



**DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y
SEGUIMIENTO
UNIDAD CONTROL Y SEGUIMIENTO**

**DISEÑO DEL PLAN PRESUPUESTO 2025
PROGRAMA PACIENTES EN FASE TERMINAL
Y PERSONAS MENORES DE EDAD
GRAVEMENTE ENFERMAS**

2025





Información general del programa o proyecto

Nombre del programa o proyecto

Beneficios Para Los Responsables De Pacientes En Fase Terminal y Personas Menores Gravemente Enfermas.

Institución a cargo

Caja Costarricense del Seguro Social.

Unidad ejecutora

- Gerencia Financiera
- Gerencia Médica

Responsable y enlace de la ejecución del programa o proyecto

Licda. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva, Presidencia.

Dr. Randall Álvarez Juárez, Gerente. Gerencia Médica.

Licda. Gabriela Artavia Monge, Gerente. Gerencia Financiera.

Lic. Luis Rivera Cordero, Director Dirección Financiero Contable.

Lic. Erick Solano Víquez, jefe Área Tesorería General.

Licda. Mariana Mayira Sandoval Vindas, enlace Área Tesorería General; mmsandova@ccss.sa.cr

Lic. Jeffry Madrigal Chaves, enlace Área Tesorería General jmadrigal@ccss.sa.cr

Sitio web del programa o proyecto

No tiene.

Norma legal de creación del programa o proyecto

Ley 7756, Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas.

Otra normativa asociada con la gestión del programa o proyecto:

- Ley 8584 del 21 de marzo del 2007, vigente desde el 27 de abril de 2007. (Ayuda al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos por parte de la CCSS).
- Ley 8600 vigente desde el 5 de octubre de 2007. (Modificación de la ley 8584, se reforma el subsidio, el plazo de la licencia, el procedimiento para otorgar la licencia y las sanciones aplicadas).





Fecha de inicio

Marzo de 1998

Módulo programático

Descripción del problema sobre el cual interviene el programa o proyecto:

Definiciones:

Paciente en Fase terminal: paciente enfermo que independientemente de su edad presenta una condición de salud de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implica la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su expectativa de vida es menor o igual a seis meses, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de vida”.

Personas menores de edad gravemente enfermas: paciente menor de edad cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado.

Persona en situación “extraordinaria”: paciente menor de edad o mayores hasta los 25 años, cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado.

Demanda: Se estima que, para el año 2025, el programa beneficiará en promedio a 782 personas diferentes, para lo cual se proyecta que se les otorgará 13 555 subsidios.

Necesidad: Las personas en condición de fase terminal, los menores de edad gravemente enfermo, y las personas hasta los 25 años, con una situación especial o excepcional de salud y con dependencia de un tercero, tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su enfermedad, lo cual incluye la posibilidad de la atención y asistencia por parte de un cuidador designado. Para todo ello, es necesario que el Sistema Nacional de Salud tenga en cuenta estos aspectos y que se organice para poder hacer frente a estos nuevos retos asistenciales.





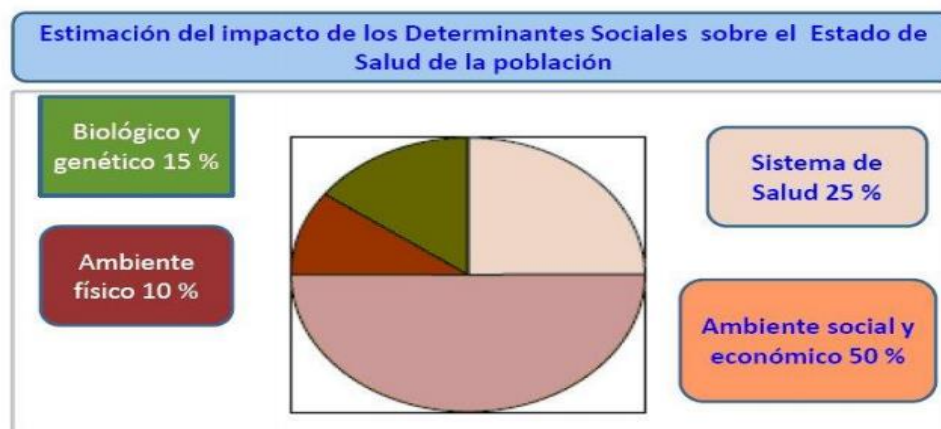
Área de mejora: Dimensionar la posibilidad de aumentar la cobertura del programa para las personas que cotizan como trabajadores independientes (Los asegurados voluntarios no aplican para este fondo ya que no se encuentran registrados ante la Institución con una actividad económica que merezca remuneración por la suspensión laboral debido al cuidado de pacientes enfermos).

La población objetivo: se encuentra direccionada a trabajadores asalariadas activas.

ANTECEDENTES:

De acuerdo con el estudio, medición e indicadores que explican las situaciones de salud, se conciben a partir de modelos que intentan avanzar hacia una visión cada vez más compleja y abarcativa de la salud, que trascienda la idea de enfermedad para integrar, además de los determinantes como lo conductual, psicológico, biológico y servicios de salud, otros elementos como las políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, cultura, valores, clase social, género, edad, etnia, territorio, condiciones de empleo, vivienda, ingresos. Todos estos elementos son planteados en este recuento de modelos y avances en la explicación de la salud establecida en la segunda mitad del siglo pasado y articulados en propuestas como el Modelo de los Determinantes de la Salud descrito por Solar e Irwin en el 2007 y adoptado por la OMS en el 2011, que exhiben un carácter más complejo para explicar la salud.

Bajo estas premisas, la posibilidad de generar un posicionamiento diferente, un marco de ruptura epistemológica de la forma en como se ha entendido el constructo salud, requiere continuar con un análisis crítico-reflexivo que contraste las concepciones tradicionales de la salud, sus determinantes y las formas de promoverla con otros planteamientos que comprendan la salud como un constructo social, con una naturaleza compleja que requiere la articulación de acciones planteadas igualmente desde un pensamiento complejo. Su promoción no compete exclusivamente al ámbito sanitario, por el contrario, corresponde al trabajo articulado con otros actores y sectores de la sociedad, mediante el posicionamiento desde otros marcos teóricos que contemplen la complejidad de elementos, dimensiones, determinantes involucrados en la salud de los individuos y poblaciones humanas.





Es importante mencionar que, aunque el sujeto de beneficio de este programa no es la persona enferma, sino el trabajador asalariado activo, la condición de salud de la persona a cuidar viene siendo uno de los factores que intervienen para poder hacer uso de este programa, ya que se da el acompañamiento de la persona responsable de su cuidado. Tal y como lo indican los determinantes sociales sobre el estado de salud de la población, el ambiente social y económico abarca un 50%, y así queda demostrado como el aporte económico que recibe el programa viene a mejorar parte de la salud de las personas, donde también influye la parte social, al poder contar con un cuidador que recibe un subsidio.

Cabe indicar que el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro del grupo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles a nivel mundial, por lo cual es tema de bastante preocupante por parte de los responsables de tomar las decisiones en salud, gestar sus servicios de salud y proveerlos en cada país. En Costa Rica, en las últimas cuatro décadas, el grupo de enfermedades relacionadas con los tumores malignos, han ido en aumento y ocupan el segundo lugar en la tasa de mortalidad, por lo que este programa contribuye en lo que corresponde a Pacientes en Fase Terminal a mejorar su calidad de vida en esta etapa de la enfermedad, donde también se beneficia el trabajador asalariado activo, quien tiene derecho a gozar de una licencia. Se reitera que; el cáncer es en la actualidad la segunda causa de muerte en Costa Rica y la mayor amenaza para la salud de los costarricenses. Actualmente mueren 8 personas por día en el país, por algún tipo de cáncer y durante los próximos 10 años, se calcula que el aumento de la incidencia de esta enfermedad producirá más de 11 mil casos nuevos por año.

El riesgo de que un hombre desarrolle alguna forma de cáncer es del 33% y en el caso de las mujeres de 23%. La tasa acumulada es del 40% para los varones y de 27% para mujeres. Como resultado de esto, se sabe que una de cada cuatro personas morirá de cáncer.

A continuación, se presenta el detalle de incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina y femenina, según provincia:

**INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN MASCULINA
SEGÚN PROVINCIA E RESIDENCIA
COSTA RICA, 2016***
(Tasas por 100.000 varones)

PROVINCIA Y CANTON	LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES											
	PIEL	GLANDULA PROSTATICA	ESTOMAGO	COLO N	VEJIGA URINARIA	BRONQUIOS Y PULMON	RECTO	GANGLIOS LINFATICOS	SISTEMAS HEMATOPOYE TICO Y	TESTICULOS	GLANDULA TIROIDES	OTRAS LOCALIZAC.
	Nº	Nº	Nº	N	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
SAN JOSE	674	375	180	93	61	47	59	72	42	43	48	356
ALAJUELA	397	205	78	45	31	19	19	19	12	16	20	124
CARTAGO	104	101	44	20	18	17	14	12	18	16	14	61
HEREDIA	189	111	30	28	12	14	12	6	19	15	8	99
GUANACASTE	47	130	33	16	4	8	12	4	12	7	4	105
PUNTARENAS	151	80	36	17	7	10	10	8	7	6	2	66
LIMON	71	27	22	11	4	9	3	7	6	11	8	53
DESCONOCIDO	37	15	1	1	4	7	0	1	1	2	11	24

* Cifras preliminares

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, VIGILANCIA DE LA SALUD, UNIDAD DE INDICADORES DE SALUD, REGISTRO NACIONAL DE TUMORES





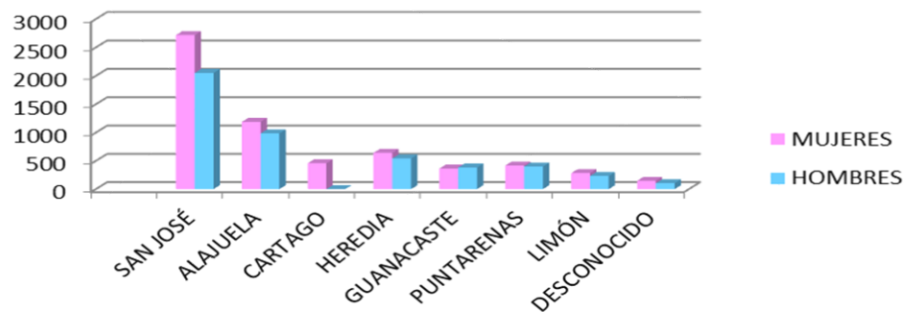
**INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION FEMENINA
SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA
COSTA RICA, 2016***
(Tasas por 100.000 mujeres)

PROVINCIA Y CANTON	LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES										
	PIEL	MAMA	GLANDULA TIROIDES	CUELLO UTERINO	COLON	ESTOMAGO	CUERPO UTERINO	GANGLIOS LINFATICOS	OVARIO	BRONQUIOS Y PULMON	OTRAS LOCALIZAC.
	Nº	Nº	Nº	N	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
SAN JOSE	734	633	254	209	139	109	74	71	68	48	377
ALAJUELA	367	222	99	130	56	65	39	20	20	13	158
CARTAGO	87	89	79	26	31	26	28	10	6	7	68
HEREDIA	166	141	53	68	32	19	30	15	18	11	88
GUANACASTE	57	83	29	43	21	16	13	2	11	1	88
PUNTARENAS	122	89	25	55	14	14	9	8	7	8	67
LIMON	53	48	27	56	8	9	13	10	4	6	49
DESCONOCIDO	32	32	39	10	2	3	1	1	0	3	24

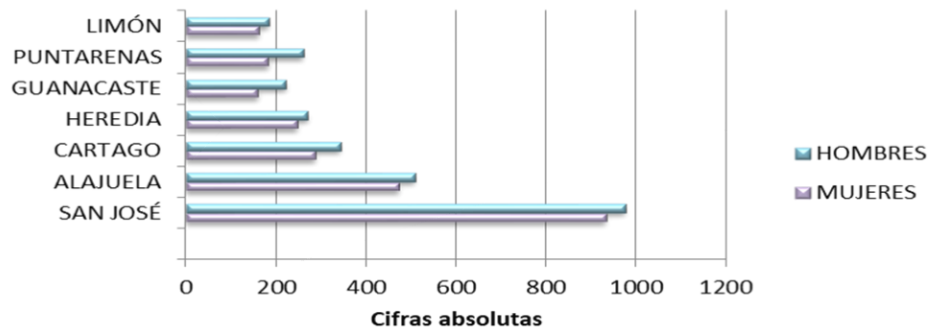
* Cifras preliminares.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, VIGILANCIA DE LA SALUD, UNIDAD DE INDICADORES DE SALUD, REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

**Incidencia de tumores malignos por
provincia**



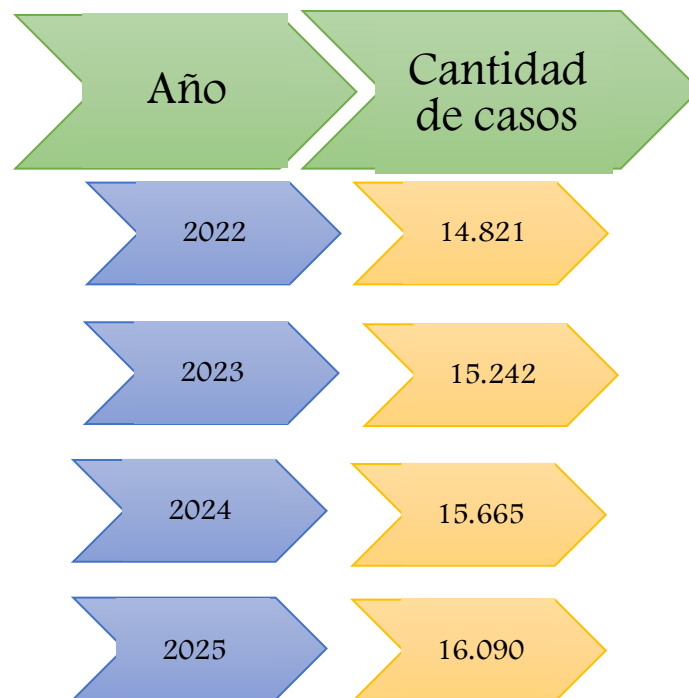
**Mortalidad por tumores malignos por provincia
(Datos al 2019)**





Es trascendental indicar que, a pesar de que los datos indicados en las tablas anteriores son del año 2016 (para incidencia de tumores) y año 2019 (para muertes por tumores), es información que viene a formar parte de los antecedentes del programa, ya que es un indicio de que, debido al desarrollo de tumores en la población, nace la necesidad que estas personas requieran de ser cuidadas y es lo que el programa viene a solventar.

Estimaciones de casos nuevos de cáncer en Costa Rica



Fuente: Castillo, Jaqueline. Evaluación y proyección del cáncer en Costa Rica, Dirección Actuarial, CCSS.

Descripción de la teoría de la intervención.

Insumo: Es el dictamen médico extendido por el médico o profesional en salud tratante del caso, por cuanto es el documento base que brinda la información que justifica y respalda la solicitud de otorgamiento de la licencia.





Proceso/actividad: A solicitud del enfermo o la persona encargada, en el caso de la persona menor de edad, el médico tratante (funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), de una clínica de cuidados paliativos o de una clínica de control del dolor que pertenezca a la Caja Costarricense de Seguro Social, del Hospital Nacional de Niños, o de otros sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta

Directiva de la Caja) extenderá un dictamen médico en el cual se determine la fase terminal, situación de “gravemente enfermo” o la “situación debidamente calificada” o “extraordinaria”.

La Dirección del centro médico donde se atiende a la persona enferma (o a quien esta delegue), emitirá la correspondiente certificación médica o dictamen, con base en ese dictamen, el trabajador interesado solicitará, por escrito, el otorgamiento de esta licencia ante la dirección del centro médico de adscripción del paciente enfermo, para su respectivo análisis y autorización, la cual estará a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades y Licencias.

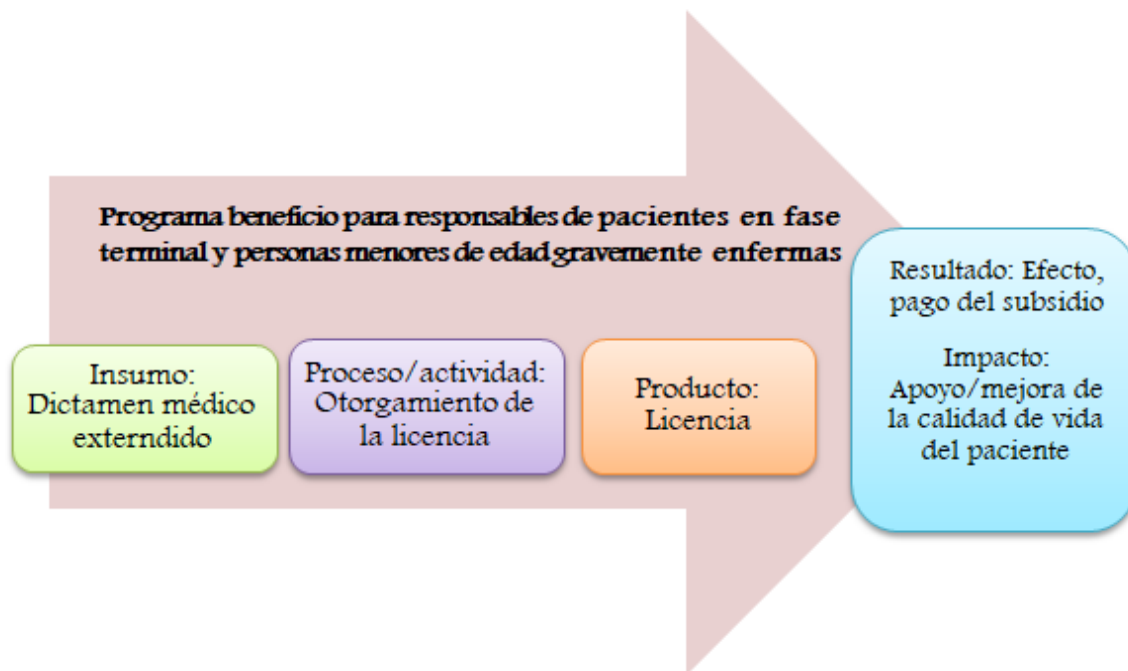
En caso de pacientes atendidos por médicos particulares en el ejercicio liberal de la profesión, la licencia se solicitará conforme lo antes ya descrito, aportando el certificado médico autorizado por el Colegio de Médicos y Cirujanos, y cumpliendo con los plazos establecidos en el artículo 81 del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud (1 día hábil), siendo que dicha certificación tendrá carácter recomen dativo para la Caja y la autorización de la licencia estará a cargo de la Dirección del Centro Médico de adscripción de la persona enferma, junto con la Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades.

Producto: para este caso es la licencia otorgada a la persona para el cuidado del paciente enfermo, que es la declaración expresa que hace una persona, especialmente con autoridad legal, para permitir que se haga cierta cosa; es decir el periodo de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja Costarricense de Seguro Social al trabajador asalariado activo, con la finalidad de que cuide a un paciente enfermo que requiere cuidados, de acuerdo con la ley 7756 y sus reformas.

Resultado: Efecto: pago del subsidio, suma de dinero que se paga al asegurado directo activo asalariado, familiar o no del paciente enfermo, por motivo de la licencia otorgada para el cuidado de la paciente enferma en atención.

Impacto: Apoyo o mejora en la calidad de vida del paciente, Dicho pago de subsidios contribuye al mejoramiento sustancial de la calidad de vida del paciente enfermo, por cuanto este último, recibe la atención oportuna y diferenciada que su condición requiere, dicho impacto individual promueve el progreso de varias determinantes sociales a nivel grupal.





El Programa “Beneficio para responsables de pacientes en fase terminal y personas menores de edad gravemente enfermas”, financiado con recursos de Fodesaf no tiene distinción alguna hacia las personas con discapacidad, mantiene la equidad en la distribución de beneficios por género, conforme la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género.

Propicia el acceso a las poblaciones minoritarias como la de afrodescendientes o indígenas para que tengan adecuado acceso al programa, siempre y cuando los postulantes al uso de este sean personas trabajadora asalariadas activas.

Para los siguientes anunciados este programa no aplica:

- Fomentar la eliminación del trabajo infantil. Los programas y proyectos financiados con recursos de Fodesaf, deberán cuando corresponde, establecer políticas orientadas a la erradicación del trabajo infantil y la protección de los adolescentes trabajadores, conforme la Hoja de Ruta para hacer de Costa Rica un país libre de trabajo infantil y sus peores formas.
- Fomentar la erradicación de la Violencia contra las niñas (os) y adolescentes. De acuerdo con la Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades 2017-2032, aquellos programas que atienden menores de edad y jóvenes, como una forma de prevención primaria y que se convierta en un tema de asimilación cultural, deberán realizar acciones de nuevas formas creativas de llegar a la niñez y a las poblaciones jóvenes para evitar que este tipo de patrones se introduzca dentro de los repertorios de conductas de esta población.





Actores involucrados

- Gerencia Medica: Monitoreo y Seguimiento de la licencia
- Hospitales, Área de Salud, Clínicas: Trámite y otorgamiento de licencia
- Gerencia Financiera: Supervisión de la gestión administrativa
- Dirección de Presupuesto: Gestión administrativa y presupuestaria
- Dirección Financiero Contable: Supervisión administrativa
- Área de Tesorería General: Formulación presupuestaria, ejecución, control interno, enlace con FODESAF, gestión administrativa, contable
- Subárea Prestaciones en Dinero: control y monitoreo del pago de subsidios
- Subárea Gestión de Pagos: Ejecución del pago del subsidio.
- Área Contabilidad Financiera: Gestión contable
- Subárea Contabilidad Operativa: Gestión contable
- Subárea Contabilidad de Costos: Gestión administrativo.

Objetivo general del programa o proyecto

Otorgar licencia laboral y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que brinden asistencia continua y permanente a una persona enferma, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos que, por padecer una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, se encuentran en una fase terminal, de menores de edad que sufren una enfermedad grave, o de personas hasta los 25 años, con una situación de salud especial o excepcional.

Objetivos específicos del programa o proyecto:

- Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que cuiden a un paciente el cual, independientemente de su edad, se encuentra en una etapa o fase terminal de la enfermedad.
- Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden de un menor de edad, cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano.
- Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden atiendan a un menor de edad, o mayor hasta los 25 años (en el tanto exista una relación de dependencia), cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso





de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano.

Población beneficiaria:

Trabajadores asegurados activos asalariados, designados como responsables del cuidado de un paciente en fase terminal, un menor de edad gravemente enfermo, o una persona hasta los 25 años (dependiente del trabajador), o menor de edad con una condición de salud especial o excepcional.

Metodología para la selección de la población beneficiaria:

La población de beneficiarios para este programa son trabajadores asalariados activos, familiar o no del paciente, que deben tener algún vínculo afectivo a juicio del paciente (o la persona encargada) o criterio del médico, que indica que aquél cumplirá en forma debida con la misión de cuidarlo durante su enfermedad. El trabajador debe haber sido reportado en planillas a la CCSS en los tres meses inmediatamente anteriores al inicio de la licencia.

Descripción de los productos:

- **Subsidio para Beneficiarios Responsables de Pacientes en Fase Terminal:** periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente enfermo que independientemente de su edad presenta una “enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implica la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su expectativa de vida es menor o igual a seis meses, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de vida”.
- **Subsidio para Beneficiarios Responsables de Pacientes Menor Gravemente Enfermo:** periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente menor de edad cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado.
- **Subsidio para Beneficiarios Responsables de Pacientes Gravemente Enfermo (extraordinarios):** periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente menor de edad o mayores hasta los 25 años, cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado.





- **Gasto por la Administración del Programa Atención de PFT:** Corresponde al gasto en el que incurre la Caja Costarricense de Seguro Social por la administración de los recursos provenientes del Fodesaf.

Periodo para recibir los productos del programa por parte de la población beneficiaria

Mensual hasta que fallezca el paciente en caso de Pacientes enfermos en condición de Fase Terminal (o hasta que la condición de fase terminal se revierta, en caso de suceder); en el caso pacientes menores de edad gravemente enfermos y licencias extraordinarias hasta que el médico lo indique, con la excepción de que la licencia extraordinaria se emite por un máximo de 3 meses prorrogables una única vez.

Frecuencia de la entrega del producto

Las constancias de licencia se emiten por períodos máximos de 30 días, hasta el fallecimiento del paciente en el caso de "Fase Terminal", por el tiempo en que el médico tratante lo considere necesario, en el caso del menor gravemente enfermo; y por un máximo de 3 meses prorrogables una única vez otros 3 meses, en el caso de la licencia extraordinaria.

Metas

El Programa "Beneficio para responsables de pacientes en fase terminal y personas menores de edad gravemente enfermas", tiene como meta para el periodo 2025 beneficiar a trabajadores asalariados activos de acuerdo con los productos que programa cubre. De acuerdo con el cronograma de metas e inversión se estima que, para el producto, "Beneficio para responsables de pacientes en fase terminal", se beneficiaran en promedio 249 personas, para lo cual se proyecta que se les otorgara 5 074 subsidios. Para el caso de beneficiarios del producto menores de edad gravemente enfermos, se favorecerán en promedio 197 personas que recibirán según la programación 3 430, subsidios y para el producto licencia extraordinaria se otorgara el beneficio a 336 personas en promedio, las cuales recibirán 5 051 subsidios. Lo anterior para un total de 782 en promedio, y total de subsidios de 13 555.

Para el apartado de gasto administrativo, se estimó que por mes el programa pagara a la Caja Costarricense de Seguro Social, la suma de €9.5 millones.

Cronograma de metas e inversión:

Los ajustes se visualizan en el (anexo 1)





Cobertura geográfica:

- Cobertura a nivel nacional.
- La ejecución es del tipo Centralizada/Local. En el nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social se lleva a cabo el pago, registro contable y control de los subsidios, mientras que en los diferentes centros de salud de la Caja es donde se tramitan, se autorizan y se les da seguimiento a las licencias para los trabajadores.

Evaluación:

- **Calidad de la información del programa o proyecto:** Se dispone del sistema informático para el Registro Control y Pago de Incapacidades (RCPI), sistema institucional confiable de monitoreo de licencias y subsidios cancelados, su funcionamiento es de carácter confiable.
- **Existencia y disponibilidad de información del programa o proyecto:** Se dispone de bases de datos con relación al registro de personas beneficiarias de los tres tipos de productos que abarcan el programa, registro de la cantidad de licencias otorgadas, además del informe con los datos de licencias otorgadas por cantón, con base en los registros actuales que se reportan al SINIRUBE de manera mensual, y los reportes presentados a la DESAF de forma anual, además, se cuenta con la disposición por parte del personal de la institución (áreas de salud, sucursales y oficinas centrales) para dar acceso a información y base de datos del programa. por lo cual, el acceso a dicha información es accesible y oportuna.
- **Recursos:** La Institución como Unidad Ejecutora del programa, dispone de recursos económicos provistos por FODESAF, humanos y el tiempo requerido, para realizar la evaluación del programa Pacientes en Fase Terminal.
- **Intereses en torno a la evaluación:** La Institución como Unidad Ejecutora del programa, manifiesta el interés respecto a las intencionalidades para llevar a cabo un estudio evaluativo, así como el uso de las recomendaciones que surjan de las mismas, mediante el tipo de evaluación de diseño, procesos, resultados e impacto. Para la evaluación de este programa, se procederá con la presentación de informes trimestrales con la información mensual del detalle del origen y aplicación de recursos, el reporte mensual al SINIRUBE, de las personas beneficiadas, así como los informes anuales de ejecución de los recursos, según el formato aportado por la DESAF.





Contribución del programa o proyecto a políticas públicas:

Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública:

Este Programa puede ubicarse dentro del apartado del Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2022, “Área de Salud y Seguridad Social” en la Ficha de Indicadores de Objetivos de Área número 2. “Porcentaje de población económicamente activa cubierta por el seguro de enfermedad y maternidad. (SEM)”, ya que el Programa Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas, esta direccionado a personas trabajadores asegurados activos asalariados, puede considerarse a dicho programa en los alcances de este indicador.

Prioridades de la Administración:

Cabe indicar que este programa está excluido de los programas que están dirigidos para la población con carácter de pobreza o pobreza extrema, debido a que está diseñado para beneficiar a trabajadores asegurados activos asalariados, por lo que no se hace ninguna observación a este apartado.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

No aplica

Política Nacional de Emprendimientos:

No aplica

Plan Operativo Institucional (POI):

No aplica como tal en el plan institucional por ser un programa que no pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, sus objetivos y metas no forman parte del PAI, a nivel presupuestario si está contemplado dentro del presupuesto institucional y los fondos están asignados de forma interna a la unidad ejecutora 1121 Dirección Financiero Contable, para la ejecución de los recursos pagados por FODESAF. Sobre este particular, se aclara que, en el documento entregado de manera oficio a la DESAF, firmado por el presidente Ejecutivo de la CCSS, se consigna que la institución a cargo es la CCSS, y dentro de ésta se especifica la dependencia responsable de su ejecución (Dirección Financiero Contable).

Adicionalmente, no necesariamente deben estar incluidos en cada una de las políticas indicadas, es en una de ellas o varias de ellas; y, sino por lo menos en el POI de la CCSS. Debería estar incluido en el plan institucional, deben cumplir con la ley, y, administrar los recursos asignados para el pago de los beneficios.





Por lo expuesto, en el punto sobre el Plan Operativo Institucional (POI), no cumple con el requerimiento. El manejo de fondos públicos está dirigido para la atención de la población que presenta una necesidad. La CCSS, es quien ejecuta los recursos acordes a la necesidad de la población beneficiaria asociada a un tercero que requiere de un servicio de cuidados, según o establecido en la Ley N° 5662 y sus reformas.”

Plan de contingencia para la atención de emergencias

- **Riesgos:** Cuando la recaudación de FODESAF presente una disminución notable, que afecte directamente el porcentaje asignado para el programa, dicha acción lesiona el proceso de ejecución del proceso, por cuanto no se dispone de recursos suficientes para cubrir los pagos a los beneficiarios del programa.
- **Medidas de mitigación:** Ante la necesidad de recursos, la CAJA recurrirá al financiamiento de las licencias mediante el seguro de Salud, como medida preventiva inmediata ante la escasez de recursos, posteriormente se deben realizar las acciones para recuperar los fondos con FODESAF.

Cumplimiento de Políticas

Indicar si el programa o proyecto a ejecutar se encuentra asociado para su cumplimiento a algunas de las siguientes políticas. Para aquellas, en las que, si aplica alguna de las políticas indicadas, describir con detalle la forma en que harán cumplir la política asociada a su gestión y, reporte de resultados a la Desaf.

Política Nacional de Empresariedad:

El programa no está asociado.

Política Nacional de Cuidados:

La relación de dependencia que existe deriva de la dependencia desde una condición de salud; por lo cual, dicha valoración está sujeta del criterio emitido por el médico tratante.

“En el ámbito de la atención sanitaria, la CCSS cuenta con servicios de salud general (EBAIS) y más complejos (Hospitales generales, nacionales y especializados) ... un sistema de licencias para personas cuidadoras asalariadas que atiendan a pacientes en fase terminal y personas menores gravemente enfermas, también llamadas licencias extraordinarias. Estas dos últimas alternativas formarían parte del paquete de servicios que ofrecería el sistema para mejorar la atención de las personas al final de la vida y permitir a sus cuidadores inmediatos acompañar este proceso sin que esto implique perder sus ingresos económicos.”





Política Nacional del Deporte y Recreación:

El programa no está asociado.

Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado

Especificar la manera en la cual se está utilizando el Sinirube dentro de las labores del programa.

Se utiliza como medio de consulta para la asignación de beneficios:

El beneficiario del programa es un trabajador asalariado activo, es decir, no se encuentra en situación de pobreza o necesidad.

Se utiliza para el levantamiento de la información de las personas beneficiarias:

No

Reporte trimestral al Sinirube de las personas que están beneficiando:

Si, Reporte mensual al SINIRUBE de las personas que están siendo beneficiadas.

Impedimento legal para la aplicación de la Directriz:

La Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social mediante oficio GA- DJ- 0562- 2021, del 01 de febrero del 2021, establece que no es viable la transferencia de información al SINIRUBE, debido a que los beneficiarios del presente programa corresponden a asegurados asalariados, por lo que, no necesariamente se encuentran en pobreza o necesidad. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social por su grado de autonomía, no se encuentra sometida a ninguna Directriz o Decreto del Poder Ejecutivo.





De los activos de los programas y proyectos

Se debe adjuntar una certificación jurada en la que se indique que los activos se encuentran incorporados al SIBINET y que se mantiene la información actualizada. Además, se deberá indicar si mantienen un registro auxiliar actualizado de los activos comprados con recursos del Fodesaf. Para el caso de las instituciones descentralizadas referirse, únicamente, a si se mantiene un registro auxiliar actualizado de los activos comprados con recursos del Fondo.

No aplica, para el programa.

Gastos Administrativos

Para calcular los gastos administrativos primeramente se establecen los costos directos del servicio, el cual está representados por el valor del tiempo que mensualmente invierte el recurso humano que participa en la parte administrativa en el trámite de pago (Dirección Financiero Contable, Área Tesorería General, Subárea Trámite de Pagos, Subárea Asesoría Prestaciones en Dinero, Área Contabilidad Financiera, Subárea Contabilidad Operativa y Dirección de Presupuesto) y el tiempo que invierten en la parte médica por la revisión y aprobación de cada licencia otorgada (Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y 82 Áreas de Salud que tienen Comisiones de Incapacidades), a los responsables de pacientes en fase terminal, personas menores de edad gravemente enfermas y licencias extraordinarias, lo cual deriva en las erogaciones realizadas por concepto de salarios y cargas sociales de este personal según su perfil ocupacional y los pluses salariales asociados.

Posteriormente se determinan los costos indirectos asociados a la prestación del servicio, que en este caso en particular están representados únicamente por los Servicios No Personales (servicios públicos, mantenimientos, viáticos, alquileres, entre otros) que se consumen en las Unidades Ejecutoras que tienen participación, dado que en la mayoría de los centros participantes es muy compleja la identificación materiales y suministros y activos para realizar labores relacionadas con este proceso, y su uso es mínimo en los procesos que cada uno atiende.





Este valor se calcula a partir de la relación porcentual que se obtiene de dividir el gasto ejecutado por las 86 Unidades Ejecutoras en las partidas presupuestarias de Servicios No Personales, entre la sumatoria de las cuentas relacionadas con salarios totales y las cargas sociales (Servicios Personales más Transferencias Corrientes del efectivo y no efectivo relacionadas) de cada Unidad, con el objetivo de asociar el consumo de estos servicios con el recurso humano de cada Unidad.

Finalmente se suman los costos directos e indirectos mensuales obtenidos, y se multiplican por los 12 meses para obtener la proyección del costo anual de los servicios administrativos que se realizan para el otorgamiento y pago de licencias a los responsables de pacientes en fase terminal, personas menores de edad gravemente enfermas y licencias extraordinarias.

