maternidad.

No obstante lo anterior, se podrán efectuar revisiones en el momento en que se cuente con elementos que permitan suponer la variación de las condiciones que dieron origen al beneficio.

## **Artículo 6. DE LAS COMPETENCIAS EN EL PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION**

En el primero y segundo nivel corresponde a las Oficinas de Validación de Derechos de las Áreas de Salud, la implementación de todas las acciones atinentes al procedimiento de **calificación provisional** y definitiva, para el aseguramiento por cuenta del Estado.

En aquellas unidades que no cuenten con oficina de Validación de Derechos, la tramitación del procedimiento de **calificación definitiva** será responsabilidad del Administrador del centro de salud.

Cuando por situaciones relacionadas con la distancia o limitaciones de acceso con la sede del área, se genere una limitación al usuario para la realización de los trámites, a criterio de las autoridades del centro, se podrá tramitar mediante los EBAS desconcentrados el aseguramiento provisional, establecido en el artículo 3 del presente Manual, remitiéndose el caso a la sede del Área de Salud para su respectivo análisis y otorgamiento de manera definitiva, si corresponde.

Cuando el paciente no disponga de alguna modalidad de aseguramiento, se cuente con algún elemento que permita presumir la carencia de recursos económicos, suficientes para optar por un seguro contributivo o sufragar el costo completo de los servicios médicos, y demande servicios calificados como emergencia o urgencia, deberá remitirse el caso a los órganos competentes para la tramitación del aseguramiento correspondiente en caso de que este proceda conforme al artículo 2 de este manual.

De concederse el beneficio provisional en el tercer nivel, deberá remitirse los documentos que lo fundamentan al área de salud de adscripción, de acuerdo con el domicilio del paciente para que se proceda con el estudio definitivo.

#### **Artículo 7. DEL PROCEDIMIENTO PARA REVISION DEL BENEFICIO DEFINITIVO**

La renovación del carné por beneficio definitivo podrá iniciar con una antelación de hasta tres meses previo a su fecha de vencimiento, aplicando el siguiente procedimiento:

1. El usuario solicitante deberá presentar su documento de identificación.
2. El funcionario asignado realizará una entrevista con el fin de determinar si la condición que dio origen al beneficio se mantiene, para ello deberá verificar el formulario de estudio que estará en el expediente administrativo que se debe llevar para cada uno de los casos aprobados.
3. Si de los documentos anteriores existe duda sobre el cumplimiento de los requisitos, se deberá analizar la ficha familiar actualizada y de persistir duda, por excepción se podrá solicitar la realización de un estudio social.
4. De mantenerse las condiciones originales, se procederá con la extensión del beneficio por un plazo igual al anterior, caso contrario, se revocará en forma fundamentada el beneficio, concediendo la posibilidad de apelación ante la máxima autoridad del centro.
5. El otorgamiento del beneficio deberá contar con el refrendo del Administrador del Área de Salud o el funcionario que éste designe quien no podrá ser el mismo que realiza la calificación.

#### **Artículo 8. DE LA AFILIACIÓN**

Una vez realizado el proceso de calificación y se determine que el núcleo familiar cumple con los requisitos y condiciones para disfrutar del beneficio en mención, será la Unidad de Afiliación la encargada de emitir los carnés.

#### **Artículo 9. DEL LUGAR DE ADSCRIPCION**

La adscripción que le corresponde al asegurado, se realizará de acuerdo con su domicilio.

En el caso de los indigentes de la calle, se podrá tomar como referencia el domicilio de la organización social que lo asiste En ultima instancia dadas las características de la población indigente, podrá considerarse para este efecto, el lugar donde el la persona reciba los servicios.

#### **Artículo 10. DE LOS DOCUMENTOS O INFORMACION INCORRECTA**

Si llegara a determinarse que la información o los documentos que fundamentan el beneficio otorgado son incorrectos, las Oficinas de Validación de Derechos procederán a cancelar éste de inmediato.

#### **Artículo 11. DE LOS DEBERES DE LOS ASEGURADOS POR CUENTA DEL ESTADO**

Serán responsabilidad de cada uno de los asegurados por cuenta del Estado lo siguiente:

1. Mantener en buen estado el documento de afiliación (carné) otorgado.

2. Para solicitar los servicios que brinda la Institución, presentar el documento de identidad oficial y el carné de asegurado por cuenta del Estado.
3. Acatar las obligaciones y responsabilidades establecidas en el artículo 78º del Reglamento del Seguro de Salud.

#### **Artículo 12. DEL REPORTE DE LA INFORMACION**

Tratándose de todos los derechos de aseguramiento otorgados, tanto provisionales como definitivos, la información obligatoriamente deberá remitirse todos los meses a la Dirección de Servicios Institucionales, en un plazo no mayor de 10 días naturales posteriores del mes siguiente al que ésta corresponde; lo anterior para que ésta sea consolidada y sirva como fundamento para el cobro al Estado.

Esta información, deberá ajustarse al formato comunicado mediante directriz gerencial con el objeto de que sea registrada y consolidada en la Base de Datos institucional, para la correspondiente gestión de cobro al Estado.

#### **Artículo 13. DE LA ASESORIA TÉCNICA Y EVALUACIÓN**

Corresponde al Área Regulación de Seguro de Salud, por medio de la Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos, la asesoría técnica y verificación de cumplimiento de las disposiciones contenidas en este Manual.

#### **Artículo 14. DE LAS SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO**

El no cumplimiento de las disposiciones del presente Manual, acarreará para el funcionario las responsabilidades establecidas en el ordenamiento vigente.

#### **Artículo 15. DE LAS CAMPAÑAS DE ASEGURAMIENTO**

Los órganos competentes conforme al presente manual podrán realizar campañas de aseguramiento con cargo al Estado, en coordinación con la Sub-Área de Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos, siguiendo las directrices establecidas en materia de calificación y otorgamiento.

El objetivo de estas campañas es implementar mecanismos ágiles para identificar y asegurar a la población no asegurada que por Ley tienen derecho a la asistencia del Seguro de Salud, a efecto de cumplir con las condiciones establecidas para el otorgamiento del beneficio de seguro por cuenta del Estado.

#### **Artículo 16. DISPOSICIONES ESPECIALES PARA PERSONAS EN CONDICIÓN DE INDIGENCIA RESIDENTES EN CENTROS DE ATENCIÓN**

En el caso de personas que residan en centros de atención o albergues, que califiquen para el otorgamiento de seguro a cargo del Estado, aplicará el siguiente procedimiento:

1. La Administración del centro presentará el formulario, con los siguientes documentos
  - a. Copia del documento de identificación cuando el mismo se encuentre disponible, caso contrario, declaración jurada del Administrador del centro dando fe de conocer al solicitante con las calidades que presenta.
  - b. Constancia del tiempo de residencia en el centro.

Tratándose de indigentes de la calle, aunque estos no residan en un centro de atención específico, el aseguramiento podrá realizarse mediante la información que alguna organización humanitaria o persona idónea proporcione, y permita establecer la necesidad de protección del Seguro de Salud.

2. El centro médico de adscripción emitirá el carné provisional e iniciará el procedimiento de verificación correspondiente.

La validez del carné en ambos casos será de cinco años.

#### **Artículo 17. DISPOSICIONES ESPECIALES PARA ASEGURAMIENTO POBLACIÓN INDÍGENA**

Para el aseguramiento de población indígena residente en territorio costarricense, y que no desarrolle actividad asalariada, se podrán aplicar la figura del aseguramiento colectivo mediante convenio, prevista en el Reglamento del Seguro de Salud. No obstante lo anterior, en caso de recibirse gestiones individuales de aseguramiento por cuenta del Estado de población indígena, en las unidades competentes establecidas en el presente manual, el procedimiento a seguir será el siguiente:

- Se solicitará documento de identificación.
- Se realizará una entrevista, utilizando el protocolo definido por la Sub-Área Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos.
- Si el solicitante califica, el centro médico de adscripción emitirá el carné con validez por cinco años.

#### **Artículo 18. DISPOSICIONES ESPECIALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEYES 7739 Y 8612**

Para garantizar el cumplimiento de las leyes 7739 y 8612, el procedimiento del Seguro por el Estado de las personas que se encuentren en dichos supuestos, y que no estén sujetos a otra modalidad de aseguramiento, consistirá en verificar la identificación del posible beneficiario y el cumplimiento de la edad establecida mediante constancia del Registro Civil.

Cumplido lo anterior, se deberá extender el carné de asegurado respectivo, con base en el modelo que defina la Sub Área Asesoría de Validación de Derechos, el cual tendrá validez hasta el tope de edad que establecen las leyes indicadas.

Tratándose de menores indocumentados, que requieran atención en salud y no exista un adulto responsable del mismo, cubierto por alguna modalidad de aseguramiento, deberá garantizarse la atención y su costo se registrará con cargo al Estado. Con posterioridad, para el trámite del Seguro por el Estado, el adulto responsable del



menor deberá presentar el documento de identificación del menor o bien de no contar definitivamente con el mismo, gestionar el otorgamiento por el PANI.

### **Artículo 19. DEROGACIÓN DEL INSTRUCTIVO ANTERIOR**

Este Manual deroga el Instructivo para la Calificación y la Afiliación de Asegurados por el Estado, aprobado por la Gerencia de División Administrativa mediante oficio N° 21160 del 25 de junio de 2003 y el Manual de Instrucciones para la extensión del carné estudiantil de marzo de 1998, así como todas las disposiciones relacionadas con el tema que se le opongan.

### **TRANSITORIO I. Sobre plazo para garantizar acceso a INTERNET y SICERE (tres meses)**

Las Direcciones Médicas de los centros médicos que cuenten con una estructura de comunicaciones que permita el acceso a Internet, realizarán las gestiones pertinentes que garanticen el acceso de las Unidades de Validación de Derechos y Afiliación a dicha herramienta de trabajo. Para ello, se concede un plazo de tres meses a partir de la aprobación de este Manual.

Los centros médicos en los que no se pueda tener acceso a servicio de Internet, podrán consultar al nivel central, vía telefónica lo relacionado con bienes muebles e inmuebles y relaciones de parentesco, para ello la CCSS gestionará con el Registro Nacional y el Registro Civil, lo pertinente para contar con dicha información.

Manual aprobado por la Gerencia Administrativa mediante oficio N° GA-9785-08 del 12 de marzo de 2008.