

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica  
Gerencia Financiera

LINEAMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN  
INTEGRAL DE PACIENTES CON SOSPECHA O  
CONFIRMACIÓN DE ENFERMEDADES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS), INCLUIDO EL VIH/SIDA  
(DIRECTRIZ N°. 037-S)



**FIRMAS DE APROBACIÓN**

Elaborado por	Unidad	Fecha	Firma
Lic. Juan Piedra Montero	Dirección Cobertura Especiales		(Original Firmado)
MBA. Eduardo Flores Castro	Área Cobertura del Estado		(Original Firmado)
Lic. Elizabeth Zamora Gómez	Área Coberturas del Estado		(Original Firmado)
Dra. Gloria Terwes Posada	Área Atención Integral a las Personas		(Original Firmado)

Revisado por	Unidad	Fecha	Firma
Lic. Miguel Cordero García	Dirección de Coberturas Especiales		(Original Firmado)

Aprobado por	Unidad	Fecha	Firma
Dra. María Eugenia Villalta Bonilla	Gerencia Médica		(Original Firmado)
Lic. Gustavo Picado Chacón	Gerencia Financiera		(Original Firmado)

## CONTENIDO

FIRMAS DE APROBACIÓN .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	5
FUNDAMENTACIÓN .....	6
ASPECTOS GENERALES .....	7
Objetivo .....	7
Alcance .....	7
DE LA ATENCIÓN MÉDICA .....	8
De la admisión por emergencia u urgencia.....	8
De la admisión por Consulta Externa .....	8
De la atención de los posibles contactos identificados, no asegurados cuando no se trate de una urgencia o emergencia.....	9
DE LA ACTIVIDAD DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS .....	10
En los casos de atención de paciente con identificación, costarricense o extranjero con residencia permanente .....	10
En los casos de extranjeros identificados, pero en condición migratoria irregular en el país en atención de urgencia o emergencia.....	11
Usuario sin identificación .....	12
De la consolidación del derecho cuando no se trate de una urgencia o emergencia .....	12
De los posibles contactos identificados, no asegurados en consulta externa .....	13
Evaluación de la aplicación del lineamiento .....	13

## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan un problema de salud pública que afecta a un porcentaje de la población, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Un ejemplo de ello ha sido sin lugar a dudas el VIH/sida, que por sus características y distribución es considerado como una pandemia. Las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida puede afectar a cualquier persona, de cualquier, cultura, género, edad, situación económica, religión, tendencia política, grupo social. No reconoce fronteras, aunque, como la mayoría de las grandes epidemias, afecta principalmente a poblaciones más vulnerables de la sociedad. Una de las terribles características de este problema de salud es, que no sólo afecta biológicamente a la persona que lo contrae, sino que trastorna y deteriora progresivamente su entorno social, familiar, económico y político.

Los especialistas de los establecimientos de salud que proveen servicios de atención integral a las personas con VIH y sida, han externado su preocupación por el aumento de personas con VIH con dificultades para acceder a alguna modalidad de seguros de salud y a mantener su status de aseguramiento por pérdida de empleo, pacientes que por su estadio clínico inmunológico han estado en tratamiento antirretroviral (TARV) y otros que requieren vincularse a los servicios especializados e ingresar a la terapia.

La pérdida de continuidad a los servicios de control y seguimiento de las personas con VIH y la interrupción del TARV por razones de pérdida del seguro de salud, son aspectos que contribuyen al mal pronóstico y calidad de vida de estas personas y a incrementar la carga de infección mediante la transmisión epidemiológica.

Por lo anterior, se procedió a realizar la gestión respectiva ante el Despacho de la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Salud, éste último como ente competente para adoptar todos aquellos actos necesarios para la protección de la salud. En este sentido el Ministro de Salud procedió a emitir la Directriz Ministerial 037-S, publicada en la gaceta el 1 de diciembre del 2015.

## FUNDAMENTACIÓN

La salud de la población es tanto un derecho humano universal, como un bien de interés público tutelado por el Estado.

La Ley General de Salud establece además que toda persona, natural o jurídica, queda sujeta a los mandatos de esa ley, de sus reglamentos y de las órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia, que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias orgánicas.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 160, 162 y 163 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”, en caso de sospecha o confirmación de un caso de enfermedad transmisible de denuncia obligatoria, el médico tratante deberá ordenar las medidas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad, de acuerdo con las normas fijadas por las autoridades sanitarias. Asimismo, las personas afectadas por enfermedades transmisibles están obligadas a someterse al tratamiento correspondiente, pudiendo utilizar para tal efecto los servicios públicos de salud en la forma que el reglamento lo determine. Los pacientes de lepra, tuberculosis y enfermedades venéreas, quedan especialmente obligados a someterse al tratamiento gratuito de su enfermedad o continuarlo si lo hubieren suspendido, salvo que acrediten debidamente, ante la autoridad sanitaria correspondiente, que están siendo tratados en instituciones privadas o por un médico particular. Por su parte las personas que hayan estado en contacto directo o indirecto con personas que padezcan de enfermedad transmisible de denuncia obligatoria, serán consideradas para los efectos de la Ley General de Salud y sus reglamentos como contactos y deberán someterse a las medidas de observación y control que la autoridad sanitaria indique.

De lo expuesto, y por razones de Salud Pública se emite la directriz 037-S, “*Atención Integral Por Enfermedades de Transmisión Sexual, Incluido El VIH-sida*”, que dispone:

(...)

*Artículo 1°—Por razones de salud pública, se instruye a las entidades de la Administración Pública, centralizadas y descentralizadas, para que dentro de sus competencias, brinden dentro del territorio nacional, atención integral en salud por enfermedades de transmisión sexual, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, la sífilis, la infección gonocócica, el linfogranuloma venéreo, la clamidiasis, el chancro blando, el granuloma inguinal, la tricomoniasis, la infección anogenital debida al virus del herpes, a la población tanto nacional como extranjera, que esté en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica.*

*Artículo 2°—Se deberá continuar brindando sin interrupción, la atención integral y el tratamiento a las personas con las enfermedades anteriormente mencionadas que por alguna razón, han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al Seguro de salud, de conformidad con el artículo 162 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud” (...)*

Por tanto, y con el propósito de cumplir con la Directriz 037-S, se procede a girar el presente lineamiento técnico-operativo para los establecimientos de salud de la institución para la atención integral de pacientes con sospecha o confirmación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el VIH/sida.

## **ASPECTOS GENERALES**

### **Objetivo**

Por razones de salud pública, instaurar un lineamiento técnico-operativo claro y unificado para la atención integral de pacientes con sospecha o confirmación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/sida y a la no suspensión del tratamiento antirretroviral a personas que han perdido el trabajo y quedan sin capacidad económica para continuar la contribución del Seguro de Salud, fundamentado en la Directriz Ministerial 037-S y en los artículos 162 y 163 de la ley General de Salud.

### **Alcance**

El lineamiento aquí concluyente, es de aplicación imperativa por parte de todos los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y de los funcionarios competentes, sean estos médicos, administrativos, de enfermería, registros de estadísticas en salud (REDES), validación y facturación de servicios médicos entre otros, que participen del ingreso, atención, registro y facturación, de la atención integral a pacientes no asegurados con sospecha o confirmación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/sida.

## DE LA ATENCIÓN MÉDICA

### De la admisión por emergencia u urgencia

Las unidades prestadoras de servicios de salud de la CAJA, que cuenten con servicio o área de urgencias o emergencias están obligados a valorar la atención médica a todas las personas que consultan por signos o síntomas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluida el VIH/sida, en situación de urgencia o emergencia, así determinada por un médico, independientemente de su condición de aseguramiento y posteriormente realizar los trámites administrativos correspondientes, incluyendo la referencia clínica al establecimiento de salud que le corresponda según el lugar de residencia de la persona usuaria para la atención respectiva.

### De la admisión por Consulta Externa

- a) Por referencia del servicio de emergencia. Toda persona que presente signos o síntomas de una enfermedad de transmisión sexual incluyendo el VIH/sida, debe ser atendida en el establecimiento de salud que le corresponda, no debe ser rechazada por su condición de aseguramiento, de no ser asegurado, debe ser atendida clínicamente. El funcionario de registros de estadísticas en salud debe identificar y verificar la condición de aseguramiento del solicitante, de no contar con alguna modalidad de aseguramiento, debe ser atendida y posteriormente se coordinará entre los servicios de REDES y Validación y Facturación por Servicios Médicos para el envío de la información requerida por la vía que la administración del establecimiento de salud establezca y registro en el sistema de información. En todo caso es obligatorio presentar documento de identidad o documento de similar rango en el caso de los extranjeros.
- b) Por solicitud de consulta no programada con referencia, el funcionario de registros de estadísticas en salud (REDES) debe identificar y verificar la condición de aseguramiento del solicitante, de no contar con alguna modalidad de aseguramiento, debe ser atendida y posteriormente se coordinará entre los servicios de REDES y Validación y Facturación por Servicios Médicos para el envío de la información requerida por la vía que la administración del establecimiento de salud establezca y registro en el sistema de información.

- c) *Por solicitud de consulta no programada sin referencia*, en los establecimientos de salud que brindan atención integral a personas con ETS y VIH/sida, el funcionario de registros de estadísticas en salud (REDES) debe identificar y verificar la condición de aseguramiento del usuario, de resultar un no asegurado, se atiende clínicamente y posteriormente se envía a Validación y Facturación de Servicios Médicos la información requerida para la facturación correspondiente. De no presentar síntomas o signos de ETS y VIH/sida, el profesional médico debe informar al usuario que debe presentarse a Validación y Facturación de Servicios Médicos para la facturación correspondiente de conformidad con el artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud.
- d) *Seguimiento y control, cuando el usuario tiene una ETS o VIH/sida*, se presenta al establecimiento de salud que brinda atención integral a personas con ETS o VIH/sida. Si el funcionario de registros de estadísticas en salud determina que el usuario continúa siendo un no asegurado, antes de recibir la atención debe orientarse y motivar para que se presente en la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos para iniciar de inmediato los trámites de aseguramiento correspondientes.
- e) Se deberá continuar brindando sin interrupción, la atención integral y el tratamiento a las personas con las enfermedades anteriormente mencionadas que por alguna razón, han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al Seguro de Salud, de conformidad con la Directriz Ministerial 037-S y el artículo 162 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”

**De la atención de los posibles contactos identificados, no asegurados cuando no se trate de una urgencia o emergencia.**

Cuando el profesional médico atiende a un portador de alguna de las enfermedades indicadas en la Directriz S-037, debe identificar los posibles contactos directos o indirectos y la obligatoriedad de prescribir tratamiento cuando así se amerite y éste admitirlo por fines de la salud pública y su salud individual.

Si el contacto no es asegurado, el funcionario de registro de estadísticas en salud o a quien la unidad determine, traslada la información que corresponda al funcionario que realiza la función de Validación y Facturación de Servicios Médicos para el trámite correspondiente.

## **DE LA ACTIVIDAD DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS**

### **En los casos de atención de paciente con identificación, costarricense o extranjero con residencia permanente**

- a) En el momento del egreso, el funcionario de registro de estadísticas en salud o a quien la unidad determine, enviará al usuario no asegurado con sospecha o confirmación de enfermedad de transmisión sexual (ETS), incluida el VIH/sida, con el documento de identificación a la unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos quien verifica en los sistemas de consulta que no cuente con alguna modalidad de aseguramiento o esté cesante.
- b) El funcionario que cumple la función de validación y facturación de servicios médicos realiza la entrevista al paciente no asegurado para determinar, la posible condición de pobreza extrema, pobreza, indigencia médica y aquellas personas que han perdido las garantías sociales por cese laboral y se demuestra que no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al Seguro de Salud, de conformidad con la Directriz Ministerial 037-S y el artículo 162 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”
- c) De cumplir con lo establecido en el punto anterior, y de no haber sido acreedor anteriormente de un beneficio de Aseguramiento por el Estado, se otorga el beneficio definitivo de acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado. y realiza registro en el sistema EDUS/SIAC. Posteriormente, orienta al usuario para que retire su carné en la unidad de Adscripción (afiliación) del establecimiento de salud que le corresponda.
- d) En los casos en que el usuario haya disfrutado del beneficio provisional o definitivo de Aseguramiento por el Estado, se realice prórroga por un tiempo prudencial (Máximo 2 meses) para que formalice el beneficio definitivo en el establecimiento de salud correspondiente de acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado.

- e) Si el funcionario de validación y facturación de servicios médicos, determina mediante la entrevista que el usuario tiene capacidad de pago para contribuir a los Seguros Sociales, procede a orientar al usuario para que solicite la inscripción en los servicios de inspección de la Institución, según los lineamientos institucionales y remite copia del estudio resolución beneficio provisional seguro por el Estado al inspector de Leyes y Reglamentos.

**En los casos de extranjeros identificados, pero en condición migratoria irregular en el país en atención de urgencia o emergencia.**

- a) En el momento del egreso, remitido el usuario por el funcionario de registro de estadísticas en salud o a quien la unidad determine, el funcionario que realice la función de validación y facturación de servicios médicos, solicita al paciente no asegurado con sospecha o confirmación de enfermedad de transmisión sexual (ETS), incluida el VIH/sida, el documento de identificación, verifica en los sistemas de consulta que no cuente con alguna modalidad de aseguramiento o esté cesante.
- b) El funcionario que cumple la función de validación y facturación de servicios médicos realiza la entrevista al paciente no asegurado, para determinar, la posible condición de pobreza extrema, pobreza, indigencia médica o que han perdido las garantías sociales por cese laboral y se demuestra que no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al Seguro de Salud, de conformidad con la Directriz Ministerial 037-S y el artículo 162 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”
- c) De tenerse la presunción de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, el funcionario que realiza la labor de Validación, registra en el SIAC, Módulo Seguro por el Estado, Cargos al Estado, el costo de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento aplicados durante la atención.
- d) De no cumplir con la condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, el funcionario que realiza la labor de Validación, deberá proceder conforme el artículo 61 del reglamento del Seguro de Salud.

### **Usuario sin identificación**

En el momento del egreso, remitido el usuario por el funcionario de registro de estadísticas en salud o a quien la unidad determine, el funcionario que efectúa la función de validación y facturación de servicios médicos, solicita al paciente no asegurado con sospecha o confirmación de enfermedad de transmisión sexual (ETS), incluida el VIH/sida, el documento de identificación, en caso de no contar o portar el documento, y no poseer el funcionario que realiza la labor de validación con suficientes elementos de juicio que permitan determinar su condición socio-económica, deberá proceder de acorde con los artículos 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud, según corresponda.

### **De la consolidación del derecho cuando no se trate de una urgencia o emergencia**

Una vez verificada su condición de aseguramiento, se solicita documento reconocido legalmente (Examen de laboratorio, diagnóstico clínico, referencia, entre otros) que certifique la sospecha o padecimiento de las enfermedades establecidas en este procedimiento.

El funcionario que cumple la función de validación y facturación de servicios médicos, realiza la entrevista al paciente no asegurado para determinar, la posible condición pobreza extrema, pobreza o indigencia médica.

De cumplir con lo establecido en el punto anterior, y de no haber sido acreedor anteriormente de un beneficio de aseguramiento por el Estado, se otorga el beneficio provisional por tres meses y realiza registro en el SIAC. Posteriormente, orienta al usuario para que retire su carné en la unidad de Adscripción (afiliación) del establecimiento de salud que le corresponda. Aunado a esto, solicite al funcionario que realiza la función de validación y facturación de servicios médicos, el estudio para el beneficio definitivo de acuerdo con lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado.

En los casos en que el usuario haya disfrutado del beneficio provisional o definitivo de aseguramiento por el Estado, el funcionario que realiza la función de Validación y Facturación de Servicios Médicos debe realizar la prórroga por un tiempo prudencial (Máximo 2 meses) para que formalice el beneficio definitivo en el establecimiento de salud correspondiente.

### **De los posibles contactos identificados, no asegurados en consulta externa**

Una vez que el Profesional Médico identifica a un portador y sus los posibles contactos directos o indirectos e indicarles la obligatoriedad de admitir el tratamiento de alguna de las enfermedades indicadas en la Directriz 037-S y el contacto es no asegurado, el funcionario de registro de estadísticas en salud o a quien la unidad determine, traslada la información que corresponda al funcionario que realiza la función de validación y facturación de servicios médicos.

El funcionario que realiza la labor de Validación, registra en el SIAC, Módulo Seguro por el Estado, Cargos al Estado, Ley General de Salud, el costo de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento aplicados durante la atención médica otorgada.

### **Evaluación de la aplicación del lineamiento**

Los resultados de la aplicación de este lineamiento será evaluado por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en coordinación con el Área Coberturas del Estado de la Dirección de Coberturas Especiales al cumplirse los primeros seis meses de entrar en vigencia el mismo. Con el fin de evaluar, analizar y readecuar los aspectos que se requieran y que garanticen su buen funcionamiento y adecuada aplicación.

Este Lineamiento rige a partir de su aprobación.