

Instructivo: Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal

(Ley 7756 de 20 de marzo
de 1998, reformada por
Ley 8600, publicada en la
Gaceta n° 192 de 05 de
octubre del 2007)

*Un ¡Hasta pronto!
Marcado por el amor*

Noviembre 2007



www.ccss.sa.cr

ÍNDICE

Artículo 1°	Del fundamento legal	2
Artículo 2°	Del objetivo	2
Artículo 3°	De las definiciones	2
Artículo 4°	Del trámite de las licencias	3
Artículo 5°	De la autorización de las licencias	3
Artículo 6°	Del lugar donde se otorgan las licencias	4
Artículo 7°	De los plazos y condiciones de las licencias	4
Artículo 8°	De la suspensión de las licencias	5
Artículo 9°	De los responsables designados	5
Artículo 10°	Del cambio de responsable designados	5
Artículo 11°	De los plazos de calificación	6
Artículo 12°	De los subsidios	6
Artículo 13°	De la simultaneidad de pagos	6
Artículo 14°	Del plazo de prescripción	7
Artículo 15 °	Del control y seguimiento	7
Artículo 16°	De los informes consolidados	8
Artículo 17°	Del registro contable de los subsidios	8
Artículo 18°	Del control presupuestario	8
Artículo 19°	De las sanciones	9
Artículo 20°	De la divulgación de la ley	9

Instructivo Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal

Artículo 1º Del fundamento legal

El otorgamiento de licencias y pago de subsidios a asegurados activos asalariados designados como responsables para cuidar a un enfermo en fase terminal, siempre que se trate de una colaboración y no medie retribución alguna, se fundamenta en la ley 7756 publicada en la Gaceta N° 56 del día viernes 20 de marzo de 1998.

De acuerdo con lo establecido en el artículo N° 10 de esta ley, la cobertura de este beneficio es asumida por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, quien debe destinar un medio por ciento (0.5 %) del mismo, el cual traspasa a la Caja Costarricense de Seguro Social para cubrir el costo de los subsidios otorgados y su costo por administración.

Artículo 2º Del objetivo

El presente instructivo tiene por objeto establecer los procedimientos administrativos y contables relacionados con el otorgamiento, control y pago de los subsidios derivados de la ley 7756 y sus reformas “Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal”.

Artículo 3º De las definiciones

De acuerdo con lo que señala la ley, se entiende como:

Paciente en fase terminal: Persona cuya expectativa de vida es igual o menor a seis meses, a criterio del médico tratante.

Fase terminal: Se refiere a aquella fase de la vida que se caracteriza por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Incluye la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. En ella se presenta numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Se muestra gran impacto emocional en la persona que la experimenta, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

Médico tratante: Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social o de cualquiera de los sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva, o un médico en el ejercicio liberal de la profesión, quien tiene bajo su cuidado a un enfermo en fase terminal.

Licencia: Periodo de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja Costarricense de Seguro Social al trabajador asalariado, con la finalidad de que cuide a un paciente en fase terminal.

Responsable: Trabajador asalariado, familiar o no del enfermo, por cuyo vínculo afectivo a juicio del paciente o criterio del médico tratante, se estima cumplirá en forma debida la misión de cuidarlo durante su enfermedad.

Subsidio: Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo asalariado, por motivo de una licencia para cuidar a un paciente en fase terminal.

Artículo 4º Del trámite de las licencias

El procedimiento para otorgar la licencia se inicia con la solicitud del enfermo o de la persona encargada en caso de imposibilidad de éste por su estado físico mental o por su edad, con base en la cual el médico tratante extiende un dictamen en que se determina la fase terminal.

Tratándose de enfermos con egreso de un centro hospitalario, la Dirección Médica de dichos centros hará constar su criterio en cuanto al padecimiento y expectativa de vida.

Dicho dictamen debe ser entregado por el responsable designado junto con su solicitud escrita, ante el centro médico donde está adscrito el enfermo para su análisis y respectiva autorización el cual estará a cargo de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

Artículo 5º De la autorización de las licencias

Una vez designado el responsable de cuidar al paciente y con base en el dictamen antes citado, donde se determina la fase terminal, la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades del lugar de adscripción o de residencia del paciente, autoriza la licencia. Sólo se otorgará una licencia por paciente.

En caso de pacientes atendidos en forma privada o por medio de cualquiera de los sistemas o proyectos autorizados por la Caja, el otorgamiento de la licencia corresponde al lugar de adscripción cuando se trate de pacientes asegurados, caso contrario, la gestión debe realizarse en el centro médico de la Caja conforme al domicilio del enfermo.

Artículo 6º Del lugar donde se otorgan las licencias

Con base en la autorización citada en el Art. 5º anterior, la Dirección Médica correspondiente conforme el lugar de adscripción del trabajador responsable designado, ordena la emisión de la constancia de licencia.

Cuando se trate de casos en que ha variado el domicilio del trabajador, la Dirección del nuevo centro extenderá los periodos que sean requeridos para tal efecto, debe solicitarse la información necesaria al centro médico que inició la emisión de las constancias de licencia.

Artículo 7º De los plazos y condiciones de las licencias

Las constancias de licencia, se emiten por periodos de 30 días, hasta el fallecimiento del paciente. Para tal efecto, se utilizará el formulario “Constancia de Incapacidad y Licencia”, en el cual debe señalarse claramente los siguientes datos:

Leyenda “FASE TERMINAL”

Código de diagnóstico Z76.3 “persona sana que acompaña al enfermo”

Riesgo: PAC. TERMINAL

Con base en ese documento el centro de salud registrará en el sistema RCPI los datos que se requieren y abrirá el respectivo expediente administrativo.

No es procedente el otorgamiento de licencias cuando el enfermo se encuentre internado en un centro médico de la Caja o privado. Tampoco se extienden cuando el responsable designado goce de una incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad o incapacidad por riesgos del INS. En tales casos la licencia puede autorizarse una vez concluida la incapacidad o licencia por maternidad.

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:

- Cuando se determine alguna anomalía en el otorgamiento de la licencia o que el responsable no cumpla con las obligaciones encomendadas.
- Solicitud del paciente o de la persona encargada en caso de menores, o por considerar que el enfermo no recibe el cuidado que necesita. En estas circunstancias debe mediar un estudio social que confirme tal situación.
- Solicitud del médico tratante, en razón del estado del paciente cuando se compruebe que el responsable no cumple adecuadamente con su compromiso de cuidarlo.
- Incumplimiento en artículo 9° de este Instructivo.
- Fallecimiento del enfermo.

En este último caso, si el paciente fallece 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.

Artículo 9° De los responsables designados

El trabajador activo asalariado que resulte designado para cuidar un paciente en fase terminal, adquiere un compromiso solidario y humanitario, por el cual, excepto el subsidio que le otorga la Caja, no es procedente ninguna otra retribución por este motivo.

Artículo 10° Del cambio de responsable designado

El responsable designado para cuidar a un paciente en fase terminal, puede ser sustituido cuando se den algunas de las siguientes circunstancias.

- Solicitud justificada del paciente o persona encargada en caso de menores, del médico tratante o de la Dirección del centro de atención.

- Cambio de domicilio del paciente o del responsable designado.

En ambos casos, corresponde a la Unidad que extiende la autorización, comprobar y documentar la existencia real de la situación que en cada caso se aduce.

Si el cambio de domicilio provoca cambio de la adscripción del paciente, corresponde a la Dirección del nuevo centro médico, solicitar la información pertinente a quien había autorizado inicialmente la licencia.

Artículo 11º De los plazos de calificación.

El derecho a subsidios por la licencia, procede cuando el trabajador designado ha cotizado los tres meses inmediatamente anteriores a la licencia.

Artículo 12º De los subsidios.

El subsidio que corresponda, se calculará con base en el promedio de los salarios consignados en las planillas procesadas por la Caja, durante los tres meses inmediatamente anteriores a la licencia. El monto del subsidio, será el siguiente:

Hasta dos salarios base establecidos en la Ley N.º 7337, de 5 mayo de 1993 (oficinista 1), según ley del presupuesto nacional, percibirán el cien por ciento (100%) del promedio del ingreso.

Sobre el exceso de dos salarios y hasta tres salarios base establecidos en la Ley N° 7337, de 5 mayo de 1993, percibirán el ochenta por ciento (80%) del promedio del ingreso.

Sobre el exceso de tres salarios base establecidos en la Ley N° 7337, de 5 de mayo de 1993, percibirán el 60% promedio del ingreso.

Los subsidios pagados por este concepto, no son computables con los de enfermedad y se pagan por periodos vencidos.

Artículo 13º De la simultaneidad de pagos

No procede el pago simultáneo de subsidios por licencias para responsables de pacientes en fase terminal, con subsidios o ayuda

económicas en caso de incapacidades por enfermedad, riesgos a cargo del INS, subsidios por licencias de maternidad; en tal caso, prevalecen estos riesgos y por lo tanto, la licencia se suspende y reinicia una vez concluida esta circunstancia.

Artículo 14° Del plazo de prescripción

El derecho al cobro de los subsidios prescribe en 6 meses, de acuerdo con lo que señala el artículo 61 de la Ley Constitutiva de la Caja para las prestaciones en dinero del Seguro de Salud. Lo anterior, en razón de que estos subsidios se rigen por las mismas normas y disposiciones que las demás prestaciones en dinero.

Dicho plazo comienza a regir a partir de la finalización de cada período de 30 días, o en su defecto a partir del fallecimiento del paciente, cuando se dé tal circunstancia.

Artículo 15 ° Del control y seguimiento

Las Direcciones Médicas de los centros de salud deben establecer los mecanismos para la renovación cada 30 días de las licencias, de manera que se les facilite determinar su procedencia, y evitar abusos en caso del fallecimiento del paciente. Asimismo, deben dar seguimiento a los casos otorgados, con el fin de asegurar la inexistencia de condiciones desfavorables en perjuicio del paciente; de ocurrir tal situación, lo que procede es la cancelación inmediata de la licencia; para estos efectos puede solicitarse el apoyo de las Oficinas de Trabajo Social.

En todos los casos debe confeccionarse un expediente administrativo con la siguiente información:

- Datos del paciente: cédula de identidad o número de seguro social, apellidos y nombre.
- Datos del responsable: cédula de identidad o número de seguro social, apellidos y nombre, número y razón social del patrono.
- Datos de la licencia: número de la boleta, período, total de días, código y nombre del médico que extiende la boleta, código del diagnóstico, día de registro en el sistema RCPI, día de aprobación de la licencia por la respectiva Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.

- Datos del registrador: nombre y apellidos de la persona que registra la boleta de incapacidad en el sistema RCPI, nombre y apellidos del Jefe de Registro Médicos

Artículo 16º De los informes consolidados.

Con base en la información que mensualmente envía el Departamento de Contabilidad con el detalle de los gastos registrados en el Seguro de Salud, en la cuenta contable 920 07 7 “DESAF PACIENTES FASE TERMINAL”, el Área Regulación Seguro de Salud, hará un informe mensual, en el que se debe indicar los siguientes datos:

- Nombre y número de cédula del paciente
- Nombre y número de cédula del responsable
- Nombre del médico que emitió la licencia.
- Nombre del centro médico
- Período pagado y monto
- Lugar de pago

Asimismo, con base en la información mensual enviada por el Departamento de Tesorería General, el Área de Regulación del Seguro de Salud, confeccionará el Informe “Fondo Responsables Pacientes Fase Terminal”, con el detalle de las inversiones realizadas e intereses de los recursos del DESAF para el Programa Pacientes en Fase Terminal, depositados en la cuenta corriente número 213754-5 del BNCR.

Artículo 17º Del registro contable de los subsidios.

Para registrar el pago de los subsidios, la Sub-Área Asesoría Prestaciones en Dinero de Oficinas Centrales y las Sucursales de todo el país, deben utilizar la cuenta contable 920-07-7 “SUBSIDIOS DESAF PACIENTES EN FASE TERMINAL”.

En todos los casos debe anotarse la Unidad Ejecutora 1162 Área Regulación Seguro de Salud, así como la actividad.

Artículo 18º Del control presupuestario.

La formulación anual, control y evaluación de la cuenta presupuestaria 2608 “subsidios pacientes en fase terminal”, lo mismo que las revisiones periódicas de los pagos efectuados a los responsables de pacientes en

fase terminal y la conciliación de la información con respecto a la registrada por la contabilidad general, estará a cargo del Área Regulación Seguro de Salud.

Las unidades ejecutoras que erróneamente resultaren afectadas con cargos por este concepto, deben realizar las modificaciones que sean necesarias procediendo a trasladar los gastos al área indicada en el artículo 17° de este instructivo.

Artículo 19° De las sanciones

Independientemente de las sanciones de otro tipo que pudieren corresponder, el incumplimiento de esta disposición, tiene como consecuencia la cancelación automática de la licencia, la cual de acuerdo con el procedimiento indicado en este instructivo, podría ser autorizada a otro trabajador.

Las sanciones contra quienes usen indebidamente los beneficios que otorga esta ley son las siguientes:


El médico será sancionado conforme al Código Penal.

El trabajador podrá ser sancionado según lo establece el artículo 37° del Reglamento del Seguro de Salud, sin perjuicio de una eventual sanción, cuando concurren los supuestos descritos en el Código Penal.

Artículo 20° De la divulgación de la ley

La Dirección de Comunicación Organizacional y el Área de Regulación del Seguro de Salud, incluirán en la formulación anual del presupuesto, el programa de divulgación de los beneficios de esta Ley.

El Área de Regulación del Seguro de Salud coordinará con la Dirección Financiero Contable y la Dirección de Presupuesto la asignación de los recursos para este programa.



Este Instructivo fue aprobado por las Gerencias de División Financiera, Administrativa y Médica mediante notas 18436,17359 y 20170 del 10,11 y 30 de noviembre de 1998, respectivamente. Rige a partir de la publicación de la Ley.

(Incluye modificaciones aprobadas por la Gerencia Administrativa en nota 51977 del 09 de noviembre del 2007)



www.ccss.sa.cr