

## **CIRCULAR No. 84-99**

**ASUNTO: Instructivo "Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal".**

**A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES JUDICIALES DEL PAÍS  
SE LES HACE SABER QUE:**

El Consejo Superior en sesión N° 82-99 celebrada el 13 de octubre de 1999, artículo LII, acordó publicar el Instructivo " Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal", que literalmente dice:

### **"INSTRUCTIVO**

#### **BENEFICIO PARA LOS RESPONSABLES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL**

##### **ARTICULO 1°**

###### **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 del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destina un medio por ciento (0.5 %) el cual traspasa a la Caja Costarricense de Seguro Social para cubrir el costo de los subsidios otorgados y su costo por administración.

##### **ARTICULO 2°**

###### **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 "Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal".

##### **ARTICULO 3°**

###### **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.

**\* 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.

**\*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.

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

#### **ARTICULO 4°**

##### **DEL TRÁMITE DE LAS LICENCIAS**

El procedimiento para otorgar la licencia se inicia con la solicitud del enfermo o de la persona encargada en el caso de menores de edad, con base en la cual el médico tratante extiende un dictamen en que se determina la fase terminal. 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. Cuando el dictamen no es extendido en los servicios médicos de la Institución, lo que procede es su homologación conforme al procedimiento que existe al respecto.

#### **ARTICULO 5°**

##### **DE LA AUTORIZACIÓN DE LAS LICENCIAS**

Una vez designado el responsable de cuidar al paciente y con base en el dictamen emitido por el médico tratante en el formulario oficial del Colegio de Médicos, donde se determina el estado de fase terminal, la Dirección del centro médico, autoriza la licencia por el plazo máximo de hasta por seis meses que señala la ley. Posteriormente, procede la emisión mensual del documento para el cobro de los subsidios correspondientes en la Sucursal o Sección de Prestaciones en Dinero de Oficinas Centrales según corresponda.

#### **ARTICULO 6°**

##### **DEL LUGAR DONDE SE OTORGAN LAS LICENCIAS**

La autorización y la licencia respectiva corresponde al lugar de adscripción del paciente. Cuando se trate de enfermos que han permanecido hospitalizados, la Dirección Médica de dichos centros hará constar su criterio en cuanto al padecimiento y expectativa de vida.

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.

## **ARTICULO 7°**

### **DE LOS PLAZOS Y CONDICIONES DE LAS LICENCIAS**

La licencia aprobada por la dirección Médica correspondiente, previa evaluación del caso, se emite por periodos de 30 días, hasta completar el plazo máximo autorizado; para tal efecto debe utilizarse el formulario "Constancia de Incapacidad y licencia", el cual luego se envía a la Unidades pagadoras de acuerdo con el procedimiento usual autorizado por la Institución.

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.

Sólo se otorgará una licencia por paciente. Cuando se trate de casos en que ha variado el domicilio del paciente y por consiguiente su Centro de atención, la Dirección del nuevo centro extenderá los períodos que faltaren para completar el plazo inicialmente autorizado: para tal efecto, debe solicitarse la información necesaria al centro médico que inicialmente autorizó la licencia.

## **ARTÍCULO 8°**

### **DE LA SUSPENSION 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, por considerar que el enfermo no recibe el cuidado que necesita. En esta 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 a tercer día natural posterior al fallecimiento

## **ARTICULO 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. El plazo máximo autorizado es de hasta 182 días en un período de un año.

#### **ARTICULO 10°**

##### **DEL CAMBIO DE RESPONSABLES DESIGNADOS**

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

#### **ARTICULO 11°**

##### **DE LOS PLAZOS DE CALIFICACIÓN**

El derecho a subsidios por la licencia, procede cuando el trabajador designado ha cotizado por lo menos 6 meses en los 12 anteriores al inicio de la Licencia, conforme los plazos de calificación que establece el artículo 34 del Reglamento del Seguro de Salud para el pago de subsidios.

#### **ARTÍCULO 12°**

##### **DE LOS SUBSIDIOS**

El subsidio que corresponde, es un 60% del promedio de los salarios procesados por la Caja en los tres meses consecutivos inmediatamente anteriores al inicio de la licencia procede desde el primer día. El promedio de referencia excluye cualquier pago que no corresponda a dicho período.

Los subsidios pagados este concepto, no son computables con los de la enfermedad y se pagan por períodos vencidos conforme la modalidad de pago del salario.

#### **ARTÍCULO 13°**

##### **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 siempre y cuando el plazo máximo legal de la licencia no se haya agotado.

## **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 los mismas normas y disposiciones que las demás prestaciones 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 de tal circunstancia.

## **ARTÍCULO 15°**

### **DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO**

Las Direcciones Médicas deben establecer los mecanismos para 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, en 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.

## **ARTICULO 16°**

### **DE LOS INFORMES CONSOLIDADOS**

Las unidades pagadoras harán un informe mensual, desglosado por monto y sexo, de los pagos efectuados por este concepto, el cual debe ser remitido a la Dirección Regional correspondiente en el caso de las Sucursales, y al Departamento de Asegurados y Cotizaciones en el caso de la Sección de prestaciones en Dinero.

Las Direcciones Regionales consolidarán la información de su respectiva región y enviarán un informe cada tres meses al Departamento de Asegurados y Cotizaciones, en donde se emitirá un informe para el Departamento Presupuesto sobre la totalidad de los pagos efectuados.

## **ARTICULO 17°**

### **DEL REGISTRO CONTABLE DE LOS SUBSIDIOS**

Para registrar el pago de los subsidios, la sección de Prestaciones en Dinero de Oficinas Centrales y las Sucursales de todo el país, deben utilizar la cuenta contable 920-07-7 "SUBSIDIOS DE SAF PACIENTES EN FASE TERMINAL".

En todos los casos debe anotarse la Unidad Ejecutora 1162 Departamento de Registro Asegurados y Cotizaciones, así como la actividad.

## **ARTICULO 18°**

### **DEL CONTROL PRESUPUESTARIO**

La formulación anual, control y evaluación de la cuenta presupuestaria 2608 "SUBSIDIOS PACIENTES EN FASE TERMINAL" estará a cargo del Departamento de Registro de Asegurados y Cotizaciones. No obstante las Sucursales de todo el país tienen la responsabilidad de realizar las modificaciones que sean necesarias cuando llegaren a producirse cargos incorrectos en sus respectivos presupuestos.

## **ARTICULO 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 el artículo 362 del 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 penal cuando concurren los supuestos descritos en el artículo 142 de Código Penal.

**Este Instructivo fue aprobado por las Gerencias de División Financiera.  
Administrativa**

**y Médica mediante notas 18436.17859 y 20170, del 10,11y 30 de noviembre  
de 1998, respectivamente. Rige a partir de la publicación de la Ley"**

San José, 21 de enero 2000.

*Silvia Navarro Romanini*  
*Secretaria General de la Corte*