

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Tesis en Derecho

Tesis Universitaria Para Optar Por el Grado de Licenciatura en Derecho.

Título de la tesis:

**“PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA
DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES
PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.”**

Discente:

José Manzanares Pizarro

2021

Facultad de Derecho

Carta del Tutor

CARTA DEL TUTOR

Puntarenas, 14 de enero, 2022

Lic. Piero Vignoli Chessler
Facultad de Derecho
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante José Alfredo Manzanares Pizarro, cédula de identidad número 603290605, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Derecho.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		95

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

RODOLFO
 SOTOMAYOR
 AGUILAR
 (FIRMA)

Firmado digitalmente
 por RODOLFO
 SOTOMAYOR AGUILAR
 (FIRMA)
 Fecha: 2022.01.14
 17:06:46 -06'00'

Lic. Rodolfo Sotomayor Aguilar
Cédula identidad 602690071
Carné Colegio Profesional 9762

Carta del Lector

Señores

Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Presente.

Estimados señores:

El suscrito, **Licenciado PIERO VIGNOLI CHESSLER**, en mi condición de Lector del trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Derecho, del egresada **José Manzanares Pizarro** titulada **"PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL."**, doy por aprobada la misma, para efectos de que se le asigne la defensa de tesis

San José, 09 de febrero 2022

**PIERO
VIGNOLI
CHESSLER
(FIRMA)**
Firmado digitalmente por
PIERO VIGNOLI
CHESSLER
(FIRMA)
Fecha:
2022.02.09
12:23:53 -06'00'
Lic. Piero Vignoli Chessler

Lector.

Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo **Jose Manzanares Pizarro**, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número seis cero trescientos veintinueve cero seiscientos cinco egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Dercho, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: **PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 228 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de Puntarenas, a los 18 días del mes de enero del año dos mil veintidós.

JOSE MANZANARES PIZARRO (FIRMA)
Firmado digitalmente por JOSE MANZANARES PIZARRO (FIRMA)
Fecha: 2022.01.18 20:01:28 -06'00'

Jose Manzanares Pizarro

Cédula: 603290605.

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

Puntarenas, lunes 15 de febrero de 2021.

Señores:

Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) : **Jose Alfredo Manzanares Pizarro** con número de identificación **Seis-Cero Trecientos-Veintinueve-Cero-Seiscientos-Cinco** autor (a) del trabajo de graduación titulado **“PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.”** presentado y aprobado en el año 2022 como requisito para optar por el título de **Licenciatura en derecho** ; **SI** autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

**JOSE MANZANARES
PIZARRO (FIRMA)**

Firmado digitalmente por JOSE
MANZANARES PIZARRO (FIRMA)
Fecha: 2022.02.15 20:48:20 -0500'

Jose Manzanares Pizarro
Cedula :603290605

Dedicatoria

A mi madre Mariana Manzanares Pizarro, la persona más importante en mi vida y que desde mi nacimiento logro en mí lo que ninguna otra persona, marcarme para el resto de mi existencia y que a pesar de su poca preparación para la vida, dio su mejor esfuerzo para ser una mujer emblemática para sus conocidos, sus familiares e hijos, ya que con trabajo duro, empeño y mucha dedicación, fue madre y padre para mis hermanos y para mí.

Porque gracias a ella con su ejemplo y esfuerzo aprendí que en la vida todo tiene su motivo o razón y sé que la responsabilidad se debe vivir como un compromiso con rectitud y esfuerzo; cuya historia de vida me ha mostrado que en el camino hacia la meta no siempre es lo que se espera y no siempre se obtienen las cosas en el momento deseado ni de la forma en que fueron imaginadas.

“Lo precioso del tiempo es su fugacidad, su imposibilidad de retroceder, su inviolabilidad para corregir totalmente nuestras acciones, las marcas que deja en nuestras vidas que se convierten en cicatrices del alma que acompañaran por siempre nuestros recuerdos del ser amado que ya no nos acompaña, su capacidad para derivar hasta el más alto peñasco; por eso el tiempo es y será siempre nuestro peor castigo y regalo las dos caras de un mismo camino, que debe ser aprovechado en las cosas realmente valiosas e importantes de la vida los seres amados que solo son prestados fugazmente en un instante de nuestro lapso de vida.”

Agradecimientos

Agradecimiento muy especial a mi compañera de vida que me ha guiado con su sabiduría, inocencia y dulzura en la realización de este proyecto, así como lo que me queda de existencia Vargas Acevedo Celina del Carmen.

A todas aquellas personas que una u otra forma han participado en la culminación de este proyecto; a mis compañeros de carrera, a mis profesores los cuales han contribuido con granito de conocimiento para poder finalizar la carrera de derecho.

A la Universidad Hispanoamericana porque en el día a día en sus aulas, obtenemos el conocimiento necesario y profesional para así ser productivos para nuestros seres amados y la sociedad siempre con el aspecto humano necesario para el cumplimiento de nuestros sueños y metas.

Contenido

Carta del Tutor.....	I
Carta del Lector.....	III
Declaracion jurada	III
CENIT	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos	VI

CAPÍTULO I: MARCO INTRODUCCIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Antecedentes del Problema.....	1
1.1.2. Problematización	9
1.1.3. justificación del tema.....	16
1.2 Formulación del Problema.....	24
1.3 Objetivos de la Investigación.....	24
1.3.1. Objetivo General:	24
1.3.2. Objetivos Específicos:	24
1.4. Alcances y limitaciones.....	26
1.4.1. Alcances.....	26
1.4.2. Limitaciones	27
1.5. Marco metodológico.....	28
1.5.1. Tipo de Investigación	28
1.5.2. Finalidad	33
1.5.3. Dimensión temporal	34
1.5.4. Carácter.....	34
1.5.5. Sujetos y fuente de información.....	36
1.5.6. Selección Población y muestra	38
1.5.7. Explicación por capítulos del contenido de la tesis.....	42

CAPÍTULO II: DESARROLLO HISTORICO JURIDICO.

2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO.....	47
2.1.1. Historia Caja Costarricense de Seguro Social.....	47
2.1.2. Contexto Jurídico Histórico de la asistencia del Estado.....	52
2.1.3. Contexto Jurídico Histórico de la Protección al Adulto Mayor	62
2.1.4. El Contexto Teórico – Conceptual.....	94

CAPÍTULO III: DESARROLLO TEORICO CONCEPTUAL.

3.1. Teorías	106
3.1.1. Teorías del cuidado y asistencia.....	106
3.1.2. Teorías pacientes adultos mayores.....	109
3.1.3. Teorías limitaciones funcionales.....	110

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

4.1 Diagnóstico de la situación vigente.....	114
4.1.1. Diagnóstico de la situación.....	114
4.1.2. Descripción de los datos.....	116
4.1.3. Tabulación de información.....	123
4.1.4. Interpretación o explicación de los gráficos.....	127
4.1.4.1 Instrumento I.....	127
4.1.4.2 Instrumento II.....	140
4.1.4.3 Instrumento III.....	152
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	164
5.2 Recomendaciones:.....	166
CAPÍTULO VI: PROPUESTA	
6.1 Propuesta de creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales para la Caja Costarricense de Seguro Social para todo aquel trabajador que realiza su actividad en la Ciudad de Puntarenas, para así garantizar el acceso a la dignidad humana de un sector tan vulnerable de la sociedad costarricense.....	169
6.1.1 Introducción.....	169
6.1.2 Justificación.....	171
6.1.3 Objetivo General:.....	173
6.1.4. Objetivos específicos:.....	173
6.1.5. Alcances.....	174
6.1.6. Meta.....	176
6.1.7.1. Propuesta I.....	181
6.1.7.2 Propuesta II.....	195
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	
7.1. Bibliografía citada.....	0
7.2 Bibliografía consultada.....	1
ANEXOS	
8.1. Solicitud de indicación de trabajos relacionados a Universidad Hispanoamericana.....	4
8.2 Nota en que se indica la no existencia de trabajos relacionados de la Universidad Hispanoamericana.....	0
8.3 Instrumento N° I.....	0
8.4 Instrumento N° II.....	0
8.5 Instrumento N° III.....	0
8.6. Anexo Organigrama de la Institución.....	0

8.7. Organigrama de la Sucursal Puntarenas.....	0
---	---

Contenido Tablas

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

4.1.3. Tabulación de información.....	123
4.1.3.1. Tabla Instrumento I.....	123
4.1.3.2. Tabla Instrumento II.....	124
4.1.3.3. Tabla Instrumento III.....	125

4.1.4. Interpretación o explicación de los gráficos.

4.1.4.1 Instrumento I.

Tabla 1 del Instrumento I.....	127
Tabla 2 del Instrumento I.....	128
Tabla 3 del Instrumento I.....	129
Tabla 4 del Instrumento I.....	130
Tabla 5 del Instrumento I.....	131
Tabla 6 del Instrumento I.....	132
Tabla 7 del Instrumento I.....	133
Tabla 8 del Instrumento I.....	134
Tabla 9 del Instrumento I.....	135
Tabla 10 del Instrumento I.....	136
Tabla 11 del Instrumento I.....	136
Tabla 12 del Instrumento I.....	138
Tabla 13 del Instrumento I.....	139

4.1.4.2 Instrumento II.

Tabla 1 del Instrumento II.....	140
Tabla 2 del Instrumento II.....	141
Tabla 3 del Instrumento II.....	142
Tabla 4 del Instrumento II.....	143
Tabla 5 del Instrumento II.....	144
Tabla 6 del Instrumento II.....	145
Tabla 7 del Instrumento II.....	146
Tabla 8 del Instrumento II.....	147
Tabla 9 del Instrumento II.....	148
Tabla 10 del Instrumento II.....	149

Tabla 11 del Instrumento II	150
Tabla 12 del Instrumento II	151

4.1.4.3 Instrumento III.

Tabla 1 del Instrumento III	152
Tabla 2 del Instrumento III	153
Tabla 3 del Instrumento III	154
Tabla 4 del Instrumento III	155
Tabla 5 del Instrumento III	156
Tabla 6 del Instrumento III	157
Tabla 7 del Instrumento III	158
Tabla 8 del Instrumento III	159
Tabla 9 del Instrumento III	160
Tabla 10 del Instrumento III	161
Tabla 11 del Instrumento III	162
Tabla 12 del Instrumento III	163

Contenido Gráficos

4.1.4. Interpretación o explicación de los gráficos.

4.1.4.1 Instrumento I.

<i>Gráfico 1 de instrumento I</i>	<i>127</i>
<i>Gráfico 2 de instrumento I</i>	<i>128</i>
<i>Gráfico 3 de instrumento I</i>	<i>129</i>
<i>Gráfico 4 de instrumento I</i>	<i>130</i>
<i>Gráfico 5 de instrumento I</i>	<i>131</i>
<i>Gráfico 6 de instrumento I</i>	<i>132</i>
<i>Gráfico 7 de instrumento I</i>	<i>133</i>
<i>Gráfico 8 de instrumento I</i>	<i>134</i>
<i>Gráfico 9 de instrumento I</i>	<i>135</i>
<i>Gráfico 10 de instrumento I</i>	<i>136</i>
<i>Gráfico 11 de instrumento I</i>	<i>137</i>
<i>Gráfico 12 de instrumento I</i>	<i>138</i>
<i>Gráfico 13 de instrumento I</i>	<i>139</i>

4.1.4.2 Instrumento II.

<i>Gráfico 1 de instrumento II</i>	140
<i>Gráfico 2 de instrumento II</i>	141
<i>Gráfico 3 de instrumento II</i>	142
<i>Gráfico 4 de instrumento II</i>	143
<i>Gráfico 5 de instrumento II</i>	144
<i>Gráfico 6 de instrumento II</i>	145
<i>Gráfico 7 de instrumento II</i>	146
<i>Gráfico 8 de instrumento II</i>	147
<i>Gráfico 9 de instrumento I</i>	148
<i>Gráfico 10 de instrumento II</i>	149
<i>Gráfico 11 de instrumento II</i>	150
<i>Gráfico 12 de instrumento II</i>	151

4.1.4.3 Instrumento III.

<i>Gráfico 1 de instrumento III</i>	152
<i>Gráfico 2 de instrumento III</i>	153
<i>Gráfico 3 de instrumento III</i>	154
<i>Gráfico 4 de instrumento III</i>	155
<i>Gráfico 5 de instrumento III</i>	156
<i>Gráfico 6 de instrumento III</i>	157
<i>Gráfico 7 de instrumento III</i>	158
<i>Gráfico 8 de instrumento III</i>	159
<i>Gráfico 9 de instrumento I</i>	160
<i>Gráfico 10 de instrumento III</i>	161
<i>Gráfico 11 de instrumento III</i>	162
<i>Gráfico 12 de instrumento III</i>	163

CAPÍTULO I: MARCO INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del Problema

El cuidado se ha instalado fuertemente en la agenda pública y política social de nuestro país. Esto está plasmado en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.

El artículo 1° indica “...**a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos...b) Garantizar la participación de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten...c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario...**” (ley Integral para la Persona Adulta Mayor. ley N° 7935 ,1999)

Sin embargo, el tema no es algo nuevo, organismos internacionales, la sociedad civil costarricense y desde el propio Poder Legislativo se viene trabajando hace muchos años en torno al derecho al cuidado. Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos del derecho al cuidado? ¿Cuál es el estado de situación que tenemos en términos de licencias en nuestro país? ¿Qué papel tienen las licencias por responsabilidades familiares en el acceso al derecho al cuidado? Este documento realiza, en primer lugar, un breve recorrido conceptual sobre el derecho al cuidado aportando herramientas para la discusión sobre por qué es necesario avanzar en esta temática de gran importancia social. Por lo que, si se quieren reducir las

desigualdades de género y socioeconómicas, en nuestra sociedad debe hacerse una retrospcción de la situación que se vive cotidianamente.

El artículo 12° indica “...**Deberes del estado el estado deberá garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para la jubilación...**” (ley Integral para la Persona Adulta Mayor. ley N° 7935 ,1999)

En segundo lugar, se presenta la relación entre políticas de cuidado y bienestar social ofreciendo un panorama general sobre la situación actual de la normativa sobre los tiempos de cuidado y las propuestas legislativas vigentes. Por último, se brindan elementos para pensar en una reforma del esquema actual de licencias que pueda contribuir al objetivo de reducir las desigualdades de género y socioeconómicas. El esquema de licencias actual, que refleja un acceso fragmentado y estratificado al derecho al cuidado. Es necesario avanzar en una transformación de nuestras leyes que permita dar cuenta de los cambios culturales, sociales, económicos y demográficos que hemos transitado como sociedad en las últimas décadas.

La enfermedad terminal de un familiar modifica la vida, tanto del paciente, como de las personas más allegadas a él. Situación que también es vivida por un Adulto mayor, esta visión es un término que reciente que se les da a las personas que tienen más de 65 años. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea, desde un

punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, pero también presentan patologías que limitan su participación social.

El artículo 3° indica “**...Derechos para mejorar la calidad de vida...Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan...b) La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por las organizaciones, las asociaciones, las municipalidades y el Estado...**” (ley Integral para la Persona Adulta Mayor. ley N° 7935 ,1999)

En lo que se refiere a la relación laboral que puede tener sus cuidadores o responsables será afectada por la necesidad de solicitar permisos para asistir a las citas médicas o bien para cuidar al paciente. Bajo este escenario, es necesario que tanto trabajador como empleador puedan actuar en un marco de buena fe y razonabilidad, prevaleciendo el diálogo en todo momento.

Ahora bien, una de las dudas usuales se da cuando el colaborador solicita de manera reiterada permisos que pueden afectar la continuidad del negocio o actividad que desarrolla el patrono. En ese contexto, conviene analizar la licencia para el cuidado de paciente en fase terminal, así como sus alcances e implicaciones.

Sin perjuicio de normas internas propias de cada empleador, no existe ninguna obligación legal para que un patrono le conceda permiso a un colaborador para que acompañe a un familiar, o una persona cercana, a citas médicas o para cuidarlo.

Por el contrario, acorde con el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud, se establece la imposibilidad de dar una incapacidad a una persona sana, aunque fuere para cuidar a un paciente enfermo.

El único caso en que un empleado no enfermo puede ausentarse justificadamente de sus labores para cuidar a un familiar o allegado enfermo es mediante la licencia con derecho a un subsidio que otorga la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Esta autorización tiene como finalidad que el trabajador cuide al paciente durante la fase terminal; esto de conformidad con la Ley de Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal.

Para ser beneficiario de esa licencia, el trabajador debe cumplir una serie de requisitos, y en caso de ser aprobada, será la CCSS quien la emita y asuma el pago del subsidio. El beneficiario de la licencia debe tener presente que durante la misma solo podrá realizar actividades relacionadas con el cuidado del paciente en fase terminal. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 7756, el responsable del cuidado no necesariamente tiene que ser familiar del enfermo, pues lo que debe constatarse es que, por su vínculo afectivo y responsabilidad, cumplirá en forma debida la misión que se le encomienda.

Carece de sustento denegar esta licencia por considerar que el trabajador no es familiar directo del paciente en fase terminal. El artículo 7 de la Ley 7756 contempla los procedimientos para otorgar la licencia, a lo cual debe adicionarse el instructivo emitido por la CCSS.

El patrono no tiene mayor injerencia en el desarrollo del trámite; compete al trabajador y a las autoridades médicas realizar las acciones pertinentes. Por tratarse de un paciente en fase terminal (su expectativa de vida es igual o menor a seis meses) el trámite, si bien debe realizarse de forma objetiva, también debe efectuarse de manera ágil y eficiente; lo contrario implica un quebranto a la razón de ser misma de la licencia, lo cual lesiona los derechos del trabajador y del paciente.

También se puede asimilar a un incumplimiento a la ley y el reglamento que protegen al ciudadano del exceso de trámites (esta contempla sanciones para los funcionarios responsables).

La tramitación oportuna y el disfrute adecuado de esta licencia permitirán al trabajador y al patrono afrontar una situación sensible, que sin dudas puede incidir de forma directa no solo sobre la relación laboral, sino también en la salud y la dignidad de la persona enferma que requiere del cuidado.

Todo lo anteriormente descrito se refiere a cuidado en relación con un paciente en fase terminal, no así se refiere a aquellos casos en los cuáles se trate de una persona, la cual tienen deficiencia todas estas psicológicas un su desenvolvimiento en la sociedad por una problemática sea cognitiva, volitiva o fisiológica. Por lo que hace necesario la atención hacia todas las personas que necesitan la asistencia de terceras personas para garantizar su correcto desenvolvimiento en la sociedad y el acceso digno a todas las prestaciones estatales que permitan garantizar la dignidad

individual de toda aquella persona que pese alguna complejidad para desempeñarse de forma independiente o que necesite la intervención de algún otro individuo para realizar actividades diarias.

Realidad que debe ser valorada por los diferentes actores estatales ya que, de acuerdo con proyecciones establecidas por el Instituto Nacional de Censos y Estadísticas, se determina un aumento paulatino de la expectativa de vida de la población costarricense, situación que no garantiza la plenitud de acceso para todo aquel adulto mayor que sufra de alguna deficiencia que le permita garantizar la plenitud como ciudadano de la tercera edad.

Derecho a ausentarse para cuidar a un menor enfermo solo es valorado para fase terminal o menor de edad si bien la ley es reciente, la Sala Constitucional desde el año 2005 ha venido protegiendo el derecho de los padres a contar con permisos pagados para atender a sus hijos con problemas de salud.

La sentencia más reciente sobre el tema tiene fecha de mayo de este año, voto N°7266, y como si anunciara lo que estaba por llegar, a los días se publicó la Ley N° 9353 que regula el otorgamiento de licencias para el cuidado de hijos en estado crítico.

La nueva ley sobre el cuidado de Personas Menores de Edad gravemente Enfermas no se sostiene por si sola, sino que utiliza una ley anterior como soporte para su aplicación, es así como esta licencia que es un agregado a la norma sobre Pacientes en Fase Terminal vigente desde 1998. Si bien quien la solicite el benefició debe ser un trabajador asalariado, por lo que quedaron excluidos los trabajadores independientes o asegurados voluntarios. El paciente debe ser

un menor de edad gravemente enfermo, en riesgo de muerte. El médico debe indicar que el tratamiento del menor depende de la asistencia constante y directa de los padres. La licencia se extenderá por todo el tiempo que se mantenga la condición de salud.

El subsidio económico, que no es un salario, no lo paga el patrono directamente, sino que se financia con recursos públicos a través de Fodesaf, y el monto depende del salario que en promedio gane el trabajador. Si es hasta ₡848.400 colones recibirán el 100% y de ahí en adelante aplican tramos escalonados.

La Caja Costarricense de Seguro Social en su tarea de automatización de los servicios a sus usuarios, ha venido desarrollando una serie de sistemas de información que faciliten la atención integral de sus asegurados. Por tal razón, desarrollo en años anteriores el Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI), desde donde el personal de la institución registraba las boletas de incapacidades o licencias otorgadas por los médicos en su consulta; así también desarrolló el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), donde los profesionales médicos y demás, registran la atención dada a los asegurados que se presentan a recibir atención médica en los Centros de Salud de la Institución y posteriormente debían llenar manualmente la boleta de incapacidad o licencia para poder otorgar los días de descanso que el asegurado requería por el padecimiento diagnosticado. A raíz de la existencia automatizada de esos dos servicios de la institución, es que la Auditoría recomienda el otorgamiento digital de las incapacidades y licencias, es decir, que desde el SIES, el profesional médico autorizado para el otorgamiento de incapacidades y licencias pueda registrar la misma desde un servicio que este sistema provea, y la misma viaje por medio de

servicios automatizados y se incluya en el RCPI, sin la necesidad de que la misma tenga que ser digitada en dicho sistema. Por lo anterior, la institución se dio a la tarea de crear un módulo dentro del SIES para el otorgamiento digital de incapacidades, donde el médico que prescribe una incapacidad procede a registrar la misma y ésta se incluye automáticamente en el RCPI, siguiendo las reglas estipuladas en la normativa institucional correspondiente, para que luego sea refrendada para el respectivo pago al asegurado.

Por lo que con lo anterior se plasma que, el aparato estatal cuenta con una estructura organizacional u operativa suficientemente para generar la creación de nuevos tipos de licencias necesarios para una sociedad dinámica como lo es en la actualidad en el estado costarricense

1.1.2. Problematización

Las licencias maternales, paternales y familiares forman parte del conjunto de derechos que tienen los trabajadores, deben garantizar el derecho de todos los niños de estar acompañados por su madre y padre en distintos momentos de su vida, por lo que las licencias pueden contribuir a revertir la importante discriminación por género que persiste en el mercado laboral y se evidencia tanto en la obtención de los puestos de trabajo como en las posteriores remuneraciones.

El artículo 1° indica **“...Licencia y subsidio...Toda persona activa asalariada que, por el procedimiento señalado en esta ley, se designe responsable de cuidar a un paciente en fase terminal o a una persona menor de edad gravemente enferma gozará de licencia y subsidio en los términos que adelante se fijan, siempre que no medie retribución alguna...”** (ley Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas. ley N°7756 ,1998)

Esto es especialmente cierto en las mujeres de sectores populares, ya que tienen más hijos y lo hacen más temprano, no poseen los medios para comprar servicios de cuidado en el mercado, y sus salarios son inferiores. En estos casos, la elección entre el trabajo remunerado y el cuidado se resuelve saliendo del mercado laboral o afectando la calidad del cuidado. Parte de esta discriminación se explica por el hecho

que las mujeres tienden a resultar más “costosas” a los empleadores por tener licencias de maternidad más largas que los varones.

El artículo 95° indica “...La trabajadora embarazada gozará obligatoriamente de una licencia remunerada por maternidad, durante el mes anterior al parto y los tres posteriores a él. Estos tres meses también se considerarán como período mínimo de lactancia, el cual, por prescripción médica, podrá ser prorrogado para los efectos del artículo anterior...” (código de trabajo, ley N°2, 1943)

Esta situación se ve también agravada por la intermitencia e inactividad laboral a la que se ven obligadas las mujeres para conciliar las responsabilidades laborales y familiares. Tender a una mayor igualación de las licencias por maternidad y paternidad y extender las licencias familiares podría contribuir a reducir esta brecha por género que afecta al mercado laboral.

Por lo que en el momento de replantear la creación de una licencia que beneficie de forma directa a otro sector poblacional como lo es las personas de la tercera edad, se debe enfocar en tres dinámicas principales de cuidado de los adultos mayores costarricenses:

1. La primera, el cuidado mutuo entre parejas: mientras uno de ellos se vuelve más dependiente, el otro atiende las necesidades de ambos.
2. La segunda dinámica involucra a los hijos, que se vuelven responsables de sus padres y asumen un papel activo en apoyarlos.

3. Esto puede conducir, a su vez, a una tercera dinámica: los hijos se mudan donde sus padres o se los llevan para cuidarlos ellos mismos o sus parejas.

La protección a la persona adulta mayor es un deber del Estado y de la sociedad, ineludible y de primer orden. Así,

El artículo 51 dispone: "**...La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido...**". (Constitución Política de Costa Rica, 1949)

queda claro que la protección especial por parte del Estado para esos grupos de personas se constituye en un verdadero derecho fundamental, exigible en las correspondientes dependencias administrativas y Tribunales de Justicia. Es así, como a partir del concepto del Estado Social de Derecho, es posible derivar obligaciones para las autoridades, precisamente en aras a la búsqueda del mayor bienestar de "todos los habitantes del país", dentro de los cuales, el Derecho de la Constitución señala de manera especial a los niños, a las madres, al anciano y personas desvalidas.

Este deber de tutela está incluso cobijado en el ámbito supra constitucional, toda vez que múltiples instrumentos de derecho internacional de los derechos humanos lo contemplan. Recientemente en la Convención Interamericana Sobre La

Protección de Los Derechos Humanos de las Personas Mayores, (Acordado por el Consejo Permanente en la sesión celebrada el 9 de junio de 2015) se establecen una serie de derechos de las personas adultas mayores y consecuentes obligaciones para los Estados. En este mismo sentido, el numeral 06 y 12, estipulan: Artículo 6: Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado. El Artículo 12 Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo La persona mayor, tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad

de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

El artículo 2° indica “**...Definiciones...Para los efectos de esta ley, se definen los siguientes términos ...Persona adulta mayor: Toda persona de sesenta y cinco años o más...**” (ley Integral para la Persona Adulta Mayor. ley N° 7935 ,1999)

Los Estados Parte, deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

- a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
- b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:

- i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.
 - ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.
 - iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.
 - iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.
 - v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.
- d) Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran

adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica. Por otra parte, debido al aumento en la esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, con predominio de las enfermedades crónico-degenerativas, aunado a una vida más prolongada se presenta un detrimento de la calidad de esta. Es importante considerar que es posible ser un adulto mayor saludable, ya que el envejecimiento es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo y puede ser negativo o positivo, según nuestro estilo de vida.

En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de la gente. No obstante, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido parcial o totalmente su independencia, debido principalmente a enfermedades crónico-degenerativas que se agudizan con el pasar de los años. Por ello, es una necesidad primordial para la sociedad el apoyo de la familia o de voluntarios capaces de ayudar y cuidar al adulto mayor. Para que el cuidador pueda seguir ejerciendo este gran servicio a la comunidad es indispensable que tenga las herramientas adecuadas, es decir, se requiere poseer los conocimientos básicos que les confieran seguridad, estrategias que eviten la sobrecarga, así como la información de los recursos que se disponen para aliviar el esfuerzo, con lo cual se pretende articular mecanismos de apoyo a los cuidadores que brindan este gran servicio a la sociedad.

1.1.3. justificación del tema.

El envejecimiento paulatino de la población de un país es un proceso dinámico el cual está ocurriendo aceleradamente para los países de la región por lo que se estima que para el año 2050, el porcentaje de personas adultas mayores llegará a constituir un 21% del total de la población mundial. Esto tiene repercusiones en la pirámide poblacional de los estados y se proyecta un aumento vertiginoso en las demandas de la asistencia de la Seguridad Social de la población adulta mayor.

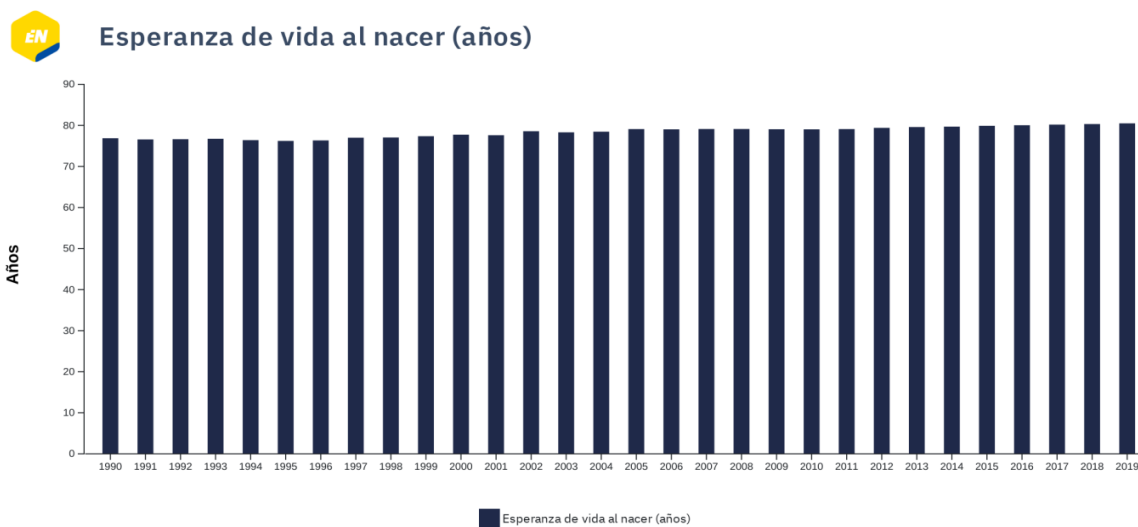
El envejecimiento se define: "**el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo**" (<https://scielo.isciii.es/>)

A pesar de ser un tema importante, que compete a diferentes instituciones, surge la inquietud de realizar un trabajo que aborde, desde la perspectiva de la necesidad de asistencia que de acuerdo con sus diferentes padecimientos presenta la población adulta mayor en lo que refiere a su calidad de vida.

Si bien es cierto existe el otorgamiento de licencias y pago de subsidios a asegurados activos asalariados designados como responsables para cuidar a un enfermo en fase terminal y de las personas menores de edad gravemente enfermas con efectos significativos en su salud según la Ley 7756 del 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta nº 192 del 05 de octubre del 2007

en la que dicha 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.

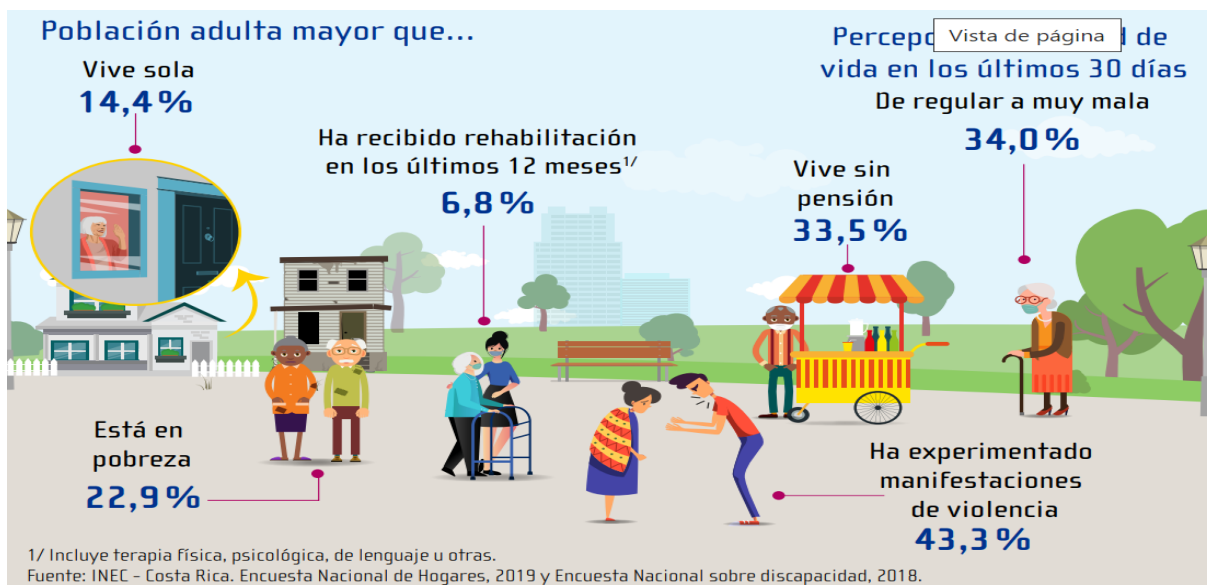
Pero a pesar de nuestra vanguardia en lo que se refiere a derecho laboral y a las prestaciones sociales otorgadas por nuestro sistema de salud aún no se contempla la necesidad de la creación de una herramienta que sea utilizada para la correcta atención de la población adulta mayor para así garantizar su cuidado y asistencia digna en sus actividades diarias.



Fuente: PEN con datos de INEC.

De acuerdo con el cuadro obtenido mediante las valoraciones realizadas, por el Instituto Nacional de Censos y Estadística, se termina que la población costarricense ha estado aumentando su longevidad, con lo que se logra determinar un aumento paulatino de personas de la tercera edad dentro de la población de nuestro país, lo

cual hace necesario establecer un marco jurídico que garantice su protección y dignidad ante la última etapa de la vida del ser humano.



La población de Costa Rica envejece de forma acelerada, según cifras presentadas en el II Informe de la Situación de la Persona Adulta Mayor. En el año 2008 había 271.415 personas adultas mayores; en 2019 había 430.275 personas de 65 años o más (un 8% de los habitantes) y se espera que en el 2050 haya 1.262.253 (un 21%).

Pero el proceso de envejecimiento no es igual en todos los grupos. Es menos avanzado entre la población afrodescendiente y entre la población migrante proveniente de Nicaragua.

Apenas un 5% de la población afrodescendiente tiene 65 años y más; es menos envejecida en comparación con el resto del país. El 17 % de este subgrupo residía en la provincia de Limón. De acuerdo con el informe, esta diferencia está relacionada con un nivel de fecundidad ligeramente mayor entre las mujeres de este grupo

étnico. Por otra parte, el nivel de envejecimiento en la población indígena es ligeramente mayor (9%) al del promedio del país (7%) y se atribuye a que los más jóvenes dejan de auto percibirse como indígenas.

Con respecto a los adultos mayores migrantes, la comunidad extranjera nicaragüense es la más numerosa pero apenas el 4% son personas adultas mayores. Mientras que los inmigrantes de otros países tienen mayor presencia de mayores de 65 años y más (son un 11% del total).

Del total de personas adultas mayores migrantes, un 51% llegó antes de 1980, un 30% entre 1980 y 1999, y un 19% después del 2000. Pero el 58% de las personas nicaragüense llegó antes de 1980 y apenas un 9% a partir del año 2000. Un 46% de quienes nacieron en otros países inmigró antes de 1980 y un 28% durante los primeros años del siglo XXI.

Cuadro 1.1 COSTA RICA: Población estimada de 65 años y más por región, 2008,2019 y 2050

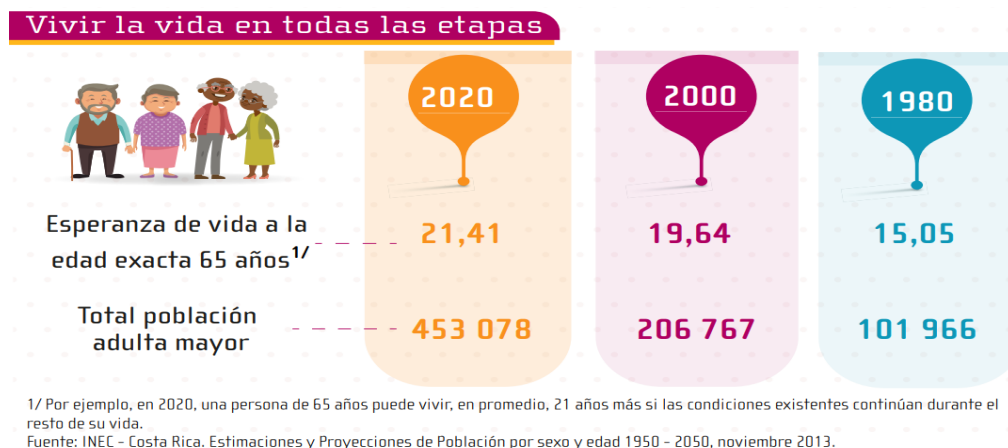
Región	Población de 65 años y más			Porcentaje en población total		
	2008	2019	2050	2008	2019	2050
Central	183,646	288,788	809,413	6,6	9,2	22,6
Chorotega	21,205	32,576	99,453	6,6	8,4	19,0
Pacífico Central	14,799	24,843	84,521	6,0	8,3	20,3
Brunca	18,941	28,335	77,668	5,6	7,8	20,2
Caribe	17,257	29,335	96,499	4,4	6,4	17,5
Norte	15,567	25,926	94,699	4,7	6,3	15,0
Total	271,415	430,275	1,262,253	6,2	8,5	20,7

Fuente: INEC (2013).

El Informe de Estado de Situación de la Persona Adulta describió que Costa Rica se encuentra en un proceso claro de envejecimiento poblacional. La baja de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida que se produjeron desde 1950, generó una disminución paulatina en el número de nacimientos y una consiguiente reducción en el tamaño de la población joven; como consecuencia, la proporción de personas con 65 años o más de edad ha aumentado aceleradamente; este hecho se evidencia en la actualización de las cifras oficiales sobre población. En 2019, las personas de 65 años y más representaban un 8,5% de la población total del país. En 2050, se proyecta que este porcentaje llegará a 20,7% (INEC, 2013, 2019a).

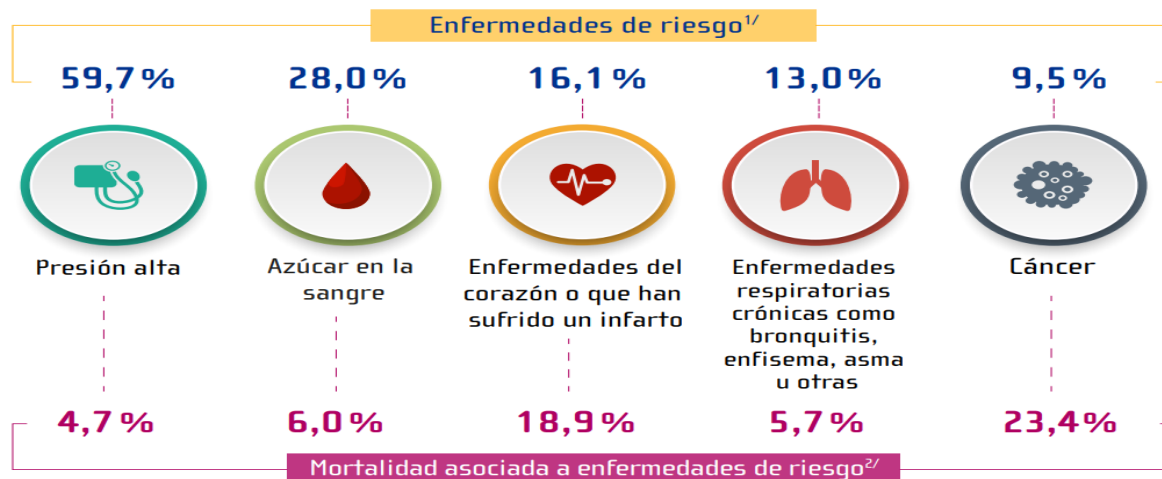
La pirámide de población **“...es una forma gráfica de representar datos estadísticos básicos, sexo y edad, de la población de un país, que permite las comparaciones internacionales y una fácil y rápida percepción de varios fenómenos demográficos tales como el envejecimiento de la población, el equilibrio o desequilibrio entre sexos, e incluso el efecto demográfico de catástrofes y guerras...”** (<http://www.juntadeandalucia.es/>)

El objetivo general planteado pretender determinar cuál ha sido el tratamiento brindado por la CCSS a la normativa vigente que regula las licencias otorgadas por la Seguridad Social para el caso de los trabajadores sean estos asalariados o independientes, los efectos que ha tenido sobre su esfera jurídica y sus posibles soluciones desde un punto de vista jurídico y humano.



El proceso de envejecimiento biológico está asociado a una mayor probabilidad de enfrentar deterioros en la salud. El estado físico y mental de las personas puede condicionar su funcionamiento en sociedad, al afectar su relación con el entorno. Este capítulo presenta un panorama general del estado de salud de la población de 65 años y más.

Costa Rica se destaca por tener una de las más altas esperanzas de vida al nacer del continente americano, solo superada por Canadá, dicha esperanza es de 80,3 años para ambos sexos (77,7 para hombres y 82,9 para las mujeres), de acuerdo con las estimaciones internacionales del 2019.



1/ Porcentaje con respecto al total de personas 65 años y más.

2/ Porcentaje con respecto al total de defunciones de personas de 65 años y más.

Fuente: INEC - Costa Rica. Encuesta Nacional sobre discapacidad, 2018 y Estadísticas vitales 2018.

Es común que las personas adultas mayores se enfrenten a situaciones de comorbilidad; en otras palabras, padecen varias enfermedades al mismo tiempo; como consecuencia, tienen que recurrir frecuentemente a los servicios de salud por la incertidumbre en el origen de dolores o malestares. A su vez, se acostumbran a manejar recetas de varios medicamentos, lo cual puede complicar la vida cotidiana. Algunas de estas enfermedades tienden a darse en forma simultánea, como la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón. Por ejemplo, una tercera parte de los hipertensos tiene también un diagnóstico de diabetes; una quinta parte, alguna enfermedad del corazón; aunado a tal hecho, el riesgo de sufrir estos padecimientos es mayor por condiciones tales como la obesidad (reportada por un 7%); por ejemplo, un 12% de las personas con diabetes mellitus también reporta tener un diagnóstico de obesidad. Cabe resaltar también la aparición de enfermedades mentales o psiquiátricas en el perfil epidemiológico de los costarricenses de 65 años y más. Por ejemplo, un 7% reporta ansiedad crónica y un

6%, depresión crónica. De acuerdo con la ENADIS, las mujeres tienen mayor probabilidad de enfrentar problemas de salud mental que los hombres.

Comorbilidad se define “...coexistencia, en una misma persona, de una o varias enfermedades o trastornos asociados a una enfermedad primaria...” (<https://www.rae.es/>)

En todos los puntos descritos anteriormente se refleja la necesidad imperante de la creación de una normativa que resguarde la protección para el correcto desenvolvimiento de la población adulta mayor dentro de una sociedad de derecho protección y de accesibilidad, por lo que es necesario facilitar a aquellas personas que realizan una actividad económica y se encuentran comprometidas a garantizarse las capacidades para auto mantenerse y brindar apoyo económico tanto al paciente como a su grupo familiar.

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuál es el efecto de no contar con una normativa especial que regule las relaciones jurídicas y laborales de los encargados del cuidado y asistencia de la población adulta mayor con limitaciones funcionales al no contar con una licencia acorde con las necesidades de esta población?

1.3 Objetivos de la Investigación.

1.3.1. Objetivo General:

1.3.1. Proporcionar una herramienta viable, para la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales para la caja costarricense de seguro social.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1.3.2.1. Identificar las circunstancias de la relación jurídica laboral entre los patronos y los posibles beneficiarios de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en relación con aspectos del envejecimiento y su correcto seguimiento por la seguridad social a este sector de la población.

1.3.2.2. Analizar la jurisprudencia nacional sobre el tema de la regulación de los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales y así Revelar los

programas estatales de asistencia a disposición de la población que cuenta con necesidad de asistir a adultos mayores en condiciones físicas, psíquicas y sociales de asistencia para la realización de actividades diarias.

1.3.2.3. Establecer el fundamento normativo contenido en la legislación constitucional que tiene incidencia directa con el derecho humano a vivir con dignidad de los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, así como las obligaciones y derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador responsable como para el paciente con necesidad de asistencia.

1.3.2.4. Diseñar una estrategia posible que utilice los recursos disponibles de la Caja Costarricense de Seguro Social y otros entes para coadyuvar a mitigar la falta de asistencia a adultos de avanzada edad con problemática para la realización de actividades diarias, mediante la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

1.4. Alcances y limitaciones.

1.4.1. Alcances

1.4.1.1. Entregar una normativa con respaldo jurídico y financiero, que contribuya a la mejora continua en el desarrollo de la calidad de vida de la población adulta mayor, en aras de alcanzar la plenitud de la etapa de la vida en la cual necesitan la asistencia constante, mediante una propuesta útil para el marco legal de la administración y así brindar un panorama actual de la realidad, en beneficio de la modificación de políticas y procedimientos organizacionales para garantizar una equidad en la accesibilidad ,promoción, y asistencia de los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, como de un ambiente social acorde con las expectativas de la ciudadanía.

1.4.1.2. Generar material didáctico para futuros proyectos o análisis en materia de licencia para el cuidado y asistencia de los sectores vulnerables de la sociedad costarricense. Dotar de información respecto a las necesidades en materia de derechos humanos, en cuanto a la propiciada intervención de terceras personas en la satisfacción en el desenvolvimiento de las personas que se encuentran en la tercera edad para garantizar de forma eficaz y eficiente su participación en las múltiples esferas sociales de la población costarricense.

1.4.1.3. Reformar el esquema de Licencia y subsidio de la Ley de Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal, para incorporar todos los aspectos que no fueron tomados en cuenta para brindar protección y asistencia a un sector de la población con diferentes problemáticas de inserción a la sociedad, y necesidad de intervención de redes de apoyo familiar.

1.4.1.4. Mediante la propuesta se pretende aportar al ordenamiento jurídico costarricense de una normativa, que brinde un ingreso estable a aquellas personas que tengan bajo su tutela, el resguardo de la integridad física o psicológica de un adulto mayor.

1.4.2. Limitaciones

1.4.2.1. La falta de información y regulación en la normativa costarricense o instancias de la Caja Costarricense de Seguro Social, además de la nula oportunidad a la que se encuentran los cuidadores para acceder a alguna herramienta jurídica que resguarde los derechos de los cuidadores, así como a los adultos con alguna deficiencia de movilidad.

1.4.2.2. La propuesta puede verse limitada en cuanto a la disposición de fuentes de recurso económico por parte del estado o entidades de responsabilidad encargadas de otorgar y administrar los subsidios disponibles para la población costarricense.

1.4.2.3. La no existencia de estudios estadísticos poblacionales que permitan determinar el nivel de afectación a la sociedad costarricense y a la población adulta mayor con necesidad de asistencia, por parte de un trabajador activo al darse la figura de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

1.4.2.4. La falta de trabajos o investigaciones que aborden el tema de la creación de un subsidio relacionado a licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

1.5. Marco metodológico.

1.5.1. Tipo de Investigación

1.5.1.1 La Investigación

“...La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema ...”

(Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-4)

La investigación es una actividad que se lleva a cabo con la finalidad de generar conocimiento. El conocimiento es la información que hemos adquirido sobre las cosas y sobre nosotros mismos. Dependiendo de cómo se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común. La investigación es un proceso intelectual y experimental que comprende un conjunto de métodos

aplicados de modo sistemático, con la finalidad de indagar sobre un asunto o tema, así como de ampliar o desarrollar su conocimiento, sea este de interés científico, humanístico, social o tecnológico. Nos ayuda a mejorar el estudio porque nos permite establecer contacto con la realidad a fin de que la conozcamos mejor. Constituye un estímulo para la actividad intelectual creadora. Ayuda a desarrollar una curiosidad creciente acerca de la solución de problemas. Contribuye al progreso de la lectura crítica.

1.5.1.2. El enfoque cualitativo, cuantitativo y Mixto

“...Enfoque cuantitativo Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías...” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-4)

Los métodos cuantitativos se centran en mediciones objetivas y análisis estadístico, matemático o numérico de los datos recopilados mediante encuestas, cuestionarios y encuestas, o mediante el uso de técnicas informáticas para manipular los datos estadísticos existentes. La investigación cuantitativa se centra en recopilar y generalizar datos numéricos entre grupos o explicar un fenómeno en particular.

Mediante la realización de una investigación cuantitativa se pueden recopilar datos objetivos. Además, la recopilación de valores numéricos permite medir la frecuencia de un fenómeno y observar condiciones reales. Esto se logra entrevistando a un gran

número de personas y recogiendo una gran cantidad de datos. A través de la investigación cuantitativa, los investigadores adquieren conocimientos sobre hechos empíricos de los que se pueden derivar las relaciones entre las causas y los problemas. Inicialmente, la investigación cuantitativa ofrece valores numéricos basados en muestras. Sin embargo, estos resultados de la investigación pueden ser transferidos a poblaciones enteras por extrapolación y así obtener más conocimientos.

“...Enfoque cualitativo Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación...” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-7)

El enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de la investigación, sin embargo, en lugar de que la claridad sobre la pregunta de investigación e hipótesis preceda a la recolección y análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes y después, para refinarlas y responderlas.

La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos entre los hechos y su investigación, y resulta un proceso más bien “circular” y no siempre la secuencia de esta varía de acuerdo a cada estudio en particular. A continuación,

intentamos visualizarlo, pero cabe señalar que es importante eso, un intento, porque su complejidad y flexibilidad son mayores.

En la investigación cualitativa con frecuencias es necesario regresar a etapas previas, por ello las flechas de la fase que van de la inmersión inicial en el campo hasta el reporte de resultados se visualizan en dos sentidos. Por ejemplo, el primer diseño del estudio puede modificarse al definir la muestra inicial y pretender tener acceso a ésta.

“...La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales...” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-7)

La investigación mixta implica combinar los enfoques cualitativo y cuantitativo en un mismo estudio. Sobre un estudio cuantitativo que nos ofrezca unos resultados llamativos en alguna de sus variables y que afecte a una determinada franja de población, se puede utilizar posteriormente un estudio cualitativo en esa franja poblacional para comprender mejor el fenómeno.

De igual forma, sobre las conclusiones extraídas de un estudio cualitativo, podemos aplicar posteriormente un estudio cuantitativo para conocer qué parte de una población más amplia podría encontrarse en esa situación. La metodología debe

estar claramente definida en cada parte del estudio, aunque se pueda complementar una con la otra.

Este enfoque se utiliza cuando se requiere una mejor comprensión del problema de investigación, y que no se podría dar cada uno de estos métodos por separado. Una investigación mixta se utilizan diversos métodos y fuentes de datos para examinar un mismo fenómeno. La triangulación permite identificar aspectos de un fenómeno con mayor precisión al abordarlo desde distintos puntos de vista.

1.5.1.3. La presente investigación será de tipo mixta, en su totalidad.

“...Un estudio mixto comienza con un planteamiento del problema que demanda claramente el uso e integración de los enfoques cuantitativo y cualitativo. En este siglo, diversos artículos y textos han incluido diferentes cuestiones sobre los planteamientos mixtos... el planteamiento mixto contiene la intención conjunta del estudio, así como los propósitos de las ramas cuantitativa y cualitativa de la investigación y la argumentación para incorporarlas o mezclarlas y responder al problema de interés...” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-540)

El enfoque de investigación mediante el cual se desarrollará el presente documento será de tipo mixto, Se utilizará este modelo debido a que es necesario obtener información cuantitativa como cualitativa. Al revisar y analizar las características de los enfoques y conocer las ventajas que tienen al utilizar una visión

mixta en el proceso de valoración de la información, se puede señalar que la utilización de este tipo de proceso de recolección de datos nos brinda una cobertura más amplia a esta investigación.

La investigación cuantitativa nos permite obtener datos estadísticos, en forma de números, para brindar mayor respaldo en la confiabilidad de la investigación, la investigación cualitativa nos ayuda a obtener información por medio de las entrevistas aplicadas a los cuidadores que dan asistencia a los adultos mayores con alguna dificultad de movilidad o inserción a la sociedad de forma independiente. Por lo que, el abarcar tanto información numérica, como el análisis de las respuestas de las entrevistas aplicadas a los cuidadores nos brindará mayor versatilidad en la utilización de la información obtenida.

Dentro de este enfoque mixto hay varias clasificaciones de diseño, pero el que será utilizado debido a las necesidades de esta investigación es el modelo de dos etapas el cual se refiere a que dentro de una misma investigación se aplica primero un enfoque y después el otro, de forma independiente o no, y en cada etapa se siguen las técnicas correspondientes a cada enfoque utilizado.

1.5.2. Finalidad

El estudio tiene una finalidad para ser aplicada, ya que el fin de la presente investigación es brindar una propuesta de creación de una licencia de cuidado y asistencia a personas laboralmente activas para el resguardo de la garantías

primordiales a adultos mayores con limitaciones funcionales por lo que mediante la recolección de información la cual será utilizada para brindar a la Caja Costarricense de Seguro Social una herramienta para lograr brindar protección a una de los sectores más vulnerables de la población costarricense.

El marco de estudio a utilizar será el modelo micro, ya que en el trabajo que se desea realizar se le dará una connotación de estudio para así poder utilizar una muestra específica, la cual son los cuidadores de adulto mayor con problemas de movilidad en la ciudad de Puntarenas.

1.5.3. Dimensión temporal

La investigación posee una dimensión temporal y espacial establecida, por lo que se recurre a una limitación temporal transversal por cuanto el estudio se realizara entre periodo de agosto a diciembre del año 2021 a los trabajadores activos que brindan cuidado y asistencia a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en la ciudad de Puntarenas y que se encuentran adscritos a la sucursal de Puntarenas de la caja costarricense de seguro social.

1.5.4. Carácter.

“...Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué

ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables...” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014. p-95)

La investigación explicativa se llevaba a cabo para investigar de forma puntual un fenómeno que no se había estudiado antes, o que no se había explicado bien con anterioridad. Su intención es proporcionar detalles donde existe una pequeña cantidad de información. El investigador obtiene una idea general y utiliza la investigación como una herramienta para que lo guíe a temas que podrían abordarse en el futuro. Su objetivo es encontrar por qué y para qué de un objeto de estudio.

Las investigaciones explicativas son más estructuradas que las demás clases de estudios e implican los propósitos de ellas. Las investigaciones cualitativas se inician en su mayoría con enfoques exploratorios o descriptivos, pero se plantean con alcances correlacionales, sin estadísticas, o explicativos.

Permite aumentar la comprensión sobre un tema específico. Aunque no ofrece resultados concluyentes, el investigador puede encontrar las razones por las que sucede un fenómeno. Utiliza la recolección de datos secundarios como fuente de información, como la literatura o artículos publicados que se eligen cuidadosamente para tener una comprensión amplia y equilibrada del tema. Permite que el investigador tenga una amplia comprensión del tema y pueda perfeccionar las preguntas de investigación posteriores para aumentar las conclusiones del estudio. Los investigadores pueden distinguir las causas por las que surgen los fenómenos durante los procesos de investigación, y anticiparse a los cambios. La investigación

explicativa permite que puedan replicar los estudios para darles mayor profundidad y obtener nuevos puntos de vistas sobre el fenómeno.

1.5.5. Sujetos y fuente de información.

1.5.5.1. Sujetos de estudio

Los sujetos de la presente investigación, como se ha indicado anteriormente, son los trabajadores activos que brindan cuidado y asistencia a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en la ciudad de Puntarenas y que se encuentran adscritos a la sucursal de Puntarenas de la caja costarricense de seguro social.

1.5.5.2. Fuentes de información

1.5.5.2.1. Fuentes Primarias

“...Las referencias o fuentes primarias proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes ...” (Hernández Fernández y Baptista. 2014.p-61).

Las fuentes primarias son objetos, imágenes o documentos creados en un momento histórico que proporciona una mirada personal a un evento o periodo de tiempo. Generalmente, las fuentes primarias no proporcionan explícita o detalladamente su propósito. Por este particular, son una llave maestra en la investigación, son información de primera mano obtenida directamente del origen, que ha sido

publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad, pueden encontrarse en formato tradicional impreso como los libros, las publicaciones de revistas académicas o científicas, periódicos de circulación constante; o en formatos especiales como los discos compactos u otros.

1.5.5.2.2. Fuentes Secundarias

“La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis...Sí, el investigador es quien mediante diversos métodos o técnicas recoge los datos (él es quien observa, entrevista, revisa documentos, conduce sesiones, etc.). No sólo analiza, sino que es el medio de obtención de la información.” (Hernández Fernández y Baptista. 2010.p-409).

Las fuentes secundarias describen la información, acumulan datos dispensados en cierto número de fuentes primarias, sintetizada y reorganizada por lo que facilitan maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Forman la colección de referencia de la biblioteca. Se debe hacer referencia a ellas cuando no se puede utilizar una fuente primaria por una razón específica, cuando los recursos son limitados y cuando la fuente es confiable.

La utilizamos para confirmar nuestros hallazgos, ampliar el contenido de la información de una fuente primaria y para planificar nuestros estudios. Son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, síntesis e

interpretación. El registro de las fuentes de información en los trabajos académicos permite sustentar la actividad de la investigación y sirve de base para establecer premisas que argumentan los cuestionamientos de la crítica científica o profesional.

1.5.6. Selección Población y muestra

1.5.6.1 Población

“Una vez que se ha definido cuál será la unidad de análisis se puede delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados, así una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificación...las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo” (Hernández Fernández y Baptista. 2010.p-174).

Por población se concibe un conjunto de sujetos con características en común, constituidos de forma estable, ligado por vínculos, tiene continuidad en el tiempo, los cuales comparten un conjunto de elementos que se utilizaran de referencia sobre un marco teórico en el cual se realizan las observaciones de todos los elementos que se están estudiando para la recopilación de información la que será de gran utilidad para poder obtener conclusiones sobre los temas que interesan.

Por lo que en la presente investigación se establece como población a los trabajadores que brindan asistencia ,cuido y protección a adultos mayores con problemas de limitaciones funcionales y adscritos a la Sucursal Puntarenas

de la Caja Costarricense de Seguro Social, que realizan la actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas la que se comprende de 1.285 trabajadores como universo poblacional, por lo que se evidencia es demasiado amplio y el tema en estudio es totalmente nuevo no se manipulara el 50% mas 1 que es lo planteado estadísticamente por los autores Hernández , Fernández y Baptista , se trabajara con una muestra de esta población que comprende a 50 trabajadores. Al operacionalizar la muestra, se tiene un intervalo de confianza del 90% de confiabilidad eso indica que obtendremos resultados de 90 a 100 con un rango del $\pm 3\%$ de error.

Para la primera etapa de recolección estadística de información a ser utilizada en la investigación se realizara la aplicación del primer instrumento metodológico (cuestionario cerrado) que corresponde a la investigación cuantitativa, con vista a determinar relación jurídica laboral entre los patronos y los posibles beneficiarios de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales adscritos a la Sucursal Puntarenas dedicados a realizar su la actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas.

En la segunda etapa se aplicará como instrumento metodológico de recolección de información un cuestionario abierto a los trabajadores adscritos a la Sucursal Puntarenas que realizan su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas, para poder analizar e identificar la jurisprudencia nacional que regula los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado, asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales y así determinar los programas estatales de asistencia a

disposición de la población que brinda apoyo a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

En la etapa final se aplicará como instrumento metodológico una entrevista estructurada, la cual corresponde a la investigación cualitativa, con este instrumento que permitirá establecer el fundamento normativo constitucional que garantiza las obligaciones y derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia. Dirigido a los trabajadores que realizan su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas.

1.5.6.2. Características de la Muestra

“...la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra se generalicen o extrapolen a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa...” (Hernández Fernández y Baptista. 2014.p-173).

Una muestra es un conjunto de unidades, una porción del total, que nos representa la conducta del universo en su conjunto. Una muestra, en un sentido

amplio, no es más que eso, una parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo. La población objeto de estudio y el diseño y la elección de dicha muestra, son acciones íntimamente unidas puesto que dependiendo del diseño que se utilice, así será la elección de los sujetos de estudio. Un muestreo es la técnica a partir de la cual, se puede extraer de una población, dos o más muestras de este denominado espacio muestra.

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población...escuchamos hablar de muestra representativa, muestra al azar, muestra aleatoria...se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población.” (Hernández Fernández y Baptista. 2014.p-175).

El muestreo se usa en particular cuando no se dispone de una lista detallada y enumerada de cada una de las unidades que conforman la población y resulta muy complejo elaborarla. Se denomina conglomerado porque la población es agrupada en conjuntos, bloques, áreas, zonas, etc. No es lo mismo que el estratificado porque en este procedimiento se agrupa según las variables a estudiar y se puede identificar exactamente a la población. Por lo que el extraer un fragmento, genera una representación significativa de las características de una la colectividad esto permite que se reduzca el tiempo y recursos que fueren generalmente invertidos para abarcar la totalidad obteniendo información fidedigna que representaría al total de la Población.

1.5.6.2.1. Los trabajadores en estado activo y adscrito sucursal Puntarenas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1.5.6.2.2. Los trabajadores que realizan el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

1.5.6.2.3. Los trabajadores que realizan la actividad laboral en el Cantón Central de la Provincia de Puntarenas.

1.5.6.2.4. Los trabajadores que se encuentran en un rango que va de los 35 a 60 años que brindan asistencia a y adscrito a la sucursal Puntarenas de la Caja Costarricense de Seguro Social que realizan la actividad comerciante en la Ciudad de Puntarenas.

1.5.7. Explicación por capítulos del contenido de la tesis.

1.5.7.1. Capítulo I Marco Introducción

En este capítulo se mencionó y analizo los antecedentes te afectan el problema de investigación así como la historia en materia jurídica y social respecto a las responsabilidades de las diferentes instancias con respecto al tema de las licencias para cuidar y garantizar la asistencia de terceras personas como a los adulto mayores u otro sector de la población De igual forma se analiza el panorama social y legal del país en la generación de los diferentes beneficios o subsidios otorgados por el estado para garantizar el correcto desenvolvimiento de la población de interés y así garantizar el acceso más idóneo y justo a la población a este tipo de subsidios; generando así con el transcurrir del tiempo

mayor garantías a la población adulto mayor y a la persona con alguna discapacidad y a sus cuidadores. Si bien se menciona la justificación por la cual se respalda la necesidad de realizar este tipo de investigación en busca de mayor creación de normativa para garantizar mayor acceso a la población a la salud y a las garantías sociales ,en el capítulo que se trata de concientiza sobre el problema de la investigación generándose ,así los objetivos que se desea obtener una vez recopilada la información necesaria para la determinar de la situación actual de la ciudadanía dando a su a su vez las posibles mejoras de acción ;De igual forma en este capítulo se mencionan todas aquellas limitantes generadas durante el proceso de investigación, así como los alcances obtenidos una vez realizado el proceso de recolección de información en este capítulo se delimitó todo lo referente a la población de interés estableciendo sus características ,el tipo de información a recolectar ,así como las de limitación si se va a realizar de la investigación y generación de propuestas.

1.5.7.2. Capítulo II Desarrollo Histórico

En este capítulo se enfatizó en la historia toda la institución responsable de garantizar el acceso a la población de los diferentes subsidios degenerados por la Seguridad Social llamada Caja Costarricense del Seguro Social. De igual forma se exploró el contexto jurídico en el cual se ha ido desarrollando la materia referente a las licencias otorgadas para el cuidado los menores de edad y las personas en fase terminal ;Además en este capítulo se estudió la temática relacionada a la protección realizada hasta el momento del Estado a la

población adulta mayor así como la promulgación de diferentes normativas generadoras de derechos y obligación tanto para la persona de la tercera edad como para las personas responsables de su cuidado y asistencia. Tratando así de garantizar el mayor acceso posible a las diferentes instancias estatales a la población de interés ,aparte este estudio reúne conceptualización diferentes términos esenciales para la comprensión y manejo del tema de interés, para así coadyuvar a la creación de la propuesta que genere mayor beneficio a la población de interés.

1.5.7.3. Capituló III Desarrollo Teórico Conceptual.

En este capítulo se consideran las diferentes teorías que respaldan la necesidad de cuidó y protección que afectan los sectores de la población para garantizar la perpetuidad del Moreno de vida y los niveles sociales alcanzados. Así como las diferentes reformas Lanzas por el estado para garantizar un acceso mínimo a la satisfacción de necesidades de la población en general; De igual forma se reconocen diferentes limitaciones que pudieran afectar a la población de estudio y así poder determinar puntos a considerar dentro de la propuesta del proyecto a ejercer o proponer.

Dentro de este capítulo se fundamenta en el estudio realizado para así impactar de una manera positiva tanto a las instancias reguladoras del acceso a derechos sociales, como poder identificar a aquellas personas que pueden ser beneficiadas con el otorgamiento de una nueva licencia para el cuidado y

protección. Generando así mayor seguridad jurídica a las diferentes instancias participantes del otorgamiento y disfrute de ese tipo de beneficios.

1.5.7.4. Capítulo IV Análisis e Interpretación de Datos

Este capítulo se dedicó a realizar la instrumentalización de los diferentes medios creados para la obtención de la información necesaria para determinar la situación actual de la población meta y así lograr evidenciar todas aquellas carencias que deberían ser abordadas en la creación de un buen proyecto o propuesta que se cree para sí satisfacer en gran medida las necesidades y eventualidades que pueden afectar tanto al trabajador activo cómo aquel individuo que se beneficiaría de forma directa con la creación de una licencia que garantice mantener los niveles de ingreso del grupo familiar del cuidador corresponsable y generando un mayor beneficio a la persona adulta mayor que en la gran mayoría de los casos formará parte dicho grupo de convivencia. por lo que este capítulo es de gran importancia para generar toda la información a considerar para generar un juicio y recomendaciones necesarias para forjar una propuesta cuyo objetivo es generar la mayor afectación posible al problema de investigación.

1.5.7.5. Capítulo V

En este capítulo se formaron las diferentes conclusiones obtenidas de forma general ,ya que con la recolección y el análisis de los datos obtenidos nos

indica un panorama de la realidad actual que enfrenta el adulto mayor con problemas de movilidad y necesidad de asistencia ;así como las dificultades de apoyo a aquella persona encargado del cuidado y de la asistencia ;De igual forma se generaron las diferentes recomendaciones que vendrían a subsanar en cierto nivel todas aquellas Valencia o carencias; también se trata de afectar a la Fundación de interés generando a los diferentes actores una visión quién podría coadyuvar y así crear diferentes herramientas para promover el cuidado y protección que requiere el adulto mayor.

1.5.7.6. Capítulo VI

Se presenta la propuesta que vendría a convertirse en una opción viable para generar los insumos y recursos normativo que resguarden la integridad física psicológica y emocional ,así como económica tanto en el paciente adulto mayor ,cómo del cuidador que se encarga de asistencia necesaria para fomentar la participación activa dentro de la sociedad costarricense de toda aquella persona que se encuentre en la tercera edad con alguna deficiencia psicológica o física que le impida de forma autónoma hacer respetar y valer su importancia representativa ; por lo que se trata generar cierto nivel de satisfacción de vida digna.

CAPÍTULO II: DESARROLLO HISTORICO JURIDICO.

2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1. Historia Caja Costarricense de Seguro Social

El artículo 73 dispone: "**...Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine...La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social...**".(Constitución Política de Costa Rica, 1949)

El 1 de noviembre de 1941, mediante Ley N° 17, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como una Institución Semiautónoma durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. El 22 de octubre de 1943, la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento. En el año 2000, se aprobó la Ley N° 7983 Ley de Protección al Trabajador la cual le otorga a la CCSS la responsabilidad de recaudar las cuotas obrero-patronales relacionadas con los fondos de capitalización laboral y el fondo de pensión complementaria, con el propósito de distribuir las a las diferentes operadoras de pensiones definidas por el trabajador. Estructura de la institución para ver esta información, dirigirse al capítulo de anexos y ubicar el (anexo número 7).

2.1.2 Historia de la Sucursal Puntarenas de la Caja Costarricense de Seguro Social

La sucursal, como componente estratégico para el desarrollo de la organización, es una fuente para el fortalecimiento económico, en especial, para los programas de afiliación y cobranza.

La actualización de los sistemas y equipos informáticos han permitido contar con tecnología de punta, para mejorar la calidad en los servicios a los usuarios internos y externos.

Para aprovechar las oportunidades de desarrollo tecnológico, se hace necesario considerar algunos factores externos e internos, porque de no ser identificados y atendidos oportunamente, pueden afectar el logro de los objetivos estratégicos planteados. Estos factores contemplan ambientes: políticos, legales, financieros u otros, que limitarían a la sucursal para atender las necesidades de los usuarios, los cuales son descritos a continuación.

El artículo 1 dispone: **"...La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos...CAJA. La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a**

empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas Seguro Social...". (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 ,1943)

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la Institución pública, encargada de la seguridad social en Costa Rica. En la actualidad, tiene, dentro su jurisdicción, 79 sucursales, las cuales se encuentran agrupadas por direcciones regionales. La región Chorotega está compuesta por 18, ubicadas en cada cantón de la provincia de Guanacaste y de Puntarenas (Esparza, Miramar, Chomes, Bagaces, Cañas, Liberia, Tilarán, Abangares, La Cruz, Filadelfia, Nicoya, Jicaral, Santa Cruz, Upala, Nuevo Arenal, Hojanca, Nandayure, 27 de abril, Cobano, Monte Verde, Guatuso, Puntarenas).

Por su parte, la sucursal de Puntarenas se encuentra ubicada en la provincia de Puntarenas, cantón Central, distrito primero.

2.1.2.1 Funciones de la Sucursal de Puntarenas de la Caja del Seguro Social.

Los servicios de la sucursal son los siguientes:

- ✓ Afiliación Patronal
- ✓ Afiliación Trabajadores Independientes
- ✓ Afiliación Asegurados Voluntarios
- ✓ Facturación de Planillas Adicionales instantáneas
- ✓ Cobro de Planilla

- ✓ Cobro de Servicios Médicos
- ✓ Recaudación de otras Instituciones
- ✓ Trámite y pago de Incapacidades
- ✓ Liquidación de Cajas Chicas
- ✓ Pago por traslado de pacientes
- ✓ Trámite y Resoluciones de Pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
- ✓ Trámite y Resolución de Pensiones del Régimen No Contributivo
- ✓ Ejecución de cursos del Programa de Prestaciones Sociales
- ✓ Visitas a pensionados
- ✓ Visitas a Hogares del Cantón
- ✓ Trámite de Cobro tanto Administrativo como Vía Judicial y Penal
- ✓ Emisión de Certificaciones por la vía Judicial
- ✓ Emisión de Certificaciones por la Vía Penal
- ✓ Visitas a patronos de la localidad

2.1.2.2 Misión y Visión de la sucursal De Puntarenas De la Caja de Seguro Social.

2.1.2.2.1 Misión.

Contribuir con la estabilidad y sostenibilidad financiera de la institución, en los procesos de ejecución, recaudación, fiscalización contributiva y gestión cobratoria, además, brindar protección económica, prestaciones sociales y de pensiones, a los usuarios, con servicios desconcentrados en forma eficaz y eficiente, en un ambiente de calidez y respeto.

2.1.2.2.2 Visión.

Seremos un equipo líder, en la prestación desconcentrada de servicios, en materia de aseguramiento, cobranza, pensiones y prestaciones sociales, con un alto grado de responsabilidad, compromiso, oportunidad, respeto y calidez a los usuarios.

- ✓ Respeto: valorar las opiniones y aportes de todas las personas para el bienestar de la Institución.
- ✓ Compromiso: acciones para cumplir con las labores conferidas.
- ✓ Integridad: ética y moral como base de nuestra actuación diaria.
- ✓ Cooperación: trabajo en equipo.
- ✓ Responsabilidad: atender con toda obligación las funciones asignadas.
- ✓ Armonía: propiciar un ambiente laboral adecuado.
- ✓ Excelencia: ofrecer siempre servicios de calidad.
- ✓ Solidaridad: apoyar a nuestros usuarios en todas las gestiones que se realizan en la sucursal.

2.2.2. Contexto Jurídico Histórico de la asistencia del Estado.

En siglos anteriores, hasta antes del siglo XIX, la definición de la atención de la enfermedad se centró en los servicios prestados bajo un concepto de la caridad, principalmente a cargo de organizaciones religiosas, pues las características políticas de la época, dictadas por predominios liberales, condicionaron una actitud del estado, más vigilante que participante en la dinámica de los procesos.

Se refiere que en Italia y en Francia, con los estragos de las epidemias, las ciudades se organizaban y: "Hacían de su cuenta los problemas prácticos planteados por la peste, como la organización de los enterramientos, la distribución de los víveres y la reglamentación de los comportamientos públicos o privados. Los pobres eran una de las cargas más pesadas de la ciudad, hasta el punto de que el hambre causaba más víctimas que la peste". Se refiere que a finales del siglo XVIII había que proteger a los niños y a los adultos porque eran mano de obra que al enfermarse reducían su rendimiento. Además, ante ese pensamiento, los filósofos, economistas y otros se interesaban por la salud del adulto. Se veía como por el año 1564 la duración del trabajo de los obreros era de 20 semanas; de 48 en 1694, y de 52 en 1726. Entonces se solicita que médicos y comadronas sean financiados por el estado para combatir las enfermedades profesionales.

Después se empiezan a conocer publicaciones que tienen relación con la salud del trabajador; así, en 1780, el Dr. Colombal de Besacon, envió un resumen "Sobre las enfermedades de los fabricantes de géneros de punto y relojeros". Ese mismo año el Dr. Beerembrock, de Montpellier dio "Una contribución rápida sobre las enfermedades de los doradores".

Por su parte la licencia médica es el derecho que tiene el trabajador de que por una parte le da el acceso a ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación médica y, por la otra, de acceder a ciertos beneficios pecuniarios. Es así como una vez que la licencia médica es autorizada por el Organismo competente, una Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o por la Institución de Salud encargada de regular el pago de subsidio por incapacidad laboral o al pago de la remuneración en el caso de los trabajadores afectos por estatutos especiales, entre ellos los correspondientes a los trabajadores del sector público y privado.

La información disponible nos indica que el uso de la licencia médica ha tenido un sostenido aumento en los últimos años. Lo anterior tiene variadas causas como lo son:

Diciembre 10 de 1839: Reglamento general para la hacienda pública (regulación del contrato de trabajo).

Enero 27 de 1841: Prohibición de moler en los trapiches de noche, por las lesiones que se producen y se responsabiliza a los dueños de trapiches e ingenios.

Julio 10 de 1841: Los capítulos VI y VII del Código General de Estado de Costa Rica, junto con el Código Civil de 1888, no preveían de ninguna forma la posibilidad de un accidente, que con ocasión de sus labores pudiera sufrir un trabajador.

1905: El Secretario de Estado, Sr. Echeverría, pide recompensa con pensión a la familia de los guardas de hacienda por muerte de éstos en cumplimiento de sus funciones. Fue sancionada el 3 de julio de 1905. La pensión fijada era de 25 a 30 pesos según el caso.

1907: El diputado Enrique Pinto Fernández presenta un proyecto de ley sobre los accidentes de trabajo mediante las Cajas Cooperativas de Socorro a desarrollar por los municipios.

Marzo 23 de 1910: La diputación gubernamental de la provincia de Heredia presentó a conocimiento del Congreso un proyecto de ley con el propósito de crear la "Caja de Previsión". La firmaron el Lic. Alfredo González Flores, el Lic. Juan Rafael Arias y don Tranquilino Sáenz Rojas.

El proyecto tenía características extraordinarias, pues intentaba regular condiciones, que con las variantes del tiempo es mucho de lo que es el Seguro Social. Preveía pagos por lesiones que sufrieran los trabajadores y aseguraba pensiones de vejez; atención de los sucesores o derechohabientes. Se incluía en el mismo cómo se formaría de manera participativa el capital; las edades de disfrute. Había un régimen de vejez, invalidez y muerte.

Esas ideas de don Alfredo no tenían precedente en Costa Rica por lo que no se logró el apoyo necesario, y con la excusa de una pretendida reelección en 1917, el Lic. González fue derrocado por un golpe de estado.

1912: Se logra una nueva ley sobre los riesgos del trabajo; en ésta ya se tiene claro la deducción, como contribución, una parte del sueldo empleado.

Mayo 16 de 1913: el diputado Vargas Calvo, presenta otro proyecto de ley sobre prevención y seguro obligatorio en accidentes del trabajo para que el patrono pudiera pagar la indemnización del accidente.

1914: El diputado Luis Anderson Morúa presenta otro plan. La iniciativa de Turrialba En la década de los 20, en la ciudad de Turrialba, se intenta una experiencia que ayuda a sentar bases para la evolución del Seguro Social y como una manifestación del no reconocimiento estatal a los problemas sociales y, sobre todo, a la necesidad de una mejor atención médica. Por acción del Consejo Municipal, con apoyo de los finqueros de la región, se estableció un sistema de atención médica mediante el pago de un impuesto local, en donde los trabajadores pagarían un 3% de su salario y los patronos un 2%.

Julio 1921: El diputado Matamoros presenta su proyecto denominado "Ley de accidentes de trabajo y creación del fondo de indemnizaciones". No fue acogido al final.

1923: La corriente del Partido Reformista, establecido por la acción política de Jorge Volio, hace que se apruebe una Ley que crea el Banco de Seguros, institución que se encargaba de cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades ligadas al trabajo.

1927: Se aprobó por parte del Congreso de la República, la creación del Ministerio de Salubridad y Protección Social, dando muestras así, el estado, de formular políticas dirigidas a la protección ciudadana, mediante el Código Sanitario, en el que se formulan campañas preventivas de enfermedades infectocontagiosas, tal como la

"Luchas" como son la antivenérea, antituberculosa, antiparasitaria, y muchas otras más.

1929: Después de las acciones de Jorge Volio, se inicia de una manera definida la participación del Partido Comunista. Este era jefado por un abogado, Manuel Mora Valverde (a quien el país en muchos aspectos, le debe mucho). El partido nació con el grupo Asociación Revolucionaria Costarricense (ARCO), siendo luego ya el Partido Comunista.

La década de los treinta. El mundo se volvió a agitar en otro conflicto bélico, que llevó a los años de 1939 a 1945 a la Segunda Guerra Mundial, en donde se enfrentaron los países capitalistas y la Unión Soviética contra los países denominados "del eje": Alemania, Japón e Italia. Costa Rica por supuesto se vio afectada, ya que la mayor parte de su café iba a Alemania y a Inglaterra, países que destinaban en esos momentos todos sus recursos al conflicto bélico. Esa crisis fiscal de grandes proporciones obligó al gobierno costarricense a recurrir a préstamos importantes de los Estados Unidos, aumentando las importaciones de ese país, produciendo una balanza muy desfavorable. Hubo lógicamente una serie de luchas sociales en pro de reformas populares, luchando contra la burguesía y al gobierno le tocó actuar de mediador. Los proyectos reformistas también fueron objeto de cambio en la década entre el 30 y 40, en diferentes países de Latinoamérica: Perón en Argentina y Getulio Vargas en Brasil.

La década del 40 fue una época de gran actividad y convulsión social en Costa Rica. Desde el punto de vista de la profesión médica, ésta fue muy poco participada, pues en la gestación "la manejaron" tres personas: un doctor en

derecho, el Sr. Padilla Castro y el Dr. Calderón Guardia, con el Dr. Mario Luján, quienes asumieron la representación del gremio profesional con afectación más sensible en esos momentos. los profesionales médicos formaron un grupo de tipo gremial en 1944, denominado la Unión Médica Nacional (U.M.N.). Dos años después de fundada, en 1946, se gesta el primer movimiento sindical fuerte, con enorme presión para la Caja, tanto que como veremos más adelante esta cedió a las aspiraciones de los profesionales.

El primero de noviembre de 1941 se estableció, por ley denominada "Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social". La idea de establecer los seguros sociales era una de las metas del presidente Calderón: Envió al Dr. Guillermo Padilla a Chile para conocer la experiencia de ese país, que ya tenía casi veinte años de experiencia en esas lides; además le colaboraron don Oscar Barahona Strever, don Ernesto Martín Carranza y don Walter Dittel. El Dr. Padilla redactó los respectivos reglamentos. En agosto de 1943 se redactó un proyecto de reforma a la Caja, en donde fundamentalmente se recomendaba la autonomía.

El artículo 2° dispone “...**El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional...**” (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 ,1943)

Históricamente la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.\ O.M.S.) en el período de 1980 a 1982 se profundizan las relaciones entre la C.C.S.S. y la O.P.S. A partir de entonces mejora sustancialmente el conocimiento mutuo y el establecimiento de canales de comunicación técnica que favorecieron a ambas partes. Cabe recordar que la O.P.S. no tenía "cultura" sobre seguros sociales y que ese conocimiento se inicia en esos años, produciendo una interesante polémica entre los que opinaban que no deberíamos incursionar en los seguros sociales y los que, visionariamente, veían en estas instituciones gran parte del futuro de la salud de América. Incluso el director de la organización intervino y orientó favorablemente la discusión.

La crisis financiera institucional. Esta crisis se manifestaba para 1982 en un déficit del régimen de Enfermedad y Maternidad que era absorbida por un préstamo de los fondos de Invalidez, Vejez y Muerte; un agotamiento de las existencias de suministros; la cancelación de inversiones y la negativa de proveedores a vender a la institución, pues ésta no proyectaba confianza respecto a su capacidad de pago.

Ante la situación planteada en el período de 1982-1988, la nueva dirección de la C.C.S.S. reitera la solicitud de cooperación a la O.P.S. Nuestro apoyo se concentró, entonces, en la revisión de la práctica de ejecución presupuestaria.

De este modo se inició la implantación de un sistema de control presupuestario, que establecía el requisito de contar con una certificación de

disponibilidad y de una reserva de fondos previo a la compra o contratación de bienes y servicios.

La O.P.S. participó en esta actividad junto con los equipos de la Caja y posteriormente en la formulación de los términos de referencia para el Desarrollo Institucional de esta entidad dentro de la nueva concepción del sector salud. Dichos términos de referencia se elaboraron como parte del Plan de Desarrollo Sectorial, que ha servido de base en la negociación financiera con el Banco Mundial para el desarrollo institucional de la C.C.S.S. También durante 1990 se consolidó un proceso importante para la gerencia institucional bajo la coordinación de la Gerencia Médica, que incluso se proyectó a nivel nacional: el Sistema de Indicadores de Gestión.

El artículo 23° dispone. **“...Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales. La contribución de los trabajadores no podrá ser nunca mayor que la contribución de sus patronos, salvo los casos de excepción que para dar mayores beneficios a aquéllos, y para obtener una más justa distribución de las cargas del seguro social obligatorio señale el Reglamento, con base en recomendaciones actuariales...”** (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 ,1943)

Medio siglo después de haberse creado el Seguro Social en Costa Rica se ha llegado a un nivel de cobertura admirablemente satisfactorio, casi universal, en la atención de los servicios de salud. La extensión de la cobertura ha sido uno de los factores de mayor importancia en la Institución; hoy se constituye en un logro sustantivo en el campo de la seguridad social costarricense y se considera como un paradigma para el resto de América Latina.

El artículo 177° dispone” ... (párrafo tercero)..Transitorio...La Caja Costarricense del Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años. contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional...”
(Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 ,1943)

Es a partir de finales de 1942 que inició esta protección, en las cabeceras de las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia con la modalidad de ser universal para trabajadores asalariados e independientes del sector público y privado, cuyos ingresos no sobrepasaban los 3.000 colones anuales, bajo el sistema de contribución tripartita por parte de asegurados, patronos y estado.

Posteriormente, en 1956, se produce una modificación al reglamento de Enfermedad y Maternidad, la que introduce el novedoso concepto de cobertura del seguro familiar, para los familiares del asegurado directo. Cinco años después, en 1961, se produce una adición a la Constitución Política, introduciéndose el transitorio

al artículo 177, párrafo 3º. Esta disposición instituye la obligatoriedad de extender progresivamente el Seguro de Enfermedad y Maternidad a grupos hasta entonces no cubiertos, como eran los trabajadores manuales, intelectuales, independientes y la población en condiciones de indigencia, mediante un proceso de universalización del Seguro Social, en un período prefijado de diez años.

Por otra parte, también reafirmaron las bases legales del proceso de universalización de la Seguridad Social, la Ley General de Salud (1973), la Ley de Traspaso Hospitalario (1973) y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974).

El artículo 23º dispone “...**Los patronos, al pagar el salario o sueldo a sus trabajadores, les deducirán las cuotas que estos deban satisfacer y entregarán a la Caja el monto de las mismas, en el tiempo y forma que determine la Junta Directiva...**” (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 ,1943)

Igualmente se promulga la Ley General de Salud No. 5395, del 30 de octubre de 1973, que tiene por objetivo regular las actividades de las empresas e individuos que participan en el campo de la salud y cuyo contenido es de orden normativo-obligatorio para los prestatarios de los servicios.

2.1.3. Contexto Jurídico Histórico de la Protección al Adulto Mayor.

En el ámbito internacional, los derechos de las personas adultas mayores se encuentran contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en la cual se establece “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”. Pero las normas de protección de los derechos de las personas adultas mayores son relativamente recientes en varios países de América Latina, pues la promulgación y aplicación de disposiciones referidas expresamente a los derechos de las personas adultas mayores se inician a fines de la década de 1980. En algunos países el proceso incluyó la emisión de leyes especiales, mientras que en otras naciones se realizaron reformas constitucionales y se formularon planes de desarrollo que incorporan aspectos específicos relacionados a esta población de los cuales se indican:

- El Protocolo de San Salvador, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988), que en su artículo 17 incorpora medidas específicas en favor de las personas mayores. Este documento constituye el primer instrumento vinculante con el tema de los derechos de este grupo de edad para los países de la región.
- Los Principios a favor de las Personas Adultas Mayores, aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991, sientan las bases de una futura convención sobre los derechos de las personas adultas mayores.

- El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Chile, noviembre 2003) constituyen las bases para una acción consensuada por 30 Estados miembros de la CEPAL en el tema de la atención a las y los adultos mayores, con la participación de OPS/OMS, UNFPA, OIT, BID y Banco Mundial. En síntesis, todos los documentos elaborados en los eventos mencionados se orientan hacia los siguientes aspectos específicos en beneficio de las personas adultas mayores.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y la recomendación General No. 27 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer.
- Convenio 111 sobre la discriminación empleo y ocupación.
- Convenio 102 sobre la seguridad social.
- Convenio 128 de la OIT sobre prestaciones de invalidez vejez y sobrevivientes.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “convención de Belém do Pará”.

- Plan de Acción Internacional de Madrid, 2002.
- Comisión de Desarrollo Social, Madrid 2008.
- Asamblea General del ONU Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento, 2010.
- Periodo de sesiones de Trabajo sobre Envejecimiento, 2011.
- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Costa Rica 2012.

En el ámbito interamericano, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que, en caso de edad avanzada, las personas tienen derecho a la seguridad social para mantener un nivel de vida adecuado (Art.16); mientras que el Art. 30, establece la obligación de los hijos de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten. Adicionalmente, prohíbe la discriminación por cualquier índole o condición social (Art.1). Por lo demás, al igual que el ámbito mundial, en el interamericano las personas de la tercera edad tienen los mismos derechos que las demás personas, simplemente por el hecho de ser tales. Cabe indicar que los instrumentos internacionales citados han sido ratificados por el Ecuador.

En Suramérica se pregonó una ancianidad con esperanza. El 28 de agosto de 1948, Eva Perón proclamó en la Argentina los Derechos de la Ancianidad, fueron incluidos en las leyes fundamentales. Así, fueron incorporados a la Constitución de 1949 y en la Asamblea Especial de Naciones Unidas, siendo tomados para sí por otras naciones. En la historia incluye el derecho a la asistencia, a la vivienda, alimentación, al vestido, salud física, esparcimiento, al trabajo, expansión y derecho

al respeto. Ante esto es grato descubrir que poco después de proclamada la Declaración Universal de los Derechos Humanos, algo similar sucediese hubo que esperar al año 1965 cuando en Estados Unidos, para atender las diversas necesidades del anciano, se editó el Acta del Adulto Mayor (The Older American Act) que autorizó el establecimiento de la Administración de Envejecimiento. Otro de los antecedentes en pro de la vejez se encontró en la Comunidad Europea cuando la Asociación Internacional de Ciudadanos Ancianos y la Federación Europea para Personas Ancianas dictaron mediante sus representantes el primer enunciado que se conoce sobre derechos del adulto mayor, en 1961, en Washington, Estados Unidos. Esta iniciativa destaca la existencia física y cultural, la vida económica y social y la autonomía. Pero, el enunciado no llegó a más y careció de apoyo en el ámbito internacional. Más tarde, serían las Naciones Unidas con el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento que cuenta con la ratificación de 154 países incluido Costa Rica realizado en 1982.

En esa propuesta de acción se trató la situación del adulto mayor. De ahí, se concluyó la necesidad de iniciar un Programa Internacional de Acción encaminado a garantizar la seguridad social y la economía de las personas de edad, así como de ofrecérseles oportunidades para que contribuyan en el desarrollo de la sociedad. Lamentablemente, los acuerdos no fueron ratificados por la totalidad de las naciones participantes por lo que sus alcances son mínimos. La Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas se reunió en 1991 para discutir la aprobación de una Declaración de los Derechos Humanos de las Personas de Edad Avanzada. Entre los argumentos utilizados para fundamentar la necesidad de la aprobación se

encontraron: Que la declaración cambiaría el rumbo hacia un mundo en el que el valor de las personas no disminuiría con los años.

La necesidad urgente de atender los problemas económicos, sociales y políticos que generan los cambios de la estructura de la población. Dotar a las personas de edad de instrumentos específicos que les permitan defenderse de los actos que violentan sus derechos. Brindar un trato preferencial a esta población como se le ha brindado al niño, a la mujer, el indígena o la persona con discapacidad. Sin embargo, una vez más, esta iniciativa por el adulto mayor fracasó por la oposición de algunos países, entre ellos Alemania. De esta forma, lograron sustituir con una serie de principios en cuya redacción quedó diluida la esencia de los derechos. Y como siempre en derechos humanos, la historia quedó reducida en un “deberían ser”; perdiéndose así la fuerza de exigibilidad del derecho (Nunberg, 1991). En materia legal, la situación de las personas adultas mayores ha sido relegada a declaraciones y convenciones de carácter general. A estas alturas no encontramos un instrumento jurídico internacional que se encargue de tutelar derechos específicos a favor de esta población a no ser el Artículo 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, el cual dice que la Protección de los Ancianos Toda persona tiene derechos a protección especialmente durante su ancianidad.

Así encontramos en Guatemala, Ecuador y México quienes crearon leyes para ese grupo etario. En Honduras, en el año 2000, se aprobó la Ley de la Tercera Edad

que permite a las personas mayores de 60 años recibir descuentos del 25 por ciento en el pago de servicios públicos, medicinas y el ingreso a centros de diversión y entretenimiento. Sin embargo, la falta de sanciones impide que ese beneficio se cumpla. Por doquier surge la necesidad de una normativa que cumpla con una “verdadera” protección a las necesidades específicas de las personas adultas mayores. Es un hecho que el principio de simplificación no puede ser tomado como referencia a la hora de establecer una ley específica, es necesario tomar conciencia de la determinación del etnocentrismo que, de partida hipotética da la concepción de la sociedad, de la cultura del hombre. En Costa Rica, como parte de este proceso, se reconoció la inexistencia de una legislación que contemplará los derechos del adulto mayor. Anteriormente, se utilizaron sólo decretos, los cuales, con algunas excepciones, son débiles comparados con la existencia de una ley específica. Así, se aprobó la Ley de Protección Integral al Anciano, enviada a la Asamblea Legislativa en abril de 1992. Empero, tuvo que esperar siete años para que fuese Ley de la República —1999— llamada Ley Integral del Adulto Mayor 7935.

En el informe de labores de la Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica, correspondiente al período 1999-2000, se reconoció que en materia de protección jurídica de la población adulta mayor, la más significativa conquista que experimentó el país, a propósito de las acciones realizadas en el marco de la celebración del Año Internacional de las Personas Adultas Mayores (1999), se encontró en la promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor Ley 7935 y otras reformas legales en materia de transporte remunerado de personas, vivienda y recursos económicos, en procura del mejoramiento de la calidad de vida

de este segmento poblacional de conformidad con el respeto de sus derechos fundamentales. Por esto, sería importante retomar algunas definiciones que da la Ley Integral del Adulto Mayor (1999) para saber hasta dónde la aplicación de la ley es real. El artículo dos de esta ley contiene la definición de lo que se concibe como persona adulta mayor, la cual destaca una importante consideración en relación con nuestro país, ya que es usual que se defina al adulto mayor como aquella persona que sobrepasa los sesenta años. En esta ley, por el contrario, se le define a partir de los sesenta y cinco años, con lo cual se reconocen indicadores demográficos y de salud importantes que destacan al país. De acuerdo con la Ley Integral del Adulto Mayor 7935, de 1999, adulto mayor se considera a toda persona de sesenta y cinco años o más. (Artículo 2°, capítulo II). Entendido desde una lógica biológica sostenida con los niveles de productividad de un país, se pone de manifiesto cuál debe ser la edad para designar desde el lenguaje del legislador y cómo sería políticamente correcto llamarle en este caso a los de más edad: persona adulta mayor. Se sobreentiende que el triángulo poblacional impide que la pensión sea a una edad más temprana por los costos productivos y la baja en el Producto Interno Bruto. Sin embargo, esta podría ser una sospecha relacionada

En cuestión de principios reconocidos en favor de la persona adulta mayor las Naciones Unidas, en la Asamblea General (1991) aprobaron los siguientes principios en favor de los adultos mayores alentando a los Estados a introducirlos en sus programas de gobierno:

- Principio de Independencia: Los adultos mayores deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuada, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia. Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos. deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados y tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

El artículo 23° dispone “...**Nadie puede ser inquietado ni perseguido por la manifestación de sus opiniones ni por acto alguno que no infrinja la ley...Las acciones privadas que no dañen la moral o el orden públicos, o que no perjudiquen a tercero, están fuera de la acción de la ley...No se podrá, sin embargo, hacer en forma alguna propaganda política por clérigos o seglares invocando motivos de religión o valiéndose, como medio, de creencias religiosas...**” (Constitución Política de Costa Rica, 1949)

- Principio de Participación: Se le reconoce como sujetos de protección especial y se le incentiva respecto a su participación en las distintas áreas sociales, la

participación en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes. Este principio y derecho ha sido incentivado en los últimos años, pues instituciones como AGECO y CONAPAM se han encargado de procurar que participación política, social y cultural. Se realizan constantes campañas con la finalidad de involucrar más a los ciudadanos de oro en la toma de decisiones de las políticas estatales.

El artículo 28° dispone “...**Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas...a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad...b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza...c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados ...**” (Aprobación

de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley N° 8661,2008)

- Principio de Autorrealización: debemos entender el resultado positivo de las aspiraciones, metas y objetivos de cada ser humano de acuerdo con sus capacidades y que provoca como consecuencia la satisfacción personal. las personas de edad puedan poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, siempre y cuando tengan acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

El artículo 30° dispone “...1) **Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad... a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles...C) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional...**” (Aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley N° 8661,2008)

- Principio de Dignidad: Principio como propio de todo ser humano se define como aquel que asegura el poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones físicas o mentales. Las personas adultas mayores tienen el derecho a recibir un trato digno y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

El artículo 3° dispone “...a) **El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas...**b) **La no discriminación...**c) **La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad...**d) **El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas...**e) **La igualdad de oportunidades...**f) **La accesibilidad...**g) **La igualdad entre el hombre y la mujer...**h) **El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad...**” (Aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley N° 8661,2008)

- Principio de Salud: Los seres humanos permanecerán sanos y podrán manejar sus propias vidas cuando envejeczan y que habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios. las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios

sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.

El artículo 25° dispone “...**a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población...b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores...c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales...**” (Aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley N° 8661,2008)

- Principio de Seguridad: deviene de la garantía que se den en otros campos o aspectos en los cuales están inmersas las personas adultas mayores, ya que éste es una consecuencia de la materialización de los demás principios aquí desarrollados.

- El artículo 14° dispone “...1) **Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás...a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona...b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad...2) Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables...**” (Aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley N° 8661,2008)

Los principios que protegen a este grupo poblacional, también los podemos ver contemplados en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, acordado por el Consejo Permanente en la sesión celebrada el nueve de junio del dos mil quince de la ciudad de Washington D.C, entre los cuales contempla:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor

- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor
- d) La igualdad y no discriminación
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad
- f) El bienestar y cuidado
- g) La seguridad física, económica y social
- h) La autorrealización
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria
- k) El buen trato y la atención preferencial
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural
- n) La protección judicial efectiva
- o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

En relación con la legislación internacional con todo y el vacío legal en materia de adultos mayores, existen normativas específicas generadas desde la Organización de Estados Americanos, las Naciones Unidas y una serie de Convenios y Acuerdos Internacionales, que enfatizan el tema siempre desde el análisis de los derechos humanos. Asimismo, tal como lo hemos manifestado en líneas atrás, existe

la reciente Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores. Los siguientes corresponden a los principales instrumentos.

- Declaración Universal de Derechos Humanos. Su finalidad constituyó en establecer la inalienabilidad, universalidad e igualdad de los derechos humanos, de todos los miembros del núcleo familiar. Básicamente, tutela los derechos propios e inherentes de todo ser humano y por ende también de personas adultas mayores. Es importante señalar que en esta Declaración se hacen las primeras referencias indirectas con respecto a los adultos mayores, limitadas a la seguridad social y a los derechos que tienen a un nivel de vida adecuado. El artículo 22° se establece lo siguiente: “Artículo N° 22: Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”

- La Convención Americana Sobre Derechos Humanos. Su propósito fue el reconocimiento a nivel internacional de los derechos del hombre y la mujer, reforzando el ideal de ser humano libre, exento del temor y la miseria. Dicha Convención, alude a la persona adulta mayor una única vez, así el artículo 4 inciso 3 donde prohíbe expresamente la pena de muerte a personas mayores de setenta años.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Su eje central fue la regulación de los derechos civiles y políticos, que per se, están reconocidos por los Estados contrayentes. Sus disposiciones indican “toda persona”, para así abarcar a todo grupo social, incluyendo el de nuestro interés. Con ello surge la interrogante ¿Es suficiente hablar de toda persona, cuando se sabe que la persona adulta mayor requiere de trato y cuidado especial? Claramente, cuando se habla de adulto mayor, debe hacerse con cautela y cuidado, no como una generalidad.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Su creación radica en los mismos motivos que los instrumentos internacionales anteriores, especialmente en las obligaciones de los Estados parte de cumplir y facilitar la efectividad de los derechos allí contemplados. Igualmente regula derechos como el de trabajar y lo reconoce como propio de “toda persona”. En el artículo 9 se establece el derecho a la Seguridad Social de los adultos mayores, a saber: “Los Estados parte deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos.”

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Luego de casi veinte años después que se aprobó la Convención Americana Sobre los Derechos Humanos, en el marco legal de la Organización de Estados Americanos (donde no se incorpora ninguna referencia a los derechos de las personas de edad), se procedió en 1988 con la aprobación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Así se establecieron los derechos de las personas de edad y se reconocieron de forma explícita, aunque limitados al ámbito del bienestar y de las políticas sociales. El artículo 17° indica: “Protección de los Ancianos: Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas. Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos”.

- La Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores 2012 de América Latina y el Caribe (2012): En ella los representantes del Gobierno se comprometieron a erradicar todas las formas de discriminación y violencia para hacer efectivos los derechos de las personas adultas mayores, asimismo decidieron reforzarlos mediante un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos, la adopción de leyes especiales de protección, la atención prioritaria en la tramitación de procesos administrativos y judiciales, así como en los beneficios y prestaciones que presta el Estado.

- Declaración de Brasilia (2007): Promueve el diálogo y alianzas para crear conciencia de la evolución de la estructura de la población, sobre todo en cuanto al ritmo de envejecimiento demográfico. Propone intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad y con VIH. Siguen afirmando el compromiso de darle prioridad en todos los ámbitos al tema de envejecimiento, sea en las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica. Plantean la práctica de la humanización para acoger y comprender a las personas de edad en forma integral, con absoluto respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales, movilizando recursos internos para que la atención se preste en el marco de una relación humana solidaria y de gran significación.

- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003): Surgió a través de una conferencia en Santiago de Chile en noviembre de dos mil tres y constituyó una instancia de análisis e intercambio con respecto a la situación de envejecimiento y las personas mayores. En dicha asamblea se adaptaron dos documentos oficiales: La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que el segundo constituye un instrumento en que se proponen metas, objetivos y recomendaciones en tres áreas como prioridad: i) las personas. de edad y el desarrollo, ii) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y iii) la creación de un entorno propicio y saludable.

- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento: Se logra gracias a la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, realizada en España en el 2002. El plan se divide en 5 líneas con prioridad estratégica: integración, Inter generosidad, consolidación de derechos y salud integral, cada uno tiene objetivos que deben cumplirse mediante instituciones designadas.

- Plan de Acción Internacional de Viena: Propone alcanzar metas como fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera más efectiva el

envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad. Asimismo, procura fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento, mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional.

Lo que concierne a la legislación nacional es a partir del concepto del Estado Social de Derecho que es posible derivar, mediante la creación de leyes, obligaciones para las autoridades, precisamente en aras de buscar bienestar a todos los habitantes del país, en especial a aquellas personas que se encuentran en situaciones de riesgo, por lo que El Estado debe producir un marco normativo adecuado con el fin de brindar una protección especial para grupos de personas en condición de vulnerabilidad, lo cual constituye un verdadero derecho fundamental que se debe respetar y materializar por las correspondientes dependencias administrativas y judiciales.

- La ley integral para la persona adulta mayor: La promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor se da el inicio del reconocimiento de los derechos de este grupo etario de la sociedad costarricense. Dicha ley ha jugado un papel muy importante ya que vino a proteger y regular lo atinente a un grupo social que requería especial atención por la situación de vulnerabilidad latente en la que se encontraba y se encuentra. Dicha población estaba resguardada legalmente con leyes dispersas, debido a lo anterior se puede decir que, con la promulgación de esta ley, se marca un antes y un después al hablar de la protección de la persona adulta mayor.

- Decreto Ejecutivo N° 15076 del 19 de octubre de 1983 que juega un papel muy importante ya que consideró la obligación de revisar las políticas relativas a la protección de las personas adultas mayores, evidenciando la necesidad de crear servicios, programas y proyectos que se adecuen a las demandas de esta población. Fue en dicho Decreto donde se señaló la necesidad de contar con un ente rector en materia de persona adulta mayor, estableciéndose que las acciones que se destinasen hacia este grupo poblacional se encontrarán reguladas por el Ministerio de Salud. Como consecuencia de ello, se establece la creación del Consejo Nacional de la tercera edad como órgano asesor y de coordinación al Ministro Rector del Sector Salud, en lo atinente a la definición y ejecución de una política gubernativa integral sobre la tercera edad.

- El Decreto Ejecutivo número 17167 del 27 de agosto de 1986, el cual reformó al Decreto número 15076, identificando la importancia de brindar protección en campos como el económico, la salud, la educación, la recreación y la defensa de los derechos de las personas adultas mayores, materia no abordada en el Decreto Ejecutivo número 15076. Este Decreto, pone en evidencia que existían situaciones de abandono y maltrato a nivel físico y moral que afectaban dicho grupo social.

- El Decreto número 18717-PLAN-S del 14 de diciembre de 1988, se rescatan algunas de las consideraciones y aspectos planteados en los Decretos número 15076 y 17167. Así en su artículo primero, se mantiene la creación del

Consejo Nacional de la Tercera Edad, sin embargo, se establece que éste será el órgano encargado de asesorar y coordinar con el Poder Ejecutivo lo atinente a la definición y ejecución de una política nacional integral sobre la tercera edad.

- El Decreto número 27640-MP-S del 27 de enero de 1999, deroga el número 18717-PLAN-S. Con este nuevo instrumento se establece en el artículo primero, la creación del Consejo Nacional del Adulto Mayor y no ya de la Tercera Edad. De la misma manera, modifica la primera función del Consejo Nacional del Adulto Mayor cuando indica que será “validar y proponer al Poder Ejecutivo políticas, estrategias y programas específicos para el Adulto Mayor.” En lo que respecta a los Decretos Ejecutivos mencionados, se destaca que fueron las primeras iniciativas llevadas a cabo en Costa Rica, con el objetivo de responder a las necesidades de las personas adultas mayores, cumpliendo con lo estipulado en la normativa y legislación a nivel internacional en dicha materia.

- Ley integral para la persona adulta mayor número 7935: En Costa Rica, a partir de 1998, el tema del Adulto Mayor recibe especial atención por parte del gobierno, materializada en la promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N° 7935 - aprobada en la Asamblea Legislativa el 19 de julio de 1999 – y que desde entonces constituye la norma base para la regulación en la temática de envejecimiento y vejez. Esta ley busca promocionar y ejecutar acciones orientadas al ejercicio y protección de los derechos fundamentales

de este sector poblacional en ese tanto genera importantes aportes para la práctica hoy día, sin embargo, se tornan insuficientes como veremos más adelante. Los principales objetivos de esta ley se encuentran en el artículo primero y se menciona que a nuestros ciudadanos de oro se les debe garantizar igualdad de oportunidades, protección y seguridad social, vida digna en todos los ámbitos, participación en políticas que los afecten y en aquello que le permita al país aprovechar su conocimiento y experiencia. Asimismo, manifiesta dicha normativa que se les debe brindar la posibilidad de permanencia en su núcleo familiar, así como velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población. En el artículo doce del mismo cuerpo legal encontramos que el Estado tiene como deber garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para la jubilación.

- Reglamento a la ley integral para la persona adulta mayor: Dicho reglamento establece las disposiciones generales que las personas físicas o jurídicas y las instituciones públicas y privadas deben cumplir con el fin de garantizar a las personas adultas mayores el ejercicio de sus derechos y la obtención de sus beneficios. Este cuerpo normativo viene a jugar un papel importante pues desarrolla y amplía los alcances de la Ley. Reconoce instrumentos Internacionales relativos al bienestar de las personas, así como a que la Política Pública debe ir dirigida a atribuir una elevada prioridad a la previsión y

ejecución de los derechos de las personas adultas mayores. Hace mención también a la normativa que resguarda a esta población como nuestra Carta Magna y la misma Ley número 7935.

- El Decreto Ejecutivo número 30438-MP del 2002: Estableció medidas, mecanismos de evaluación y seguimiento institucional, para garantizar los derechos de las personas adultas mayores. Además, en él se define la obligación del CONAPAM de solicitar informes periódicos a las instituciones que se vinculan con beneficios por ley y reglamentos que asisten a esa población, a fin de observar y evaluar las acciones que desarrollan. En lo que respecta a derechos y beneficios de vivienda, la Ley número 7052 otorga bono familiar de vivienda a personas adultas mayores sin núcleo familiar, que no la tengan o que teniéndola requieran reparaciones o ampliaciones. Como procedimiento flexible, el BANHVI y el IMAS pueden establecer, en forma conjunta mediante convenios de cooperación, los instrumentos para poner en práctica las medidas destinadas al cumplimiento de dotar de vivienda a la persona adulta mayor sola.

- La Ley número 8783: (Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares número 5662 del 13 de octubre de 2009) se crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), Se destinará, como mínimo, cero coma veinticinco por ciento (0,25%) en atención a las personas adultas mayores internadas en establecimientos públicos o privados, diurnos y permanentes para su cuidado y atención.

- La Ley número 8718: establece que la Junta de Protección Social distribuirá un porcentaje de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar, entre entidades dedicadas a atender y proteger a las personas adultas mayores en albergues, hogares y centros diurnos.
- La Ley número 7972 de Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos del 22 de diciembre de 2009, asigna recursos económicos al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor para mejorar la calidad de atención de los hogares, albergues y centros diurnos de atención de ancianos.
- La Ley número 8153: se introdujo el tema de la habilitación y acreditación de establecimientos públicos, privados y mixtos que pretendan brindar servicios de atención a las personas adultas mayores.
- El Decreto número 37165-S del 4 de junio de 2012: Establece la regulación que permite articular y fortalecer los hogares de larga estancia de estas personas, para el desarrollo e implementación de actividades referentes al cuidado básico, higiene personal y apoyo en actividades de la vida diaria. Del mismo modo, el marco general sobre el trato preferencial a este grupo etario, ha tenido considerables avances.

- La Ley número 7936: de exoneración parcial o total en los tiquetes de autobús público para dicho grupo y el Reglamento número 36511-MOPT 62 que determina las excepciones del pago de la tarifa del servicio de transporte colectivo regular de personas modalidad tren, mediante un régimen de exención total o parcial del pago de las personas mayores de 65 años.

- El Decreto Ejecutivo número 28867-MP obliga a las instituciones públicas y descentralizada coordinar con el CONAPAM las campañas de comunicación dirigidas a las personas adultas mayores o a la población en general que se refieren al proceso de envejecimiento. En igual forma a promover la preparación para una vejez sana, tutelando los derechos de la población en cuestión y de todas aquellas áreas directamente vinculadas, de manera que no sean contrarias a lo establecido en la Ley número 7935.

- La Ley de Protección al Trabajador número 7983: crea un sistema mixto de seguridad social y reconoce la universalización de las pensiones para las personas de la tercera edad en condición de pobreza, así como el fortalecimiento del régimen de invalidez, vejez y muerte.

- La Ley contra la Violencia Doméstica número 7586, ratifica que, frente a la agresión, las personas afectadas (en su mayoría mujeres, niños y adultos mayores) cuentan con el respaldo del Estado y la justicia. Contempla varias medidas precautorias a las cuales pueden acudir las personas afectadas para

interrumpir el ciclo de violencia que permita redefinir las estrategias y condiciones para la convivencia futura.

La normativa indicada da pie a la intervención de instituciones como:

- Consejo nacional de las personas adultas mayores: El CONAPAM es la institución encargada de velar por la protección y aplicación de los derechos de los ciudadanos de oro, el cual, por medio de políticas administrativas interviene en la mejora y el aseguramiento de una vida digna y un desarrollo integral en esa etapa de la vida. Es la institución rectora del envejecimiento y la vejez, es un órgano de desconcentración máxima y adscrito a la Presidencia de la República que busca garantizar la protección de los derechos de ese grupo poblacional, así como el mejoramiento de su calidad de vida.
- La defensoría de los habitantes: La necesidad de contemplar dentro de este acápite, la función de la Defensoría de los Habitantes radica en cuestionar cuál es la reacción que tiene dicha institución, cuando se encuentra en presencia de una queja o necesidad de intervención solicitada por las personas adultas mayores.
- Asociación gerontológica costarricense: La AGECO nació el 14 de octubre de 1980 a partir de un análisis de las necesidades de este grupo, como una organización no gubernamental, de bienestar social, sin fines de lucro y cuya

población meta son las personas mayores de 60 años. Ha alcanzado a abrir diversos espacios que propician la reflexión, promoción, prevención, organización y recreación con miras a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Su interés institucional se enfoca hacia lo social ya que busca reflexionar la situación de las personas mayores en nuestro país aunado al planteamiento de soluciones pertinentes para el disfrute de una vejez digna acorde con su condición de persona, en el ámbito personal, familiar y en el social.

Se establecen una serie de programas estatales:

- Programas de protección social a las personas adultas mayores: En nuestro país contamos con una serie de instituciones dirigidas a consolidar el compromiso de atender oportunamente y de manera integral al adulto mayor, las mismas se preocupan por su salud, integridad, protección familiar, desarrollo cultural, aprendizaje intelectual y acompañamiento efectivo. Ello viene a fortalecer la calidad de vida de esta población, sin embargo, como veremos, se trata de aspectos meramente superficiales, importantes sí, pero en el fondo no resguardan al adulto mayor con herramientas efectivas frente al riesgo que puedan estar presentando; es decir, legalmente no se ve una apertura idónea.
- Programa de la red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores: La Red es una estructura social compuesta por

personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, articuladas por acciones, intereses y programas, en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades de las personas adultas mayores del país, promoviendo así una vejez con calidad de vida.

- Programa institucional para la persona adulta mayor: el PIAM es un programa vinculado a la Vicerrectoría de Acción Social, de la Universidad de Costa Rica. Se dirige a personas mayores de 50 años y jubiladas con el fin de facilitar su acceso a cursos semestrales regulares y específicos. El PIAM se plantea como objetivos de su accionar los siguientes: a) Promover la participación intergeneracional de la población adulta mayor en espacios educativos propios de la Universidad de Costa Rica. ,b) Propiciar el vínculo entre la Universidad y la sociedad costarricense mediante las acciones de divulgación, extensión docente, trabajo comunal universitario, voluntariado y grupos culturales. ,c) Desarrollar procesos de investigación concerniente a la temática del envejecimiento y la vejez, junto con instancias interuniversitarias y extra universitaria, d) Fortalecer el desarrollo de alianzas estratégicas con actores sociales del entorno nacional e internacional, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor.

- Programa de ciudades amigables con las personas adultas mayores: El Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores es un proyecto internacional que nació en junio de 2005 en el XVIII Congreso Mundial sobre

Gerontología en Río de Janeiro, Brasil y busca ayudar a las ciudades a prepararse para dos tendencias demográficas mundiales: el envejecimiento rápido de la población y la urbanización creciente, en Costa Rica han participado ciudades como Hatillo. Este programa busca una ciudad amigable con las personas mayores en un entorno urbano integrador y accesible que fomente un envejecimiento activo⁷³ logrando con eso que la persona de edad pueda crecer integralmente en un ambiente sano y agradable, conforme a sus capacidades especiales.

- Programas de la caja costarricense de seguro social: tiene un papel primordial en atención efectiva de las personas adultas mayores, desarrollando prestaciones de salud mediante la atención Integral básica al Adulto Mayor con implementación de herramientas conceptuales y metodológicas para la atención integral de las personas adultas mayores. Así, por ejemplo, brinda atención geriátrica especializada (Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes) para garantizarles resultados óptimos de su salud. Además, mantiene diversos y variados programas que son ejecutados en las cinco regiones en que se encuentra dividida la CCSS, entre los que se pueden mencionar: a) Actividades socioeducativas, b) Grupos de personas adultas mayores, c) Atención integral de personas adultas mayores a nivel domiciliario, d) Atención social individualizada al adulto mayor, e) Taller de cuidadores.

El régimen de invalidez, vejez y muerte: Busca garantizar a la población trabajadora y sus familias un ingreso ante circunstancias de una invalidez, vejez y muerte, sustentando su protección en los principios de la seguridad social. En el artículo dos del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se indica que dicho Seguro es obligatorio para los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, con las excepciones hechas en los artículos 4º y 65º de la Ley Constitutiva de la Caja y voluntario para todos los habitantes no asalariados del país, según las condiciones que dicte el reglamento respectivo.

El régimen no contributivo de pensiones por monto básico: El artículo tres del Reglamento del Régimen no Contributivo de Pensiones por monto básico indica que para ser beneficiario de dicho régimen, se deberá acreditar la existencia de encontrarse en un estado de necesidad de amparo económico inmediato, para ello ha de tomarse en cuenta al menos: el ingreso per cápita mensual del grupo familiar, los bienes inmuebles, el domicilio habitual del solicitante y cualquier otro bien de significado económico.

- El programa ciudadano de oro: Fue creado en 1997 por la CCSS, dicho programa busca crear una cultura de dignificación y respeto a los adultos mayores, generar una nueva percepción hacia el adulto mayor, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, así como brindar beneficios complementarios a toda la población mayor de 65 años. Sus principales objetivos son: Crear una nueva percepción del adulto mayor para promover el

respeto perdido como persona, hacia su conocimiento y experiencia. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, Brindar beneficios complementarios a toda población mayor de sesenta y cinco años, Fortalecer la imagen de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Régimen de Pensiones.

2.1.4. El Contexto Teórico – Conceptual

2.2.1 Definiciones

2.2.1.1 Institución

“Establecimiento o fundación de algo...Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente. Cada una de las organizaciones fundamentales de un Estado, nación o sociedad...Colección metódica de los principios o elementos de una ciencia, de un arte, Órganos constitucionales del poder soberano en la nación”. (<http://lema.rae.es/>)

Las instituciones son mecanismos de orden social y cooperación que gobiernan las acciones de determinado grupo de individuos en relación con su entorno, Son cuerpos normativos, jurídicos y culturales, conformados por un conjunto de ideas, creencias, valores y reglas que condicionan las formas de intercambio social. Todas las instituciones llevan consigo un propósito social y funciona a través de reglas. Existen muchos grados de instituciones, formales e informales.

2.2.1.2. subsidiariedad estatal.

“...Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades

actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado...” (constitución política de Costa Rica,1949, art-177°)

El principio de subsidiaridad surge como una garantía de los particulares frente al Estado, a fin de asegurar el ejercicio de los derechos fundamentales de ámbito económico y social referirse a la doctrina que impulsa una participación subsidiaria del estado para sostener y promover acciones comunitarias o privadas. es el criterio que establece que la intervención estatal debe limitarse a aquello que la sociedad civil no está en condiciones de lograr por sí misma.

2.2.1.3. Salario

“Paga o remuneración regular, en especial, cantidad de dinero con que se retribuye a los trabajadores por cuenta ajena que establece la ley como retribución mínima para cualquier trabajador”. (<http://lema.rae.es/>)

Es la retribución que recibe el empleado por prestar sus servicios. Está constituido por todos aquellos valores que recibe tanto en dinero como en especie y como contraprestación directa al servicio. En este sentido lo son: sueldo, sobresueldos, bonificaciones, descansos obligatorios, porcentajes en ventas, comisiones, viáticos,

subsidio de transporte y subsidio de alimentación, entre otros. El salario, al igual que la prestación personal del servicio y la subordinación.

2.2.1.4. subsidio.

“...Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo por motivo de incapacidad o de licencia...” (reglamento del seguro de salud C.C.S.S. 2020, art-10º)

los subsidios son ayuda que los poderes públicos otorgan a determinados ciudadanos, principalmente, con el fin de brindar acceso a los bienes y servicios básicos. Se trata de un sistema enfocado a estimular el consumo o la producción, o de una ayuda que se otorga por un tiempo determinado, El subsidio es el que permite reconocer una ayuda pública basándose en una protección o utilidad de carácter económico, es un método que se encarga de estimular el consumo, la producción o la asistencia que se concede por un período determinado, el subsidio puede ver los diversos propósitos o encargos que se puede tener como fin a la estimulación de un consumo establecido ya sea por un bien o servicio, eso quiere decir que la producción de un bien o servicio, se puede tratar de una ayuda económica por el transcurso de un periodo establecido hasta que se consiga la superación de los tiempos críticos.

2.2.1.5. Asegurado:

“...Persona, hombre o mujer, que, en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud...” (reglamento del seguro de salud C.C.S.S. 2020, art-10°)

El asegurado es la persona que recibirá la compensación o indemnización en los casos que su contrato de seguros recoja, al ser el propietario del elemento dañado o perdido. El Asegurado es la persona física o jurídica, titular del interés objeto del seguro que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato. Dependiendo del tipo de riesgo que se esté asegurando, éstas figuras pueden tomar distintos aspectos.

2.2.1.6 Trabajadores independientes

“...aquellos trabajadores cuya remuneración depende directamente de los beneficios (o del potencial para realizar beneficios) derivados de los bienes o servicios producidos. Los titulares toman las decisiones operacionales que afectan a la empresa, o delegan tales decisiones, pero mantienen la responsabilidad por el bienestar de la empresa...” (<http://ijj.ucr.ac.cr/>)

Un trabajador independiente no está sujeto a horarios ni a jornadas definidas; tampoco está sujeto a supervisión inmediata, sino que sus funciones son evaluadas mediante reportes, informes, resultados y logro de objetivos, entre otros. Un

trabajador independiente es por ejemplo un dentista quien en su consulta hace un trabajo para nosotros, pero no depende de nosotros para hacerlo. Todo lo que sabe y utiliza para hacer su trabajo le pertenece y le pagamos por el servicio que nos presta.

2.2.1.7. Asegurado directo.

“...Son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individualmente se acojan al Seguro Voluntario...” (reglamento del seguro de salud C.C.S.S. 2020, art-10°)

El asegurado directo es aquel que obtiene sus garantías sociales de su labor directa ,aseguramiento patronal ,independiente o por medio de deducción a su pensión que posible ,él es aquel que por su contribución directa adquiere prestaciones sociales para él y sus dependientes directo de acuerdo a su grado de consanguinidad o afinidad ,en si todo aquel individuo que de una u otra forma contribuye a un seguro de salud para obtener las atenciones que le garantice el sistema al cual brinde su aportación.

2.2.1.8 Ayuda económica.

“...Monto que se paga por concepto de incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, cuando el trabajador (a) no ha cotizado por los plazos de calificación...” (reglamento del seguro de salud C.C.S.S. 2020, art-10º)

Las ayudas concedidas directa o indirectamente mediante recursos estatales y atribuibles al Estado pueden constituir ayuda estatal. Los recursos estatales incluyen todos los recursos del sector público, incluidos recursos de otros organismos dentro del Estado. La ventaja se produce siempre que se mejora la situación financiera de una persona como resultado de la intervención estatal en condiciones distintas a las condiciones normales de durante su actividad económica. La propia definición de las ayudas de Estado es la primera complejidad que aparece en esta materia. Las ayudas de Estado no han tenido una definición consensuada e inequívoca, a pesar de que son objeto de una intensa actividad administrativa, normativa y jurisprudencial.

2.2.1.9. Prestaciones sociales.

“...Es la atención que otorga a los asegurados beneficios de orden social, para mantenimiento integral de la salud...” (reglamento del seguro de salud C.C.S.S. 2020, art-10º)

Las prestaciones sociales son ayudas que tratan de ofrecer protección a la ciudadanía que se encuentra en peligro, o situación de exclusión social. Para evitarlo, los gobiernos ofrecen las prestaciones sociales, que son ayudas económicas

para fomentar la inclusión y la reducción de las desigualdades y la pobreza. Para optar a las prestaciones sociales, se deben cumplir una serie de requisitos exigidos por los diferentes Gobiernos. Estas ayudas tratan de beneficiar al ciudadano, con ayudas que promuevan su inclusión. La legislación de cada país determina quien puede, o no, optar a una prestación social. las prestaciones sociales son beneficios legales que el empleador debe pagar adicionalmente del salario ordinario o mínimo, para atender necesidades o cubrir riesgos originados durante el desarrollo de una actividad laboral y así brindar un beneficio.

2.2.1.10. Cotizante o aportante.

“...Persona física o jurídica que contribuye a un plan determinado, con la intención de fortalecerlo y ampliar los beneficios en favor de los afiliados...”

(Ley de protección al trabajador nº7983, 2000 art. 2,).

Se comprende como aportantes regulares los cuales se encuentran sujetos a un patrono, y a los trabajadores autónomos que realizaron un pago. Son todas las personas que tienen un vínculo laboral, o a los trabajadores que reciben más de dos salarios mínimos legales. Igualmente, hacen parte de este grupo, los servidores públicos, los pensionados, los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

2.2.1.11. la suspensión de los contratos de trabajo.

“...La suspensión total o parcial de los contratos de trabajo no implica su terminación ni extingue los derechos y obligaciones que emanen de los mismos...La suspensión puede afectar a todos los contratos vigentes en una empresa o sólo a parte de ellos...” (código de trabajo ley nº2, 2019 art.63).

La suspensión del contrato de trabajo supone la interrupción temporal de la prestación laboral sin que por ello se extinga el contrato entre la empresa y el trabajador; conlleva el cese temporal de las principales obligaciones de las partes: trabajar y remunerar el trabajo. La suspensión temporal del contrato de trabajo significa que, por un periodo de tiempo, el(la) trabajador(a) no prestará el servicio convenido y que el(la) empleador(a) no pagará la remuneración pactada. Mientras dura la suspensión del contrato de trabajo, el trabajador puede dejar de hacer sus labores y a la persona empleadora se le exime de la obligación de pagar el salario, pero debe respetar las demás condiciones una vez que se reintegre a sus labores.

2.2.1.12. enfermedad

“...Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible...”

(<https://www.who.int/>)

La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un

debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran. Se la puede considerar desde dos concepciones: una subjetiva, que es el malestar (sentirse mal con diferente intensidad), y otra objetiva, que es la que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento corporal en diferentes grados).

2.2.1.13. Cuota

“...Cantidad de dinero que deben pagar por Ley los trabajadores asalariados, los patronos y/o trabajadores independientes, con el fin de cotizar al Seguro de Salud, Invalidez, Vejez y Muerte, según corresponda. Se consideran parte integral de las cuotas, las prestaciones derivadas de los artículos 36 y 44 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social...” (Reglamento que regula la formalización de acuerdos de pago por deudas de patronos y trabajadores independientes con la Caja Costarricense de Seguro Social.2016 Art-1)

El seguro social representa una figura jurídica en la cual el asegurador toma a su cargo contingencias de acontecimiento incierto, para cubrir las erogaciones que significan las prestaciones en especie y en dinero que entrega la C.C.S.S a los asegurados y a sus derechohabientes por lo que las cantidades a ingresar a la Seguridad Social llamadas cuotas se calculan aplicando al salario de base, el trabajador o trabajadora está obligado a abonar una retribución económica.

Las cuotas aportadas servirán para cubrir un accidente, una enfermedad o la jubilación. En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, esta cuota se calcula a partir de la base de cotización determinada por la remuneración que perciben. Sin embargo, los trabajadores por cuenta propia o autónoma eligen su base, a la que la Ley marca con un mínimo y un máximo de acuerdo con la actividad económica que ejerzan.

2.2.1.14. incapacidad.

“...Igualmente es causa de suspensión del contrato, sin responsabilidad para el trabajador, la enfermedad comprobada que lo incapacite para el normal desempeño de sus labores durante un periodo no mayor de tres meses. Salvo lo dicho en disposiciones especiales o que se tratara de un caso protegido por la Ley del Seguro Social, la única obligación del patrono es la de dar licencia al trabajador, hasta su total restablecimiento siempre que éste se produzca dentro del lapso indicado...” (código de trabajo ley nº2, 2019 art.79).

Es la conocida también como baja por enfermedad. Se produce mientras el trabajador recibe asistencia sanitaria y está impedido temporalmente para trabajar. Por tanto, se trata de una prestación contributiva pensada para cubrir la pérdida de rentas que se produce mientras persiste esta situación. sea por enfermedad común (o un accidente no laboral); o que sea por accidente de trabajo o enfermedad profesional. Durante ese tiempo, el contrato laboral queda suspendido y el trabajador posee el derecho a una asistencia sanitaria y al subsidio económico correspondiente

2.2.1.14. Seguridad Social

“...La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte...” (<https://www.ilo.org>)

La participación del Estado en la seguridad social alcanza diferente envergadura. Así, en algunos contextos resulta el único proveedor de estos factores, mientras que en otros países la actividad es compartida con organizaciones no gubernamentales e incluso con fundación o entidades privadas. No puede olvidarse que, en especial en los grupos más desvalidos o de mayor riesgo, muchas instituciones religiosas asumen el papel de la seguridad social con elevada eficiencia.

La Seguridad Social es un Derecho Humano fundamental de la persona, que supone la asistencia a todos para que tengan instituciones y mecanismos, brindados por la sociedad. Este derecho humano cuyos principios son: solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia, obligatoriedad.

2.2.1.16. Actividad Económica

“...actividad de carácter empresarial, profesional o artístico siempre que suponga la ordenación por cuenta propia de los medios de producción, de los

recursos humanos, o ambos, con la finalidad de intervenir en la producción o distribución de bienes o servicios. La actividad económica casi siempre tiene el objetivo de crear un excedente (ganancia)..."

(<http://www.terminosfinancieros.com.ar/>)

Las actividades económicas crean riqueza. La combinación de trabajo, capital y tecnología produce valor pero su magnitud depende de múltiples factores propios de cada labor. La actividad económica puede verse afectada como consecuencia de los ciclos económicos, situación que conlleva a conflictos sociales de diversa índole. Es por ello, que la ciencia económica se ha visto inclinada frecuentemente a buscar soluciones que logren paliar las consecuencias de los ciclos económicos agudos que afectan a la población productiva.

CAPÍTULO III: DESARROLLO TEORICO CONCEPTUAL.

3.1. Teorías.

3.1.1. Teorías del cuidado y asistencia

3.1.1.1. Teorías del cuidado de la autora Kristen Swanson.

Kristen Swanson la autora concibe **“los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Swanson, propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia”**. Swanson (1991).

En las sociedades antiguas los ancianos eran venerados por su sabiduría y conocimiento de la naturaleza, sus consejos eran escuchados y seguidos sin oponerse, ellos eran el ejemplo para los más jóvenes. El envejecimiento poblacional es un fenómeno palpable en numerosas partes del mundo de manera especial en nuestro país, donde hay una amplia cobertura y calidad de los servicios de salud, una significativa disminución de la mortalidad infantil y un similar aumento de la esperanza de vida, con su consecuente impacto en la elevación del nivel de vida de la población en general, a medida que el hombre ha ido progresando en la ciencia y la tecnología, la sociedad se ha ido materializando, se han ido perdiendo los verdaderos valores de la vida, uno de los cuales pasa, ineludiblemente, por el respeto, cariño y cuidado a los ancianos.

El autocuidado. Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Por lo que el cuidado como la esencia y el dominio central, unificador y dominante que distingue la necesidad humana, esencial para la salud y la supervivencia de los individuos. Él vivir equilibradamente es vivir la vida con una perspectiva global, es decir, tomando conciencia de que el ser humano es pluridimensional por lo que es importancia de brindar un cuidado integral al adulto mayor teniendo en cuenta cada dimensión, solo así se lograra el bienestar completo.

3.1.1.2. Teorías de la asistencia según La Real Academia Española.

La Real Academia Española define “**...Asistencia es el servicio de ayuda que se otorga a alguien en áreas específicas y la presencia de uno o varios a un evento, lugar o trabajo...La asistencia como un servicio de ayuda o auxilio puede ser de naturaleza pública o privada. En el ámbito público, tenemos la asistencia social, que es la ayuda que el Estado de un país otorga a aquellos más necesitados socialmente a través de incentivos...**” (<https://dle.rae.es/asistencia>)

La asistencia al adulto mayor tiene una demanda creciente y es atendida parcialmente a nivel mundial esto obedece al mejoramiento de diversos factores tales como la alimentación, hábitos de higiene, vivienda, condiciones socio económicas, expresión todas de una mejor calidad de vida, así como también el desarrollo de la

medicina, que trae como consecuencia una disminución en el número de muertes en ancianos, una organización de recursos sanitarios y sociales para responder a las necesidades, en estos aspectos, por parte de los ancianos. Su objetivo fundamental, al igual que el objetivo básico de la Geriátrica, es mantener al anciano en el seno de su hogar, integrado en la comunidad la asistencia al anciano debe estar, en primer lugar, integrada. Esto supone que debe estar incluida en el sistema sanitario general evitando marginación en el uso de recursos. La atención domiciliaria debe ser desarrollada tanto en los aspectos clínicos como por parte de la asistencia social a domicilio. En nuestro país la atención domiciliaria solo se da a nivel de EsSalud, cuya cobertura es aún insuficiente. La familia es la base social en la que se apoyan todos sus miembros, es aquí donde se satisfacen las necesidades físicas, mentales, económicas, de apoyo y atención. El cuidar a una persona adulta mayor dependiente, afecta enormemente al bienestar integral de quienes conviven con dicha persona, tanto por las implicaciones que tiene al observar que sus seres queridos están deteriorándose, así como por la responsabilidad que debe tener quien cuida de él.

3.1.2. Teorías pacientes adultos mayores

3.1.2.1. Teorías de los pacientes según La Real Academia Española.

La Real Academia Española define “...El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud...Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica...”

(<https://dle.rae.es/paciente>)

La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social, está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas van a jugar un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados.

3.1.2.2. Teorías de los adultos mayores.

3.1.3. Teorías limitaciones funcionales.

3.1.3.1. Teorías del limitación según La Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud define “...**se define como la disminución de la capacidad de ejecutar tareas y actividades diarias típicas para mantener la independencia, como resultado de una alteración en la estructura o función anatómica, psicológica, fisiológica, emocional o mental de los sujetos...**” (OMS/OPS, 1982),

Cuando hablamos de limitaciones nos referimos a la circunstancia o condición de algo o de alguien que limita, impide o dificulta su desarrollo, también podemos pensar en una línea real o imaginaria que separa dos cosas o elementos de otros. Actualmente la comprensión del paciente individual tiende a olvidarse y de que de una manera imperceptible de la atención individual del paciente se desplaza hacia las poblaciones. Esto se da ya que en las últimas décadas los avances tecnológicos han provocado un aumento en la sobrevivencia de pacientes considerados previamente irrecuperables, dando lugar a una prolongación del proceso de morir tratando de conservar la vida.

Los cuidados al final de la vida son un importante componente ya mayoría de las muertes ocurren tras una decisión de limitar o suspender medidas de soporte vital por lo que No hay duda del papel activo que le corresponde a la familia en la toma

de decisiones sobre los cuidados críticos de adultos mayores y debe existir una adecuada participación familiar en estas decisiones estamos en un mundo con grandes avances en la tecnología y que esta ayuda a realizar de mejor manera la labor en los centros hospitalarios, pero pese a esta modernidad con la que se cuenta, si se abusa de ella, esto no contribuye a realizar una mejor Medicina. Siempre se debe recordar que detrás del tratamiento hay un propósito y cuando hacemos Medicina sin este, estamos ejerciendo una Medicina carente de propósito útil, inefectiva. Es por esto por lo que, siempre se debe tener en cuenta las consecuencias de la intervención que se pretende realizar y valorar a cada caso como único. El paciente no es un medio para lograr algo, es una persona que merece respeto. En la mayoría de estos casos la condición crítica del paciente hace necesaria una buena comunicación del médico con los familiares, para que entiendan que no es posible prolongar la vida del paciente a cualquier costo.

3.1.3.2. Teorías de lo funcional según La Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud define **“...se definen a la salud del anciano por su capacidad para funcionar... La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa...”** (OMS/OPS, 1982),

El concepto de salud ha experimentado un cambio importante, desde una noción negativa centrada en la ausencia de enfermedades a una concepción más positiva de estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad a través del tiempo, la misma Organización Mundial de la Salud mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales de tal forma que un sujeto puede tener deficiencia sin limitación en la actividad o bien tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes, por otra parte tener problemas de participación sin deficiencias o limitaciones en la actividad o en otra área , tener limitaciones en la actividad sin problema de participación; esto nos demuestra la complejidad de la interacción entre los diversos factores por lo que la interrelación compleja entre el estado de salud y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del adulto mayor.

Por lo que se entiende que sus actividades y participación en acciones que son culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en su entorno propiciado por factores ambientales como facilitadores, versus la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad, sea en la participación que por ende genera la discapacidad, sé evidencia que se ha propiciado por una barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales, por lo que se entiende que la función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales, desde una perspectiva funcional un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el

proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal, La capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales.

La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad que son las bases para las actividades de la vida diaria es así que se identifican en el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales como el deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades, los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa, es importante identificar en el adulto mayor la diferencia entre el declive cognitivo (como un componente normal del envejecimiento) y un deterioro cognitivo de origen neuropatológico; por ello la importancia de integrar esta área a la evaluación geriátrica y el apoyo de las redes de familiares del paciente.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

4.1 Diagnóstico de la situación vigente.

4.1.1. Diagnóstico de la situación.

Los instrumentos fueron aplicados, en horario de actividad laboral o cuidado de los trabajadores, los cuales prefirieron guardar su identidad y no proporcionar sus datos personales, lo cual fue completamente respetado. Las preguntas dentro de los instrumentos fueron planteadas con la finalidad de obtener la información esperada y requerida para el análisis de cada una de las variables de este proyecto.

Es notable que, la mayoría de los trabajadores, en los diferentes instrumentos aplicados, correspondan al sexo femenino, representando un 68%, mientras que el 32% son del sexo masculino.

Por tal observación, es importante destacar que la formulación de una propuesta de creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales para la Caja Costarricense de Seguro Social debe dirigirse a contemplar las necesidades del sexo femenino.

Es importante mantener un equilibrio en cuanto a la aplicación de la licencia y los fondos a disposición para su financiamiento por emplear, de esta manera, los resultados en cuanto el acceso a este tipo de prestación y al poder cubrir al mayor número de población posible, será de mucha satisfacción tanto para la institución, como para los mismos Trabajadores y lógicamente a ese adulto mayor el cual

necesita de la asistencia de aquel cuidador que cumple con la gran mayoría de la necesidades emergentes del día con día .

De acuerdo con la información obtenida, se puede apreciar que la población encuestada posee edades comprendidas en un rango entre 28 a 60 años, para establecer un promedio de edad de 45 años, de la misma forma, también, se encontró que más del 50% de la muestra excede un promedio del ingreso salarial de $\text{¢}400,000.00$.

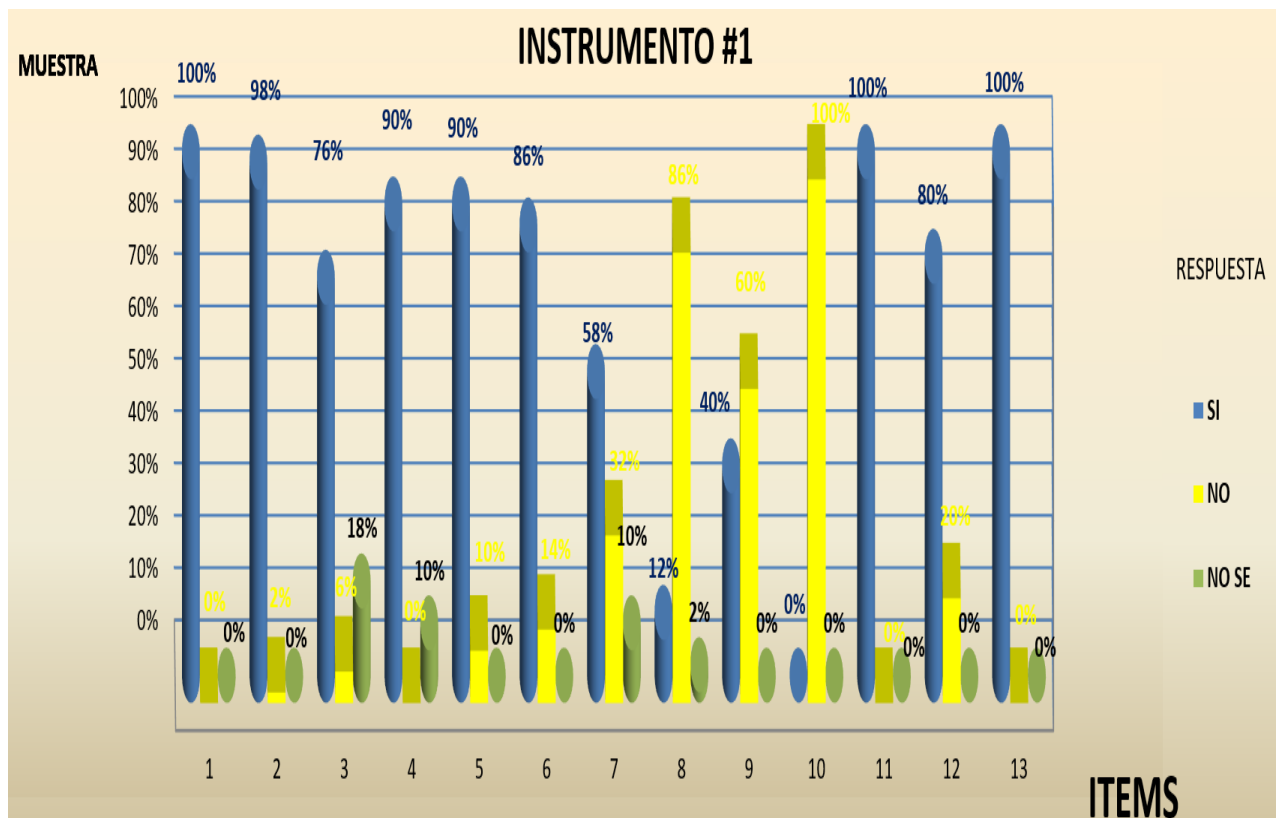
También, se puede observar que en promedio la media de los ítems con respuesta afirmativa rondó en el 50%, los de las respuestas negativas en un 42% y los de los que decidió no dar una respuesta definitiva a lo encuestado rondó en un 2%.

4.1.2. Descripción de los datos

4.1.2.1. Instrumento I

Determinar la relación jurídica laboral entre los patronos y los posibles beneficiarios de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales adscritos a la Sucursal Puntarenas dedicados a realizar su la actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas entre periodo de agosto a diciembre del año 2021.

Cuestionario Cerrado



Fuente: José Manzanares Pizarro

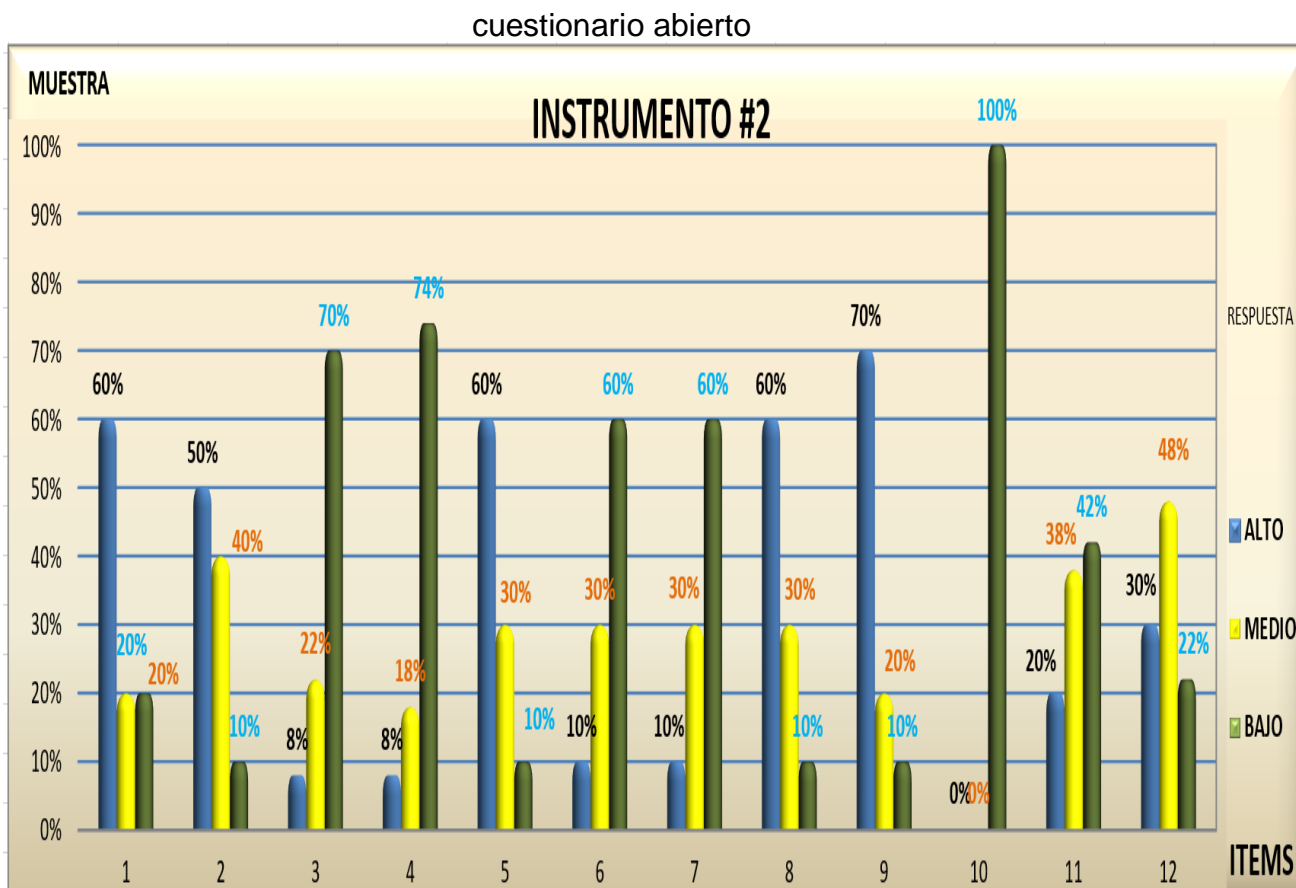
La pregunta número 1: “¿Posee usted Afiliación al Seguro Social?” genero un 100% en la respuesta afirmativa en el resultado del instrumento aplicado resultado de la muestra, se aprecia en la pregunta 11° en el cual se consulta ¿Es usted la persona del hogar que más contribuye a los ingresos del núcleo familiar u hogar revelo que un 100% en la respuesta afirmativa; en la pregunta 12° ¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permita tener acceso a licencias de cuido genero un 100% en la respuesta afirmativa en el resultado evidenciándose una alta cobertura de la seguridad social en nuestro país.

Se evidencia en la pregunta 2° cierta especialización del trabajador para realizar su labor al consultarle, ¿Termino usted sus estudios de secundaria?, 98% indico que si, en lo que se refiere a la pregunta 13° cuando se le consulta a los encuestados ¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permitan tener acceso a licencias de cuido?, se evidencia una alta incorporación a convenios patrono empleado en busca de generación de licencias.

Además, se evidencia en la pregunta 4° cierta especialización del trabajador para realizar su labor al consultarle si el ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual; en lo que se refiere a la pregunta 5° cuando se le consulta a los encuestados si el ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad, se evidencia una alta incorporación a la vida laboral del 90% de los trabajadores.

4.1.2.2. Instrumento II

Analizar e identificar la jurisprudencia nacional que regula los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado, asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales y así determinar los programas estatales de asistencia a disposición de la población que brinda apoyo a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales entre periodo de agosto a diciembre del año 2021.



Fuente: José Manzanares Pizarro

La pregunta número 10: ¿Comente si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se les indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar?” Fue uno de los que dio un resultado negativo más alto dentro de este instrumento, con un resultado de un 100% de la muestra encuestada; en el ítem número 4 “¿Ha recibido usted información por parte del estado costarricense y sus instituciones sobre la existencia de licencias en apego

con la seguridad social?” fue el que obtuvo el segundo mayor porcentaje negativo en este instrumento para un 74% de la muestra lo que reflejaría la necesidad de participación patronal en lo que es materia de seguridad social.

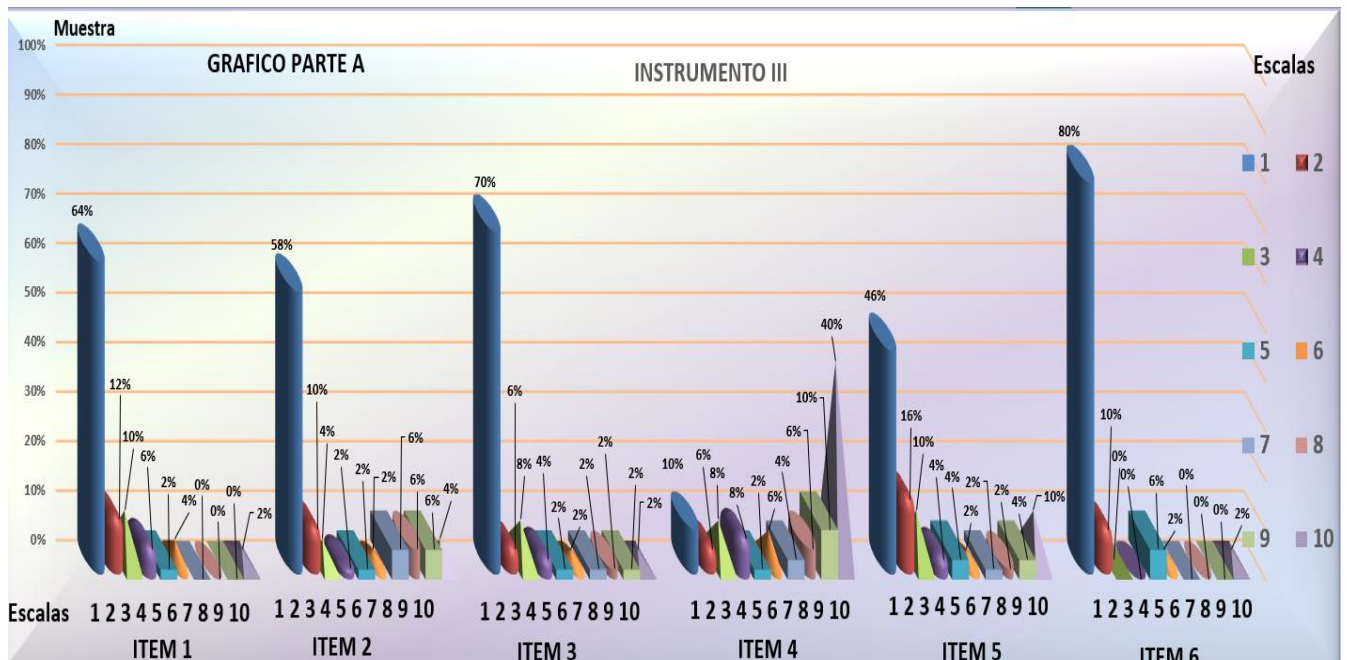
Al analizar e identificar la jurisprudencia nacional que regula los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado el análisis de los resultados, según los datos obtenidos, en la pregunta 3 con un 70% bajo cuál ha sido su experiencia con licencias otorgadas de acuerdo con los reglamentos que aplica en la materia por la C.C.S.S., se evidencia que los estudiados, consideran que se carecen de la posibilidad de alcanzar en algunas ocasiones este tipo de prestación.

Se denota en el ítem 7 al consultar ¿Cuál es su percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales? que, por parte del Estado, mantener este tipo de prestaciones no cumple las expectativas deseadas de los trabajadores adscritos de la sucursal de Puntarenas.

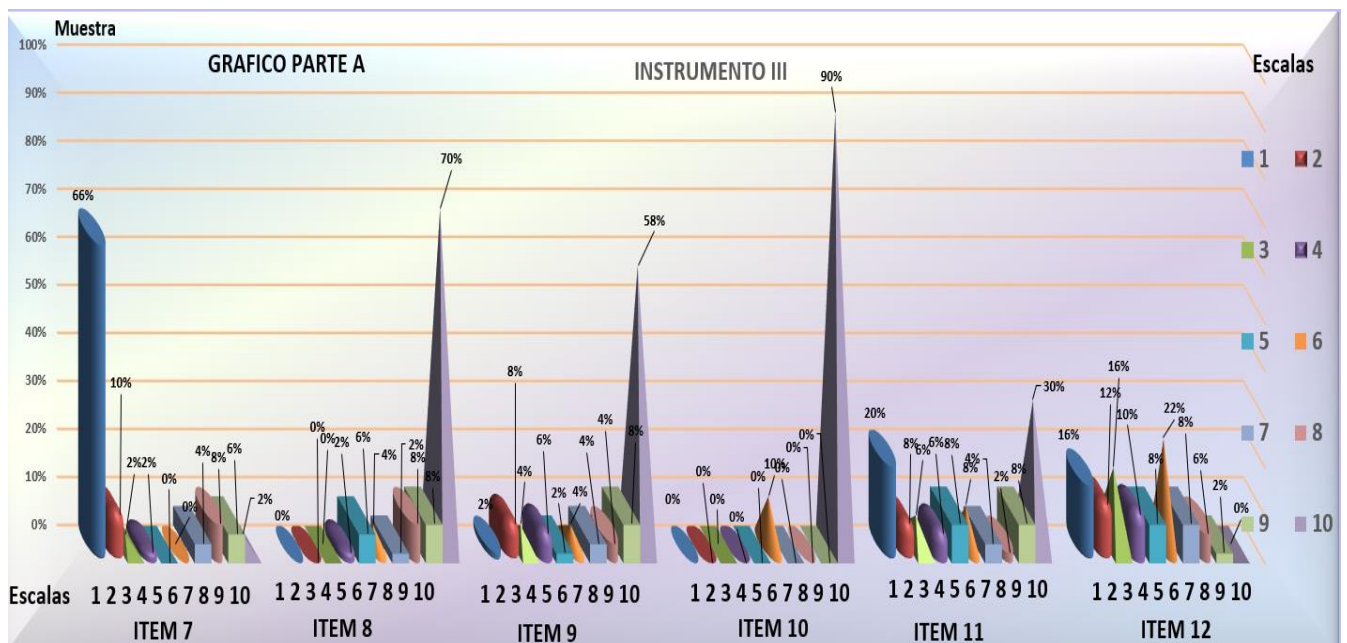
En la pregunta número 1, es una con el resultado más alto dentro de la encuesta, el 60% de los participantes considera que las entidades relacionadas a la Seguridad Social le han informado sobre el acceso a licencias que posee un trabajador, esto sería una característica esencial en la sucursal de Puntarenas, lo cual hace que ese conjunto de personas genere mayor afinidad con la Seguridad Social.

4.1.2.1. Instrumento III

Establecer el fundamento normativo constitucional que garantiza las obligaciones y derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia. Dirigido a los trabajadores que realizan su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas entre periodo de agosto a diciembre del año 2021
Entrevista estructurada.



Fuente: José Manzanares Pizarro



Fuente: José Manzanares Pizarro

Al ser este el método de recolector de información una entrevista estructurada en la cual la información brindada por la muestra es totalmente cualitativa, esta debe ser desarrollada para efectos de este trabajo de una forma cuantitativa, por lo que se establece una escala de valores a las respuestas de cada pregunta de acuerdo a su contenido y al nivel de conocimientos sobre el tema de los encuestados, en dicha escala se indica que la cuantía mínima de conocimientos está en el valor numérico de 1 y va ascendiendo hasta el valor numérico 10, el que indicaría un gran desenvolvimiento en los conocimientos, así como mayor fluidez en las respuestas ofrecidas a cada uno de los ítems planteados dentro del instrumento, la agrupación en las escalas de valor se harán en concurrencias de aquellas respuestas ofrecidas por cada uno de los participantes.

En el instrumento aplicado se demuestra cómo principal concordancia en el ítem 1°, este indica, ¿conoce usted las obligaciones que adquiere al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia? Podemos ver que es el ítem más representativo con una respuesta en el nivel 1 de la valoración de respuesta del 64%, esto nos indica que según la percepción de 32 trabajadores poseen poco conocimiento.

En este instrumento la valoración de la pregunta 6° por parte de la muestra da un valor del 80% en coincidencias en el nivel 1 de la escala de valor de respuestas, notándose que para 40 trabajadores independientes la valoración al consultarle acerca de si conoce si existen en el ordenamiento jurídico interno de su país leyes o

normas de orden público o privado para la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

En la valoración de la pregunta 10° del instrumento se da una respuesta en las coincidencias de los encuestados del 90% en cuanto al nivel 10 de la escala, al consultar al encuestado, ¿cuál es la importancia que usted reconoce a la solicitud de información por parte las instituciones estatales, relacionadas con la responsabilidad social del Estado para generar una figura jurídica que respalde la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, denotándose que para 45 trabajadores de la muestra se da que es de gran importancia la información que respalde la protección de pacientes adultos mayores.

El ítem 7 del instrumento se ofrece un resultado del 66 % representado por 33 trabajadores en el nivel 1 de la escala de valoración de la entrevista al consultar si existen en Costa Rica disposiciones de rango constitucional que se refieran a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

La valoración de la pregunta 12° por parte de la muestra da un valor del 22% en coincidencias en el nivel 6 de la escala de valor de respuestas, denotándose que para 11 trabajadores la valoración al consultar ¿Cuál es su percepción acerca de donde debería el Estado adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social como lo fuera la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

4.1.3. Tabulación de información

4.1.3.1 Tabla Instrumento I

Determinar la relación jurídica laboral entre los patronos y los posibles beneficiarios de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales adscritos a la Sucursal Puntarenas dedicados a realizar su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas entre periodo de agosto a diciembre del año 2021.

Cuestionario Cerrado

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
1	¿Posee usted Afiliación al Seguro Social?	100%	0%	0%
2	¿Termino usted sus estudios de secundaria?	98%	2%	0%
3	¿pose usted carrera técnica o superior?	76%	6%	18%
4	¿El ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual?	90%	0%	10%
5	¿El ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad?	90%	10%	0%
6	¿Los ingresos económicos que percibe por su trabajo satisfacen sus necesidades básicas y de sus codependientes?	86%	14%	0%
7	¿La cotización que paga a la C.C.S.S. le da prestaciones sociales adecuadas de acuerdo con sus expectativas?	58%	32%	10%
8	¿En la empresa donde usted trabaja ha recibido prestaciones recientemente que le permitan afrontar el cuidado de algún familiar que necesite asistencia?	12%	86%	2%
9	¿Esta temporalmente ausente de su trabajo por, permisos relacionados al cuidado de familiares por algún padecimiento invalidante?	40%	60%	0%
10	¿Además de su trabajo principal tiene otro u otros trabajos remunerados?	0%	100%	0%
11	¿Es usted la persona del hogar que más contribuye a los ingresos del núcleo familiar u hogar?	100%	0%	0%
12	¿Usted percibe que su actividad económica le permite pagar su cotización a la Seguridad Social?	80%	20%	0%
13	¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permita tener acceso a licencias de cuidado?	0%	100%	0%

Fuente: José Manzanares Pizarro.

4.1.3.2 Tabla Instrumento II

Analizar e identificar la jurisprudencia nacional que regula los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado, asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales y así determinar los programas estatales de asistencia a disposición de la población que brinda apoyo a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales entre periodo de agosto a diciembre del año 2021.

cuestionario abierto

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
1	¿Refiérase si las entidades relacionadas a la Seguridad Social le han informado sobre el acceso a licencias que posee un trabajador?	60%	20%	20%
2	¿Cuál es su opinión acerca de lo que las leyes de relaciones laborales indican sobre otorga licencia de cuidado?	50%	40%	10%
3	¿Cuál ha sido su experiencia con licencias otorgadas de acuerdo con los reglamentos que aplica en la materia por la C.C.S.S.?	8%	22%	70%
4	¿Ha recibido usted información por parte del estado costarricense y sus instituciones sobre la existencia de licencias en apego con la seguridad social?	8%	18%	74%
5	¿Cuántos días considera usted que sería conveniente otorgar como licencia de cuidado en el caso de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	60%	30%	10%
6	¿Conoce usted de normativas que otorguen la extensión como el beneficio de licencias de cuidado? Si la respuesta es afirmativa, ¿era para todos los sectores de la población? ¿Qué piensa al respecto de este tipo de beneficios?	10%	30%	60%
7	¿Cuál es su percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales?	10%	30%	60%
8	¿Cómo considera usted que podríamos identificar cambios en materia de asistencia?	60%	30%	10%
9	¿Considera usted que los beneficios que recibe por su cotización a la Seguridad social son equitativos de acuerdo con la mensualidad que cancela a la C.C.S.S.? o ¿considera que este tipo de iniciativas fomentarían más su interés en que sea correctamente reportado a la institución?	70%	20%	10%
10	¿Comente si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se le indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar?	0%	0%	100%
11	¿Manifieste ampliamente si conoce usted sobre programas inclusivos sobre el cuidado o asistencia dirigidos a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	20%	38%	42%
12	¿Considera usted que la aportación que brinda la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales es de gran importancia para la dinámica jurídica de los servicios que se brindan a la población?	30%	48%	22%

Fuente: José Manzanares Pizarro

4.1.3.3. Tabla Instrumento III

Establecer el fundamento normativo constitucional que garantiza las obligaciones y derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia. Dirigido a los trabajadores que realizan su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas entre periodo de agosto a diciembre del año 2021

Entrevista estructurada

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	¿Conoce usted las obligaciones que adquiere al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia?	64 %	12%	10%	6%	2%	4%	0%	0%	0%	2%
2	¿Conoce usted los derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia?	58 %	10%	4%	2%	2%	2%	6%	6%	6%	4%
3	¿Explique qué tipo de información ha recibido usted sobre las garantías sociales a las cuales tiene acceso con el uso de los principales mecanismos de control del poder legislativo sobre promulgación de leyes que protejan a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	70 %	6%	8%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
4	¿Indique cuáles mecanismos implican la demanda de responsabilidad política para la asistencia y cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? describa brevemente alguno de ellos especificando las referencias normativas (constitucionales o legislativas) que detallan su regulación y cuáles deben ser modificados?	10 %	6%	8%	8%	2%	6%	4%	6%	10%	40 %
5	¿Qué acciones a nivel constitucional se pueden realizar para crear una licencia de cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	46 %	16%	10%	4%	4%	2%	2%	2%	4%	10 %
6	¿Conoce usted si existen en el ordenamiento jurídico interno de su país leyes o normas de orden público o privado para la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones	80 %	10%	0%	0%	6%	2%	0%	0%	0%	2%

	funcionales?										
7	¿Existen en Costa Rica disposiciones de rango constitucional que se refieran a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	66 %	10%	2%	2%	0%	0%	4%	8%	6%	2%
8	¿Cuál considera usted que es el papel del estado en la creación de jurisprudencia en cuanto a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en este país?	0%	0%	0%	2%	6%	4%	2%	8%	8%	70 %
9	¿Comente si la legislación de costa rica permite que las autoridades pertinentes encargadas del cumplimiento de las leyes compartan información y den seguimiento a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	2%	8%	4%	6%	2%	4%	4%	4%	8%	58 %
10	¿Cuál es la importancia que usted reconoce a la solicitud de información por parte las instituciones estatales relacionadas con la responsabilidad social del estado para generar una figura jurídica que respalde la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	0%	0%	0%	0%	0%	10 %	0%	0%	0%	90 %
11	¿Considera usted que al ser Costa Rica un país modelo en la promoción de la Salud Social deben nuestros dirigentes legislativos promover convenios de orden internacional para la migración a nivel internacional de protección de adulto mayores mediante la creación de ordenamiento jurídico en materia de protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	20 %	8%	6%	6%	8%	8%	4%	2%	8%	30 %
12	¿Cuál es su percepción a cerca donde debería el estado adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social como lo fuera la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	16 %	12%	16%	10%	8%	22 %	8%	6%	2%	0%

Fuente: José Manzanares Pizarro.

4.1.4. Interpretación o explicación de los gráficos.

4.1.4.1 Instrumento I

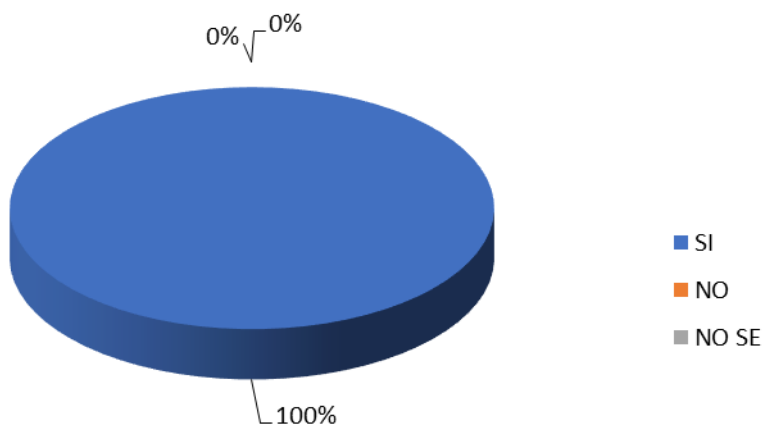
Tabla 1 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
1	¿Posee usted Afiliación al Seguro Social?	100%	0%	0%
TOTALES		50	0	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 1 de instrumento I

¿Posee usted Afiliación al Seguro Social?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con la tabla del ítem 1, el 100% de los encuestados, indican que sí poseen Afiliación al Seguro Social al momento de realizar su labor de forma independiente o subordinada.

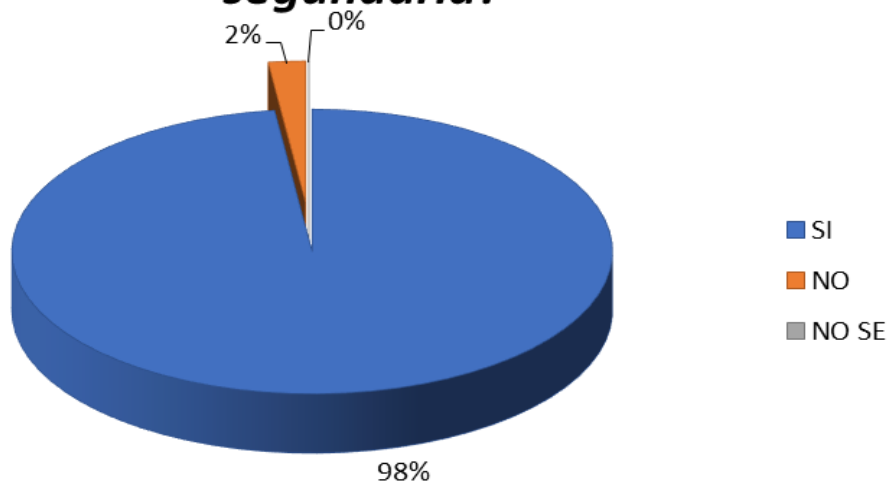
Tabla 2 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
2	¿Termino usted sus estudios de secundaria?	98%	2%	0%
TOTALES		49	1	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 2 de instrumento I

¿Termino usted sus estudios de secundaria?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con el ítem 2, se logra determinar que el 98% de la muestra indican que sí termino sus estudios de secundaria, siendo que el 2% no termino sus estudios de secundaria de acuerdo con la muestra estudiada, la opción no sé, no arrojó resultados.

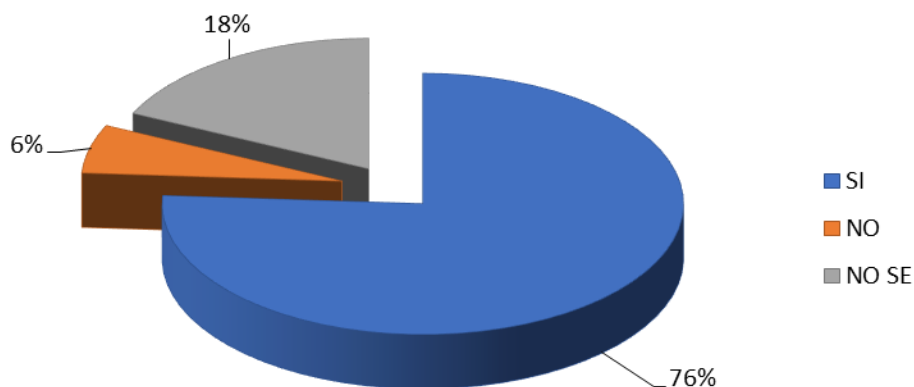
Tabla 3 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
3	¿pose usted carrera técnica o superior?	76%	6%	18%
TOTALES		38	3	9

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 3 de instrumento I

¿pose usted carrera técnica o superior?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se puede observar en el gráfico del ítem 3, que un 76% sí posee carrera técnica o superior, y un 6% indica no tener carrera técnica o superior, mientras que un 18% indica como resultado un no sé.

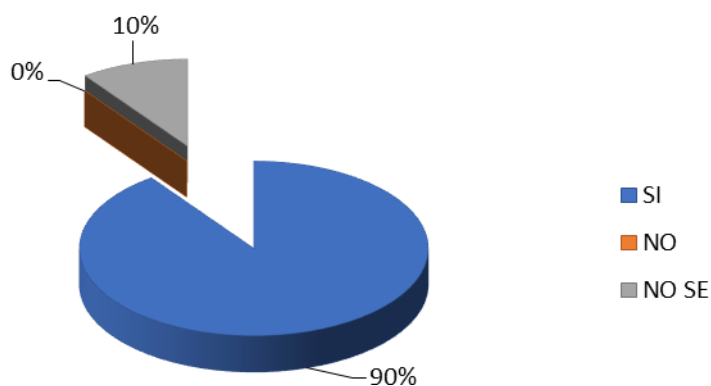
Tabla 4 del Instrumento 1

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
4	¿El ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual?	90%	0%	10%
TOTALES		45	0	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 4 de instrumento I

¿El ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Comprobando los resultados del gráfico, del ítem 4, los trabajadores encuestados indicaron un 90% de que el ingreso que se reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual, pero el 10% indicó que no estaba seguro de que el ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual.

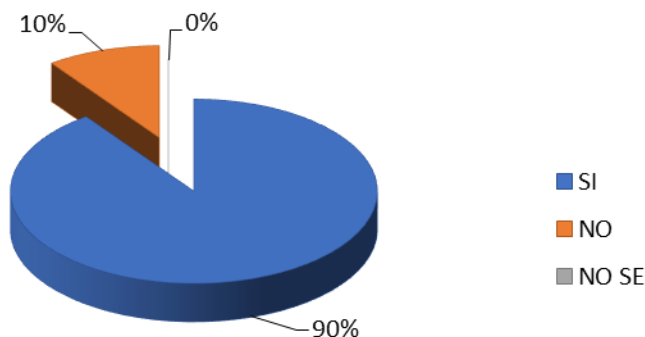
Tabla 5 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
5	¿El ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad?	90%	10%	0%
TOTALES		45	5	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 5 de instrumento I

¿El ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Como se presenta en el gráfico del ítem 5, el 90% de la muestra de trabajadores manifestaron que el ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad, pero se evidencia que el 10% considera no está relacionado, en la opción no sé obtuvo 0% de resultados.

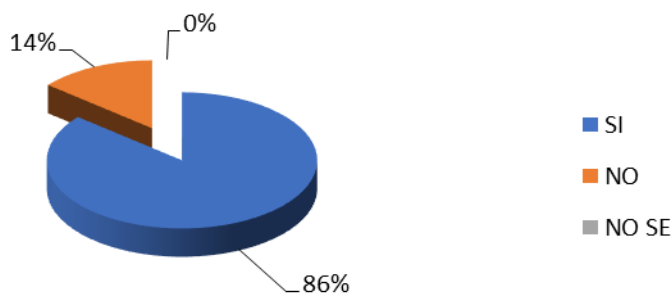
Tabla 6 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
6	¿Los ingresos económicos que percibe por su trabajo satisfacen sus necesidades básicas y de sus codependientes?	86%	14%	0%
TOTALES		43	7	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 6 de instrumento I

¿Los ingresos económicos que percibe por su trabajo satisfacen sus necesidades básicas y de sus codependientes?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Los resultados obtenidos del ítem 6, revelan que un 86% los ingresos económicos que perciben por su trabajo, si satisfacen sus necesidades básicas y la de sus codependientes, pero un 14% nos indica que los ingresos económicos que percibe por su trabajo no satisfacen sus necesidades básicas y la opción no sé presenta 0% resultados.

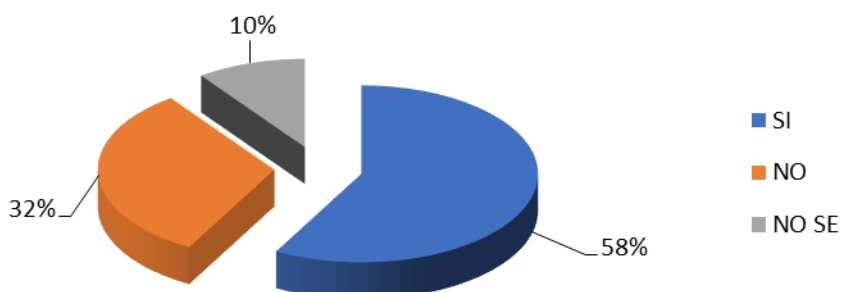
Tabla 7 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
7	¿La cotización que paga a la C.C.S.S. le da prestaciones sociales adecuadas de acuerdo con sus expectativas?	58%	32%	10%
TOTALES		29	16	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 7 de instrumento I

¿La cotización que paga a la C.C.S.S le da prestaciones sociales adecuadas de acuerdo con sus expectativas?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se determinó en el ítem 7, de acuerdo con la información aportada por los trabajadores que un 58% de ellos consideran que la cotización que pagan a la C.C.S.S. les da prestaciones sociales adecuadas de acuerdo con sus expectativas, mientras que un 32% creen que no son adecuadas las prestaciones sociales recibidas, por la cotización que realizan a la C.C.S.S., y un 10% indico no sé.

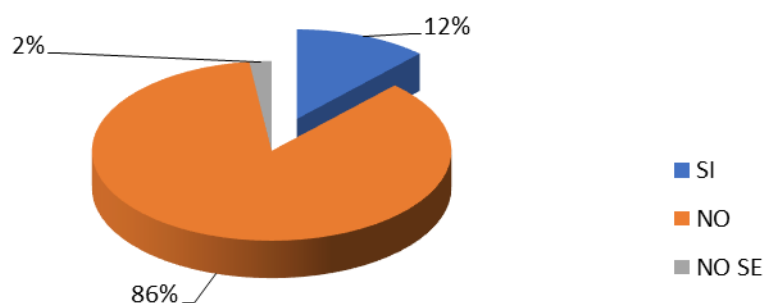
Tabla 8 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
8	¿En la empresa donde usted trabaja ha recibido prestaciones recientemente que le permitan afrontar el cuidado de algún familiar que necesite asistencia?	12%	86%	2%
TOTALES		6	43	1

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 8 de instrumento I

¿En la empresa donde usted trabaja ha recibido prestaciones recientemente que le permitan afrontar el cuidado de algún familiar que necesite asistencia?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De los trabajadores encuestados, un 12% indicó que sí había recibido prestaciones recientemente que le permitieron afrontar el cuidado de algún familiar que necesito de asistencia, un 86% manifestó no había recibido prestaciones recientemente para cuidado, y un 2% indico no sé.

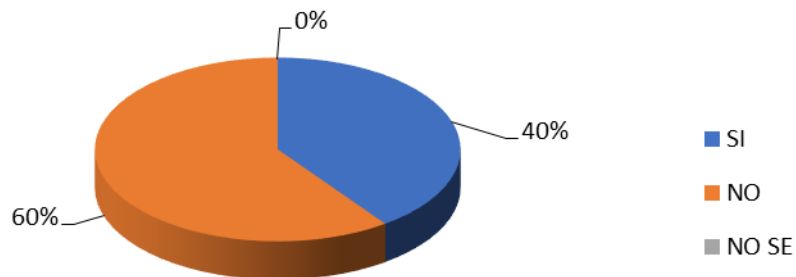
Tabla 9 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
9	¿Esta temporalmente ausente de su trabajo por, permisos relacionados al cuidado de familiares por algún padecimiento invalidante?	40%	60%	0%
TOTALES		20	30	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 9 de instrumento I

¿Esta temporalmente ausente de su trabajo por, permisos relacionados al cuidado de familiares por algún padecimiento invalidante?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se puede observar, de acuerdo con el gráfico del ítem 9, que la muestra en un 40% sí esta temporalmente ausente de su trabajo por permisos relacionados al cuidado de familiares por algún padecimiento invalidante, un 60% considera que no está temporalmente ausente de su trabajo por permisos relacionados al cuidado, y en la casilla, no sé obtuvo un 0% de resultado.

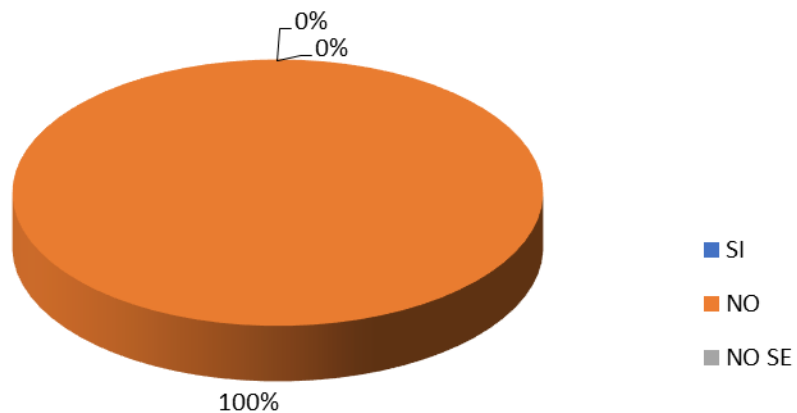
Tabla 10 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
10	¿Además de su trabajo principal tiene otro u otros trabajos remunerados?	0%	100%	0%
TOTALES		0	50	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 10 de instrumento I

¿Además de su trabajo principal tiene otro u otros trabajos remunerados?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

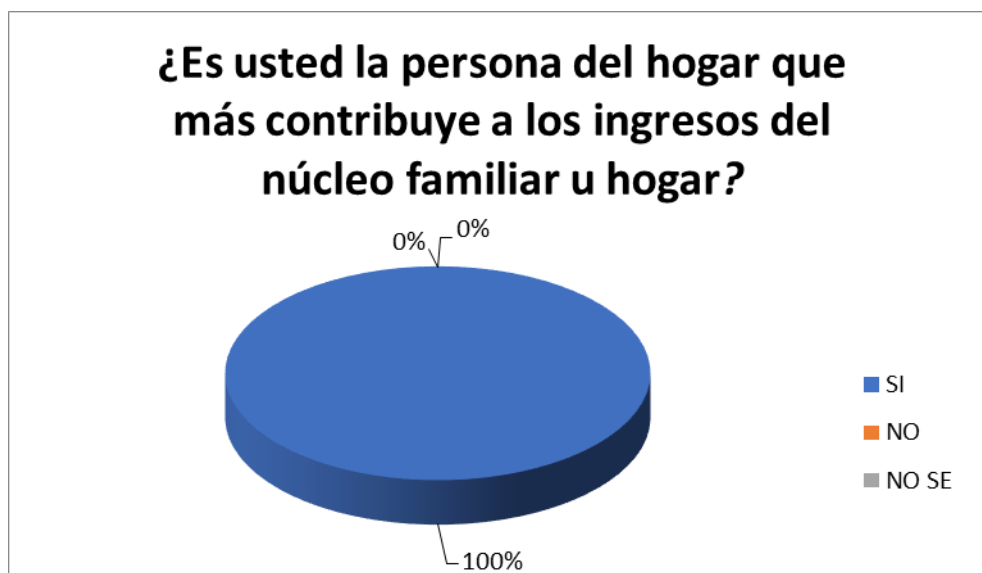
De los empleados encuestados, un 100% indicó no tener otros trabajos remunerados.

Tabla 11 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
11	¿Es usted la persona del hogar que más contribuye a los ingresos del núcleo familiar u hogar?	100%	0%	0%
TOTALES		50	0	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 11 de instrumento I



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados del ítem 11, se logra determinar que el 100% de la muestra, indica que sí es la persona del hogar que más contribuye a los ingresos del núcleo familiar u hogar.

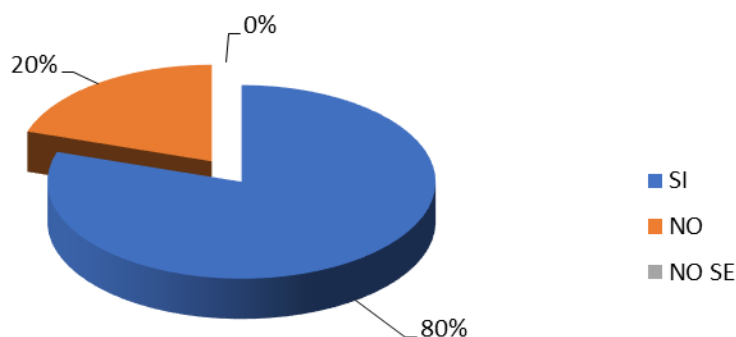
Tabla 12 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
12	¿Usted percibe que su actividad económica le permite pagar su cotización a la Seguridad Social?	80%	20%	0%
TOTALES		40	10	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 12 de instrumento I

¿Usted percibe que su actividad económica le permite pagar su cotización a la Seguridad Social?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se puede observar de acuerdo con el gráfico del ítem 12, que un 80% de los encuestados, indica que su actividad económica le permite pagar su cotización a la Seguridad Social, mientras que un 20% indica que su actividad económica no le permite pagar su cotización.

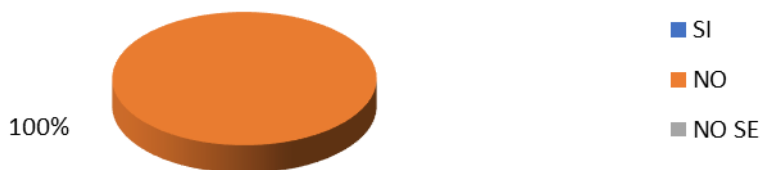
Tabla 13 del Instrumento I

ITEMS	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
13	¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permita tener acceso a licencias de cuidado?	0%	100%	0%
TOTALES		0	50	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 13 de instrumento I

¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permita tener acceso a licencias de cuidado?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

En el ítem 13, se determinó que un 100% considera que no recibe guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permitan tener acceso a licencias de cuidado.

4.1.4.2 Instrumento II

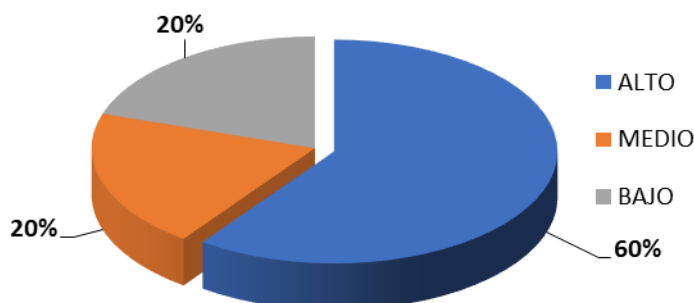
Tabla 1 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
1	¿Refiérase si las entidades relacionadas a la Seguridad Social le han informado sobre el acceso a licencias que posee un trabajador?	60%	20%	20%
TOTALES		30	10	10

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 1 de instrumento II

¿Refiérase si las entidades relacionadas a la Seguridad Social le han informado sobre el acceso a licencias que posee un trabajador?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se determinó en el ítem 1, de acuerdo con la información aportada por los trabajadores un 60% (promedio alto) de ellos indica que no ha sido informado acerca de los diferentes tipos de Licencias a los que tiene derecho un trabajador, un 20% de la muestra respondieron que medio habían sido informados, y en la casilla baja se obtuvo un 20% de resultado bajo..

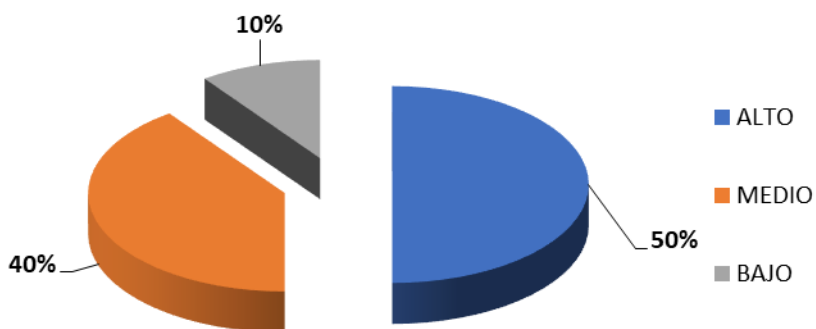
Tabla 2 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		2	¿Cuál es su opinión acerca de lo que las leyes de relaciones laborales indican sobre otorgar licencia de cuidado?	50%
TOTALES		25	20	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 2 de instrumento II

¿Cuál es su opinión acerca de lo que las leyes de relaciones laborales indican sobre otorga licencia de cuidado?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

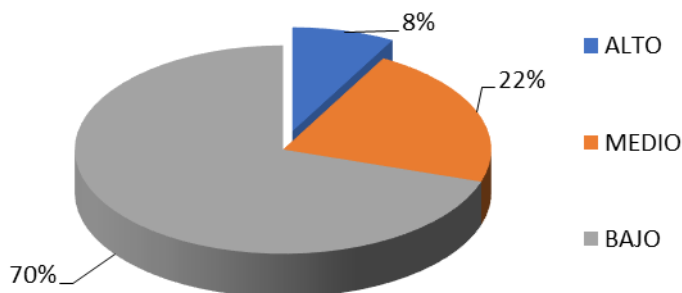
Se determinó en el ítem 2, de acuerdo con la información aportada por los trabajadores que en un 50% nivel alto, desconocen acerca de las leyes que regulan sobre otorgamiento de licencias de cuidado, un 40% respondieron en término medio acerca del conocimiento de esas leyes y solo un 10% (termino Bajo)de la muestra indica tener conocimiento al respecto.

Tabla 3 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		3	¿Cuál ha sido su experiencia con licencias otorgadas de acuerdo con los reglamentos que aplica en la materia por la C.C.S.S.?	8%
TOTALES		4	11	35

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 3 de instrumento II
¿Cuál ha sido su experiencia con licencias otorgadas de acuerdo con los reglamentos que aplica en la materia por la C.C.S.S.?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Se determinó en el ítem 3, de acuerdo con la información aportada por los trabajadores que en un 70% (nivel alto de la muestra) consideran no haber tenido experiencia en cuanto al otorgamiento de licencias de cuidado, en un nivel medio un 22% de la muestra indica que su experiencia con licencias otorgadas de acuerdo con los reglamentos que aplica en la materia la C.C.S.S., ha sido muy poca quedando así solo el 8% de la muestra con mayor experiencia acerca del otorgamiento de licencias de cuidado.

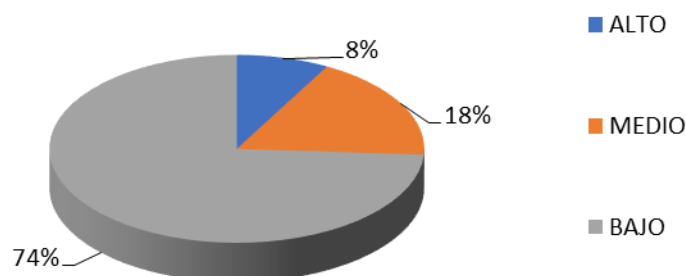
Tabla 4 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		4	¿Ha recibido usted información por parte del estado costarricense y sus instituciones sobre la existencia de licencias en apego con la seguridad social?	8%
TOTALES		4	9	37

Fuente: José Manzañares Pizarro.

Gráfico 4 de instrumento II

¿Ha recibido usted información por parte del estado costarricense y sus instituciones sobre la existencia de licencias en apego con la seguridad social?



Fuente: José Manzañares Pizarro.

De los Trabajadores analizados, en el ítem 4 de este instrumento, se recopiló que un 74% indicó una apreciación baja en la información por parte del estado costarricense y sus instituciones sobre la existencia de licencias en apego con la seguridad social, un 18% expresaron una apreciación media acerca de la información recibida por parte del Estado y sus instituciones acerca del tema de la existencia de licencias en apego a la seguridad social, y un 8 %, nos da una apreciación baja acerca de la información recibida.

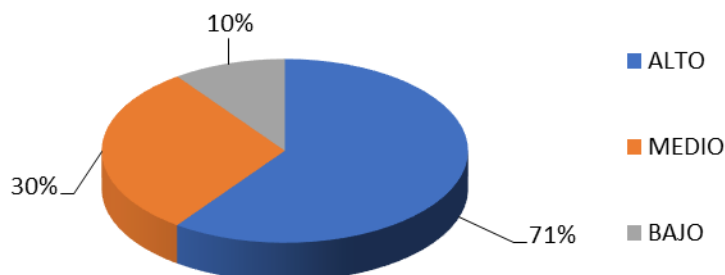
Tabla 5 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		5	¿Cuántos días considera usted que sería conveniente otorgar como licencia de cuidado en el caso de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	60%
TOTALES		30	15	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 5 de instrumento II

¿Cuántos días considera usted que sería conveniente otorgar como licencia de cuidado en el caso de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la pregunta 5° de este instrumento, se indica un resultado del 71% de los encuestados los cuales de acuerdo a lo solicitado precisan los días considerados a convenir con el otorgamiento de licencia de cuidado en el caso de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales; un 30% nivel medio de los encuestados no precisan de tiempo y un 10%, nivel bajo de la muestra manifestó no tener idea de lo solicitado acerca de los días considerados en caso de necesitar una licencia para cuidado.

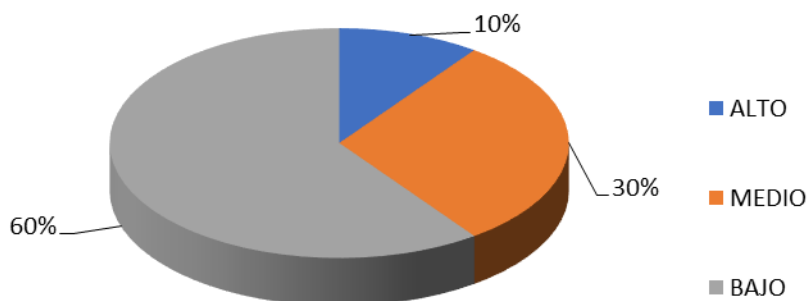
Tabla 6 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		6	¿Conoce usted de normativas que otorguen la extensión como el beneficio de licencias de cuidado? Si la respuesta es afirmativa, ¿era para todos los sectores de la población? ¿Qué piensa al respecto de este tipo de beneficios?	10%
TOTALES		5	15	30

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 6 de instrumento II

¿Conoce usted de normativas que otorguen la extensión como el beneficio de licencias de cuidado? Si la respuesta es afirmativa, ¿era para todos los sectores de la población? ¿Qué piensa al respecto de este tipo de beneficios?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Los resultados de la pregunta 6° del instrumento, se determina que solo un 10% de los trabajadores que participaron dentro del cuestionario indican conocer de normativas que otorguen la extensión como el beneficio de licencias de cuidado, el 30% nos indica haber recibido poca información y un 60% manifestó no haber recibido ninguna información.

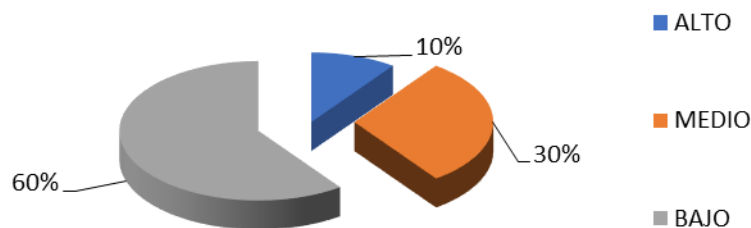
Tabla 7 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	PREGUNTA		
		ALTO	MEDIO	BAJO
7	¿Cuál es su percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales?	10%	30%	60%
TOTALES		5	15	30

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 7 de instrumento II

¿Cuál es su percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Los resultados que se presenta en el gráfico de la pregunta 7° del instrumento, da un nivel de respuestas del 10% en la categoría alto de los trabajadores dentro de la percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales, un 30% nivel medio, indicó conocer pocas acciones y un 60% indico no conocer ninguna.

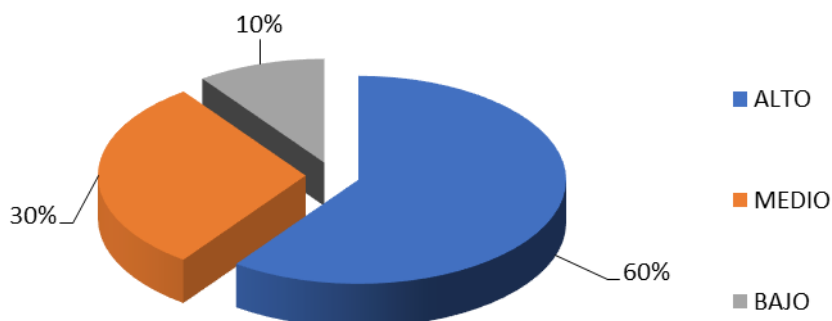
Tabla 8 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		8	¿Cómo considera usted que podríamos identificar cambios en materia de asistencia?	60%
TOTALES		30	15	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 8 de instrumento II

¿Cómo considera usted que podríamos identificar cambios en materia de asistencia?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

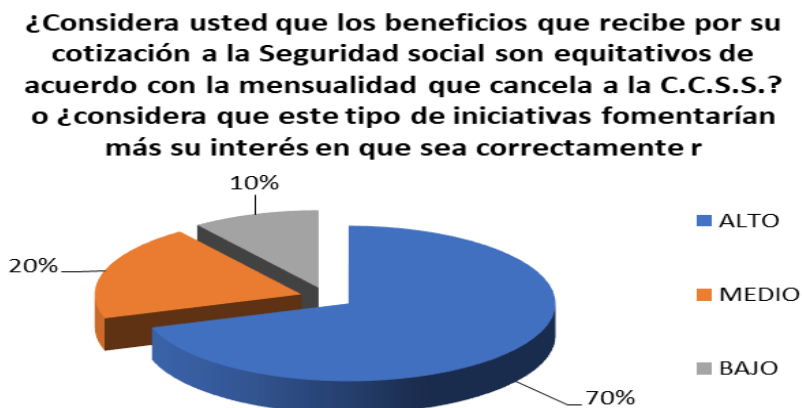
De acuerdo con los resultados obtenidos en el gráfico de la pregunta 8° del instrumento aplicado, refleja resultados de un 60% de que todos los encuestados están de acuerdo en la forma de como poder identificar cambios en materia de asistencia, más que un 30% indico conocer poco sobre el tema y un 10%, un indico falta de conocimiento considerado estos en un nivel bajo.

Tabla 9 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		9	¿Considera usted que los beneficios que recibe por su cotización a la Seguridad social son equitativos de acuerdo con la mensualidad que cancela a la C.C.S.S.? o ¿considera que este tipo de iniciativas fomentarían más su interés en que sea correctamente reportado a la institución?	70%
TOTALES		35	10	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 9 de instrumento II



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados ofrecidos por los trabajadores que participaron dentro de la muestra se determina según el gráfico de la pregunta 9° dando resultados al consultárseles si consideraban que los beneficios que recibían por su cotización a la Seguridad social eran equitativos de acuerdo con la mensualidad que se aportaba a la C.C.S.S. y considera que este tipo de iniciativas fomentarían más su interés en que sea correctamente reportado a la institución, un 70% nivel alto, determino con un no a la consideración de que los beneficios percibidos estaban acorde con su aporte, un 20% un nivel medio considero que podría ser y un 10% nivel bajo manifestó si considerar equitativo los beneficios percibidos por lo cotizado..

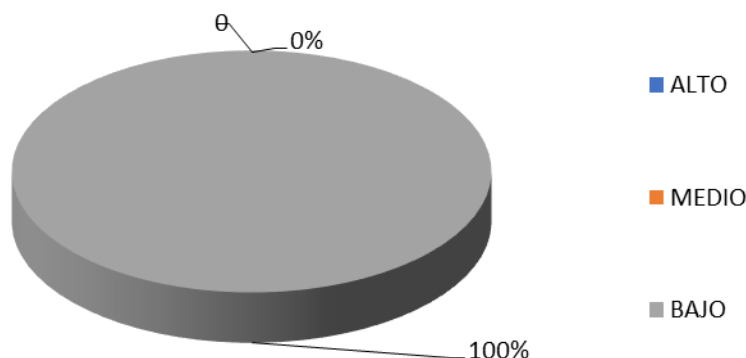
Tabla 10 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		10	¿Comente si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se le indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar?	0%
TOTALES		0	0	50

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 10 de instrumento II

¿Comente si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se le indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados ofrecidos por los trabajadores que participaron dentro de la muestra se determina según el gráfico de la pregunta 10°, el 100% de las respuestas de los Trabajadores al comentar si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se les indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar, manifestaron de forma negativa el manejar dicha información en sus contratos de trabajo.

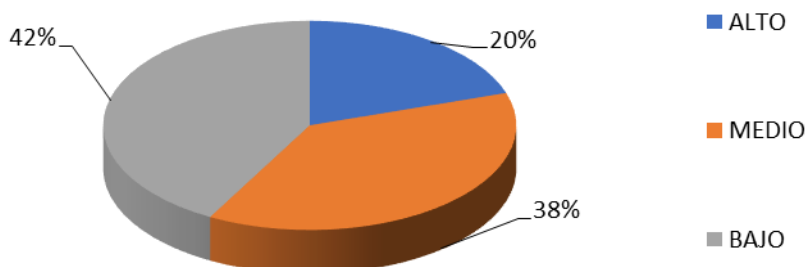
Tabla 11 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		11	¿Manifieste ampliamente si conoce usted sobre programas inclusivos sobre el cuidado o asistencia dirigidos a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	20%
TOTALES		10	19	21

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 11 de instrumento II

¿Manifieste ampliamente si conoce usted sobre programas inclusivos sobre el cuidado o asistencia dirigidos a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados ofrecidos por los trabajadores que participaron dentro de la muestra se determina según el gráfico de la pregunta 11°, en un 20% indico un nivel de conocer sobre programas inclusivos sobre el cuidado o asistencia dirigidos a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales. El 38% indico un nivel medio de conocimiento y el 42% indico un nivel bajo de conocimiento.

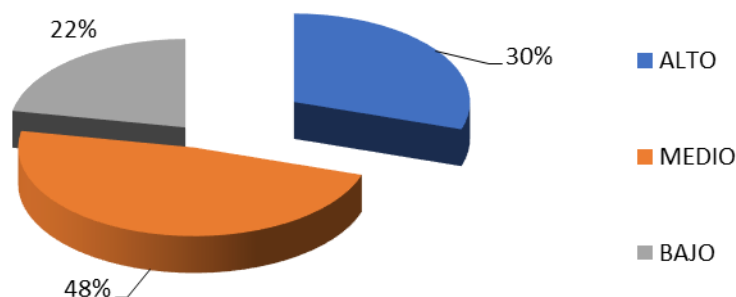
Tabla 12 del Instrumento II

ITEMS	PREGUNTA	ALTO	MEDIO	BAJO
		12	¿Considera usted que la aportación que brinda la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales es de gran importancia para la dinámica jurídica de los servicios que se brindan a la población?	30%
TOTALES		15	24	11

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 12 de instrumento II

¿Considera usted que la aportación que brinda la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales es de gran importancia para la dinámica jurídica de los servicios que se brindan a la población?



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con los resultados ofrecidos por los trabajadores que participaron dentro de la muestra se determina según el gráfico de la pregunta 12°, indican que un 30% responde en un nivel alto Considerar que la aportación que brinda la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales es de gran importancia para la dinámica jurídica de los servicios que se brindan a la población. Un 48% nivel medio Considera que la aportación que brinda la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores es poca y el 22% indican un nivel bajo.

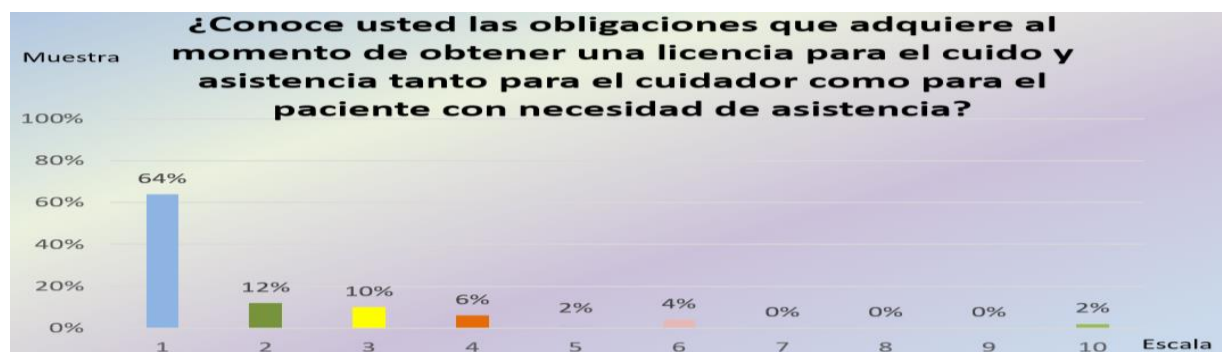
4.1.4.3 Instrumento III

Tabla 1 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	¿Conoce usted las obligaciones que adquiere al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia?	64%	12%	10%	6%	2%	4%	0%	0%	0%	2%
TOTALES		32	6	5	3	1	2	0	0	0	1

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 1 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

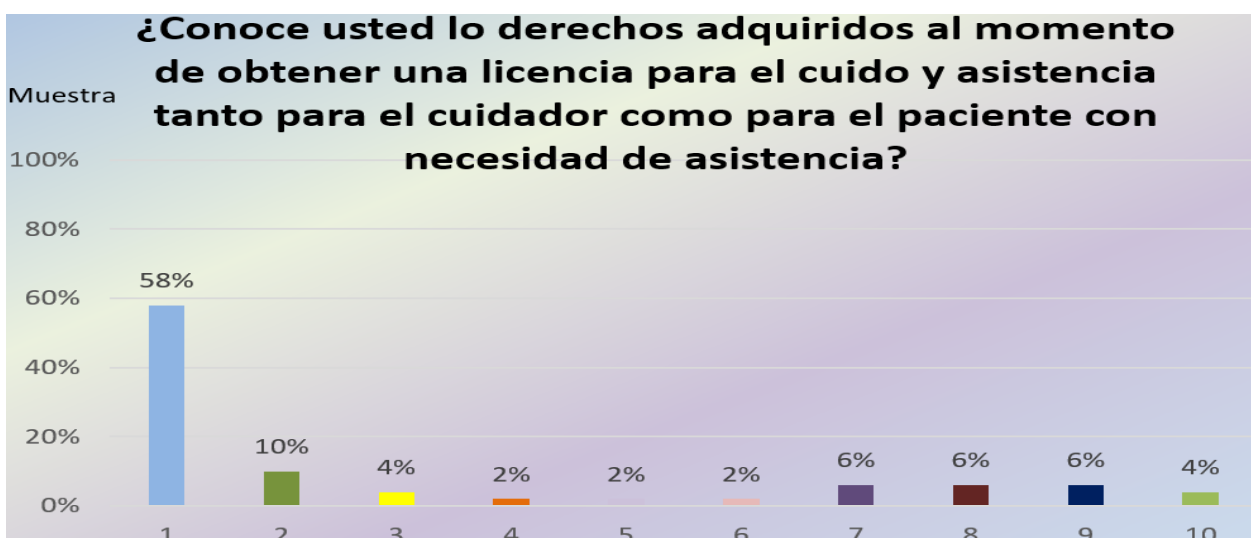
Se puede observar, de acuerdo con lo que presenta el gráfico de la pregunta 1°, que la muestra en un 64% está en el nivel 1° de la escala al consultar Si se tiene conocimiento de las obligaciones que adquiere al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia. Lo que indica poca noción respecto a licencia para el cuidado y asistencia. lo que se evidencia en los siguientes niveles de la escala de valor establecida en el instrumento dando resultados como un 12% en el nivel 2, un 10% en el nivel 3, un 6% en el nivel 4, un 2% en el nivel 5, un 4% en el nivel 6, el nivel 7 no obtuvo resultado, el nivel 8 no obtuvo resultado, el nivel 9 no obtuvo resultado y un 2% en el nivel 10.

Tabla 2 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	¿Conoce usted lo derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia?	58%	10%	4%	2%	2%	2%	6%	6%	6%	4%
TOTALES		29	5	2	1	1	1	1	1	1	3

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 2 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

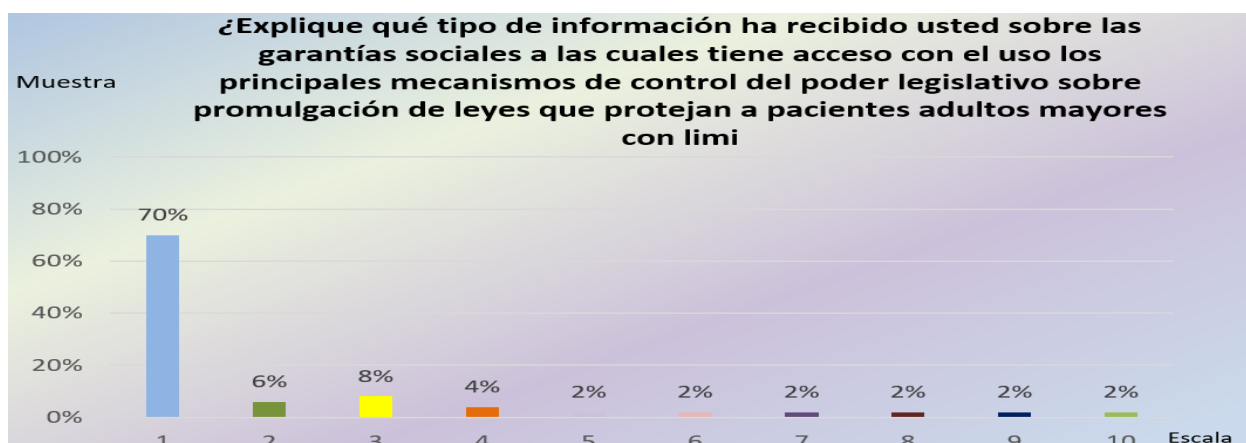
De acuerdo con la pregunta 2°, el 58% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar Conoce usted lo derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia, lo que evidencia que la mayor parte de la muestra no tiene conocimiento de los derechos que se adquieren al obtener una licencia para el cuidado, situación que se refleja en los diferentes niveles de la escala de valor que se utiliza dando resultados como un 10% en el nivel 2, un 4% en el nivel 3, un 2% en el nivel 4, un 2% en el nivel 5, un 2% en el nivel 6, un 6% el nivel 7, un 6% el nivel 8, un 6% en el nivel 9 y un 4% el nivel 10.

Tabla 3 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	¿Explique qué tipo de información ha recibido usted sobre las garantías sociales a las cuales tiene acceso con el uso los principales mecanismos de control del poder legislativo sobre promulgación de leyes que protejan a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	70%	6%	8%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
TOTALES		35	3	4	2	1	1	1	1	1	1

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 3 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

De acuerdo con la pregunta 3°, el 70% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultarles qué tipo de información han recibido sobre las garantías sociales a las cuales se tienen acceso, con el uso de los principales mecanismos de control del poder legislativo sobre promulgación de leyes que protejan a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, al respecto el 70% lo que evidencia es la falta de información que reciben los trabajadores ,situación que de igual manera se observa en cada una de las escalas de valor adjudicada a cada una de las respuesta ofrecidas por los trabajadores dando valores de un 6% en la nivel 2, un 8% en la nivel 3, un 4% en la nivel 4, un 2% en la nivel 5, un 2% en la nivel 6, un 2% en la nivel 7, un 2% en la nivel 8, un 2% en la nivel 9 y un 2% en la nivel 10

Tabla 4 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	¿Indique cuáles mecanismos implican la demanda de responsabilidad política para la asistencia y cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? describa brevemente alguno ellos especificando las referencias normativas (constitucionales o legislativas) que detallan su regulación y cuáles deben ser modificados?	10%	6%	8%	8%	2%	6%	4%	6%	10%	40%
TOTALES		5	3	4	4	1	3	2	3	5	20

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 4 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

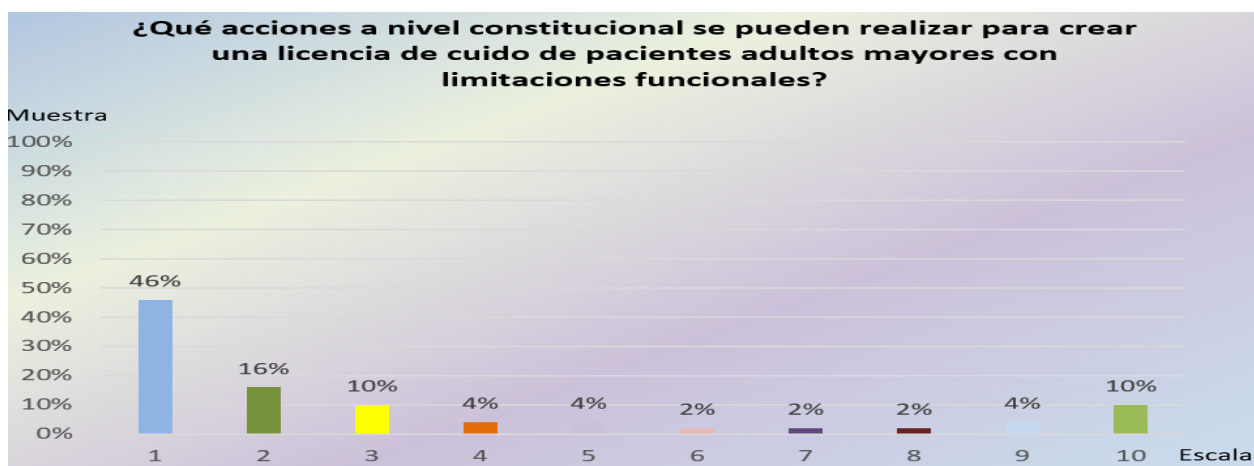
De acuerdo con el gráfico de la pregunta 4°, el 40% se encuentra en un nivel 10 de la escala al consultar cuáles mecanismos implican la demanda de responsabilidad política para la asistencia y cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, se solicita además se describa brevemente alguno ellos especificando las referencias normativas (constitucionales o legislativas) que detallan su regulación y cuáles deben ser modificados, el 40% lo que evidencia es que el trabajador conoce de estos ya cuando se encuentra en necesidad, siendo reflejado en los diferentes niveles de la escala dando resultados como un 10% en la nivel 1, un 6% en la nivel 2, un 8% en la nivel 3, un 8% en la nivel 4, un 2% en la nivel 5, un 6% en la nivel 6, un 4% en la nivel 7, un 6% en la nivel 8 y un 10% en la nivel 9.

Tabla 5 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	¿Qué acciones a nivel constitucional se pueden realizar para crear una licencia de cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	46%	16%	10%	4%	4%	2%	2%	2%	4%	10%
TOTALES		23	8	5	2	2	1	1	1	2	5

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 5 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Como se presenta en el gráfico de la pregunta 5°, el 46% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores qué acciones a nivel constitucional se pueden realizar para crear una licencia de cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales. Este 46% de la muestra tomada lo que evidencia es la gran desinformación que maneja el trabajador en temas de licencia de cuidado, lo que se constata con los diferentes resultados de la escala dando valores de un 16% en el nivel 2, un 10% en el nivel 3, un 4% en el nivel 4, un 4% en el nivel 5, un 2% en el nivel 6, un 2% en el nivel 7, un 2% en el nivel 8, un 4% en el nivel 9 y un 10% en el el nivel 10.

Tabla 6 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	¿Conoce usted si existen en el ordenamiento jurídico interno de su país leyes o normas de orden público o privado para la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	80%	10%	0%	0%	6%	2%	0%	0%	0%	2%
TOTALES		40	5	0	0	3	1	0	0	0	2

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 6 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Como se presenta en el gráfico de la pregunta 6°, el 80% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores si conocen si existen en el ordenamiento jurídico interno de su país leyes o normas de orden público o privado para la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, en ese 80% de los trabajadores lo que evidencia es el poco conocimientos que posee este tipo de cotizante sobre el ordenamiento jurídico interno de nuestro país, situación que es recalcada en las escalas obtenidas como respuesta queda un 10% en el nivel 2, un 0% en el nivel 3, un 0% en el nivel 4, un 6% en el nivel 5, un 2% en el nivel 6, un 0% en el nivel 7, un 0% en el nivel 8, un 0% en el nivel 9 y un 2% el nivel 10.

Tabla 7 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	¿Existen en Costa Rica disposiciones de rango constitucional que se refieran a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	66%	10%	2%	2%	0%	0%	4%	8%	6%	2%
TOTALES		33	5	1	1	0	0	2	4	3	1

Fuente: José Manzañares Pizarro.

Gráfico 7 de instrumento III



Fuente: José Manzañares Pizarro.

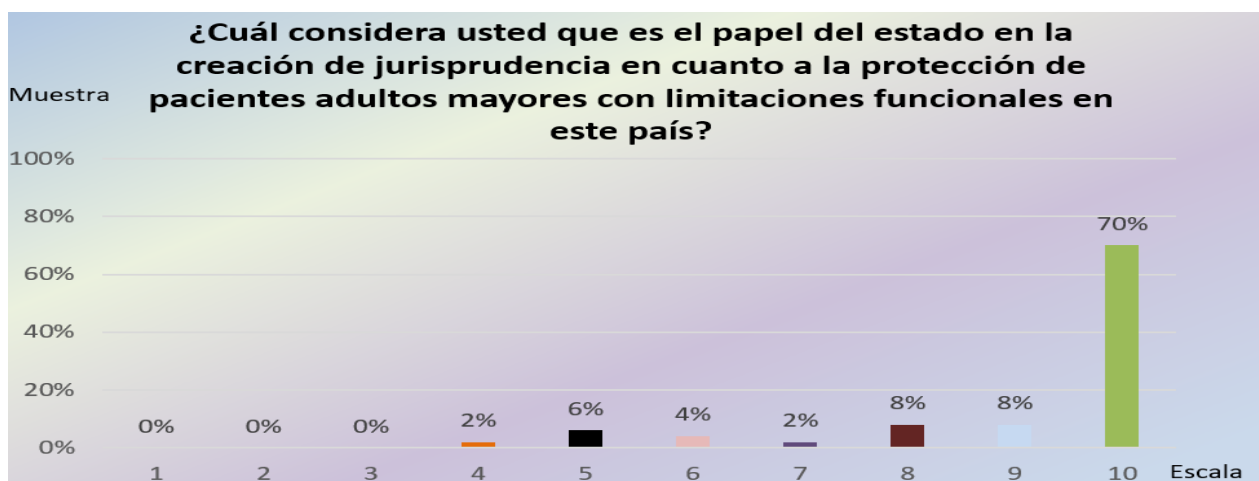
Como se presenta en el gráfico de la pregunta 7°, el 66% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores sobre la existencia en Costa Rica de disposiciones de rango constitucional que se refieran a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales. El resultado de ese 66% según la escala presentada, evidencia la poca noción que tiene este tipo de cotizante a la protección de pacientes adultos mayores, lo que se recalca en cada una de las escalas de valor dado un resultado de 10% en el nivel 2, un 2% en el nivel 3, un 2% en el nivel 4, un 0% en el nivel 5, un 0% en el nivel 6, un 4% en el nivel 7, un 8% en el nivel 8, un 6% en el nivel 9 y un 2% en el nivel 10 no obtuvo resultado.

Tabla 8 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	¿Cuál considera usted que es el papel del estado en la creación de jurisprudencia en cuanto a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en este país?	0%	0%	0%	2%	6%	4%	2%	8%	8%	70%
TOTALES		0	0	0	1	3	2	1	4	4	35

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 8 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

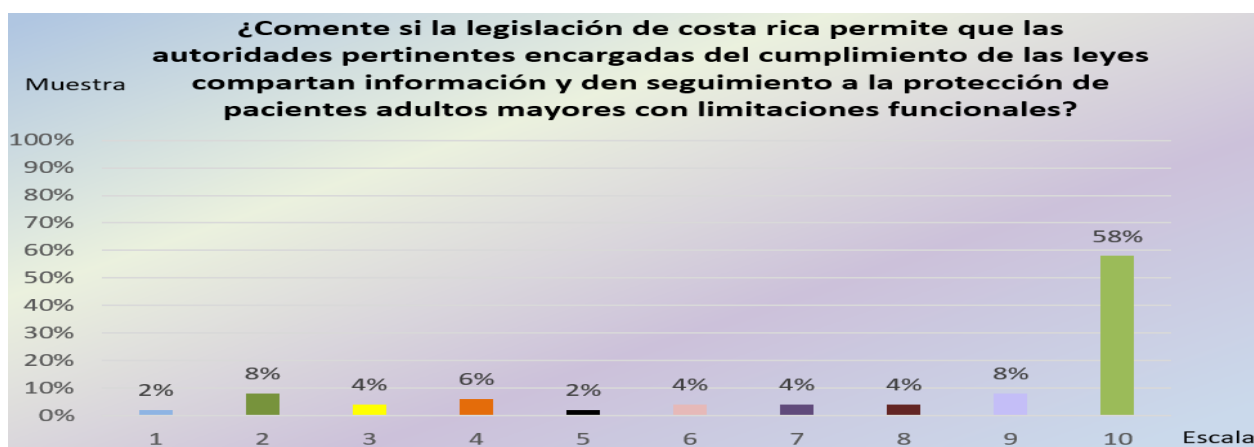
Como se presenta en el gráfico de la pregunta 8°, el 70% se encuentra en un nivel 10 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores cuál considera que es el papel del estado en la creación de jurisprudencia en cuanto a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en este país, el 70% de estos trabajadores consideran que dentro de las políticas del país debe existir una mayor participación estatal situación que se evidencia en los resultados de cada una de las escalas que son un 0% en la nivel 1, un 0% en la nivel 2, un 0% en la nivel 3, un 2% en la nivel 4, un 6% en la nivel 5, un 4% en la nivel 6, un 2% en la nivel 7, un 8% en la nivel 8, un 9% en la nivel 9.

Tabla 9 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	¿Comente si la legislación de Costa Rica permite que las autoridades pertinentes encargadas del cumplimiento de las leyes compartan información y den seguimiento a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?										
		2%	8%	4%	6%	2%	4%	4%	4%	8%	58%
TOTALES		1	4	2	3	1	2	2	2	4	29

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 9 de instrumento I



Fuente: José Manzanares Pizarro.

Como se presenta en el gráfico de la pregunta 9°, el 58% se encuentra en un nivel 10 de la escala al solicitarle a la muestra de trabajadores que comentaran si la legislación de Costa Rica permite que las autoridades pertinentes encargadas del cumplimiento de las leyes compartan información y den seguimiento a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, el 58% nos comentan que consideran que las leyes compartan información y den seguimiento a la protección de pacientes adultos mayores ,situación que se respalda por los resultados de este instrumento dando resultados de un 2% en la nivel 1, un 8% en la nivel 2, un 4% en la nivel 3, un 6% en la nivel 4, un 2% en la nivel 5, un 4% en la nivel 6,un 4% en la nivel 7, un 4% en la nivel 8, un 8% en la nivel 9.

Tabla 10 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	¿Cuál es la importancia que usted reconoce a la solicitud de información por parte las instituciones estatales relacionadas con la responsabilidad social del estado para generar una figura jurídica que respalde la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?										
		0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	90%
TOTALES		0	0	0	0	0	5	0	0	0	45

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 10 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

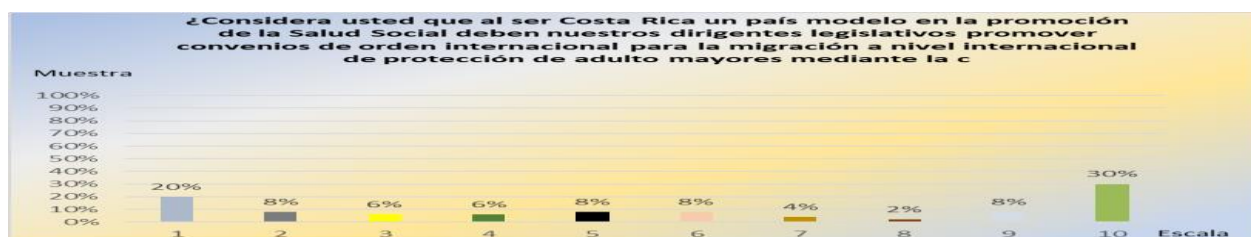
En los resultados obtenidos de la pregunta 10°, el 90% se encuentra en un nivel 10 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores cuál es la importancia que se debe dar a la solicitud de información por parte las instituciones estatales relacionadas con la responsabilidad social del estado para generar una figura jurídica que respalde la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, un 0% en la nivel 2, un 0% en la nivel 3, un 0% en la nivel 4, un 0% en la nivel 5, un 10% en la nivel 6, un 0% en la nivel 7, un 0% en la nivel 8, un 0% en la nivel 9 lo que evidencia la importancia de la participación institucional.

Tabla 11 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	¿Considera usted que al ser Costa Rica un país modelo en la promoción de la Salud Social deben nuestros dirigentes legislativos promover convenios de orden internacional para la migración a nivel internacional de protección de adulto mayores mediante la creación de ordenamiento jurídico en materia de protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?	20%	8%	6%	6%	8%	8%	4%	2%	8%	30%
TOTALES		10	4	3	3	4	4	2	1	4	15

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 11 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

En los resultados obtenidos de la pregunta 11°, el 20% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores considera usted que al ser Costa Rica un país modelo en la promoción de la Salud Social deben nuestros dirigentes legislativos promover convenios de orden internacional para la migración a nivel internacional de protección de adulto mayores mediante la creación de ordenamiento jurídico en materia de protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, lo que demuestra que los estudiados carecen del conocimiento que es de gran importancia que el estado genere ordenamiento jurídico en materia de protección de pacientes adultos mayores situación lo que se evidencia en cada uno de los niveles de la escala de valor utilizada dando resultados como un 8% en la nivel 2, un 6% en el nivel 3, un 6% en el nivel 4, un 8% en el nivel 5, un 8% en el nivel 6, un 4% en el nivel 7, un 2% en el nivel 8, un 8% en el nivel 9 y un 30% en el nivel 10.

Tabla 12 del Instrumento III

ITEMS	PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	¿Cuál es su percepción a cerca donde debería el estado adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social como lo fuera la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?										
		16%	12%	16%	10%	8%	22%	8%	6%	2%	0%
TOTALES		8	6	8	5	4	11	4	3	1	0

Fuente: José Manzanares Pizarro.

Gráfico 12 de instrumento III



Fuente: José Manzanares Pizarro.

En los resultados obtenidos de la pregunta 12° de este instrumento el 16% se encuentra en un nivel 1 de la escala al consultar a la muestra de trabajadores Cuál es la percepción acerca de donde debería el Estado adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social como lo fuera la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, lo que evidencia con los resultados obtenidos desconocimiento respecto de donde el estado debería adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social dando resultados en los diferentes niveles de un 12% en la nivel 2, un 16% en la nivel 3, un 10% en la nivel 4, un 8% en la nivel 5 , un 22% en la nivel 6 ,un 8% en la nivel 7, un 6% en la nivel 8, un 2% en la nivel 9 y el nivel 10 .

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De acuerdo con el análisis de los resultados de la investigación, se elaboran las siguientes conclusiones:

5.1.1. El presente trabajo es una recopilación sustancial de información que verifica la importancia de una reforma político-social que vincule a la comunidad con las decisiones que y que amplíe la participación de los ciudadanos y las instancias estatales en la generación de políticas públicas que generen el cambio cultural necesario para este grupo que condicionan la importancia de un adulto mayor en la sociedad y la mejora en su calidad de vida si se brinda de una asistencia oportuna.

5.1.2. La investigación realizada es un estudio descriptivo transversal que identifica el rol del Estado en la parte fundamental para la organización del país, pero al ser la población una de las partes integrantes del mismo, no se puede, ni se debe permitir, dejar de lado la responsabilidad del Estado en tener que brindarle a esa población, la calidad de vida requerida por estos pacientes con enfermedades crónicas, por lo que las instancias legislativas deben plantear un proyecto de ley como complemento a la normativa existente en protección del adulto mayor. Y así proporcionar herramientas e instrumentos jurídicos, prácticos e idóneos para proponer, tramitar y aprobar leyes que impulsen el desarrollo social, económico, cultural, religioso y político de la población de interés para esta investigación.

5.1.3. Es necesario examinar que tipo de reformas son necesarias, pues el dar reconocimiento real a la ciudadanía, a la población en general y ofrecer mayores oportunidades para la participación, tienen un efecto en mejoría de la calidad de vida no solo la expectativa de vida en la población, quien inevitablemente con mejores garantías se vuelve a la sociedad más inclusiva e proteccionista de los diferentes sectores que la conforman.

5.1.4. El análisis exhaustivo de la normativa costarricense, no se logró encontrar ninguna ley, tratado o grupo de artículos que regulara de manera específica la figura para el cuidado y protección de un adulto mayor. Por el contrario, existen una serie de normas que hacen referencia indirecta a la responsabilidad de sociedad solo para proteger derechos de inclusión y participación, esto aunque el envejecimiento saludable implica la capacidad de conservar y mantener la funcionalidad cognitiva y física por lo que la creación de una política estatal para las personas mayores debe tener como objetivo primordial, promover la participación de la dinámica social de la los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales por lo que se deben promover y mantener elementos determinantes al nivel familiar y legislativo que garantice una participación productiva en la esfera social de cada uno de estos pacientes.

5.1.5. La protección internacional de los derechos humanos a través de la promoción de convenios internacionales genera la necesidad del estado costarricense de adecuar las normativas con el fin de solventar necesidades y problemas que les impiden tener una vida digna y de calidad para las personas adultas mayores por lo

que los derechos fundamentales que en el ordenamiento jurídico interno del país se adecue a la realidad de vida de la población.

5.1.6. El conocimiento de sus derechos por parte del trabajador es de fundamental importancia, para hacerlos valer ante el empleador, sin embargo, su conocimiento de nada sirve si el trabajador no tiene los medios para hacerlos valer. lo que a su vez permite concientizar sobre la importancia de tomar acciones para tener los aportes que genera nuevos conocimientos relacionados con la redacción de textos para la mejora de las competencias tanto jurídicas como técnicas para presentar textos jurídicos ante el congreso de la república, se visualiza la importancia de la aplicación jurídica para el beneficio de la sociedad.

5.2 Recomendaciones:

5.2.1. Ante la ausencia normativa demostrada y ante el panorama de Costa Rica en este mundo globalizado, se hace urgente la necesidad dotar al país de un marco normativo capaz de tutelar la creación de una licencia de cuidado que es necesaria para protección de un sector de la población como lo son los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

5.2.2. Es clave que la Asamblea Legislativa regule y aplique otras figuras internacionales, que fortalezcan la seguridad jurídica de las personas en riesgo, al fomentar la implementación de programas de intervención para brindar mayores cuidados para la asistencia a las personas adultas mayores dependientes,

asegurando en lo posible una buena calidad de vida, conjuntamente con la familia y el equipo profesional de los diferentes niveles de atención, dentro de los sistemas sociales y de salud a nivel público y privado.

5.2.3. El Estado, a través de las instituciones y órganos encargados, implemente la infraestructura institucional y administrativa adecuada para suplir las necesidades y protección de las personas adultas mayores cuando no exista la persona idónea para ejercer el cuidado y determinar de forma precisa la intervención de redes de apoyo en este caso. generando una posible normativa que ampare los derechos de cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, buscando que la misma se convierta en un complemento jurídico del ordenamiento vigente a nivel nacional.

5.2.4. El Derecho Laboral en Costa Rica evoluciona lentamente, lo que hace importante se realice una revisión periódica de los diferentes tratados y convenios internacionales que han sido ratificados en materia laboral y de derechos humano, ya que dicha ratificación no necesariamente significa que la legislación interna del país haya sido adecuada a estos instrumentos, lo anterior con la finalidad de dar seguimiento a las recomendaciones ahí aprobadas y que los principios y derechos se apliquen efectivamente logrando con esto que nuestro Derecho Laboral evolucione, según los requerimientos sociales y se actualice garantizando el ejercicio de derechos fundamentales de las personas trabajadoras y los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

5.2.5. Se debe tomar en cuenta que si el Estado no se prepara y toma las medidas necesarias para afrontar el aumento exponencial de la población adulta mayor, las cifras se podrían volver imposibles o insostenibles para el estado, por lo que se debe establecer políticas públicas de información tendientes a generar campañas publicitarias a los ciudadanos en general sobre los beneficios y derechos otorgados por la nueva legislación creada, de tal forma que todas las personas trabajadoras y adultos mayores conozcan sus posibilidades de acceso a la justicia social, en especial para aquellas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

5.2.6. Sobre las políticas públicas, el país debe de concentrar sus esfuerzos de inversión, apoyo, y asistencia a las personas adultas mayores que sufran disminución de su capacidad funcional, por lo que es recomendable que el estado diseñe un programa de capacitación para todas las personas funcionarias que laboran en materia de atención primaria del adulto mayor para que, además de capacitar en el tema sustantivo de las licencias existentes, generar efectos en los resultados para identificar las medidas más efectivas, prioritarias sobre las inversiones futuras y de esa forma concentrar las medidas dirigidas a garantizar y promover sus derechos.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

6.1 Propuesta de creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales para la Caja Costarricense de Seguro Social para todo aquel trabajador que realiza su actividad en la Ciudad de Puntarenas, para así garantizar el acceso a la dignidad humana de un sector tan vulnerable de la sociedad costarricense.

6.1.1 Introducción

La seguridad social tiene un importante rol dentro de la realidad social de nuestro país, por lo que la protección de un sector con altos niveles de vulnerabilidad pero que contribuyen como un pilar social y familiar garantizando así a todos los ciudadanos, trabajadores o no, de un servicio por parte del estado costarricense en pro del apoyo y asistencia. Por cuanto los servicios que se prestan a través de diferentes instituciones estatales como lo es la Caja Costarricense de Seguro Social aun que tienen un costo y este ha sido trasladado por medio de normativa a los contribuyentes por medio de los diferentes modelos de aportación ciudadana.

En este sentido sobre el financiamiento de la seguridad social se entiende que la gran mayoría depende de las aportaciones que realizan los trabajadores sean asalariados, dependientes e independientes, los patronos y el estado. Mediante el análisis de los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos aplicados, se estableció que el principal objetivo de la propuesta es mejorar y mantener resultados positivos en el desarrollo de las políticas en la subvención para el ciudadano y protección de los adultos mayores. Ya que el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que

se llama el envejecimiento demográfico. Lo que se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad, generando que el sector adulto mayor con el paso del tiempo requiera mayor uso de los sistemas sociales y de asistencialismo ciudadano.

Por lo que se entiende que este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo no solo en Costa Rica si no también en América Latina de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Por lo que enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más angustia de la que tuvieron los países ricos los cuales cuentan con recursos a mayor disposición.

Por lo que al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene afectación en la persona, su familia y la comunidad en la que reside, así como nivel país por ser parte de la población en general, esto implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad y generar acciones a favor de las personas mayores aun sea un desafío para el Estado en sus nivel local y nacional.

Por lo que es también de gran trascendencia la participación del sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general asegurando el logro de cambios a favor de la igualdad y equidad social para así garantizar una vida digna durante el periodo de envejecimiento mediante la garantía de una asistencia oportuna y generalizada para siempre forjar una accesibilidad en los diferentes rasgos de la vida de este sector de la población.

6.1.2 Justificación.

La Caja Costarricense de Seguro Social como ente estatal es responsable de ofrecer servicios de calidad a todos los ciudadanos de nuestro país, entendiendo que no solo en la eficiencia de la asistencia de las prestaciones sociales que ofrece a la población, sino que también como representante del estado en materia de Seguridad Social, por lo que se debe de asegurar a los cotizantes la correcta fiscalización y control del manejo de los recursos que ingresan por lo que en materia normativa es a este ente al que le correspondería la administración y otorgamiento de todo aquel beneficio en pro de la salud ciudadana y la protección en situaciones de enfermedad o disminución de capacidades fisiológicas o psicológicas de los miembros de ciudadanía esto queda recalcado en el artículo 73° de la Constitución Política de Costa Rica el cual instituye "...Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales..." de igual forma el acceso a diferentes prestaciones se encuentra garantizada en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17 del 22 de Octubre, 1943 la que establece en su artículo 3° "...Las coberturas del Seguro Social -y el ingreso al mismo- son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que por esta ley se deban pagar, se calculará sobre el

total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal..." generándose según estos artículos la responsabilidad imperante que tiene esta la institución sobre la salvaguarda a nivel social de las garantías a en el ámbito laboral como de asistencialismo de todos los sectores poblacionales.

Es por lo que en materia de el envejecimiento poblacional el cual es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época ocasionando un aumento de personas de 65 y más años y el un aumento de los índices de enfermedades crónico-degenerativas e incapacidades. Lo que hace necesario Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable en ese sentido, ya que un envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas mayores sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad, mediante la promoción en el desarrollo de nuevas estrategias para la atención de sus necesidades de salud, trabajo, cuidados, protección social y convivencia intergeneracional, entre otras.

6.1.3 Objetivo General:

Proveer a la Caja Costarricense de Seguro Social, de una normativa útil para la creación de una licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, con el fin de generar protección especial administrativa

en favor de la persona adulta mayor ante escenarios que garanticen la vida, integridad y dignidad, en busca la protección anticipada del derecho bajo el régimen preventivo con el fin de atender las necesidades urgentes de los pacientes de edad avanzada y las personas involucradas con la asistencia directa de manera inmediata.

6.1.4. Objetivos específicos:

6.1.4.1. Estimular al estado en la creación legislación que fomente el respaldo y promoción de una licencia para mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores mediante un respaldo económico dirigido a aquel cuidador que por su predominancia familiar o afinidad esté interesado en fungir como procurador en la asistencia a aquella persona de la tercera edad que padezca una enfermedad que limite su capacidad funcional.

6.1.4.2. Generar una posible normativa que ampare los derechos de los adultos mayores con limitaciones funcionales y a los cuidadores con actividad económica que deseen dar asistencia y cuidado, buscando que la misma se convierta en un complemento jurídico del ordenamiento vigente a nivel nacional.

6.1.4.3. Formular un conjunto de recomendaciones jurídicas y económicas a la Asamblea Legislativa, las entidades Gubernamentales nacionales y locales encargadas del fomento y control de la protección al adulto mayor con limitaciones funcionales, para posicionar auxilio a este sector de la población, así como aquel trabajador cotizante protegido por el Seguro Social de nuestro país ya que todo trabajador es importante para actividad económica de nuestra nación.

6.1.4.4. Promover un cambio de actitudes y normativa para la adquisición de marco jurídico que respalde y proteja en mayor medida aquellos pacientes en edad avanzada con necesidad de asistencia y ciudadanos para mantener su acceso a servicios básicos y así mantener su inclusión continua en las diferentes actividades sociales.

6.1.5. Alcances.

6.1.5.1 Se entregará a la Caja Costarricense de Seguro Social una propuesta para proteger y brindar asistencia a una parte de la población nacional que se encuentre en la tercera edad y padezca alguna enfermedad que limite su inserción a nivel familiar y social.

6.1.5.2 La implementación de diferentes perspectivas que reformen toda aquella normativa dirigida a la protección del adulto mayor mediante la creación de proyectos de ley, los cuales son herramientas e instrumentos jurídicos, prácticos e idóneos para proponer, tramitar y aprobar leyes que impulsen la inclusión en el desarrollo social, económico, cultural, religioso y político de este sector vulnerable de la sociedad.

6.1.5.3. Dar a conocer un posible proyecto de ley o reforma para todas aquellas personas activas laboralmente que desean con su participación en la dinámica de contribución familiar generar un mejoramiento en la calidad de vida de aquel adulto mayor, además se pretende incentivar el proponer proyectos de ley que les garanticen el no aislamiento y el acceso al desarrollo social de personas que se encuentra en la etapa de la tercera edad con padecimientos que disminuyen la capacidad funcional en el adulto mayor.

6.1.5.4. Se pretende la generación de compromisos de las diferentes autoridades e instituciones relacionadas con la toma de decisiones de la política nacional para así redireccionar la intención legislativa en pro de generar una reforma que proteja las garantías sociales y genere una evolución en los derechos laborales en promoción de la protección de la ciudadanía que se encuentra en la tercera edad con alguna limitación funcional.

6.1.6. Meta.

Proporcionar a la Caja Costarricense de Seguro Social de una propuesta para ser aplicada en busca de brindar un respaldo jurídico y reglamentario que fomente la creación de una licencia para ser utilizada por aquel trabajador bajo un régimen laboral público, privado o trabajador independiente para que mantenga un ingreso equivalente durante el periodo que deba garantizar de forma efectiva, directa el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales garantizando, así la accesibilidad a una calidad de vida digna .

Intervención:

- Función del constituyente: Su participación se da través de aquella contribución solidaria al régimen puede realizar reformas a la Constitución Política; la función legislativa: a través de ella elabora las leyes, las interpreta, las reforma o en algunos casos las deroga.
- Función de control político, por la cual, puede llamar e interrogar a los ministros y demás autoridades a fin de conocer sus actuaciones dentro del cargo y las acusaciones que se les formulen.
- Función judicial: Por tratarse de la creación no solo de un beneficio social, sino también un derecho en materia laboral el juzgado competente en la materia de cumplimiento normativo será el Poder Judicial mediante los diferentes

juzgados laborales de este organismo estatal. Por lo que este puede ejercer una función jurisdiccional en forma excepcional para juzgar, desde el punto de vista público.

- Función de puestos de elección en el control normativo: le corresponde elegir al Contralor General de la República, Procurador General de la república, Magistrados de la Corte Constitucional y de la Sala Jurisdiccional, la Defensoría de los habitantes, la generación de evolución en materia de asistencia a la ciudadanía, así como en materia de derecho laboral.
- Función administrativa: Le correspondería a la Caja Costarricense de Seguro Social la cual como institución autónoma al cual constitucionalmente se le Confiero la potestad de ente fiscalizador y promoción en materia de seguridad social, así como entidad receptora de las aportaciones obrero-patronales e intermediación con otras entidades con fines de responsabilidad y asistencia sociales. Amparado en los artículo: Artículo 22° "...Los ingresos del Seguro Social se obtendrán, en el caso de los trabajadores dependientes o asalariados, por el sistema de triple contribución, a base de las cuotas forzosas de los asegurados, de los patronos particulares, el Estado y las otras entidades de Derecho Público cuando estos actúen como patronos, además, con las rentas señaladas en el artículo 24...Los ingresos del Seguro Social que correspondan a los trabajadores independientes o no asalariados se obtendrán mediante el sistema de cuotas establecido en el artículo 3 de esta ley..." (Ley Constitutiva de la C.C.S.S. N.º17, 1943)
- Función de control público: Será ejercida por cualquier persona para que rinda declaraciones sobre asuntos o hechos que legitímese la necesidad de aplicación u otorgamiento de los beneficios que genere la propuesta.

- **Función de financiamiento:** Al ser las licencias un beneficio regido bajo los principios de asistencia estatal, el principio de la primacía de la persona, justicia social, principio de solidaridad, principio de amor social, principio de subsidiaridad y el principio de autoridad, es que se debe aplicar un sistema de triple contribución base de las cuotas forzosas de los asegurados directos, los patronos públicos y privados particulares, el Estado mediante las entidades de derecho público en cuando a materia de asistencialismo se refieren.

Financiamiento de la propuesta:

Se proyecta una financiación Tripartita la aportación estatal al costo de la seguridad social no puede considerarse como cotización o cuota, se trata de un financiamiento, en atención al fin público, con cargo al Presupuesto Nacional. La contribución obligatoria que se realizará es ineludible para todas aquellas personas incluidas dentro del Régimen de reparto que administra la C.C.S.S y las cuotas de los patronos. Así como el estado mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinará un medio por ciento (0.5%), que se traspasará a la Caja Costarricense de Seguro Social, para cubrir el costo de los subsidios otorgados con base al otorgamiento de las licencia para el cuidado para lo cual se promueve la creación por parte de la administración pública mediante la creación de un impuesto que afecte a las utilidades globales generadas por las Operadoras de Pensiones complementarias creadas por Ley de Protección al Trabajador N° 7983 del el 18 de febrero del 2000 , afectando a dichas utilidades anuales en un 0.5% el cual será trasladado al el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares el 01

de enero al concluir el periodo fiscal del año anterior. De existir algún superávit después de cubrir los gastos anuales a que se refiere esta licencia, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá reintegrar los sobrantes no aplicarlos y exclusivamente presentar un reporte financiero del remanente para ser depositado a cuentas del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Unidad Ejecutora:

Sub-Área Prestaciones en Dinero; Área Tesorería General; Dirección Financiero Contable; Gerencia Financiera, Subárea Asesoría Prestaciones en Dinero; para efectos de otorgamiento: Centros Médicos de la CCSS (Gerencia Médica).

Cobertura geográfica: El territorio Nacional.

Características de la ejecución:

Es del tipo Centralizada/Local. En el nivel de oficinas centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social la cual realizara el pago, registro contable y control de los subsidios, mientras que en los diferentes centros de salud adscritos a la institución tramitaran, autorizaran y darán seguimiento a las licencias de cuidado otorgadas para el disfrute de todo aquel trabajador que lo requiera.

Mecanismos de corresponsabilidad:

El programa tiene el objetivo y responsabilidad de proveer a todo aquel trabajador que requiera una licencia de cuidado y un subsidio que garantice un ingreso equiparable al generado por su actividad económica habitual, es decir una suma de

dinero para cuidar a un paciente adulto mayor con limitación funcional. El trabajador activo asalariado al obtener por su parte dicho beneficio, genera un compromiso solidario y humanitario para brindar los cuidados, asistencia, protección necesarios al paciente por el cual se otorga el subsidio que le concede la institución, por lo que no es procedente ninguna otra retribución que genere duplicidad en beneficios.

Recurso humano involucrado en la gestión y ejecución:

Todo aquel personal trabajador de la Caja Costarricense de Seguro Social que en representación de las diferentes instancias poseen injerencia en la gestión directa para el otorgamiento, fiscalización, financiamiento y control del derecho a la licencia de cuidado.

6.1.7. Propuestas a Implementar.

6.1.7.1. Propuesta I

Propuesta de Reforma de la Ley 7756 de 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta N°. 192 de 05 de octubre del 2007.

Objetivo: Reforzar el beneficio de la figura jurídica de las licencias de cuidado y asistencia para que no solo abarque a aquella persona en el pago de subsidios a asegurados activos asalariados designados como responsables para cuidar a un enfermo en fase terminal, sino también a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

Modificación:

Se deberá modificar aquellos artículos directamente ligados a establecer qué sector de la población es cubierto por la ley en mención ,de igual forma se deberá incluir la obtención de recursos frescos que permitan obtener el presupuesto ordinario suficiente para garantizar el mayor acceso de la población meta, en igual medida deberá realizarse modificación al 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) para así garantizar la máxima protección del sector de población de interés.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA**PROYECTO DE LEY**

**Reforma de los artículos 1,3,4,7,10 de la Ley 7756 de 20 de marzo de 1998,
reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta N°. 192 de 05 de octubre del
2007.**

**XXXXXXXXX
XXXXXX
XXXX
DIPUTADOS**

EXPEDIENTE N.º XXXX

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
UNIDAD DE PROYECTOS, EXPEDIENTES Y LEYES**

PROYECTO DE LEY

Expediente N°. XXXX

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

La presente iniciativa tiene por finalidad realizar unas reformas al modificar unos artículos a la Ley 7756 de 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta N°. 192 de 05 de octubre del 2007. con el fin de proporcionarle los mecanismos necesarios para poder garantizar los procesos operativos de la Caja Costarricense de Seguro Social para el otorgamiento de creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

Proponer este proyecto de ley como complemento de la ley general Ley 7756 con el objeto de incentivar el fomento, desarrollo, sostenibilidad, seguridad social, generando mayor inclusividad, así como protección a la población adulta mayor. Ya que Las enfermedades crónicas son consideradas una epidemia del siglo XXI, causando 80% de las muertes en países de bajos recursos; así la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus ocupan, el segundo y tercer lugar de enfermedades con mayor prevalencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Latinoamérica. El impacto en los pacientes que las padecen los ha obligado a modificar conductas, para mejorar la calidad de vida, haciendo alusión a la valoración propia, frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

Estamos viviendo una globalización del envejecimiento, en la que cada segundo dos personas cumplen 65 años, lo cual genera profundas repercusiones

sociales, económicas, políticas, culturales y de salud. En América Latina y el Caribe las tendencias son similares; se espera que al 2025 lleguen a 100 millones (15 %) y 25 % (183,7 millones) para 2050. La vejez sin duda se generan cambios que se evidencian en una disfunción cognitiva, principalmente ejecutiva, la cual afecta la memoria operativa, flexibilidad cognitiva y atención dividida o selectiva. Es importante considerar que la disminución de funciones cognitivas asociadas a la edad contribuye a la pérdida de la funcionalidad, autonomía e independencia, porque el rendimiento cognitivo se relaciona directamente con la capacidad funcional en actividades de la vida diaria.

La mayoría de las personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente, con la posibilidad de intervenir, atenuar y contrastar los efectos de desgaste para seguir desempeñando por sí mismos sus actividades diarias. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional, satisfacción personal y que el número y calidad de los años que los adultos mayores pueden vivir sin discapacidad han llevado al desarrollo de "expectativas de vida autónoma". Sin embargo, a medida que la edad avanza, la independencia funcional se va comprometiendo. Ya que el envejecimiento desde lo biofisiológico es el resultado del proceso de desarrollo degenerativo y declive, caracterizado por descenso de funcionalidad fisiológica, que implica disminución progresiva de la capacidad y potencialidad lo que hace evidente la mediación de terceros que coadyuven al adulto mayor a mantener un nivel que se acerque a una vida digna.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, someto a consideración de las señoras y señores diputados el presente proyecto de ley:

Reforma de los artículos 1,3,4,7,10 de la Ley 7756 de 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta n°. 192 de 05 de octubre del 2007. la cual será conocida como beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal, personas menores de edad gravemente enfermas y pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.	
Artículo Actual	Propuesta de Modificación
<p>Artículo 1- Licencia y subsidio</p> <p>Toda persona activa asalariada que, por el procedimiento señalado en esta ley, se designe responsable de cuidar a un paciente en fase terminal o a una persona menor de edad gravemente enferma gozará de licencia y subsidio en los términos que adelante se fijan, siempre que no medie retribución alguna.</p> <p>En la planificación presupuestaria anual de los subsidios indicados y según la provisión de los recursos financieros disponibles para estos efectos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el ejercicio de su autonomía administrativa, siempre procurará que los fondos que se destinen al otorgamiento del beneficio a los responsables de los pacientes en fase terminal sean suficientes para cubrir la demanda de ese año, para lo cual realizará los análisis y las proyecciones financieras necesarios, según lo estime conveniente.</p> <p>(Así reformado por el artículo 2° de la Ley para garantizar el interés superior del niño, niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente</p>	<p>Artículo 1- Licencia y subsidio</p> <p>Toda persona activa asalariada que, por el procedimiento señalado en esta ley, se designe responsable de cuidar a un paciente en fase terminal, a una persona menor de edad o pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales gravemente enferma gozará de licencia y subsidio en los términos que adelante se fijan, siempre que no medie retribución alguna.</p> <p>En la planificación presupuestaria anual de los subsidios indicados y según la provisión de los recursos financieros disponibles para estos efectos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el ejercicio de su autonomía administrativa, siempre procurará que los fondos que se destinen al otorgamiento del beneficio a los responsables de los pacientes en fase terminal o con limitaciones funcionales sean suficientes para cubrir la demanda de ese año, para lo cual realizará los análisis y las proyecciones</p>

<p>enferma, N° 9470 del 22 de agosto del 2017)</p>	<p>financieras necesarios, según lo estime conveniente.</p>
<p>Artículo 3.- Pacientes en fase terminal y personas menores gravemente enfermas</p> <p>Se considerarán en fase terminal los pacientes que presenten una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implique la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su expectativa de vida sea menor o igual a seis meses, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de vida.</p> <p>Las personas menores de edad gravemente enfermas son aquellas que sufren una enfermedad con efectos significativos en su salud, la cual pone al paciente en riesgo de muerte, 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.</p> <p>(Así reformado por el artículo 2° de la Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma, N° 9470 del 22 de agosto del 2017)</p>	<p>Artículo 3.- Pacientes en fase terminal, personas menores gravemente enfermas y pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales</p> <p>Se considerarán en fase terminal los pacientes que presenten una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implique la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su expectativa de vida sea menor o igual a seis meses, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de vida.</p> <p>Los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales son aquellos que padecen enfermedades comorbilidades que le impiden realizar sus actividades diarias.</p> <p>Las personas menores de edad gravemente enfermas son aquellas que sufren una enfermedad con efectos significativos en su salud, la cual pone al paciente en riesgo de muerte, 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.</p>
<p>Artículo 4- Plazo</p> <p>La licencia y el subsidio se otorgarán por el plazo en que el médico declare al paciente en fase terminal, o bien, por el que</p>	<p>Artículo 4- Plazo</p> <p>La licencia y el subsidio se otorgarán por el plazo en que el médico declare al paciente en fase terminal, al</p>

<p>determine el médico tratante que declare a las personas menores de edad en condición de gravemente enfermas.</p> <p>Durante este lapso, la licencia se renovará cada treinta días calendario y podrá ser levantada antes de su vencimiento, a juicio del médico tratante.</p> <p>(Así reformado por el artículo 2° de la Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma, N° 9470 del 22 de agosto del 2017)</p>	<p>adulto mayor con limitaciones funcionales o bien, por el que determine el médico tratante que declare a las personas menores de edad en condición de gravemente enfermas.</p> <p>Durante este lapso, la licencia se renovará cada treinta días calendario y podrá ser levantada antes de su vencimiento, a juicio del médico tratante.</p>
<p>Artículo 7- Procedimiento para otorgar la licencia</p> <p>El procedimiento para otorgar esta licencia será el siguiente:</p> <p>a) A solicitud del enfermo o la persona encargada, en el caso de la persona menor de edad el médico tratante extenderá un dictamen en el cual se determine la fase terminal o la enfermedad grave.</p> <p>b) 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 respectiva autorización, la cual estará a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.</p> <p>c) De conformidad con la autorización anterior, la dirección médica correspondiente, conforme al lugar de adscripción del trabajador responsable designado, ordenará la emisión de la constancia de licencia pertinente.</p> <p>(Así reformado por el artículo 2° de la Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente</p>	<p>Artículo 7- Procedimiento para otorgar la licencia</p> <p>El procedimiento para otorgar esta licencia será el siguiente:</p> <p>a) A solicitud del enfermo o la persona encargada, en el caso de la persona menor de edad el médico tratante extenderá un dictamen en el cual se determine la fase terminal, limitaciones funcionales o la enfermedad grave.</p> <p>b) 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 respectiva autorización, la cual estará a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades.</p> <p>c) De conformidad con la autorización anterior, la dirección médica correspondiente, conforme al lugar de adscripción del trabajador responsable designado, ordenará la emisión de la constancia de licencia pertinente.</p>

<p>enferma, N° 9470 del 22 de agosto del 2017)</p>	
<p>Artículo 10°- Cobertura de costos</p> <p>Del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinará un medio por ciento (0.5%), que se traspasará a la Caja Costarricense de Seguro Social, para cubrir el costo de los subsidios otorgados con base en esta ley y el costo por su administración, de acuerdo con el reglamento que dictará para el efecto.</p> <p>De existir algún superávit después de cubrir los gastos a que se refiere el párrafo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social podrá destinar los sobrantes para aplicarlos, exclusivamente, a ayudar al financiamiento de la construcción del edificio para el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y luego, de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos que integran la red de apoyo del Centro citado. Asimismo, podrá destinarlos al equipamiento de esos mismos centros de salud; todo con el propósito de mejorar la atención integral de los pacientes que sufren por dolor o se encuentran en estado terminal, por cáncer u otras enfermedades incurables.</p> <p>(Así adicionado el párrafo anterior por el artículo único de la Ley 8584 del 21 de marzo de 2007)</p> <p>Para los efectos del párrafo precedente de este artículo, se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social para que destine los excedentes generados por la presente Ley desde el 20 de marzo de 1998."</p> <p>(Así adicionado el párrafo anterior por el artículo único de la Ley 8584 del 21 de marzo de 2007)</p>	<p>Artículo 10°- Cobertura de costos</p> <p>Del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinará un uno por ciento (1%), que se traspasará a la Caja Costarricense de Seguro Social, para cubrir el costo de los subsidios otorgados con base en esta ley y el costo por su administración, de acuerdo con el reglamento que dictará para el efecto.</p> <p>De existir algún superávit después de cubrir los gastos a que se refiere el párrafo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social podrá destinar un cincuenta por ciento (50%) de los sobrantes para aplicarlos, exclusivamente, a ayudar al financiamiento de la construcción del edificio para el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y luego, de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos que integran la red de apoyo del Centro citado. Asimismo, podrá destinarlos al equipamiento de esos mismos centros de salud; todo con el propósito de mejorar la atención integral de los pacientes que sufren por dolor o se encuentran en estado terminal, por cáncer u otras enfermedades incurables. El otro cincuenta por ciento (50%) de los sobrantes será trasladado a el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares el 01 de enero al concluir el periodo fiscal del año anterior.</p> <p>Para los efectos del párrafo precedente de este artículo, se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social para que destine los excedentes generados por la</p>

presente Ley desde el 20 de marzo de 1998."

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 nº 192 de 05 de octubre del 2007) se renombrará **Instructivo: Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal y pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales. (Ley 7756 de 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600, publicada en la Gaceta nº 192 de 05 de octubre del 2007)**

Artículo Actual	Propuesta de Modificación
<p>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 Nº 56 del día viernes 20 de marzo de 1998. De acuerdo con lo establecido en el artículo Nº 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.</p>	<p>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 o pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales, siempre que se trate de una colaboración y no medie retribución alguna, se fundamenta en la ley 7756 publicada en la Gaceta Nº 56 del día viernes 20 de marzo de 1998. De acuerdo con lo establecido en el artículo Nº 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.</p>
<p>Artículo 2º Del objetivo.</p> <p>El presente instructivo tiene por objeto establecer los procedimientos administrativos y contables relacionados con el otorgamiento, control y pago de los subsidios</p>	<p>Artículo 2º Del objetivo.</p> <p>El presente instructivo tiene por objeto establecer los procedimientos administrativos y contables relacionados con el otorgamiento, control y pago de los subsidios</p>

<p>derivados de la ley 7756 y sus reformas “Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal”.</p>	<p>derivados de la ley 7756 y sus reformas “Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal o pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales”.</p>
<p>Artículo 3º De las definiciones.</p> <p>De acuerdo con lo que señala la ley, se entiende como:</p> <p>Paciente en fase terminal: Persona cuya expectativa de vida es igual o menor a seis meses, a criterio del médico tratante.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Licencia: Periodo de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja Costarricense de Seguro Social al</p>	<p>Artículo 3º De las definiciones.</p> <p>De acuerdo con lo que señala la ley, se entiende como:</p> <p>Paciente en fase terminal: Persona cuya expectativa de vida es igual o menor a seis meses, a criterio del médico tratante.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Licencia: Periodo de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja Costarricense de Seguro Social al trabajador asalariado, con la finalidad</p>

<p>trabajador asalariado, con la finalidad de que cuide a un paciente en fase terminal.</p> <p>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 den cuidarlo durante su enfermedad.</p> <p>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.</p>	<p>de que cuide a un paciente en fase terminal.</p> <p>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 den cuidarlo durante su enfermedad.</p> <p>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.</p> <p>Pacientes adultos mayores: persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes de para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodege nerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria.</p> <p>Limitaciones funcionales: Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales.</p>
<p>Artículo 4º Del trámite de las licencias.</p> <p>El procedimiento para otorgar la licencia se inicia con la solicitud del enfermo o de la persona encargada en</p>	<p>Artículo 4º Del trámite de las licencias.</p> <p>El procedimiento para otorgar la licencia se inicia con la solicitud del enfermo o de la persona encargada en</p>

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 o pacientes adultos mayores con limitación funcional.</p> <p>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.</p>
<p>Artículo 5º De la autorización de las licencias.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 5º De la autorización de las licencias.</p> <p>Una vez designado el responsable de cuidar al paciente y con base en el dictamen antes citado, donde se determina la fase terminal limitación funcional del adulto mayor, 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.</p> <p>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.</p>
<p>Artículo 7º De los plazos y condiciones</p>	<p>Artículo 7º De los plazos y condiciones</p>

<p>de las licencias</p> <p>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:</p> <p>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.</p>	<p>de las licencias</p> <p>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:</p> <p>Leyenda “FASE TERMINAL O LIMITACIÓN FUNCIONAL” 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.</p>
<p>Artículo 9º De los responsables designados.</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 9º De los responsables designados.</p> <p>El trabajador activo asalariado que resulte designado para cuidar un paciente en fase terminal O ADULTO MAYOR CON LIMITACIÓN FUNCIONAL 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.</p>
<p>Artículo 10º Del cambio de responsable designado.</p> <p>El responsable designado para cuidar a un paciente en fase terminal puede</p>	<p>Artículo 10º Del cambio de responsable designado.</p> <p>El responsable designado para cuidar a un paciente en fase terminal O</p>

<p>ser sustituido cuando se den algunas de las siguientes circunstancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>	<p>ADULTO MAYOR CON LIMITACIÓN FUNCIONAL puede ser sustituido cuando se den algunas de las siguientes circunstancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>
<p>Artículo 13º De la simultaneidad de pagos.</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 13º De la simultaneidad de pagos.</p> <p>No procede el pago simultáneo de subsidios por licencias para responsables de pacientes en fase terminal O ADULTO MAYOR CON LIMITACIÓN FUNCIONAL, 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.</p>

6.1.7.2 Propuesta II

PROYECTO DE LEY

LEY PARA DAR ACCESO A FINANCIAMIENTO Y CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Objetivo: Generar la figura normativa para el ordenamiento jurídico costarricense que respalde desde el ámbito legal y garantice el financiamiento de una licencia para el cuidado y asistencia a aquella persona trabajadora la cual tiene a cargo a un paciente adulto mayor con limitaciones funcionales mediante el pago de un subsidio que sustituya proporcionalmente el ingreso que poseía el asegurado anterior su responsabilidad de asistencia.

Justificación:

Para que la mayoría de las personas mayores con limitaciones funcionales y de escasos recursos pueda superar obstáculos generados por sus padecimientos y contar con la asistencia familiar necesaria para realizar sus actividades diarias, y así se les permitan tener una vejez plena, sólo se requiere la voluntad política, dado el carácter sencillo y costo efectivo de las intervenciones preventivas requeridas. Al mismo tiempo, para mejorar simultáneamente la calidad de la atención a la minoría física y mentalmente de aquel adulto mayor dependiente, así como generar recursos

frescos que permitan obtener el presupuesto ordinario suficiente para garantizar el mayor acceso de la población meta, así como garantizar la máxima protección del sector de población de interés.

Siendo que paulatinamente la legislación y la jurisprudencia nacional, regional y mundial, han ido adoptando para sí ciertos parámetros, logrando crear conciencia de la necesidad de fortalecer la posición de los ancianos frente a los demás y respecto de sus circunstancias de pobreza y enfermedad, e incluso respecto de sí mismos, a fin de evitar autoaislamientos y desintegración. es que se insta a la creación de una normativa como lo es la creación de la ley para dar acceso a financiamiento y creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales para la caja costarricense de seguro social y su instructivo: beneficio para los responsables de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

PROYECTO DE LEY

**LEY PARA DAR ACCESO A FINANCIAMIENTO Y CREACION DE LICENCIA
PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE
SEGURO SOCIAL.**

**XXXXXXXXX
XXXXXX
XXXX
DIPUTADOS**

EXPEDIENTE N.º XXXX

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
UNIDAD DE PROYECTOS, EXPEDIENTES Y LEYES**

PROYECTO DE LEY

Expediente N°. XXXX

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

La presente iniciativa tiene por finalidad crear una normativa viable con el ordenamiento jurídico de nuestro país al poner a disposición un cuerpo jurídico que cree una figura legal que proteja al adulto mayor y a sus familiares directos o cuidadores responsables

Se pretende crear esta figura generando mayor protección de los derechos humanos como lo son el reconocimiento de la igualdad, libertad y dignidad universal, absoluta, e inalienable de los seres humanos, y que por lo tanto expresan las condiciones en que deben vivir y desarrollarse las personas. Por lo que, al ser los derechos humanos inherentes a la calidad del ser humano, toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad, u otra condición que posean tutelándolos mediante el derecho positivo protegiendo a los individuos y algunos grupos sociales en particular, contra las actuaciones u omisiones que los vulneren. Por tanto, para que los derechos humanos, que son interrelacionados e interdependientes, no sean violentados o menoscabados, éstos deben ser reconocidos positivamente por los ordenamientos jurídicos, haciendo posible y asegurando el desarrollo integral del ser y la dignidad humanos mediante la generación de mayores garantías y evolución de la normativa existente.

Debido a las dificultades socioeconómicas de las personas mayores se suman, en muchos casos, las generadas por sus redes de apoyo las cuales poseen codependiente, por lo que la creación de un cuerpo normativo que resguarde el acceso a ese derecho de los cuidadores genera una repercusión directa en la calidad de vida de la mayoría de las personas mayores de escasos recursos para que así se pueda superar algunos obstáculos y contar con los insumos, ya identificados en este proyecto.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, someto a consideración de las señoras y señores diputados el presente proyecto de ley:

LEY PARA DAR ACCESO A FINANCIAMIENTO Y CREACION DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA,

DECRETA:

Artículo 1°. **Objeto.**

Establecer un régimen especial para el fomento, desarrollo social y económico, sostenibilidad en el tiempo, de una licencia de cuidado para aquel trabajador activo que posee a su cargo el cuidado y protección de un adulto mayor con una enfermedad que limite su capacidad funcional.

Artículo 2°. **ámbito de aplicación.**

Se aplica a Toda persona activa asalariada que, por el procedimiento señalado en esta ley, se designe responsable de cuidar a un paciente adulto mayor con una enfermedad que limite su capacidad funcional

Artículo 3°. **Principios rectores.**

Principio de Independencia: Las personas adultas mayores deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales. Acceso a programas educativos y de formación adecuados.

Principio de Participación: Las personas adultas mayores deberán permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.

Principio de Cuidados: Las personas adultas mayores deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

Principio Autorrealización: Las personas adultas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial. Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Principio Dignidad: Las personas adultas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales. Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su condición.

Principio participación social: Como seguro universal, el Seguro de Salud procura, para su mejor desarrollo, la acción solidaria de la comunidad con su gestión y con la distribución de su patrimonio social.

Principio Subsidiariedad estatal: el Estado puede realizar subsidiariamente actividad económica, directa o indirecta, por razón de alto interés público o de manifiesta conveniencia nacional, debe invertir para mejorar los caminos de acceso a la ciudad.

Principio de igualdad: trato de las personas de manera que ante situaciones iguales se otorgue el mismo trato y en situaciones desiguales se favorezca un trato distinto a las personas.

Artículo 4° Definiciones.

Persona adulta mayor: toda persona de sesenta y cinco años o más.

Atención Integral: satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias.

Norma: disposición de uso común y repetitivo, emitida por un órgano reconocido y dirigida al logro de un grado óptimo de orden en los servicios de atención destinados a las personas adultas mayores.

Asistencia social: es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad,

desprotección o desventaja física y mental hasta lograr su incorporación a la familia, incidiendo en la satisfacción de las necesidades integrales de los adultos mayores.

Envejecimiento activo: es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental, durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y calidad de vida en la vejez. esta definición no contempla en el envejecimiento solo la atención sanitaria, sino que incorpora los factores sociales, económicos y culturales.

Familiar: aquel vínculo o relación interpersonal de una persona con el adulto mayor cuya sujeción está basada en los lazos consanguíneos o filiales que se hayan generado entre sí, durante el transcurso del tiempo.

Deficiencia: toda pérdida o anomalía de una estructura o una función psicológica, fisiológica o anatómica. puede ser temporal o permanente, según esta clasificación la deficiencia podrá ser intelectual, psicológica, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión..., visceral, musculoesquelética, desfiguradora, generalizada, sensitiva y otras deficiencias.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Limitaciones en la actividad: entendidas como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparada con la manera, extensión o intensidad en que se espera que se realizara una persona sin esa condición de salud. esta expresión sustituye al término “discapacidad”

Calidad de vida: percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Cuidar: es una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona hasta que pueda valerse por sí misma (autonomía) o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales.

La familia: es la base social en la que se apoyan todos sus miembros, es aquí donde se satisfacen las necesidades físicas, mentales, económicas, de apoyo y atención.

Asegurado (a): persona que ostenta una o más de las condiciones de aseguramiento, y debido a ello, le asiste el derecho a recibir servicios de salud y prestaciones sociales del seguro de salud.

Asegurado directo: son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio.

Asistencia social individual y familiar: ayuda profesional en el campo social que se da al asegurado para resolver especiales necesidades, relacionadas con la atención integral en salud.

Patrón: persona física o jurídica, particular o de derecho público, que emplea los servicios de otra u otras en virtud de un contrato de trabajo o de un estatuto de servicio o de empleo público.

Subsidio: suma de dinero que se paga al asegurado directo activo por motivo de una licencia.

Licencia: declaración expresa que hace una persona, especialmente con autoridad legal, para permitir que se haga cierta cosa.

Capacidad funcional: es la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la vida diaria. la capacidad funcional se utiliza para valorar los síntomas de diferentes enfermedades.

Limitaciones funcionales: una disminución de nuestra movilidad generada por varios factores de riesgo. entre ellos se encuentran las enfermedades crónicas

Salario: la totalidad de las percepciones económicas de los trabajadores por la prestación profesional de sus servicios.

Paciente: individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento por el diagnóstico medico de una o varias enfermedades crónicas.

Dependencia: Es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades comunes de la vida diaria

Protección: Se entiende como un cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema que se pueda presentar en nuestro entorno familiar o social.

Autonomía: Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Artículo 5°. la competencia.

Le corresponderá a La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en su condición de ente idóneo en materia de promoción ,resguardo y fiscalizador en materia de la salud ciudadana , adjudicará el beneficio de una licencia extraordinaria mediante la figura un subsidio, en aquellos casos debidamente calificados, por períodos de hasta de tres meses, siendo este prorrogables por un período igual, para que la persona trabajadora activa pueda atender a la un Paciente adulto-mayor con limitación funcional ocasionada por una o varias enfermedades crónicas , en los siguientes escenarios :

- a) Que el familiar enfermo tenga una relación de dependencia con la persona asegurada activa que solicita su cuidado.

- b) Que esté de por medio una situación especial o excepcional de salud de un del familiar enfermo y se genere una dependencia directa hacia la persona trabajadora activa.

- c) Que el médico tratante, del sector público, sea o no especialista extienda un certificado médico, o realice la anotación respectiva en sistema informático respectivo indicando la recomendación de la licencia, en el sentido de que la presencia de la persona trabajadora activa es indispensable o esencial para la asistencia requerida por el paciente enfermo, lo cual justifica dicho otorgamiento de forma tal que, atendiendo el interés superior de la persona adulta mayor, debe ser atendido por la persona trabajador activa.

Derechos de las personas trabajadoras respecto de cuidados personales y familiares

Artículo 6° Cuidador Responsable

Sera todo aquel trabajador activo responsable y cotizante al régimen del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) responsable designado el que podrá ser un familiar o cualquier otra persona que, por su vínculo afectivo y responsabilidad, se estime que cumplirá en forma debida la misión que se le encomienda, a juicio del mismo paciente, o cuando sus condiciones no se lo permitan, a criterio del médico tratante.

Artículo 7°. Beneficiarios.

Los beneficiarios directos de esta Ley serán las personas adultas mayores con limitación funcional, y en segunda instancia los trabajadores activos quienes probarán su derecho a disfrutar de sus beneficios, mediante la presentación de su cédula de identidad, la cédula de residencia correspondiente en caso de que sean extranjeras se deberá garantizar su afiliación a la seguridad social no menos de 6 meses consecutivos al otorgamiento de la licencia.

Artículo 8°. Paciente adulto-mayore con limitación en su actividad funcional.

Se considerarán Pacientes adultos-mayores con limitación funcional a aquella persona de la tercera edad que presenten una enfermedad crónica avanzada, progresiva e incurable, que implique la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su capacidad para realizar actividades básicas de la

vida diaria, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de necesidad de asistencia o se genere la recuperación de su independencia para la realización de actividades funcionales.

Artículo 9°. De la Protección Familiar.

Las personas cuya modalidad de aseguramiento sea trabajador asalariado, trabajador independiente, podrán solicitar el amparo de Protección Familiar mediante el otorgamiento de una licencia de cuidado, siempre y cuando mediante prueba diferida se constate que tiene a su cargo a un Paciente adulto-mayor con limitación funcional.

Artículo 10°. Aplazamiento.

La licencia de cuidado, así como el subsidio se otorgarán por el término en que el profesional en medicina tratante declare al Paciente adulto-mayor con limitación funcional. En el lapso de disfrute de la licencia se renovará cada treinta días calendario y podrá ser concedida antes de su vencimiento, a juicio del médico tratante.

Artículo 11° De la Adscripción, identificación y otorgamiento del beneficio.

Los servicios de Registros y Estadísticas de Salud son los responsables de realizar, verificar y asegurar la calidad de los datos relativos al registro de otorgamiento de la licencia de cuidado un Paciente adulto-mayor con limitación funcional, el otorgamiento del beneficio se realizara en el lugar adscripción e identificación de las personas en el sistema de información Institucional o el centro de salud donde sede la última atención en que se diagnostique al Paciente adulto-mayor con limitación funcional.

Procedimiento para otorgar la licencia será el siguiente:

- a) A solicitud del Paciente adulto-mayore con limitación en su actividad funcional.
- b) 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 respectiva autorización o el centro de salud donde sede la última atención en que se diagnostique, la cual estará a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, lo que será resuelto a no más de dos días de la solicitud realizada.
- c) De conformidad con la autorización anterior, la dirección médica correspondiente, conforme al lugar de adscripción del trabajador responsable designado, ordenará la emisión de la constancia de licencia pertinente.

Artículo 12º. De la amplitud de los beneficios.

La protección para Paciente adulto-mayor con limitación funcional, mediante el asegurado directo que posee el trabajador activo, comprende las prestaciones indicadas en el artículo 13º, con las restricciones que se indican expresamente en esta ley.

Artículo 13°. De las prestaciones.

El Pago del subsidio El subsidio se pagará por períodos vencidos según la periodicidad del salario recibido por el trabajador, sin perjuicio de que el pago completo pueda hacerse efectivo al concluir el período total de la licencia o al finalizar períodos mayores que los comprendidos en el pago salarial, a criterio del trabajador.

El Subsidio El monto se calculará con base en el promedio de los salarios consignados en las planillas procesadas por la Caja Costarricense de Seguro Social, durante los tres meses inmediatamente anteriores al inicio de la licencia. El promedio de referencia para el cálculo excluye cualquier pago correspondiente a períodos anteriores al indicado. El monto del subsidio será pagado en colones, será el siguiente:

- a) Hasta dos salarios base establecidos según la Ley N ° 7337, de 5 mayo de 1993, percibirán el cien por ciento (100%) del promedio del ingreso.
- b) Sobre el exceso de dos salarios y hasta tres salarios base establecidos según la Ley N ° 7337, de 5 mayo de 1993, percibirán el ochenta por ciento (80%) del promedio del ingreso, por ese rango de salario.
- c) Sobre el exceso de tres salarios base establecidos según la Ley N ° 7337, de 5 mayo de 1993, percibirán el sesenta por ciento (60%) del promedio del ingreso, por ese rango de salario.

Artículo 14° De los riesgos excluidos

- a) Los casos de riesgos del trabajo
- b) Los casos de accidentes de tránsito
- c) Los casos regulados por normas de orden público en los que, para el desarrollo de una actividad, exista obligación de contar con una póliza que garantice la cobertura total de gastos de atención médica sanitaria y de rehabilitación.

Del financiamiento**ARTÍCULO 15°. Deberes del Estado como repensadle subsidiario**

El Estado deberá garantizar las condiciones óptimas de regulación, control y financiamiento, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores con limitación funcional. Asimismo, deberá asegurar a todos los trabajadores activos una preparación para la asistencia y cuidado.

ARTÍCULO 16°. contribución tripartita.

Se realizará mediante aportación Tripartita de terminada de la siguiente manera; la estatal al costo de la seguridad social, con cargo al Presupuesto Nacional mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinará un medio por ciento (0.5%) mediante la creación de un impuesto que afecte a las utilidades globales anuales generadas por las Operadoras de Pensiones complementarias creadas por Ley de Protección al Trabajador N° 7983 del el 18 de febrero del 2000; el cual será trasladado al el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares el 01

de enero al concluir el periodo fiscal del año anterior. De existir algún superávit después de cubrir los gastos anuales a que se refiere esta licencia, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá reintegrar los sobrantes no aplicarlos y exclusivamente presentar un reporte financiero del remanente para ser depositado a cuentas del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

La contribución obligatoria que se realizará es ineludible para todas aquellas personas incluidas dentro del Régimen de reparto que administra la C.C.S.S y las cuotas de los patronos.

ARTÍCULO 17°. Deber de Operadoras de Pensiones complementarias

Trasladar a el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares todos los 01 de enero del año en curso fecha posterior a la conclusión del periodo fiscal del año anterior reporte de las utilidades globales generadas en ese periodo física, así como realizar el traslado respectivo a arcas del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares la retención correspondiente a un medio por ciento (0,5) de dichas utilidades.

Rige a partir de su publicación.

xxxxxxxxxx

Diputado

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

7.1. Bibliografía citada

Análisis del concepto de envejecimiento (isciii.es) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002 (información localizada el 10 octubre de 2021,09:00). (información localizada el 10 junio de 2021,09:00)

Aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (agosto 19,2008), Ley N° 8661

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, (octubre 28, 1998) Ley Integral para la Persona Adulta Mayor ley N° 7935

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, (marzo 20,1998) Ley Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas. ley N°7756

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, (octubre 17,1943) Ley Constitutiva de la CCSS, ley n°17

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (enero 24,2000). Ley de protección al trabajador, ley n°7983,

Comorbilidad significado real academia española <https://onceptodefinicion.de/adulto-mayor/> (información localizada el 10 octubre de 2021,09:00)

Congreso Constitucional de la República de Costa Rica Constitución Política de Costa Rica (noviembre 07,1949)

Congreso Constitucional de la República de Costa Rica (26 de agosto, 1943), Código de trabajo, ley n°. 2

Hernández Fernández y Baptista (2014), Metodología de la investigación, sexta Edición, Distrito Federal, México.

<https://www.bing.com/search?q=http%3A%2F%2Fij.ucr.ac.cr&cvid=302dcf02c2d44f1c9f79978493753157&aqs=edge.69i58j69i57.2075j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531>. (información localizada el 15 octubre de 2021,11:00)

<http://www.terminosfinancieros.com.ar>.(información localizada el 20 octubre de 2021,07:00)

Institución |definición |diccionario de la lengua española |rae-asale <https://dle.rae.es/institucion>. (información localizada el 17 noviembre de 2021,5:00)

Reglamento del Seguro de Salud (enero 01,1997), C.C.S.S.

Reglamento que regula la formalización de acuerdos de pago por deudas de patronos y trabajadores independientes con la Caja Costarricense de Seguro Social. (diciembre 10,2020) C.C.S.S.

salario |definición |diccionario de la lengua española |rae–asale <https://dle.rae.es/salario>. (información localizada el 15 octubre de 2021,12:00)

Organización Mundial de la Salud (who.int) <https://www.who.int/es>. (información localizada el 25 octubre de 2021,11:00)

Organización Internacional del Trabajo (ilo.org) [/global/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm). (información localizada el 30 octubre de 2021,11:00)

http://www.juntadeandalucia.es/averoes/centrostatic/14002996/helvia/aula/archivos/repositorio/250/271/html/economia/2/piramides_de_poblacion.htm (información localizada el 10 octubre de 2021,09:00).

7.2. Bibliografía consultada

Asamblea Legislativa – Inicio.<http://www.asamblea.go.cr/SitePages/Inicio.aspx>(información localizada el 02 octubre de 2021,07:00)

CCSS - Caja Costarricense de Seguro Social <https://www.ccss.sa.cr> (información localizada el 01 octubre de 2021,11:00)

CONADIS - Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

([conadisperu.gob.pe](https://www.conadisperu.gob.pe)) <https://www.conadisperu.gob.pe>(información localizada el 10 octubre de 2021,07:00)

Instituto Nacional de Estadística y Censos | instituto nacional de estadística y censos (inec.cr)

<https://www.inec.cr> ,(información localizada 09 Setiembre de 2021,4:00)

<http://ijj.ucr.ac.cr/sites/default/files/documentos>. (información localizada el 22 octubre de 2021,08:00)

http://www.ilo.org/Search5/search.do?searchWhat=TRABAJADOR+AUTONOMO&locale=es_ES,(informacion (información localizada el 10 octubre de 2021,07:00)

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/l20-2007.t1.html#t1,(información localizada 09 Setiembre de 2021,10:00)

<https://www.serautonomo.net/el-estatuto-del-trabajador-autonomo.html>, (información localizada el 22 octubre de 2021,08:00)

<http://www.terminosfinancieros.com.ar/definicion-actividad-economica-8>,(información localizada el 25 octubre de 2021,08:00)

<https://es.slideshare.net/idanialowen/181626972colingorraezintroduccionalaentrevista-psicologicapdf-copia>, (información localizada el 29 octubre de 2021,01:00)

ANEXOS

8.1. Solicitud de indicación de trabajos relacionados a Universidad Hispanoamericana

8.2 Nota en que se indica la no existencia de trabajos relacionados de la Universidad Hispanoamericana

8.3 Instrumento N° I

Universidad Hispanoamericana Sede Puntarenas

1-Introducción

Fecha _____

A continuación, le presentamos un cuestionario cerrado, este instrumento metodológico de investigación es parte de las herramientas utilizadas para recopilar la información relevante en la elaboración de la tesis titulada “PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.” Para Optar Por el Grado de Licenciatura en Derecho. Se le solicita su colaboración para poder **determinar la relación jurídica laboral entre los patronos y los posibles beneficiarios de la licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales adscritos a la Sucursal Puntarenas dedicados a realizar su la actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas**, para ello usted debe responder de la manera más fidedigna posible las siguientes preguntas. Usted tiene toda la libertad de participar o no en las respuestas de las preguntas, usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación, toda la información que usted nos dé sobre este tema de investigación se le dará un trato absolutamente confidencial; además esa información brindada por usted solamente se utilizara para fines educativos en esta tesis. Gracias anticipadas por la colaboración tan importante para nosotros.

Estudiante de la carrera de derecho de la Universidad Hispanoamericana sede Puntarenas:

José Manzanares Pizarro.

2-Datos actuales

2.1 Lugar de trabajo _____ 2.2 provincia de residencia _____.

2.3 edad _____ 2.4 género: femenino Masculino2.5 Ingresos económicos: hasta 200,000.00 hasta 400,000.00 hasta 500,000.00

3. Indicaciones:

Usted debe marcar con una equis (x) una sola posible respuesta para cada pregunta.

4. cuestionario

1. *¿Posee usted Afiliación al Seguro Social?* *Sí* *No* *No se*2. *¿Termino usted sus estudios de secundaria?* *Sí* *No* *No se*3. *¿posee usted carrera técnica o superior?* *Sí* *No* *No se*4. *¿El ingreso que reporta a la C.C.S.S. es realmente su ingreso promedio mensual?* *Sí* *No* *No se*5. *¿El ingreso que genera por su actividad es constante en el tiempo y está relacionado a su nivel de especialización de su actividad?* *Sí* *No* *No se*

6. ¿Los ingresos económicos que percibe por su trabajo satisfacen sus necesidades básicas y de sus codependientes?

Sí

No

No se

7. ¿La cotización que paga a la C.C.S.S le da prestaciones sociales adecuadas de acuerdo con sus expectativas?

Sí

No

No se

8. ¿En la empresa donde usted trabaja ha recibido presiones recientemente que le permitan afrontar el cuidado de algún familiar que necesite asistencia?

Sí

No

No se

9. ¿Esta temporalmente ausente de su trabajo por, permisos relacionados al cuidado de familiares por algún padecimiento invalidante?

Sí

No

No se

10. ¿Además de su trabajo principal tiene otro u otros trabajos remunerados?

Sí

No

No se

11. ¿Es usted la persona del hogar que más contribuye a los ingresos del núcleo familiar u hogar?

Sí

No

No se

12. ¿Usted percibe que su actividad económica le permite pagar su cotización a la Seguridad Social?

Sí

No

No se

13. *¿Recibe usted guía o ayuda mediante acuerdos laborales o convenciones que le permita tener acceso a licencias de cuidado?*

Sí

No

No se

Gracias por toda su colaboración.

8.4 Instrumento N° II

Universidad Hispanoamericana

Sede Puntarenas

1-Introducción.

Fecha _____

A continuación, le presentamos una entrevista estructurada, este instrumento metodológico de investigación es parte de las herramientas utilizadas para recopilar la información relevante en la elaboración de la tesis titulada “PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.” Para Optar Por el Grado de Licenciatura en Derecho. Se le solicita su colaboración para poder **analizar e identificar la jurisprudencia nacional que regula los contratos laborales respecto a las licencias para el cuidado, asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales y así determinar los programas estatales de asistencia a disposición de la población que brinda apoyo a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales**, para ello usted debe responder de la manera más fidedigna posible las siguientes preguntas. Usted tiene toda la libertad de participar o no en las respuestas de las preguntas, usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación, toda la información que usted nos dé sobre este tema de investigación se le dará un trato absolutamente confidencial; además esa información brindada por usted solamente se utilizara para fines educativos en esta tesis. Gracias anticipadas por la colaboración tan importante para nosotros.

Estudiante de la carrera de derecho de la Universidad Hispanoamericana sede Puntarenas:

José Manzanares Pizarro.

2-Datos actuales

2.1 Lugar de trabajo _____ 2.2 provincia de residencia _____.

2.3 edad _____.

2.4 género: *femenino* *Masculino*

2.5 Ingresos económicos: *hasta 200,000.00* *hasta 400,000.00* *hasta 500,000.00*

3. Indicaciones:

Usted debe comentar la respuesta que realiza para cada pregunta lo más amplio posible.

4. Entrevista estructurada

1. ¿Refiérase si las entidades relacionadas a la Seguridad Social le han informado sobre el acceso a licencias que posee un trabajador?

2. ¿Cuál es su opinión acerca de lo que las leyes de relaciones laborales indica sobre otorga licencia de cuidado?

3 ¿Cuál ha sido su experiencia con las licencias otorgadas de adeudo con los reglamentos que aplica en la materia por la C.C.S.S.?

4. ¿Ha recibido usted información del Estado Costarricense y sus instituciones de la existencia de licencias en apego con la seguridad social. ?

5. ¿Cuántos días considera usted que serían convenientes otorgar como licencia de cuidado en el caso de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

6. ¿Conoce usted de normativas que otorguen la extensión como el beneficio de licencias de cuidado? Si la respuesta es afirmativa, ¿era para todos los sectores de la población? ¿Qué piensa al respecto de este tipo de beneficios?

7. ¿Cuál es su percepción hacia la legislación vigente en materia de protección y generación de mayores derechos laborales?

8. ¿Cómo considera usted que podríamos identificar cambios en materia de asistencia?
¿Cuáles serían los aspectos más visibles? ¿Existe la posibilidad de medir su impacto a nivel social y familiar?

9. ¿Considera usted que los beneficios que recibe por su cotización a la Seguridad social son equitativos de acuerdo con la mensualidad que cancela a la C.C.S.S.? o ¿considera que este tipo de iniciativas fomentaría más su interés en que sea correctamente reportado a la institución?

10. ¿Comente si en su contrato de trabajo o norma de relaciones laborales se le indica el acceso a las diferentes licencias de cuidado, así como la tramitología a realizar?

11. ¿Manifieste ampliamente si conoce usted sobre programas inclusivos sobre el cuidado o asistencia dirigidos a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? En caso de que su empresa o patrono participe de estos indique injerencia en las relaciones laborales

12. ¿Considera usted que la aportación que brinda a la Seguridad Social a los pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales es de gran importancia para la dinámica jurídica de los servicios que se brindan a la población?

Gracias por toda su colaboración.

8.5 Instrumento N° III

Universidad Hispanoamericana Sede Puntarenas

1-Introducción

Fecha_____

A continuación, le presentamos un cuestionario abierto, este instrumento metodológico de investigación es parte de las herramientas utilizadas para recopilar la información relevante en la elaboración de la tesis titulada “PROPUESTA DE CREACIÓN DE LICENCIA PARA EL CUIDO Y ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.” Para Optar Por el Grado de Licenciatura en Derecho. Se le solicita su colaboración para poder **establecer el fundamento normativo constitucional que garantiza las obligaciones y derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia. Dirigido a los trabajadores que realizan su actividad laboral en la Ciudad de Puntarenas**, para ello usted debe responder de la manera más fidedigna posible las siguientes preguntas. Usted tiene toda la libertad de participar o no en las respuestas de las preguntas, usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación, toda la información que usted nos dé sobre este tema de investigación se le dará un trato absolutamente confidencial; además esa información brindada por usted solamente se utilizara para fines educativos en esta tesis. Gracias anticipadas por la colaboración tan importante para nosotros.

Estudiante de la carrera de derecho de la Universidad Hispanoamericana sede Puntarenas:

José Manzanares Pizarro.

2-Datos actuales

2.1 Lugar de trabajo _____ 2.2 provincia de residencia _____

2.3 edad _____ 2.4 género: femenino Masculino

2.5 Ingresos económicos: hasta 200,000.00 hasta 400,000.00 hasta 500,000.00

3. Indicaciones:

Usted debe comentar la respuesta que realiza para cada pregunta lo más amplio posible.

4. cuestionario abierto

1. ¿Conoce usted las obligaciones que adquiere al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia? ¿Cuáles son las más importantes para usted que deberían ser incluidas en las normativas relacionadas a este sector de la población?

2. ¿Conoce usted los derechos adquiridos al momento de obtener una licencia para el cuidado y asistencia tanto para el cuidador como para el paciente con necesidad de asistencia? ¿Cuáles son las más importantes para usted que deberían ser incluidas en las normativas relacionadas a este sector de la población?

3. ¿Explique qué tipo de información ha recibido usted sobre las garantías sociales a las cuales tiene acceso con el uso los principales mecanismos de control del poder legislativo sobre promulgación de leyes que protejan a pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

4. ¿Indique cuáles mecanismos implican la demanda de responsabilidad política para la asistencia y cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? describa brevemente alguno ellos especificando las referencias normativas (constitucionales o legislativas) que detallan su regulación y cuáles deben ser modificados?

5. ¿Qué acciones conoce usted que ejerza los entes constitucionales generales definidos por la jurisprudencia constitucional respecto de la obligación legislativa del Parlamento en la promulgación de normativas para la asistencia y cuidado de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

6. ¿Conoce usted si existen en el ordenamiento jurídico interno de su país leyes o normas (generales o sectoriales) para la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? En caso afirmativo, describa brevemente estas leyes o normas, especificando si son aplicables en los contextos de los sectores privado y/o público. En caso negativo, ¿qué acciones recomendaría?

7. ¿Existen en Costa Rica disposiciones de rango constitucional que se refieran a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? En caso afirmativo, describa estas disposiciones? En caso negativo, ¿qué acciones recomendaría?

8. ¿Cuál considera usted que es el papel del estado en la jurisprudencia en la a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales en este país?

9. ¿Comente si la legislación de Costa Rica permite que las autoridades pertinentes encargadas del cumplimiento de las leyes compartan información y den seguimiento a la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales ?

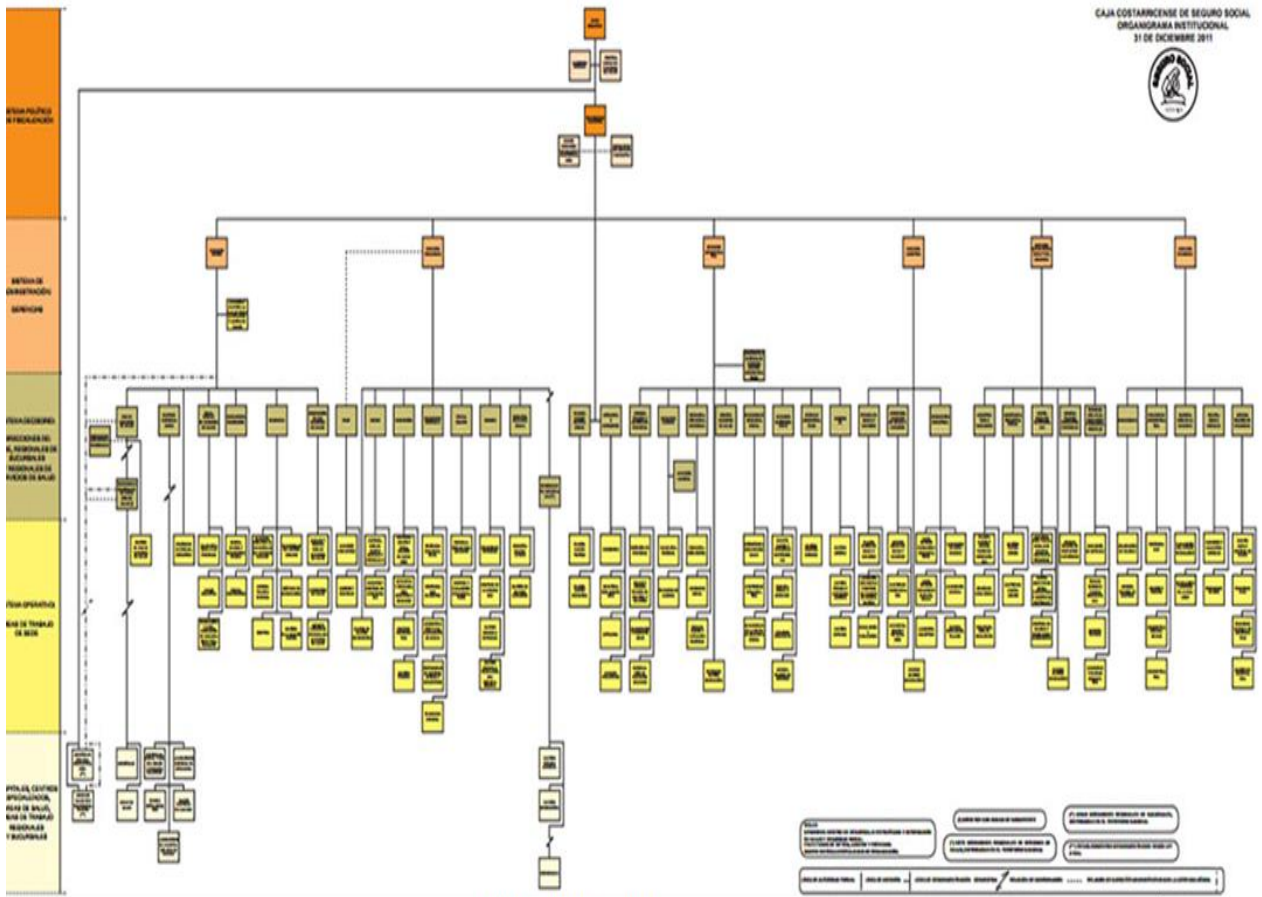
10. ¿Cuál es la importancia que usted reconoce a la solicitud de información por parte las instituciones estatales relacionadas con la responsabilidad social del estado para generar una figura jurídica que respalde la protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

11. ¿Considera usted que al ser Costa Rica un país modelo en la promoción de la Salud Social deben nuestros dirigentes legislativos promover convenios de orden internacional para la migración a nivel internacional de protección de adulto mayores mediante la creación de ordenamiento jurídico en materia de protección de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales? En caso de estar de acuerdo o no indique sus motivos.?

12. ¿Cuál es su percepción a cerca donde debería el estado adquirir el ingreso para generar el financiamiento en el tiempo de políticas de protección social como lo fuera la creación de licencia para el cuidado y asistencia de pacientes adultos mayores con limitaciones funcionales?

Gracias por toda su colaboración.

8.6. Anexo Organigrama de la Institución



Descargar organigrama oficial

8.7. Organigrama de la Sucursal Puntarenas

