
FICHA DESCRIPTIVA 2021

Nombre del programa: Asegurados por cuenta del Estado.

Institución a cargo: Caja Costarricense del Seguro Social.

Norma legal de creación del programa: Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973

Otra normativa:

- Constitución Política de la República de Costa Rica 1949 (Carta magna de la República de Costa Rica)
- Ley Constitutiva Caja Costarricense de Seguro Social
- Ley 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley acerca de los beneficiarios, funciones, los programas y el presupuesto del FODESAF) Ley 8783, Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, Número 5662 (Nº Gaceta:199 del: 14/10/2009, del 10/12/2009, Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662, Ley Pensión para Discapacitados con Dependientes N° 7636, Ley Creación del ICODER, N.º 7800, Ley Sistema Financiero Nacional para Vivienda N° 7052 y Ley Creación Fondo Nacional de Becas)
- Reglamento del Seguro de Salud (Nº Gaceta: 25 del 03/12/1996, del 05/02/1997, este reglamento habla de los principios de salud, la cobertura y prestaciones, así como el financiamiento y los derechos y deberes de los usuarios).
- Artículo 11 bis Reglamento Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, publicado en la Gaceta No. 42 del 3 de marzo de 2020.
- **Decreto No. 38954-MTSS-MDHIS-MIDEPLAN: Implementación y articulación de la estrategia puente al desarrollo**

Antecedentes:

El artículo 177 de la Constitución Política, define la creación de las rentas para alcanzar la universalización de los Seguros Sociales que se inician con el traspaso de Hospitales a la Caja. En cumplimiento de esta disposición, la Caja abre las puertas de los servicios de salud a la población no protegida conformada por los indigentes y aquellos no pobres sin condición de aseguramiento o población que se denomina de pago directo.

El Área de Coberturas del Estado es actualmente la unidad coordinadora de este programa que se ejecuta en cada centro médico de la CCSS (Áreas de Salud y Hospitales).

Está definido en la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973, con el fin de garantizar que se cumpla el principio de universalidad en el acceso a la salud.

Durante los períodos 2010 a 2019, la Caja Costarricense de Seguro Social ha facturado por el desarrollo del programa “Seguro por el Estado” la suma de ¢466.596,36 millones, según lo siguiente:

Año	Monto Millones ¢
2010	54.048,40
2011	54.378,00
2012	60.858.70
2013	33.155.00
2014	43.545.60
2015	40.686.26
2016	55.919.84
2017	47.858.55
2018	76.1463.01
2019	81.706.60
Total	491.254.60

Unidad Ejecutora: Área Coberturas del Estado; Dirección Coberturas Especiales; Gerencia Financiera.

Autoridad responsable de la ejecución del programa: Director Ejecutivo:
Dr. Román Federico Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo C.C.S.S.

Responsable de la Gerencia Financiera: Lic. Luis Diego Calderón Villalobos.

Responsable de la Dirección Coberturas Especiales, Lic. Miguel Cordero García.
Responsable del Área Coberturas del Estado, MBA. Eduardo Flores Castro

Teléfonos:

Director Ejecutivo: Dr. Román Federico Macaya Hayes 2539-1146

Lic. Luis Diego Calderón Villalobos 2539 0933

Lic. Miguel Cordero García 2539 0935

MBA. Eduardo Flores Castro 2539 0739

E-mail:

Dr. Román Federico Macaya Hayes coincss@ccss.sa.cr

Lic. Luis Diego Calderón Villalobos coincss@ccss.sa.cr

Lic. Miguel Cordero García mcordero@ccss.sa.cr

MBA. Eduardo Flores Castro eflores@ccss.sa.cr

Sitio web del programa: No tiene.

Fecha de inicio: 24 de setiembre de 1973.

Objetivo general del programa: Mejora la calidad de vida de los costarricenses y extranjeros residentes legales en el país, que se encuentran en situación de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, mediante un régimen de protección especial que otorga el Estado a través de la Caja. De acuerdo con el Reglamento del Seguro de Salud.

Objetivos específicos del programa:

- Otorgar un aseguramiento en el Seguro de Salud, a los costarricenses y extranjeros residentes legales del país, que se encuentren en situación de pobreza extrema, pobreza o indigencia médica.

Contribución del programa con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, las prioridades de la Administración Alvarado Quesada (prioridad cantonal, Estrategia Puente al Desarrollo e Índice de Pobreza Multidimensional), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el Plan Operativo Institucional (POI):

El Programa Asegurados por Cuenta del Estado, forma parte de las metas de la Estrategia Nacional “Puente al Desarrollo”, la cual surge en el seno del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, alineado específicamente con el indicador No. 24 referente al número de hogares en pobreza que reciben una atención integral incluyendo aquellos que forman

parte de la Estrategia Nacional para la reducción de pobreza “Puente al Desarrollo” a nivel nacional y regional.

Así mismo, este programa se encuentra alineado con los objetivos, metas, indicadores y planes operativos institucionales de la Caja Costarricense del Seguro Social, a saber: Plan Estratégico Institucional 2019-2022, Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud 2018-2022, Plan Táctico de la Gerencia Financiera 2019-2022.

El Programa Asegurados por Cuenta del Estado, considera las directrices establecidas por el MIDEPLAN, en relación con el seguimiento y el presupuestario de los programas institucionales del Sector Desarrollo Humano e Inclusión Social sobre el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).

Y contribuye con los siguientes “Objetivos de Desarrollo Sostenible”: Objetivo 1: Fin de la pobreza y Objetivo 3: Salud y Bienestar.

Cobertura geográfica: Nacional.

Características de la ejecución:

El solicitante no asegurado en el Seguro de Salud administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social se presenta a la unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos del establecimiento de salud más cercano a su domicilio, presenta el documento de identificación (cédula de identidad o cédula de residencia). El funcionario de la Caja verifica en el sistema de información interno, que el solicitante sea efectivamente un no asegurado, seguidamente consulta en el sistema SINIRUBE y si se encuentra calificado en Pobreza extrema o Pobreza básica o Vulnerable, si tiene una de esas tres calificaciones, se le otorga el beneficio del aseguramiento.

Mecanismos de corresponsabilidad:

Según el Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado, es responsabilidad de cada asegurado por cuenta del Estado:

- a) Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.
- b) Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.
- c) Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.
- d) Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.
- e) Seguir el plan de tratamiento aceptado por él, y cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.
- f) Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.
- g) Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.
- h) Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.
- i) Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.
- j) Todos aquellos otros derechos establecidos en el ordenamiento jurídico, así como los que se deriven de su condición de ciudadano usuario del servicio público de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Recurso humano involucrado en la gestión y ejecución:

Para obtener el beneficio del aseguramiento por cuenta del Estado, en el establecimiento de salud está involucrado el Director Médico, Administrador y el funcionario de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Para recibir los beneficios de los servicios de salud todo el personal del establecimiento de salud que requiera.

Para el trámite de facturación y recaudación del costo del aseguramiento, se involucra a nivel central de la Caja la Gerencia Financiera.

Sistema de monitoreo:

Se realizan reportes periódicos para medir el comportamiento de las adscripciones de los núcleos familiares. Lo anterior permite medir los cambios de los aseguramientos otorgados.

Periodicidad y tipo de evaluación prevista:

De conformidad con el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, punto 3.4.9.6 “El Área Coberturas del Estado, es la unidad rectora y normativa en la materia, responsable de la divulgación, asesoría, capacitación y evaluación del cumplimiento en lo dispuesto en este manual.”

Estas evaluaciones se realizan por muestreo una vez al año.

Duración que tiene el programa: indefinida.

Población meta: Persona o miembros del núcleo familiar, nacionales o extranjeros residentes, que no están comprendidas u obligadas a cotizar en algunas de las modalidades de aseguramiento contributivo, no tienen los ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido y salud y que por su condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, se encuentran en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud o sufragar el costo de los servicios médicos. Este beneficio también comprende las personas menores de edad extranjeras que carecen de una condición migratoria regular en el territorio nacional.

Bienes o servicios que entrega (productos):

- Aseguramiento en el Seguro de Salud:
Cuyo costo se calcula sobre la base mínima contributiva por una prima. Ambos productos son calculados por la Dirección Actuarial y Económica y aprobados por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Criterio y metodología de selección del beneficiario:

Estar registro en el sistema de información de la Caja como no asegurado y estar calificado por el IMAS en condición de Pobreza Extrema o Pobreza o estar registrado en el SINIRUBE en la calificación de Pobreza Extrema, Pobreza Básica o Vulnerabilidad.

Periodicidad de la entrega del servicio / Calendario de entrega de los beneficios:

El beneficio se otorga mensualmente a la población meta.

Trámites para acceder al beneficio / trámites y procedimientos a realizar para que el sujeto del beneficio seleccionado reciba el beneficio:

Para optar por el Aseguramiento por Cuenta del Estado, el núcleo familiar debe haber sido declarado en condición de pobreza o pobreza extrema por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), o encontrarse incluido en la base de datos del SINIRUBE. En casos excepcionales, la Caja podrá incluirlos en forma provisional por un período máximo de tres

meses al régimen de protección especial y comunicar dicha situación al IMAS para que esta Institución proceda al análisis y resolución del caso. En concordancia con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Salud, artículo 11 bis punto b.

Los establecimientos de salud, primer, segundo y tercer nivel podrán otorgar el beneficio provisional por un periodo de hasta tres meses hábiles, siempre que la persona sea no asegurada según herramienta Validación de Derechos en Línea y se encuentre visualizado en SINERUBE como “Por investigar”.

La Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos o quien realice la función, informará al usuario del beneficio provisional y orientará para que se comunique con la oficina del IMAS más cercana a su domicilio habitual, para la calificación de pobreza o pobreza extrema y obtener el beneficio de aseguramiento por cuenta del Estado definitivo.

Requisitos Documentales:

La presentación del documento de identificación vigente, en el caso de nacionales la cedula de identidad, Tarjeta de identificación de menores (TIM) y en el caso de extranjeros la cedula de residencia al día o resolución administrativa emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería que indique la aprobación del estatus migratorio de residente legal, esto para todos los miembros del núcleo familiar mayores de 18 años. En el caso de menores de edad extranjeros, se deberá aportar cedula de residencia, pasaporte o constancia de nacimiento autenticada o apostillada.

Situaciones que conducen a suspender o eliminar el beneficio

El beneficio se suspenderá por las siguientes razones:

- Fallecimiento del beneficiario
- Cuando exista un cambio de modalidad de aseguramiento
- Si desaparecen las condiciones que dieron origen al beneficio.

Temporalidad de los beneficios:

Beneficio Provisional:

- Hasta 3 meses.

Beneficio Definitivo:

- Hasta por cinco años, la Caja realizará las revisiones de los otorgamientos del beneficio definitivo, si las condiciones que dieron origen al beneficio se mantienen, se extenderá nuevamente por el mismo periodo.

Sujeto del beneficio:

La definición dada en el Reglamento del Seguro de Salud, artículo 11 bis, permite definir con mayor certeza al sujeto del beneficio y estos términos se ajustan en principio a los mismos que utiliza el INEC y el IMAS para definir la Pobreza y la Pobreza Extrema.