

Informe Final **Evaluación Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas**

EE-MTSS-DMT-DVAS-DESAF-DECS-UE-4-2025



Los documentos elaborados por el Proyecto de Servicios de Asesoría y Consultoría del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) de la Universidad de Costa Rica (UCR) y de la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Desaf) gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud de la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, Ley N.º 6683. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente.

Para obtener derechos de reproducción o de traducción sobre esta consultoría se debe solicitar permiso por escrito a Desaf. La violación de esta Ley por cualquier persona física o jurídica será denominada para sanción penal.

Este documento fue elaborado por el Proyecto de Servicios de Asesoría y Consultoría del CICAP de la UCR.

Equipo evaluador

Dra. Diana Arce Flores (Coordinadora)

Mag. Mariana Bolaños Salazar

Mag. Mariam Chacón Matamoros

Equipo gestor

Bach. Andrea Pérez Noguera

Lic. Héctor Gabriel Zúñiga Arguedas (Coordinador)

Lic. Heyteem Ricardo Estrada Rojas

Lic. Jorge Umaña Howell

Máster. Wilson Garro Mora

Equipo del Proyecto de Servicios de Asesoría y Consultoría CICAP

Miriam Sanabria Garita (Gestora de proyectos)

Diego Martínez Quirós (Asistente de proyectos)

Coordinador del Proyecto de Servicios de Asesoría y Consultoría CICAP

Lic. Elí Sancho Méndez

Tabla de contenido

1.	Lista de acrónimos y definiciones	4
2.	Introducción	5
3.	Características centrales de la evaluación del programa	5
3.1.	Antecedentes	5
4.	Contexto y teoría de la intervención evaluada.....	8
4.1.	Descripción del contexto.....	8
4.2.	Explicación del problema central e implicaciones que originan la intervención evaluada	12
4.3.	Identificación y descripción de los actores clave involucrados en la implementación y sus funciones	16
4.4.	Lógica causal de la intervención.....	18
4.5.	Análisis de la consistencia de la lógica de la intervención	21
5.	Diseño y proceso de la evaluación	23
5.1.	Alcance	23
5.2.	Objetivos de la evaluación.....	24
5.3.	Criterios e interrogantes	24
5.4.	Metodología de la evaluación.....	26
5.5.	Matriz de evaluación.....	26
5.6.	Enfoque metodológico y técnicas aplicadas	27
5.7.	Estrategias de análisis y sistematización de la información.....	29
5.8.	Principales limitaciones y riesgos.....	30
6.	Hallazgos	32
7.	Conclusiones	66
8.	Recomendaciones	69
9.	Buenas prácticas.....	71
10.	Lecciones aprendidas	72
11.	Referencias bibliográficas	74
	Anexos	80
	Anexo 1. Matriz de evaluación	80
	Anexo 2. Matriz de priorización de recomendaciones - PFT.....	85

Índice de figuras

Figura 1 Estructura organizacional de la Gerencia Médica y Gerencia Financiera.....	7
Figura 2 Proceso de gestión del Programa para los años 2021 al 2024.....	12
Figura 3 Alcance de la evaluación del PFT, 2025.....	23
Figura 4 Necesidades de personas pacientes según percepción de las personas cuidadoras beneficiadas por el PFT, 2025	33
Figura 5 Respuesta del PFT a las necesidades de las personas pacientes según personas cuidadores, 2025	34
Figura 6 Aportes del PFT a personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, menores de edad o personas gravemente enfermas, 2025	35
Figura 7 Árbol de problema validado	37
Figura 8 Cadena de resultados del PFT validada, 2025.....	39
Figura 9 Situaciones que limitaron o afectaron el acceso al PFT por parte de las personas cuidadoras de pacientes, 2025	42
Figura 10 Tiempo de obtención de la licencia para personas cuidadoras, 2025	44
Figura 11 Consideración sobre los requisitos para obtener el subsidio en personas cuidadoras, 2025.....	46
Figura 12 Obtención de capacitación sobre labores de género en personas cuidadoras, 2025	48
Figura 13 Clasificación de actores según nivel de incidencia, 2025.....	53
Figura 14 Clasificación de actores según tipo de clasificación	53
Figura 15 Mapeo de actores según tipo y área del PFT	54
Figura 16 Relaciones entre actores del PFT	58

Índice de tablas

Tabla 1 Teoría de la Intervención del PFT: Generalidades del programa	13
Tabla 2. Clasificación de actores.....	16
Tabla 3. Cadena de resultados.....	20
Tabla 4. Elementos de la teoría de la intervención y de la cadena de resultados asociados.....	21
Tabla 5. Criterios e interrogantes	24
Tabla 6. Resumen Trabajo de campo.....	26
Tabla 8. Limitaciones de la evaluación.....	31
Tabla 9. Riesgos de la evaluación.....	31

1. Lista de acrónimos y definiciones

Sigla/Acrónimo	Significado
AS	Áreas de Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CCELI	Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades
CLELI	Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades
CNCDyCP	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos
CRELI	Comisión Regional Evaluadora de Licencias e Incapacidades
Desaf	Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EE	Equipo Evaluador
EG	Equipo Gestor
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENUT	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo
Fodesaf	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
HNN	Hospital Nacional de Niños
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
MAEs	Médicos asistenciales especialistas
Mideplan	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
PFT	Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas
PIEG	Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género
PNDIP	Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública
POI	Plan Operativo Institucional
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SIES	Sistema de Información de las Estadísticas de los Servicios de Salud
SINIRUBE	Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado
RCPI	Sistema informático para el Registro Control y Pago de Incapacidades
UCR	Universidad de Costa Rica
UE	Unidad Ejecutora (instituciones ejecutoras)
UEval	Unidad de Evaluación Desaf

2. Introducción

El presente documento corresponde al informe final de la evaluación que se realizó al Programa de Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores Gravemente Enfermas (PFT) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), durante el período 2023-2025.

La finalidad de este proceso correspondió a identificar oportunidades de mejora para apoyar la toma de decisiones en beneficio de la población objetivo, por ello se definió como objetivo valorar el diseño y los procesos de implementación del Programa mencionado, para ello se consideró una metodología mixta, mayormente cualitativa y se parte de los criterios de pertinencia y coordinación.

Esta evaluación partió de la contratación al Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) realizada por la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Desaf), instancia que financia al PFT.

El trabajo de campo consideró a actores como el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Gerencia Médica y Financiera, Comisiones Evaluadoras de la CCSS, personas cuidadoras, personal médico, administrativo y trabajo social, entre otros; para ello se desarrolló un criterio de selección que permitió identificar las técnicas más adecuadas para recolectar la información que podría aportar cada población.

El Capítulo I corresponde a la descripción del contexto y la teoría de la intervención, el cual permite acercar a la persona lectora al PFT, sus características, funcionamiento, normativa y contexto en el cual se desarrolla. El capítulo II detalla elementos del diseño y proceso de evaluación que facilita comprender las características del proceso evaluativo. En el Capítulo III se presentan los hallazgos resultantes del proceso de recolección de información.

Para los dos capítulos siguientes resaltan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se logra identificar elementos relacionados con las buenas prácticas y lecciones aprendidas.

3. Características centrales de la evaluación del programa

3.1. Antecedentes

Los antecedentes agrupan los elementos principales del "Programa de Licencias para el Cuidado de Pacientes en Fase Terminal" (PFT) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Este se creó como respuesta a la necesidad de apoyo integral para pacientes en fase terminal y sus personas cuidadoras, abordando aspectos sociolaborales, de salud pública y otros elementos que inciden en la desigualdad en el acceso a cuidados paliativos, influenciados por diversos factores contextuales. Como parte de su implementación se considera que la población paciente requiere de cuidados intensivos y especializados que a menudo no pueden ser brindados por familiares debido a compromisos laborales y limitaciones de protección social.

La Ley N°8600 "Modificación de la Ley N° 7756, Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal" estipula lo relacionado con aspectos de la persona responsable, médico tratante, pacientes, plazos, subsidios, licencias, cancelación de la licencia, cobertura, sanciones, entre otros.

El Programa otorga 3 tipos de licencia para cuidado de: **paciente en fase terminal, personas menores de edad gravemente enfermas, persona en situación "extraordinaria"**. Asimismo, el perfil de las personas beneficiarias se encuentra claramente definido.

En cuanto al procedimiento general de otorgamiento de dicha la licencia, el artículo 7 de la Ley N° 7756 especifica que se realiza de la siguiente manera:

- a) A solicitud de la persona enferma o 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.
- b) Con base en ese dictamen, la persona trabajadora interesada solicitará, por escrito, el otorgamiento de esta licencia ante la dirección del centro médico de adscripción de la persona paciente enferma, para su respectiva autorización, la cual estará a cargo de la Comisión Médica Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades.
- c) De conformidad con la autorización anterior, la dirección médica correspondiente, conforme al lugar de adscripción de la persona trabajadora responsable designada, ordenará la emisión de la constancia de licencia pertinente.

En relación con el pago de subsidios, excepto al que le otorga la CCSS a las personas beneficiarias, no procede otra retribución por este motivo. Además, no es posible el otorgamiento de licencias cuando la persona enferma se encuentre internada en un centro médico de la CCSS o privado. Tampoco se extiende cuando la persona responsable designada goce de una incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad o incapacidad por riesgos del Instituto Nacional de Seguros (INS). En tales casos, la licencia puede autorizarse una vez concluida la incapacidad o licencia por maternidad.

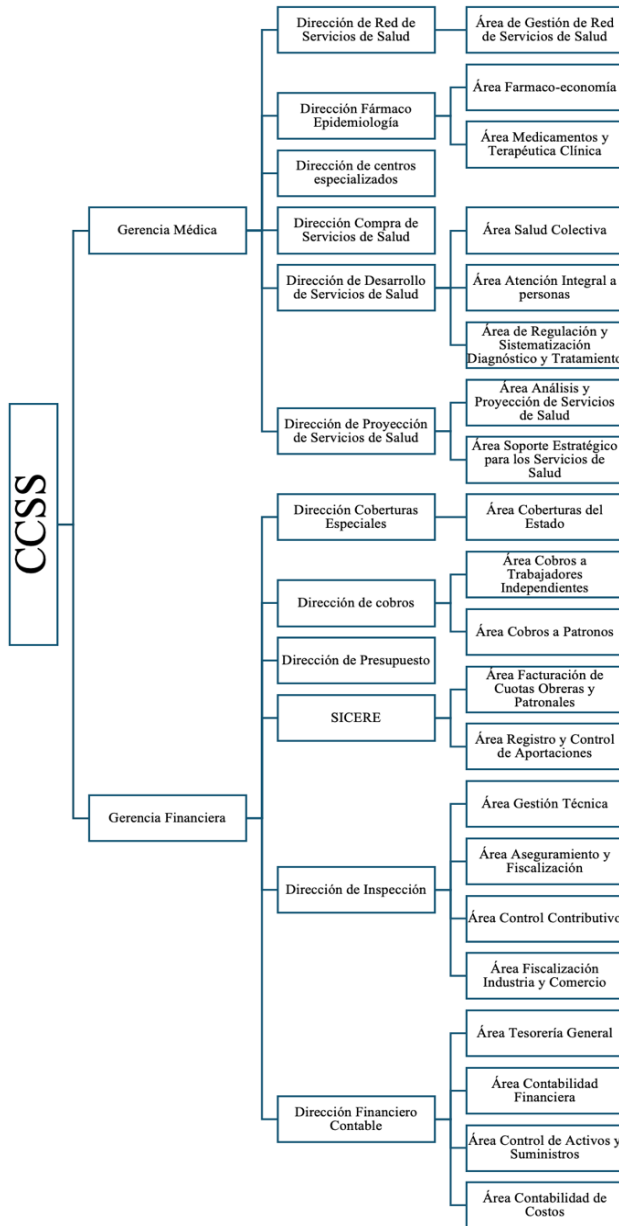
Dichos subsidios, se calculan según el promedio de los salarios consignados en las planillas procesadas por la CCSS, durante los tres meses anteriores a la licencia. El monto del subsidio será el siguiente:

- Hasta dos salarios base establecidos en la Ley N° 7337, de 5 mayo de 1993 (oficinista 1), según ley del presupuesto nacional, percibirán el cien por ciento (100%) del promedio del ingreso (para el año 2024 el monto mayor es de ₡924 400).
- Sobre el exceso de dos salarios y hasta tres salarios base establecidos en la Ley N° 7337, de 5 mayo de 1993, percibirán el ochenta por ciento (80%) del promedio del ingreso. (Para el año 2024 el rango es de ₡924 401 a ₡1 294 160) (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1993).
- Sobre el exceso de tres salarios base establecidos en la Ley N° 7337, de 5 de mayo de 1993, percibirán el 60% promedio del ingreso. Los subsidios pagados por este concepto no son computables con los de enfermedad y se pagan por periodos vencidos (para el año 2024 el mínimo es de ₡1 294 161).

Estos subsidios, representan el valor que debe entregarse a cada persona que sea beneficiada.

Por otra parte, resulta necesario mostrar la manera en que la estructura organizacional de la CCSS que se encuentran relacionadas con este Programa son la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, las cuales, se subdividen en diversas áreas, como puede observarse en la siguiente Figura 1:

Figura 1.
Estructura organizacional de la Gerencia Médica y Gerencia Financiera



Nota: Adaptado de Organigrama CCSS, 2025.

Otro aspecto relevante de destacar refiere a las herramientas de registro y seguimiento del Programa:

- Reportes mensuales y anuales presentados a la Desaf.
- Acceso a información y bases de datos del programa por disposición del personal de las áreas de salud, sucursales y oficinas centrales.
- Sistema informático para el Registro Control y Pago de Incapacidades (RCPI)
- Sistema institucional de monitoreo de licencias y subsidios cancelados.

4. Contexto y teoría de la intervención evaluada

4.1. Descripción del contexto

En este apartado, se expone el contexto general del Programa, tal y como se presenta actualmente, según la revisión documental realizada por el Equipo Evaluador (EE) y los aportes del Equipo Gestor (EG). Este marco normativo e institucional se divide en contexto internacional, nacional e institucional (Plan de Trabajo, p. 11-18, 2024).

Contexto internacional

Se inicia con un resumen de las principales normativas y leyes a nivel internacional, las cuales han sido la base para dar soporte al PFT.

Normativa que sustenta la intervención

Marco normativo internacional:

Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)

Este documento hace referencia a un hito respecto a los derechos humanos, fue creada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en París (1948) y su cumplimiento es fundamental para todas las naciones que participaron en su construcción. Su reconocimiento radica en que se ha adoptado en más de setenta naciones y ha alivianado el camino para la aplicación de los derechos a nivel mundial y regional. Esta Declaración es tomada como referencia para este Programa, dado que en su Artículo N° 25 menciona lo siguiente:

Artículo N° 25: Reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo la atención médica y los servicios sociales necesarios, lo cual es fundamental para asegurar el acceso a cuidados para pacientes en fase terminal y el apoyo a sus cuidadores (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, como se citó en Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2024).

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2016)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propuestos por las Naciones Unidas y que entraron en vigor el 1 de enero de 2016, buscan intensificar los esfuerzos para poner fin a la pobreza, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático.

El Gobierno de Costa Rica, ha adoptado estos Objetivos y pretende que se logren sentar las bases para construir un cambio desde el compromiso colectivo, con el fin de buscar las transformaciones necesarias para el desarrollo inclusivo y la garantía del cumplimiento de los Derechos Humanos (Gobierno de Costa Rica, como se citó en Desaf, 2024).

Los ODS específicos que se encuentran relacionados con el PFT son:

- **ODS 01.** Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
- **ODS 03.** Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades
- **ODS 10.** Reducir la desigualdad en y entre los países
- **ODS 16.** Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Este Pacto es un tratado multilateral que reconoce los Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección. Es parte de la Carta Internacional de Derechos Humanos y en su Artículo N° 12 establece lo siguiente:

Artículo N°12: Establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que incluye el acceso a cuidados paliativos y el respaldo a quienes lo proporcionan.

Convenio 102 de la Organización Internacional del trabajo (OIT, 1952) Convenio sobre la Seguridad Social

Este Convenio establece normas mínimas de seguridad social, incluyendo asistencia médica y subsidios para personas que necesitan cuidados, que pueden extenderse a las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entró en vigor en 2006 y fue propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En esta, se promueve el respeto hacia los derechos de las personas con alguna discapacidad. Asimismo, en su Artículo 25 y 26, destaca la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud y rehabilitación para personas con discapacidades, lo que incluye cuidados paliativos y apoyo a las personas cuidadoras.

Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Cuidados Paliativos

En la Resolución WHA67.19 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), se promueve que los estados miembros logren integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud, asegurando este acceso a todos los servicios para las personas que lo necesiten y brindando la importancia debida a las personas cuidadoras.

Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015)

En este informe se hace referencia a la importancia de proteger y apoyar a las personas cuidadoras, especialmente las que atienden a personas mayores en fase terminal. Se promueven políticas de protección social que incluyan subsidios y apoyo económico.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 1999)

Esta Convención fue propuesta por la Organización de Estados Americanos en 2015 y busca que se protejan y se promuevan los derechos humanos de las personas mayores. Se enfoca en la protección de los derechos de las personas mayores, incluyendo el acceso a cuidados paliativos y el apoyo de las personas cuidadoras.

Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud y el Plan de Acción sobre el Envejecimiento y la Salud (2016-2020)

Esta estrategia es un marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que está diseñada para los Desafíos del envejecimiento poblacional y busca promover un envejecimiento saludable. Se indica la importancia de proporcionar apoyo a las personas cuidadoras de personas mayores, haciendo énfasis en aquellas que se encuentran en fase terminal.

Contexto Nacional

Este apartado se refiere al ámbito nacional que respalda al PFT, se toman en cuenta las principales políticas públicas y marco jurídico costarricense.

Política Pública Nacional

Las políticas públicas nacionales relacionadas con este Programa son las siguientes:

- Políticas de Protección Social y Asistencia a Cuidadores 2021-2031 (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2021).
- Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2018-2030 (Instituto Nacional de las Mujeres, 2018).
- Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021 (Ministerio de salud, 2017).
- Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (Ministerio de Salud, 2012).
- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 (Mideplan, 2011).

Marco Jurídico Nacional

- **Ley N° 5395:** Ley General de Salud
- **Ley N° 7756:** Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas.
- **Ley N° 9470:** Para garantizar el interés superior del niño, niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma, (reformada el 22 de agosto del 2017).
- **Ley N° 8600:** vigente desde el 5 de octubre de 2007. (Modificación de la ley 7756, se reforma el subsidio, el plazo de la licencia, el procedimiento para otorgar la licencia y las sanciones aplicadas).
- **Ley N° 8584:** Ayuda al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos del 21 de marzo del 2007, vigente desde el 27 de abril de 2007 (Ayuda por parte de la CCSS).
- **Ley N° 5662 y sus reformas:** Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, del 23 de diciembre de 1974.

- **Ley N° 7142:** Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer
- **Ley N° 7935:** Ley Integral para la persona Adulta Mayor
- **Ley N° 7600:** Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
- **Ley N° 8239:** Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
- Circular GM-2064-2024 de la CCSS, (CCSS, 2024) Criterio Legal en relación con la procedencia de otorgamiento de licencias de cuidado a Pacientes en Fase Terminal en situaciones donde al supuesto de la expectativa de vida no se cumple, febrero 2024.
- Circular GM-CCEI-0231-2024 de la CCSS, (CCSS, 2024) Instrucción en el otorgamiento de licencias en apego a la Ley N° 7756, abril 2024, CCSS, agosto 2009.
- Decreto Ejecutivo N° 42502-S (2020) - Reglamento para la Aplicación de la Ley de Cuidados Paliativos y Control del Dolor en Personas en Fase Terminal.

Contexto institucional

Este Programa es financiado por Fodesaf, siendo que Desaf dirige los fondos según lo mencionado en la Ley N° 7756: “Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas”.

Los recursos son ejecutados por la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera de la CCSS, y sus Áreas y Subáreas se encargan de desarrollar el proceso de gestión, desde que se identifica a una posible persona cuidadora que puede ser beneficiaria del Programa, hasta que se otorga el subsidio como tal. Asimismo, las personas encargadas de este Programa, al momento de la emisión de este documento, son directamente: la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, Msc. Mónica Taylor Hernández; el Dr. Alexander León Sánchez Cabo, Gerente Médico; Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero; el Lic. Andrey Sánchez, director de Financiero Contable y el Lic. Erick Solano Víquez, Jefatura del Área de Tesorería General.

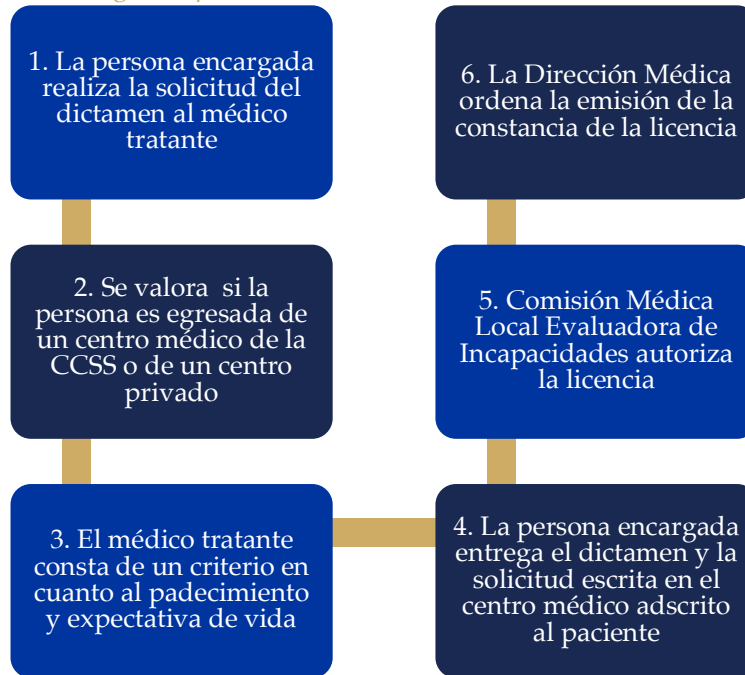
Precisamente, el proceso de gestión que se desarrolla para obtener el beneficio está compuesto por pasos que deben seguirse de manera correcta y oportuna. Es un proceso detallado que comienza con la solicitud del paciente o la persona encargada del paciente en caso de que este no pueda hacerlo por su estado de salud, capacidad mental o edad. A partir de ello, la persona médica tratante debe emitir un informe que confirme la condición terminal del paciente.

Dicho informe se realiza con una solicitud escrita, que se presenta ante la institución médica correspondiente para su evaluación; la autorización final es otorgada por la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades. En ocasiones en las que la persona paciente ha sido atendida por medios privados, la licencia es gestionada por el centro médico asignado a esta persona paciente asegurada de acuerdo con su domicilio. La emisión final de la constancia de licencia es ordenada por la Dirección Médica, según lo que indica el aval previo.

Los pasos para la obtención de la licencia se detallan en la Figura 2:

Figura 2.

Proceso de gestión del Programa para los años 2021 al 2024



Nota: Adaptada de “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas” Desaf, 2024.

4.2. Explicación del problema central e implicaciones que originan la intervención evaluada

De acuerdo con el Plan de Trabajo elaborado por EE, con base en la documentación compartida por el EG (p. 18-23, 2024) la problemática social identificada se centra en reconocer que las personas que se encuentran en condición de fase terminal, menores de edad gravemente enfermas y las que tienen hasta 25 años quienes padecen una situación especial o excepcional de salud; dependen de manera directa de otra persona que pueda colaborar con el cumplimiento de las necesidades específicas de la persona paciente relacionadas con el cuidado y el acompañamiento.

Dichas necesidades pueden ser contempladas desde diversos ámbitos, sin embargo, una de las principales es obtener la posibilidad de atención y asistencia por parte de una persona cuidadora que pueda acompañar los procesos de enfermedad.

En el país han presentado elementos que, en ocasiones, imposibilitan este acompañamiento. Por ejemplo, la restricción en las jornadas laborales, principalmente de mujeres, relacionada con un impedimento para alcanzar los derechos de las personas cuidadoras y de la persona usuaria de los servicios de salud que se encuentran en fase terminal (Desaf, 2014).

Además, según se menciona en el Contexto del Estudio Evaluativo desarrollado por Desaf (2024) la falta de garantías laborales suficientes para ausentarse por motivos de cuidado de las personas dependientes, no garantiza los principios de igualdad y de equidad que son parte fundamental de los derechos humanos que enmarca la Constitución Política.

De esta manera, se evidencia que el país acarrea problemáticas importantes relacionadas con la garantía del cumplimiento de los derechos laborales, así como la promoción de cambios sociales, culturales y educativos que promuevan la calidad de vida de la población, haciendo énfasis en la población que se encuentra gravemente enferma y que merece el acompañamiento oportuno de los servicios de salud y de las personas encargadas de su cuidado, procurando el bienestar integral de la población usuaria de los servicios de salud.

Como menciona una de las personas participantes de la evaluación, este Programa atiende no solo necesidades materiales sino también la dimensión humana y afectiva del proceso de cuidado, especialmente en fases de final de vida. *“Es un programa que mejora la condición social en medio del caos por el que pasan los pacientes y familiares en contexto de persona en fase terminal”* (Persona cuidadora).

A partir de esta problemática, se desarrollan elementos relevantes que fundamentan la teoría de la intervención de este Programa, los cuales se detallan en la Tabla 1:

Tabla 1

Teoría de la Intervención del PFT: Generalidades del programa¹

Ítems	Descripción
País	Costa Rica
Cronología	Fecha de inicio: marzo de 1998. Ley N° 7756: “Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas”. Otra normativa asociada con la gestión del programa o proyecto: Ley N° 8584: “Ayuda al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos por parte de la CCSS” del 21 de marzo del 2007, vigente desde el 27 de abril de 2007. Ley N° 8600 vigente desde el 5 de octubre de 2007. (Modificación de la ley 8584, se reforma el subsidio, el plazo de la licencia, el procedimiento para otorgar la licencia y las sanciones aplicadas). Ley N° 5662: Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, del 23 de diciembre de 1974. Manual de Normas y Procedimientos Administrativos – Contables, agosto 2009.
Unidad ejecutora	Gerencia Financiera y Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social.

¹ Es importante mencionar que, los siguientes aspectos: Objetivo general y específicos, oferta de servicios, perfil de la persona beneficiaria tienen especificaciones diferentes (ampliadas) en el documento Diseño Plan-Presupuesto y financiamiento a través de Fodesaf.

Ítems	Descripción
Personal a cargo	<p>Institución a cargo:</p> <p><i>Caja Costarricense del Seguro Social, Unidad ejecutora:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Financiera • Gerencia Médica
Objetivo general del programa	<p><i>Responsable y enlace de la ejecución del programa o proyecto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • M.Sc. Mónica Taylor Hernández, presidenta ejecutiva, Presidencia. • Dr. Alexander León Sánchez Cabo, Gerente. Gerencia Médica. • Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente. Gerencia Financiera. • Lic. Andrey Sánchez, director. Dirección Financiero Contable. • Lic. Erick Solano Víquez, Jefatura. Área Tesorería General.
Objetivos específicos del programa	<p>“Otorgar licencia laboral y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que brinden asistencia continua y permanente a una persona enferma, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos que, por padecer una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, se encuentran en una fase terminal, de menores de edad que sufren una enfermedad grave, o de personas hasta los 25 años, con una situación de salud especial o excepcional” (Desaf, 2023)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que cuiden a un paciente el cual, independientemente de su edad, se encuentra en una etapa o fase terminal de la enfermedad” (Diseño del Plan Presupuesto, PFT, Desaf; 2023; p.10). • “Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden de un menor de edad, cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano” (Desaf, 2023) • “Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden, atiendan a un menor de edad, o mayor hasta los 25 años (en el tanto exista una relación de dependencia), cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano”

Ítems	Descripción
<p>Oferta de servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Licencia para cuidado de Paciente en Fase terminal: periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente enferma que independientemente de su edad presenta una “enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implica la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y que su expectativa de vida es menor o igual a seis meses, sin perjuicio de que la persona paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extienda el plazo de vida” ● Licencia para cuidado de personas menores de edad gravemente enfermas: periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente menor de edad cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado. (Diseño del Plan Presupuesto, PFT, Desaf; 2023; p.11). ● Licencia para cuidado de persona en situación “extraordinaria”: periodo de tiempo otorgado a una persona con derecho a subsidio (pago), para cuidar a una persona paciente menor de edad o mayores hasta los 25 años, cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia.
<p>Financiamiento</p>	<p>Según la Ley 5662 y sus reformas, las fuentes de financiamiento del programa será la siguiente: De acuerdo con el Artículo 3 inciso g) Se destinará un cero coma cinco por ciento (0,5%) para cubrir el costo de los subsidios otorgados con base en la Ley N.º 7756, Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas, de 25 de febrero de 1998. (Asamblea legislativa de Costa Rica, 2009)</p>
<p>Perfil de la persona y/u organización destinataria Demanda</p>	<p>Personas trabajadoras aseguradas activas asalariadas, designadas como responsables del cuidado de un paciente en fase terminal, un menor de edad gravemente enfermo, o una persona hasta los 25 años (dependiente de la persona trabajadora), o menor de edad con una condición de salud especial o excepcional. Se estima que, para el año 2024, el programa beneficiará un total de 602 personas en promedio, por lo cual se proyecta que se otorgará 10280 subsidios.</p>

Ítems	Descripción
Necesidad	Las personas en condición de fase terminal, menores de edad gravemente enfermas, y las personas hasta los 25 años, con una situación especial o excepcional de salud y con dependencia de un tercero, tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su enfermedad, lo cual incluye la posibilidad de la atención y asistencia por parte de una persona cuidadora designado. Para todo ello, es necesario que el Sistema Nacional de Salud tenga en cuenta estos aspectos y que se organice para poder hacer frente a estos nuevos retos asistenciales.
Área de mejora	Dimensionar la posibilidad de aumentar la cobertura del programa para las personas que cotizan como trabajadoras independientes.

Nota: (Diseño del Plan Presupuesto, PFT, Desaf, 2023)

4.3. Identificación y descripción de los actores clave involucrados en la implementación y sus funciones

Dentro del contexto evaluativo se identifican e interrelacionan múltiples actores. Se presenta en la Tabla 2 los actores correspondientes a este estudio evaluativo (Plan de trabajo, 2024, pp. 24-27).

Tabla 2

Clasificación de actores

Ambito	Area	Actor	Funciones en el programa PFT-CCSS	Rol en la evaluación
Institucional	Salud	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos	-Regulación y lineamientos técnicos en cuidados paliativos Formación y capacitación de profesionales - Coordinación de la red de servicios	Fuente de información primaria: Encuesta Taller participativo de cadena de resultados Validación de la cadena de resultados del programa. Participación en la presentación de resultados.
Político	Directiva	Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Desaf)	-Fuente de financiamiento del programa, tiene por potestad legal la obligación de controlar y evaluar la operación del programa	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes del sistema de monitoreo, entre otros. Enlace del EE y CCSS (con sus respectivas fuentes de información) Fuente de información primaria: Taller participativo de la cadena de resultados. Validación y aprobación de los productos evaluativos. Participación en la presentación de resultados.

Ambito	Area	Actor	Funciones en el programa PFT-CCSS	Rol en la evaluación
Político	Directiva	Gerencia Médica	-Monitoreo y seguimiento de procesos clínicos -Supervisión de cumplimiento de protocolos médicos	Fuente de información primaria: Entrevista Taller participativo de cadena de resultados Validación de la cadena de resultados del programa. Participación en la presentación de resultados.
Institucional	Operativa	Hospitales, Áreas de Salud, clínicas	-Valoración médica de pacientes -Trámite y vinculación con el proceso de otorgamiento de licencias Prestación de servicios de salud y cuidados paliativos	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, otros.
Administrativo	Financiera/ Ejecutora	Gerencia Financiera	-Supervisión de gestión administrativa y financiera -Asignación y control de recursos económicos	Fuente de información primaria: Entrevista Taller participativo de cadena de resultados Validación de la cadena de resultados del programa. Participación en la presentación de resultados.
Administrativo	Ejecutora	Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades	-Analiza y autoriza la licencia.	Fuente de información primaria: Entrevista grupal ² Observación participante Taller participativo de cadena de resultados Validación de la cadena de resultados del programa. Participación en la presentación de resultados.
Político	Directiva	Dirección Médica	-Consta su criterio en cuanto al padecimiento y expectativa de vida del paciente.	Fuente de información primaria: Entrevista Taller participativo de cadena de resultados Participación en la presentación de resultados.

² Tanto la entrevista grupal como la observación participante dependerá del acceso que se tenga a la Comisión Local Médica Evaluadora de Licencias e Incapacidades.

Ambito	Area	Actor	Funciones en el programa PFT-CCSS	Rol en la evaluación
Administrativo	Financiera/ Directiva	Dirección de Presupuesto	-Formulación del presupuesto anual -Gestión administrativa y presupuestaria	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, entre otros.
Administrativo	Financiera/ Directiva	Dirección Financiero Contable	-Supervisión de procesos administrativos y financieros -Rendición de cuentas y reportes contables	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, entre otros.
Administrativo	Financiera/ Operativa	Área de Tesorería General	-Formulación y ejecución presupuestaria -Control interno y gestión administrativa - Enlace con Desaf para manejo de fondos -Gestión contable general	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, entre otros.
Administrativo	Financiera/ Operativa	Subárea de Prestaciones en Dinero	-Control y monitoreo del pago de subsidios	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, entre otros.
Administrativo	Financiera/ Operativa	Subárea Gestión de Pagos	-Ejecución operativa del pago de subsidios	Fuente de información secundaria: documental, bases de datos, reportes, entre otros.

Nota: Adaptado de “Desaf, 2023 y Caja Costarricense de Seguro Social, 2009, como se cita en “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas” Desaf, 2024.

4.4. Lógica causal de la intervención

De acuerdo con Mideplan (2017) la Gestión para Resultados en el Desarrollo, constituye una orientación relacionada con el accionar de las instituciones que implica un fortalecimiento institucional, que tiene como objetivo generar resultados que se traduzcan en mejorar la calidad de vida de las personas. A raíz de ello, para las intervenciones públicas y otros proyectos, programas y políticas es útil recurrir al instrumento o herramienta fundamental llamada cadena de resultados, la cual es funcional para valorar la lógica causal de las intervenciones (Plan de Trabajo, p. 27-30).

La cadena de resultados permite identificar cómo el Programa logra los resultados esperados con los insumos disponibles. Se encuentra compuesta por los siguientes elementos:

- **Insumos:** son los recursos utilizados para el desarrollo de la intervención.
- **Actividades:** son las acciones que se realizan para transformar los insumos en productos.
- **Productos:** son los resultados a corto plazo que genera el programa y que se transforman en el bien o servicio brindado a la población beneficiaria.
- **Efecto:** son los resultados esperados a corto y mediano plazo para la población beneficiaria.
- **Impacto:** son los cambios a largo plazo que se espera que genere el programa.

La Unidad Ejecutora de la CCSS, realizó un esfuerzo preliminar para ubicar los diferentes componentes del PFT en donde se describe la lógica de ejecución del programa basada en insumos económicos, legales y logísticos que se transforman en actividades alrededor del otorgamiento de los beneficios. Dicho aporte se encuentra en el documento de Diseño del Plan Presupuesto (2023) del programa mencionado. A partir de ello, se elabora la Tabla 3, en la cual se expone la cadena de resultados reconstruida por el EG esta fue validada y enriquecida por el EE y Unidad Ejecutora (UE), (personas actoras clave). Asimismo, se incorporan las actividades y procesos implementados por el Programa para alcanzar sus objetivos.

Tabla 3
Cadena de resultados

Insumos	Actividades	Productos	Efecto	Impactos
<ul style="list-style-type: none"> -Ley del Fodesaf 5662 -Ley 7756 Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas -Presupuesto asignado -Personal médico y administrativo, personas cuidadoras y pacientes -Infraestructura física -Equipamiento clínico -Sistemas de información -Talento humano -Recursos materiales -Recurso financiero 	<ul style="list-style-type: none"> Valoración de pacientes Tramitación de licencias Seguimiento y monitoreo de casos Gestión y coordinación intrainstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> Licencias médicas otorgadas Servicios de salud especializados brindados a personas pacientes y su familia. Procesos administrativos y operativos optimizados Coordinación entre áreas médicas y administrativas robustecidas Fortalecimiento del sistema de seguimiento y monitoreo 	<ul style="list-style-type: none"> Acompañamiento digno en etapa terminal o de padecimiento, por parte de las personas cuidadoras Dotación de tiempo para ejecutar los cuidados durante el proceso de enfermedad o fase terminal Alivio del sufrimiento físico de las personas pacientes. Acompañamiento y soporte para personas cuidadoras y pacientes. Calidad en la atención de los servicios de salud para personas pacientes. Transparencia y responsabilidad en la gestión del Programa 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del impacto socioeconómico de enfermedades terminales o padecimientos graves para las familias dolientes Ocupación estable de las personas cuidadoras en el mercado laboral Acceso igualitario a servicios de salud de calidad para pacientes Atención humanizada del proceso de enfermedad o final de la vida Conocimiento social acerca de la importancia del cuidado de personas en fase terminal, menores de edad que sufren una enfermedad, o con situaciones de salud excepcionales

Nota: Adaptado de “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas” Desaf, 2024, con ajustes del EE.

4.5. Análisis de la consistencia de la lógica de la intervención

En la Tabla 4, se presenta un ordenamiento de la cadena de resultados existente elaborada por el EG. El EE realizó algunos ajustes superficiales a esta cadena reconstruida; sin embargo, tanto la cadena construida por el EG como por el EE fueron revisadas y analizadas en el taller de cadena de resultados que se llevó a cabo con las personas participantes del PFT. La consistencia de la lógica causal tuvo diversos cambios que surgieron en el taller mencionado, mediante la revisión de objetivos, árbol de problemas, cadena de resultados, población beneficiaria, entre otros (Plan de Trabajo, p.30-32, 2024).

Tabla 4

Elementos de la teoría de la intervención y de la cadena de resultados asociados

	Teoría de la intervención del PFT	Elementos de la Cadena de Resultados
Visión/fin	Ofrecer cuidados de salud a personas que se encuentren en fase terminal y menores de edad gravemente enfermos.	Conocimiento social acerca de la importancia del cuidado de personas en fase terminal, menores de edad que sufren una enfermedad, o con situaciones de salud excepcionales.
Objetivo general	Otorgar licencia laboral y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que brinden asistencia continua y permanente a una persona enferma, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos que, por padecer una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, se encuentran en una fase terminal, de menores de edad que sufren una enfermedad grave, o de personas hasta los 25 años, con una situación de salud especial o excepcional.	Acompañamiento digno en etapa terminal o de padecimiento, por parte de las personas cuidadoras. Dotación de tiempo para ejecutar los cuidados durante el proceso de enfermedad o fase terminal. Alivio del sufrimiento físico de las personas pacientes. Acompañamiento y soporte para personas pacientes. Calidad en la atención de los servicios de salud para personas pacientes. Transparencia y responsabilidad en la gestión del Programa

	Teoría de la intervención del PFT	Elementos de la Cadena de Resultados
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio, a trabajadores activos asalariados para que cuiden a un paciente el cual, independientemente de su edad, se encuentra en una etapa o fase terminal de la enfermedad. Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden de un menor de edad, cuya condición de salud ha sido catalogada de “gravemente enferma” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano. Otorgar licencias y la posibilidad del pago de un subsidio a trabajadores activos asalariados, para que cuiden, atiendan a un menor de edad, o mayor hasta los 25 años (en el tanto exista una relación de dependencia), cuya condición de salud ha sido catalogada como “extraordinaria” o “debidamente calificada” y cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere el concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano. 	<p>Licencias médicas otorgadas Servicios de salud especializados brindados a personas pacientes Procesos administrativos y operativos optimizados Coordinación entre áreas médicas y administrativas robustecidas Fortalecimiento del sistema de seguimiento y monitoreo</p>

Nota: Adaptado de “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y **Personas Menores** de Edad Gravemente Enfermas” Desaf, 2024.

5. Diseño y proceso de la evaluación

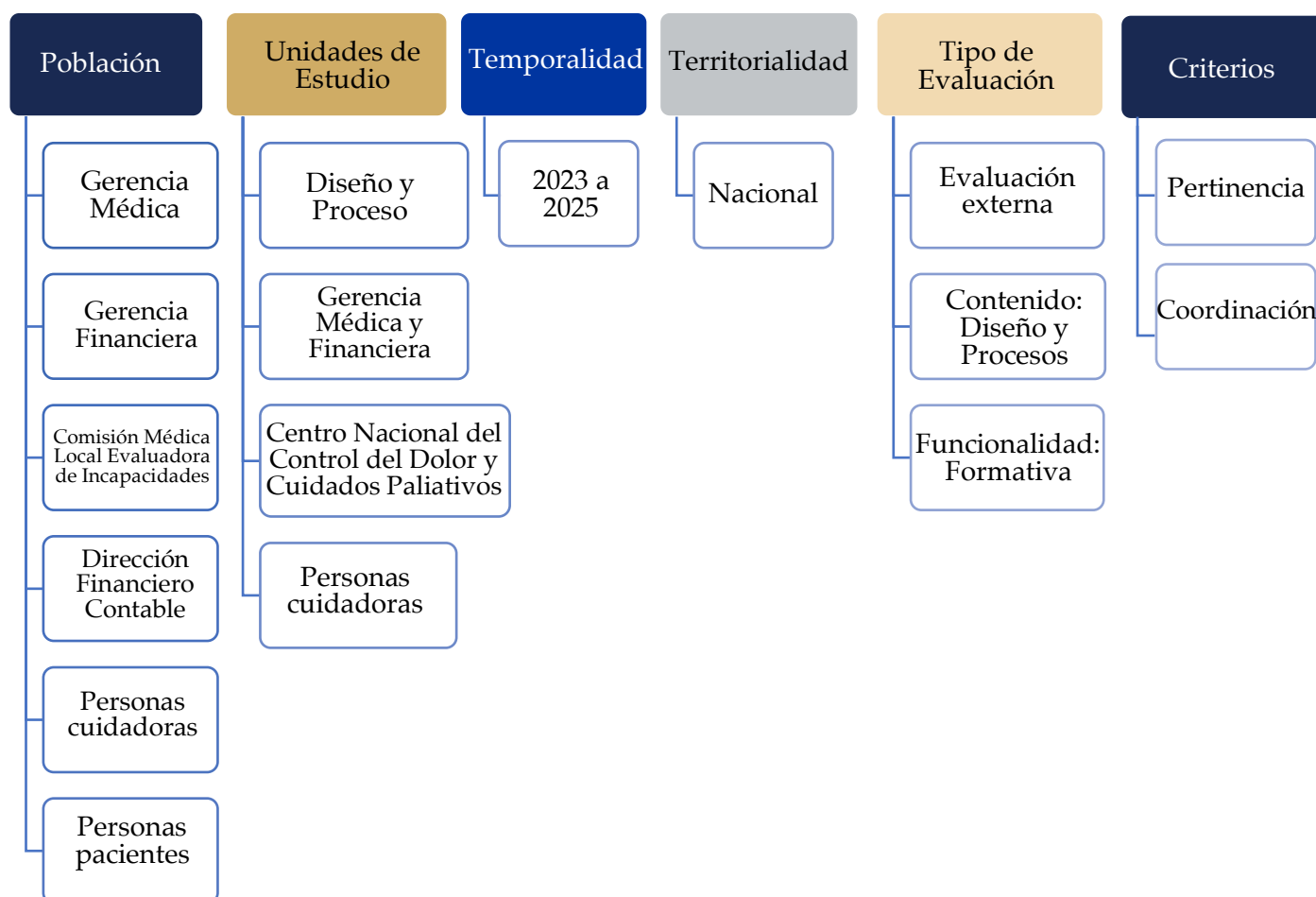
En este apartado, se presentan los procesos relacionados con la aplicación de la evaluación, como son el alcance, los objetivos de la evaluación, los criterios, preguntas y el esquema donde se indica la metodología de la evaluación.

5.1. Alcance

Respecto al alcance de evaluación, como se indica en el Plan de Trabajo (2024, p. 35), contempla la población, unidades de estudio, temporalidad, territorialidad, el tipo de evaluación y sus criterios, como se observa en la Figura 3.

Figura 3

Alcance de la evaluación del PFT, 2025



Nota: Adaptado de “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas” Desaf 2024

5.2. Objetivos de la evaluación

Se presentan los objetivos evaluativos que fueron definidos por la Unidad de Evaluación (UEval) de Desaf (2024).

Objetivo general:

Valorar el diseño y los procesos de implementación del Programa de Beneficios para Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores Gravemente Enfermas de la CCSS, durante el período 2023-2025, con la finalidad de identificar oportunidades de mejora para apoyar la toma de decisiones en beneficio de la población objetivo.

Objetivos específicos:

1. Valorar el nivel de pertinencia del diseño del Programa en función de su capacidad para responder a las necesidades y realidades de la población objetivo, de las personas que reciben los cuidados y demás miembros del hogar.
2. Valorar la coordinación entre los actores involucrados y su incidencia para el adecuado funcionamiento del Programa.

5.3. Criterios e interrogantes

En la Tabla 5, se presentan los criterios de evaluación, los cuales corresponden a pertinencia y coordinación, así como cada una de las interrogantes.

Tabla 5

Criterios e interrogantes

Criterios	Interrogantes
<p>Pertinencia: El grado en que los objetivos y el diseño del Programa responden a las necesidades y prioridades de la población participante, las personas que reciben los cuidados y demás miembros del hogar; así como su percepción de estas, de los cambios que se puedan presentar en sus condiciones y del entorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las necesidades de las personas pacientes de los servicios de salud? ● ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las prioridades establecidas por las personas cuidadoras? ● ¿Cuál es el nivel de coherencia entre los componentes de la cadena de resultados del Programa? ● ¿De qué manera el diseño del Programa procura la igualdad en el acceso y el otorgamiento de las licencias en favor de la población objetivo? ● ¿De qué manera los procesos existentes para la recomendación y solicitud de licencias por parte de las personas médicas tratantes de la CCSS y médicos de centros de salud privado son pertinentes para la atención de la problemática?

Criterios	Interrogantes
<p>Coordinación: Grado en que los actores que participan en la intervención se comunican, trabajan en conjunto, promueven las sinergias y evitan duplicidades; para el logro de los objetivos planteados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿De qué manera los parámetros y/o criterios de elegibilidad establecidos desde el criterio de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades son pertinentes para el otorgamiento de licencias? ● ¿De qué manera el diseño del Programa incentiva la equidad en la distribución de las labores de cuidados según género? ● ¿En qué medida el Programa incorpora mecanismos oportunos de coordinación entre actores para el cumplimiento de los objetivos planteados? ● ¿De qué forma la coordinación realizada entre los actores permite el funcionamiento óptimo de la intervención? ● ¿De qué manera el modelo de gobernanza de la institución ejecutora facilita la coordinación entre los actores del Programa para la consecución de los resultados? ● ¿En qué medida los procesos y dinámicas internas del Programa afectan el logro de los resultados?

Nota: Adaptado de “Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas” Desaf, 2024.

5.4. Metodología de la evaluación

A continuación, se muestra la Tabla 6 que integra el resumen del trabajo realizado, tanto de la propuesta inicial como la aplicación efectiva.

Tabla 6
Resumen Trabajo de campo

Técnica	Actor	Número de aplicaciones propuestas	Número de aplicaciones efectiva	Comentarios
Encuesta	Personas cuidadoras	10 llamadas telefónicas por Región de la CCSS, en total, 70 llamadas 2024-2025	76	Se aplicaron 79 llamadas, de las cuales, 76 personas brindaron su autorización para continuar con la encuesta.
Entrevista	Gerencia Médica	1	1	
Entrevista	Gerencia Financiera	1	1	
Entrevista grupal	Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades	1	3	
Encuesta	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos	55	50	
Taller participativo	Gerencia Médica, Áreas de Salud, Comisiones Médicas (central, local, regional) Evaluadoras de Incapacidades y Desaf, otros.	15	15	

5.5. Matriz de evaluación

Se retoma el objetivo general de la evaluación: Valorar el diseño y los procesos de implementación del Programa de Beneficios para Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Gravemente Enfermas de la CCSS, durante el periodo 2023-2025, con la finalidad de identificar oportunidades de mejora para apoyar la toma de decisiones en beneficio de la población objetivo; se desarrolla la matriz evaluativa, la cual se presenta en el anexo 1.

5.6. Enfoque metodológico y técnicas aplicadas

La evaluación utilizó una metodología mixta, con predominio cualitativo y apoyo cuantitativo. Este enfoque permitió comprender la lógica del programa, su diseño, la coordinación entre actores y la percepción de las personas beneficiarias, integrando tanto la visión técnica e institucional como la experiencia directa de las personas cuidadoras y personal de salud.

Como parte de esta metodología y debido a las interrogantes planteadas, se analizó la información por medio de la triangulación entre fuentes y técnicas de recopilación y análisis de datos, proveyendo a la evaluación de hallazgos debidamente sustentados en evidencia, que faciliten la derivación de juicios de valor, considerando dos dimensiones básicas para el análisis, a saber (Cea D'Ancona, 2001):

- Dimensión estructural, buscando regularidades objetivas e identificación de explicaciones generalizables.
- Dimensión intersubjetiva, que posibilita la comprensión e interpretación de los agentes de la acción social desde la intersubjetividad.

Cabe indicar que, paralelamente, se consideraron 3 enfoques complementarios de la evaluación:

- **Evaluación centrada en el uso** (Stufflebeam, 2000): prioriza la utilidad de los resultados para la toma de decisiones institucionales.
- **Evaluación teóricamente dirigida** (Meyer, 2016): analiza la coherencia de la teoría del programa y su cadena de resultados.

Además, partiendo de que el Artículo N° 9 de la Ley General de la Salud señala que:

Todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y salud mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad (1973). De esta manera, se consideró el

- **Enfoque basado en derechos humanos** (MIDEPLAN, 2017): incorpora principios de equidad, igualdad y respeto a los derechos de las personas cuidadoras y pacientes.

Además, para el desarrollo del trabajo de campo, se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos (Plan de Trabajo, p.38-42).

a. Técnica: revisión y análisis documental de la información

Consiste en un conjunto de operaciones intelectuales que buscan describir y representar los documentos de forma unificada y sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico-sintético que -al mismo tiempo- incluye la descripción bibliográfica, la clasificación, extracción y la confección de reseñas que según los autores Dulzaides & Molina, 2004, son:

- **Revisión de base conceptual:** permite la comprensión del fenómeno en estudio, orientar la discusión y presentación de los resultados que se esperan obtener con el proceso de intervención.
- **Análisis del marco normativo:** posibilita identificar el marco de acción del PFT, establecer su correspondencia con el marco de legalidad nacional e internacional, contexto y otros documentos definidos en el ámbito de la gestión pública vinculados con bienestar y salud.
- **Reconocimiento de documentación técnica:** esta técnica permite dar un significado a los contenidos que se identifiquen dentro de la documentación necesaria para el desarrollo del proceso de evaluación.

b. Técnica de recolección de la información: entrevista semiestructurada

Esta técnica es "parte de una pauta o guía de preguntas con los temas o elementos claves que se quieren investigar o profundizar de una exploración previa con el informante" (Martínez, 2011, p. 38).

La entrevista posibilita identificar y comprender en mayor profundidad los aspectos que se identifiquen a partir del análisis documental y de información. La entrevista conlleva el instrumento de "guía de preguntas orientadoras".

Estas abordan interrogantes de utilidad para distintos apartados de la presente propuesta evaluativa, los cuales se incorporan de manera transversal o explícita, tales como articulación, planificación, normativa, actores de la intervención, recursos, contexto, población objetivo, organigrama, mecanismos de seguimiento y determinación de procedimientos, entre otros.

c. Técnica de recolección de información: entrevista grupal

Es una conversación grupal que tiene como objetivo desarrollar resultados en una situación social de interrogación. A diferencia de la entrevista individual, es aplicada en un contexto de discusión grupal.

El criterio para definir la cantidad de personas es que siempre se pueda garantizar un nivel de diálogo y discusión suficientes para producir información grupal. Es recomendable realizarlo con seis u ocho personas (Iñiguez, 2008).

d. Técnica de recolección de información: taller participativo

De acuerdo con la Universidad de Antioquia (s. f.), esta técnica implica la reunión de un grupo de personas con una finalidad u objetivo, en la cual se producen ideas, materiales e información, por mencionar algunos. Los talleres conllevan actividades específicas, coherentes y sistemáticas. Son integradores, complejos y reflexivos. Además, a partir de estos se puede contrastar la teoría con la práctica. Dicha técnica se aborda mediante sus respectivos instrumentos de guía de taller. Para este tipo de evaluaciones se desarrolla en los talleres participativos temáticas referentes a:

- Conocimiento y análisis del árbol de problemas, árbol de objetivos, mapeo de actores, validación de la cadena de resultados, procesos y procedimientos. Se sigue el planteamiento presentado en el Manual de Planificación con Enfoque para Resultados en el Desarrollo Marco Teórico y Práctico de Mideplan (2017).

Lo anterior es de gran utilidad evaluativa, ya que a través de estos ejercicios prácticos las personas actoras involucradas logran consensos acerca de la lógica causal y de la congruencia de esta con los objetivos del PFT.

e. Técnica de recolección de información: encuesta

Los autores Meneses y Rodríguez (2010) indican que la encuesta es una técnica que acarrea procedimientos por los que se recolectan datos, se utiliza cuando se requiere abarcar una muestra de una población más amplia. Al igual que el instrumento de cuestionario (preguntas cerradas en su mayoría) que utiliza, conlleva una estandarización para que los datos que se generen sean comparables con otros.

Estos autores, sostienen que el cuestionario es “el instrumento estandarizado que utilizamos para la recogida de datos durante el trabajo de campo de algunas investigaciones cuantitativas, fundamentalmente. Las que se llevan a cabo con metodologías de encuestas” (p. 9). Una de las alternativas para aplicar cuestionarios es la aplicación en línea.

Para los procesos en los que se requiere consultar a una serie de personas actoras, acerca de alguna temática en la que no se requiera ahondar tan profundamente en un fenómeno, sino que, por el contrario, se busque describir aspectos más concisos, se utiliza este tipo de técnica; por ejemplo, para la validación de la teoría de intervención de algún programa o proyecto.

5.7. Estrategias de análisis y sistematización de la información

A continuación, se presenta la estrategia utilizada para la sistematización, análisis y resguardo de la información y de los resultados de la presente evaluación. Como se indica en el Plan de Trabajo (2024, p. 42-43) para el análisis de los resultados de esta evaluación se utilizó la triangulación de datos la cuál es “considerada como un procedimiento que consiste en recoger y analizar datos, desde distintos ángulos, a fin de contrastarlos e interpretarlos” (Estévez, Arroyo & González, 2006; Ruiz, 2015, como se cita en Feria at al., 2019, p. 138).

Asimismo, “esta implica el uso de varios métodos los cuáles pueden ser tanto cuantitativos como cualitativos relacionados con fuentes de datos, teorías, investigaciones o ambientes en el estudio de un fenómeno” (Okuda & Gómez, 2005). De esta manera, se consiguen datos polifacéticos lo que favorece el desarrollo de análisis integral y confiable desde los diferentes componentes de estudio.

Por otra parte, la sistematización de estos resultados permite:

- Organizar la información disponible;
- Analizarla minuciosamente para entender lo que ha sucedido;
- Extraer conclusiones que ayudarán a producir conocimiento nuevo, y
- Presentar los resultados en la forma deseada.” (Chávez, 2006, p. 11).

Lo anterior demanda un proceso estructurado que permita el registro y organización efectiva de los datos el cuál se realiza de la siguiente forma:

1. **Registro y almacenamiento:** la información brindada por Desaf, instrumentos escritos, archivos de audio resultantes de la aplicación de instrumentos, bases de datos, información de población beneficiaria, resultados, análisis y sistematización de datos, plan de trabajo, informe preliminar, informe final y cualquier otro documento de importancia para este trabajo se almacena en el servidor del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP).
2. **Validación:** A lo largo del proceso evaluativo se realizaron ejercicios de validación con el CICAP y EG, con el fin de corroborar la fiabilidad de los datos recolectados e incorporar los aspectos y sugerencias que se indiquen por las personas actoras mencionadas para la respectiva aprobación de los productos entregables.
3. **Resguardo de datos e información:** El equipo evaluador asume y garantiza el compromiso y responsabilidad de confidencialidad y resguardo de los datos brindados, los cuáles son utilizados exclusivamente para el desarrollo de la evaluación del PFT hasta su respectiva publicación. Para esto, se reitera el almacenamiento de documentación en el servidor del CICAP.
4. A su vez, la documentación física generada como parte de esta consultoría se almacenó en las instalaciones de CICAP, como parte del resguardo de datos e información.

5.8. Principales limitaciones y riesgos

En este apartado se identifican las limitaciones y riesgos que fueron parte de esta evaluación, con el fin de contemplar las posibles maneras de mitigar las situaciones presentadas.

Tabla 8
Limitaciones de la evaluación

Limitación	Manera de gestionarlo
<p>Desconocimiento por parte de personas funcionarias sobre el Programa y su ejecución.</p> <p>Complejidad para el desarrollo del trabajo de campo.</p> <p>Alcance de la evaluación restringido</p>	<p>Por medio del muestreo en cadena o redes, se procede a identificar personas funcionarias clave con conocimiento en el Programa.</p> <p>Realización de múltiples reuniones con personas enlace y con Comité de Bioética de la CCSS, con Desaf y con la persona gestora de proyectos de CICAP. Redacción de oficios y firma de carta de entendimiento entre Desaf y CCSS. Cambio de algunas técnicas de recopilación de la información y ajustes en el plan de trabajo. Cambios de personal de la Comisión.</p> <p>Debido a los cambios de la persona enlace de la CCSS, se presentaron diversos atrasos para coordinar la evaluación. Algunos elementos que limitaron el proceso: no se socializaron las bases de datos de las personas cuidadoras ni de las personas pacientes (se requerían solo dos pacientes); se realizaron entrevistas telefónicas a cargo de personal de la CCSS a las personas cuidadoras, esto restringió las respuestas obtenidas. Se trabajaron estas limitaciones mediante un diálogo permanente entre el EG, el EE y la CCSS. Se llevaron a cabo varias entrevistas grupales a CLEIs y se enfatizó en el criterio de coordinación en el taller de cadena de resultados. Este último espacio proporcionó información cualitativa valiosa para el análisis.</p>

Nota: Datos de trabajo de campo.

Por otra parte, en cuanto a los riesgos que se contemplaron, se presentan en la tabla 9:

Tabla 9
Riesgos de la evaluación

Riesgo	Manera de gestionarlo
<p>Sesgo de respuesta: las personas cuidadoras, pacientes y funcionarias que participan en el Programa, podrían brindar respuestas sesgadas, ya sea por falta de conocimiento, por temor a represalias o por alguna razón desconocida.</p> <p>Dificultad para acceder a información completa: algunas personas participantes, podrían no proporcionar toda la información necesaria o no estar dispuestos a participar de forma comprometida.</p> <p>Falta de disponibilidad de las personas funcionarias: por la complejidad de las funciones de las personas que laboran en la CCSS, podrían no contar con tiempo o disponibilidad para la aplicación de los instrumentos.</p>	<p>Mediante la confidencialidad y anonimato de las respuestas, así como garantizar la triangulación de la información para validar los datos obtenidos.</p> <p>Por medio de canales de comunicación claros, donde se explica la finalidad de la evaluación y se cuenta con autorizaciones y respaldos institucionales para obtener la información.</p> <p>Desde la coordinación previa y disponibilidad de cambio de fechas y horarios para cumplir con la aplicación de las técnicas e instrumentos planificados.</p>

6. Hallazgos

A continuación, se procede a describir los hallazgos obtenidos a partir de cada una de las interrogantes de evaluación, las cuales se encuentran divididas según el criterio de pertinencia y, por otra parte, para el criterio de coordinación. La información indicada responde de manera directa a las técnicas e instrumentos aplicados en el trabajo de campo.

Criterio Pertinencia: El grado en que los objetivos y el diseño del Programa responden a las necesidades y prioridades de la población participante, las personas que reciben los cuidados y demás miembros del hogar; así como su percepción de estas, de los cambios que se puedan presentar en sus condiciones y del entorno.

Interrogante de evaluación:

1.1 ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las necesidades de las personas pacientes de los servicios de salud?

Temas de análisis 1.1.1 Grado en que el Programa responde a las necesidades materiales de las personas pacientes de los servicios de salud

Esta evaluación busca identificar la medida en que el Programa responde a las necesidades de las personas pacientes usuarias de los servicios de salud. Según Astudillo y Mendinueta (2016), una persona que se encuentra enferma tiene diversas necesidades comunes, que normalmente son de tipo físico, psicológico, espiritual y social. Sin embargo, existen otras propias del estado de vulnerabilidad en que se encuentre según su padecimiento.

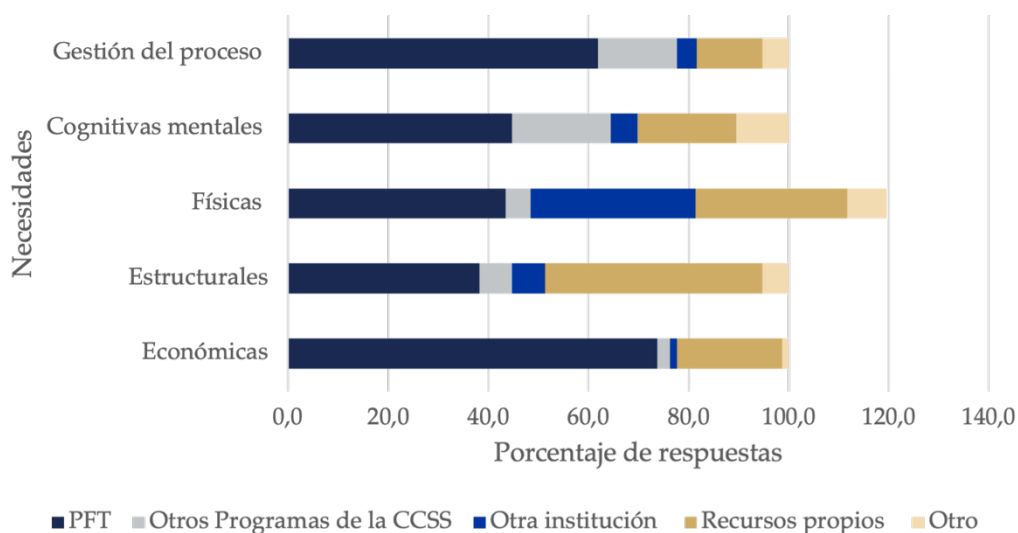
De esta manera, al considerar las situaciones que puede atravesar una persona que se encuentra en un proceso de enfermedad y su familia, se puede intentar desde diversos mecanismos, mejorar su situación con incentivos, como es la Ley 7756 y sus reformas. Para conocer si dicha Ley responde a las necesidades materiales de las personas pacientes usuarias de los servicios de salud, se procedió a consultar a las poblaciones participantes en esta evaluación y se identificaron los siguientes hallazgos.

Al consultar a la población cuidadora y profesional de los servicios de salud cuáles consideraban que son las principales necesidades de las personas pacientes, resaltan aspectos como: el bienestar físico del paciente (control del dolor y acceso a medicamentos) y el acompañamiento humano y profesional (trato digno, apoyo en tareas, capacitación de la persona cuidadora), además de la calidad de vida asociada a la atención médica, entorno familiar-cuido.

Respecto a la respuesta que tiene el PFT ante estas necesidades, se presenta el siguiente gráfico, donde se puede observar el porcentaje de respuesta de las personas encuestadas sobre los aportes que brinda el PFT.

Figura 4

Necesidades de personas pacientes según percepción de las personas cuidadoras beneficiadas por el PFT, 2025



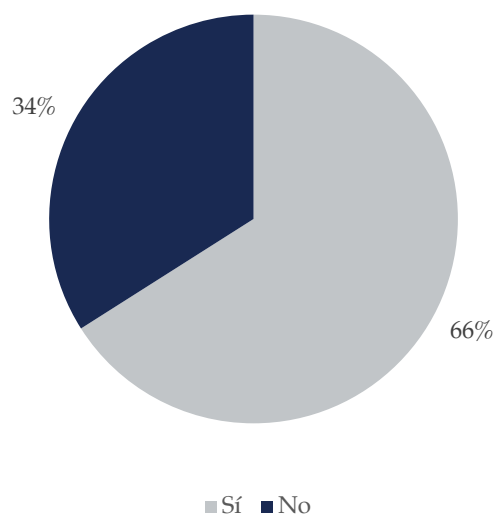
Nota: Cuestionario aplicado a personas cuidadoras de pacientes, 2025

Como se evidencia, un 73% de las personas cuidadoras encuestadas indicaron que responde a las *necesidades económicas*, 61% personas indican que al acompañamiento en el proceso de atención y gestión, y 43% personas que aporta en relación con las *necesidades estructurales* como infraestructura, ubicación geográfica de los centros de atención, equipo médico, acceso a medicamentos; *necesidades físicas* como alivio del dolor, asistencia en actividades cotidianas, curaciones y *cognitivas mentales*, refiriéndose al entendimiento de su proceso de salud, comprensión de los cambios que pueden presentarse en su condición, entendimiento de las afectaciones que podría sufrir su entorno y mitigar valoraciones negativas.

En cuanto a las personas profesionales de los servicios de salud, se indica que desde el PFT se abordan de manera mayoritaria aspectos como: preparación de la familia para el duelo antes y después de la pérdida, manejo de emociones y sentimientos, y aseguramiento de la adherencia terapéutica. Al consultar si consideran que el Programa en términos generales responde a las diversas necesidades de las personas pacientes, un 66% indicó que sí, mientras que un 34% que no, como se evidencia en el siguiente gráfico.

Figura 5

Respuesta del PFT a las necesidades de las personas pacientes según personas cuidadores, 2025



Nota: Cuestionario aplicado a Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos, 2025

Sin embargo, se debe mencionar que según lo indicado en la Ley 7756 y sus reformas, el objetivo de este Programa es únicamente brindar el subsidio económico a las personas cuidadoras de pacientes, por lo que todos los servicios adicionales que se facilitan no corresponden de manera directa al Programa, sino a los servicios que brinda la CCSS como tal, lo que fue evidenciado en una de las entrevistas realizadas:

No, nada de eso está garantizado en el Programa. Primero por la inopia del recurso.... dentro de la institución, no hay una coordinación que diga: a todo paciente en fase terminal se le va a visitar por trabajo social y psicología para brindar apoyo, eso no existe (Comunicación personal, 2025).

A pesar de lo afirmado, este beneficio puede brindar un alivio emocional a la familia de la persona enferma, ya que, gracias a la remuneración recibida, pueden permanecer a su lado y brindarle los cuidados que necesita.

“Este es el valor agregado, un gran apoyo para vivir el proceso de cuidado de mi hijo estar al lado de él y no verme afectada económicamente” (Persona cuidadora).

“Poder brindar cuidado al paciente que es un ser querido las 24 horas. Poder proporcionar información a los familiares. Poder estar al tanto con las necesidades que puedan surgir durante la enfermedad” (Persona cuidadora).

Lo anterior, debido a que para poder garantizar el bienestar y ayudar a la persona enferma, es necesario conocerle, detectar sus prioridades, respecto a su voluntad debe tratar de intervenir en todos los síntomas concretos, orgánicos y psicosociales de acuerdo con sus preocupaciones (Astudillo y Mendinueta, 2016).

Debido a lo anterior, se considera que el PFT, a pesar de únicamente enfocarse en el subsidio económico, se concibe como un recurso que alivia tensiones familiares, contribuyendo a la estabilidad emocional y logística del hogar en contextos complejos *“Es definitivamente un beneficio tanto para paciente y familia, si no existiera este la población del territorio costarricense moriría en condiciones inadecuadas: esta ley permite a los cuidadores ofrecer acompañamiento, soporte, atención de su familiar y ofrecer muerte con dignidad” (Persona cuidadora).*

Precisamente, la licencia promueve el acompañamiento y el acceso a un cuidado adecuado a personas con enfermedades terminales, menores de edad y personas gravemente enfermas, garantizando el derecho a la salud en cada una de las personas pacientes que lo necesiten. Sin embargo, el programa responde parcialmente a las necesidades de las personas pacientes, ya que su foco está puesto en el bienestar de quienes cuidan, pero con efectos indirectos sobre quienes reciben los cuidados. Desde el EE, se considera que incorporar explícitamente los efectos del cuidado en la salud del paciente fortalecería la pertinencia del programa.

Interrogante de evaluación:

1. 2. ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las prioridades establecidas por las personas cuidadoras?

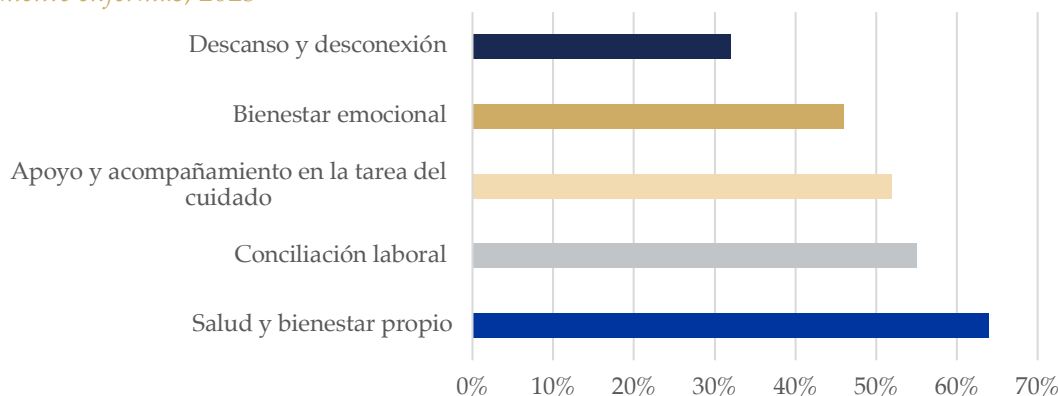
Temas de análisis 1.2.1. Prioridades establecidas por las personas cuidadoras en el desarrollo del Programa

Para esta interrogante se toma en consideración las necesidades de las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, menores de edad gravemente enfermas y casos extraordinarios.

En este caso, inicialmente se debe mencionar que las personas profesionales de los servicios de salud indican, en un 80%, que brindan capacitación a las personas cuidadoras de pacientes, por lo que, al recibir el beneficio del Programa, obtienen en la mayoría de las ocasiones recomendaciones respecto al cuidado. Las personas encuestadas del Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos indicaron que consideran que el PFT puede aportar en varios aspectos, como son:

Figura 6

Aportes del PFT a personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, menores de edad o personas gravemente enfermas, 2025



Nota: Cuestionario aplicado a Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos, 2025

Como puede observarse, se indica que el PFT puede beneficiar con la atención de prioridades como la salud y el bienestar, conciliación laboral, apoyo y acompañamiento en la tarea del cuidado y en menor medida, al descanso y la desconexión, ya que la labor del cuidado suele ser agotadora para las personas que se encuentran en este proceso.

En esta misma línea, las personas cuidadoras encuestadas también indicaron que su prioridad es el descanso y la desconexión, así como la conciliación laboral. Aunque, consideran que el Programa les beneficia en el apoyo y el acompañamiento en la tarea del cuidado, en la salud, el bienestar propio y emocional.

Como indica Bordelois (2021, citado en OES, 2025) uno de los padecimientos que aparece en un 70% de las personas cuidadoras, es el cansancio emocional o el llamado “síndrome del cuidador quemado” que ocurre cuando empiezan a presentarse síntomas emocionales como cansancio, sensación de culpa, alteraciones del sueño, cefalea, cansancio crónico, entre otros.

Precisamente, una de las principales preocupaciones externadas por las personas que participaron en la evaluación, es que no se ha identificado un monitoreo dentro del PFT que permita verificar la rotación entre las personas cuidadoras, como se menciona a continuación:

Vea que nadie se preocupa por el cuidador, tampoco nadie está yendo a evaluar a esos cuidadores. Yo vi una señora el año pasado que vino que hacerme una consulta porque llegó a pedirme que le ayudara, es que ella siempre había cuidado a su papá con determinada enfermedad, su papá ha estado en cama estos últimos 5 años y ¿quién lo va a bañar? Entonces ella tiene que ir donde el psiquiatra, porque está descompensada, está demasiado ansiosa, entonces digo: “sí, señora es de tanto cuidar a su papá” vea la condición de salud en la que usted se encuentra, esa persona ya ni siquiera debería estar siendo cuidadora y nadie está vigilando eso (Comunicación personal, 2025).

A pesar de lo anterior, el Programa cuenta con la posibilidad de que la persona cuidadora cambie cada 30 días, siempre que cumpla con los requisitos necesarios para ejercer el cuidado, aunque de las personas cuidadoras que se encuestaron, ninguna indicó haber realizado rotación, tomando en consideración que el periodo de tiempo establecido en la Ley estipula no debe extenderse los seis meses, excepto casos excepcionales como el que se mencionó, aunque se han detectado este tipo de casos de personas que han sido cuidadoras hasta por 5 años y no existen mecanismos para valorar su salud física y emocional.

Las prioridades de este grupo, como el acceso ágil, la duración adecuada de la licencia, la claridad en los procedimientos y el reconocimiento emocional de su labor, no siempre se ven reflejadas en la implementación. El diseño del programa debe incorporar estos aspectos prioritarios como condiciones necesarias para su efectividad.

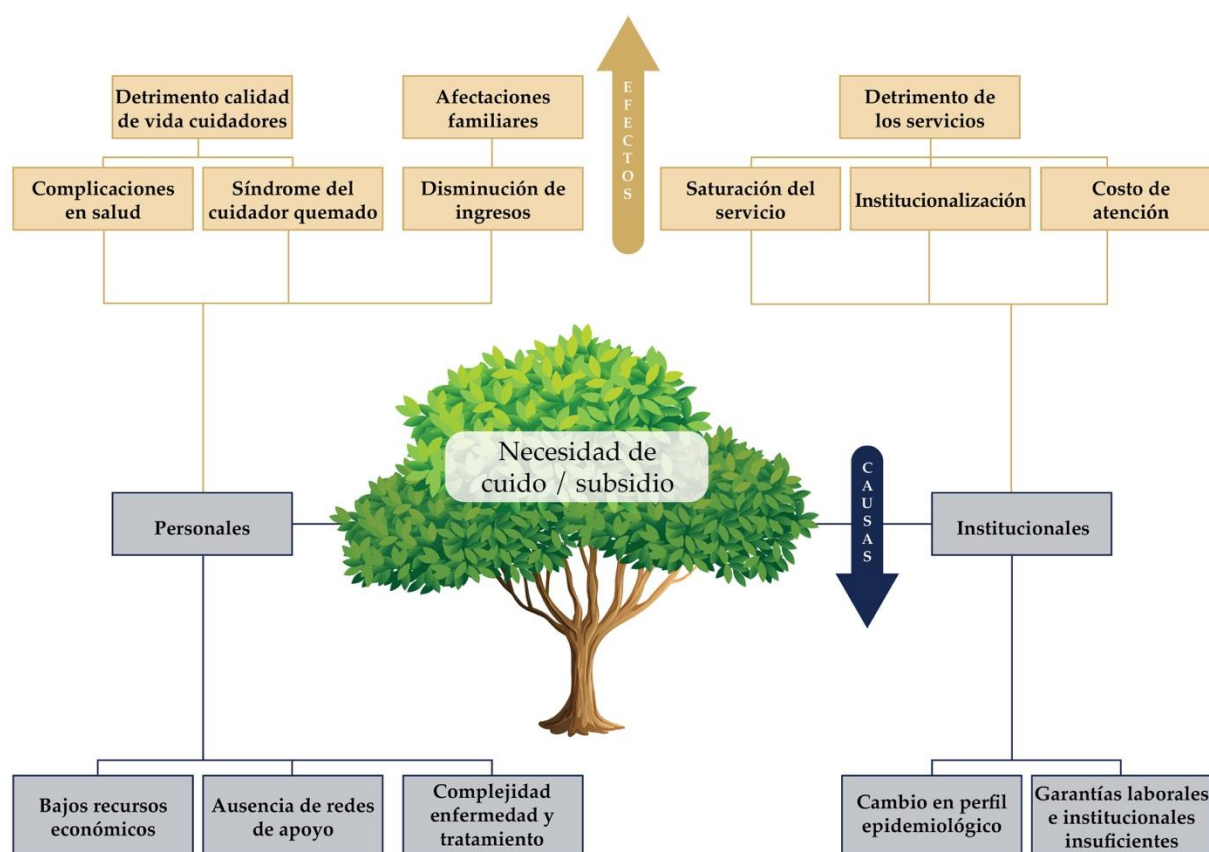
Interrogante de evaluación:

1.3. ¿Cuál es el nivel de coherencia entre los componentes de la cadena de resultados del Programa?

Temas de análisis 1.3.1 Coherencia de los componentes de la Cadena de Resultados

De acuerdo con el Taller de Cadena de Resultados, llevado a cabo de manera presencial en las instalaciones de CICAP, con la participación de personal de gerencia médica, Desaf, CNCD y CP, Áreas de Salud, Comisiones Médicas Evaluadoras de Licencias e Incapacidades (central, locales y regionales); se determinó que sí existen ajustes necesarios, respecto a la cadena de resultados inicial (Tabla 3); con la que se contaba como parte de la teoría de la intervención previa. Para la reconstrucción de esta nueva cadena de resultados, se parte de lo señalado por Mideplan (2017) al plantear, en primera instancia, la construcción del árbol de problemas, como se muestra en la Figura 7.

Figura 7
Árbol de problema validado



Nota: Taller de Cadena de Resultados, 2025.

Para la elaboración del árbol de problemas, se reconoce inicialmente la problemática real por la que fue creado el PFT; esta radica en la necesidad de cuidado de personas pacientes y de un subsidio que permita esa atención. Posteriormente, se determina cuáles son las causas que provocan dicha problemática. Como se denota en la Figura 7, las principales causas a nivel personal detectadas fueron: los bajos recursos económicos de algunas personas, lo cual se traduce en un impedimento para el cuidado adecuado de una persona paciente, ya sea por parte de ellos o

ellas mismas, o para contratar a alguien que se encargue de esta labor; ausencia de redes de apoyo, en ocasiones se cuenta con alguna persona familiar o cercana que tenga la disposición y el tiempo de apoyar en el cuidado de una persona enferma; sin embargo, por las características específicas de las situaciones de la población paciente (fase terminal, gravemente enferma o situaciones extraordinarias), esta necesidad de cuidado es indefinida, razón por la cual resulta complejo contar con una red de apoyo que pueda hacerse cargo; esto se asocia con la última causa personal: la complejidad de la enfermedad y tratamiento, es decir, que si eventualmente se contara con una red de apoyo, esta requeriría de una preparación óptima para hacerlo.

Por otra parte, en cuanto a las causas institucionales, se identifica el cambio del perfil epidemiológico de la población, el cual, de acuerdo con Morales, Martínez, y Sánchez (2023) consiste en una descripción organizada de los principales problemas de salud de una población, que incluye las enfermedades, las causas de muerte y los factores de riesgo, considerando el contexto geográfico, social, demográfico y temporal, así como los patrones y tendencias observadas en los datos de salud disponibles. Actualmente en Costa Rica, más del 80% de las defunciones se deben a enfermedades no transmisibles (ejemplo: cardiovasculares y cáncer) y la proporción de la población adulta mayor va en aumento (un poco mayor al 11% del total en el 2024). Además, la vulnerabilidad de la población infantil y la dependencia de la niñez hacia personas adultas que deben hacerse cargo de su bienestar genera que el PFT sea una necesidad notoria del contexto costarricense, ya que estas licencias permiten que la persona cuidadora puede dedicarse a este bienestar de la niñez que se encuentra gravemente enferma.

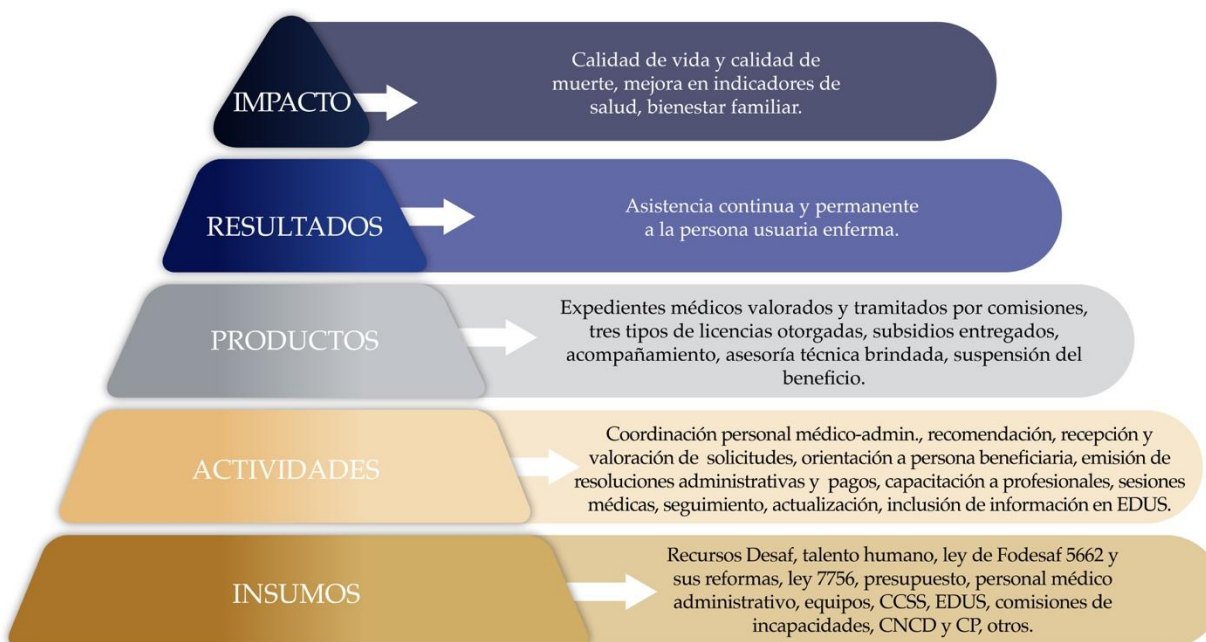
Desde otra perspectiva, la insuficiencia de garantías laborales e institucionales en torno al derecho al cuidado se refleja en la falta de mecanismos estables que respalden a quienes asumen estas responsabilidades, particularmente en el ámbito privado. En la práctica, muchas personas se ven obligadas a recurrir a vacaciones acumuladas o licencias sin goce de salario como alternativa para atender necesidades de cuidado, con consecuencias financieras y emocionales (Schuster et al., 2009). A nivel comparado, también se ha evidenciado que las licencias de cuidado existentes resultan fragmentadas y desiguales, pues en numerosos países se ofrecen únicamente sin remuneración, lo que limita su efectividad y deja en evidencia la ausencia de una cobertura laboral adecuada que reconozca el cuidado como un derecho social (Heymann et al., 2024).

Lo anterior también es respaldado, porque no es sino hasta agosto del 2025, que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, reconoce “el derecho al cuidado” como derecho autónomo; esto se vincula con la importancia de las personas trabajadoras con responsabilidades familiares, entendiendo por estas a quienes, además de desempeñar labores formales o informales, asumen tareas de cuidado como parte de sus proyectos de vida o en cumplimiento de la corresponsabilidad familiar y social. Estas personas, en sus roles de padres, madres, hijos, hijas, hermanos, nietos y nietas o en otros modelos familiares o comunitarios, dedican parte de su tiempo a deberes de asistencia o a cuidados elegidos libremente. El Tribunal señala que los Estados deben garantizar que puedan ejercer su derecho al trabajo y desarrollar sus vocaciones y responsabilidades sin ser objeto de discriminación (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2025).

El PFT no solo promueve la equidad en salud y trabajo, sino que también contribuye a garantizar condiciones dignas para el ejercicio de cuidados prolongados. Investigaciones recientes en América Latina respaldan esta urgencia; se ha evidenciado cómo la falta de políticas integrales de cuidado profundiza las desigualdades de género y afecta la salud mental y económica de las personas cuidadoras (Montaño & Todaro, 2022).

Como un segundo paso para la construcción y validación de la cadena de resultados, se realizaron ejercicios en subgrupos y en plenaria; a partir de ello, se consensuó la versión final de la cadena como se detalla en la siguiente Figura 8:

Figura 8
Cadena de resultados del PFT validada, 2025



Nota: Taller de Cadena de resultados, 2025.

La cadena de resultados presentada, elaborada con actores clave de la CCSS y Desaf, refleja una estructura lógica sólida y coherente en el diseño e implementación del PFT. Esta articulación progresiva de insumos, actividades, productos, resultados e impactos evidencia una comprensión compartida entre las instituciones involucradas sobre los procesos operativos y los fines últimos de la intervención.

En términos metodológicos, la construcción participativa fortalece la validez interna de la evaluación, al incorporar las experiencias, conocimientos y roles diferenciados de quienes ejecutan el programa en diversos niveles, lo que permite identificar tanto la teoría implícita como las dinámicas reales de ejecución. Logra alinear los componentes operativos del programa con su propósito social más amplio.

Al comparar la Tabla 3 con esta nueva cadena de resultados construida en el taller participativo, se observan varios ajustes clave en términos de organización, claridad y alineación lógica con la teoría de la gestión por resultados. Se evidencian mejoras importantes en la precisión y concreción de las acciones y productos. Por ejemplo, en esta nueva versión de cadena se consolidan claramente: “expedientes médicos valorados”, “subsidios entregados” y “asesoría técnica brindada”, entre otros. Asimismo, el resultado principal quedó formulado de manera más operativa y alineada con el objetivo general del programa: “Asistencia continua y permanente a la persona usuaria enferma”.

A su vez, se observa una adecuada correspondencia entre los niveles de la cadena y los elementos definidos en la teoría de la intervención (Tabla 4): los *insumos* y *actividades* permiten operacionalizar los procesos administrativos y clínicos; los *productos* se vinculan directamente con los objetivos específicos del PFT, orientados a la entrega de licencias y subsidios diferenciados según el perfil de la persona paciente, como se mencionó en el párrafo anterior; los *resultados* corresponden al objetivo general de asegurar asistencia continua a las personas enfermas, y el *impacto* retoma la visión/fin centrada en la mejora de calidad de vida y bienestar.

Esta reformulación participativa refuerza la claridad lógica del modelo y fortalece su utilidad tanto para la planificación como para la evaluación, en línea con los planteamientos de Rojas y Gasca (2019) sobre la importancia de cadenas de resultados bien elaboradas para medir valor público en programas sociales.

Desde una perspectiva crítica, es importante señalar que la cadena generada enfatiza en los procesos y resultados intermedios, pero podría fortalecerse la formulación de los efectos de largo plazo (*impacto*) con indicadores más concretos y medibles, especialmente si se considera que el impacto es donde se conecta el programa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En ese sentido, la integración de elementos de sostenibilidad, equidad y transformación social en el nivel de impacto fortalecería el vínculo entre la planeación estratégica del programa y los fines éticos y sociales de la política pública que lo sustenta (Bustelo, 2019).

Interrogante de evaluación:

1.4. ¿De qué manera el diseño del Programa procura la igualdad en el acceso y el otorgamiento de las licencias en favor de la población objetivo?

Temas de análisis 1.4.1 Barreras de acceso al Programa

En cuanto a la igualdad de acceso que tienen las personas cuidadoras, la población profesional de los servicios de salud ha indicado que mientras se cumplan con los requisitos, cualquier persona puede acceder de manera oportuna y obtener la licencia según la necesita. Como se indica en el Artículo 1 de la Ley 7756:

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. 1).

Lo anterior es sustentado por una de las personas entrevistadas:

Creo que siempre y cuando se respeten los requisitos, porque a nosotros nos piden también ciertos requisitos para cumplir, que, de hecho, lo trabajamos desde ventanilla, cuando el paciente se va de ventanilla es porque viene todo completo, y esa licencia se va a dar (Entrevista grupal).

Sin embargo, también se identifican algunas inequidades en el otorgamiento, debido a que como comenta otra de las personas consultadas, cuanto mayor sea el salario de la persona que va a ejercer el cuidado, mayor es la cantidad de dinero que se le rebaja al momento de brindarle la licencia. El monto del subsidio se calcula con base en el promedio de los salarios consignados en las planillas de la CCSS durante los tres meses anteriores a la licencia.

Yo creo que tal vez no hay una igualdad real de acceso, porque dependiendo de cuánto es lo que gane el cuidador, entre más gane el cuidador, más se le rebaja la licencia. Entonces tal vez alguna vez haya algún cuidador más adecuado que otro, pero se escoge al que menos va a sufrir en la parte económica (Entrevista grupal).

La Ley indica que las personas que ganen hasta dos salarios base recibirán el 100% del ingreso, sobre el exceso de dos y hasta tres salarios base recibirán el 80% y sobre el exceso de tres salarios base recibirán el 60%.

Otro de los aspectos en el diseño del PFT que ha ocasionado confusión respecto al otorgamiento, según se comenta en una de las entrevistas, es que la Ley 7756 menciona que las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal solamente pueden obtener la licencia por un máximo de 6 meses, sin tener en consideración que los criterios médicos pueden no ser exactos respecto a la cantidad de tiempo que puede tener una persona en vida.

Nos da mucho problema el tema de los 6 meses en la fase terminal, eso es terrible ya que en el artículo tercero: "Se considerarán en fase terminal los pacientes que presentan 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 6 meses, sin perjuicio de que el paciente reaccione positivamente al tratamiento y se extiende el plazo." ¿Cuánto es ese plazo que se puede extender? Y cuando hablan de "enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que implique la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico", eso es enorme. "Que su expectativa de vida sea menor o igual a 6 meses (Comunicación personal, 2025).

De esta manera queda evidenciado que es necesario generar la delimitación de la enfermedad terminal respecto al plazo que dicta la Ley y a la estandarización en cada uno de los procedimientos, para garantizar equidad en el proceso de otorgamiento y obtención de la licencia. Sin embargo, esto limitaría de sobre manera el campo de acción, ya que existen casos muy específicos que deben analizarse de forma individual.

Asimismo, otro aspecto por considerar es que algunas personas no pueden obtener el beneficio debido a que la Ley indica que solamente los médicos especialistas pueden hacer la recomendación para que una persona cuidadora obtenga la licencia, aunque en ocasiones es necesario que un médico con otra especialidad pueda recomendarla, como por ejemplo en odontología.

Es que la Ley solo dice médicos y nosotros tenemos odontólogos, que requieren emitir recomendaciones, sobre todo para menores de edad, en el Hospital de Niños le realizan procedimientos quirúrgicos, odontológicos o procedimientos odontológicos que requieren supervisión de los padres posteriores (Comunicación personal, 2025).

Adicional a esta información, también se ha identificado que las personas trabajadoras independientes, al no estar contempladas dentro de la Ley, no pueden acceder a pesar de estar cotizando y de cumplir con los demás requisitos que se solicitan.

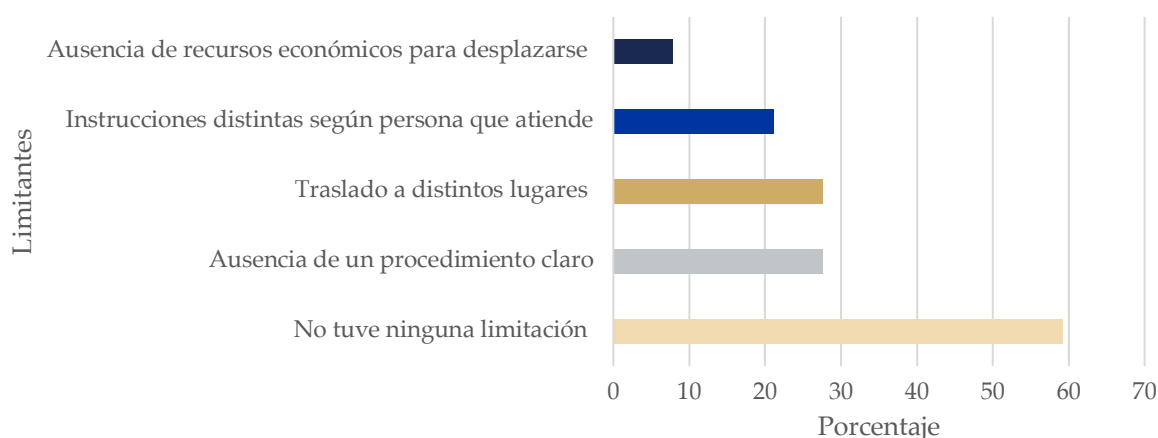
No hay igualdad de acceso, si hubiese igualdad de acceso, los trabajadores independientes podrían acceder (Comunicación personal, 2025).

Eso es de Ley, fue la que lo marcó la Ley, lo hizo de esa forma y fue la que definió que tenía que ser una persona asalariada para poder hacer el ruido correspondiente. Yo creo que, si la Ley hubiera sido un poco más abierta, los trabajadores independientes también podrían entrar porque ellos están, ellos cotizan como tales y que también tienen que cuidar a las personas como tal (Comunicación personal, 2025).

Otra de las barreras identificadas, en este caso por parte de las personas cuidadoras, está relacionada con su percepción sobre la ausencia de un procedimiento claro en varios puntos, como son el tiempo de espera, las instrucciones según área de salud correspondiente y los criterios que la persona profesional indica, el poco o limitado conocimiento de la persona funcionaria y las implicaciones de trasladarse a distintos centros médicos, como se muestra en la figura 9, en el que se podían marcar varias opciones:

Figura 9

Situaciones que limitaron o afectaron el acceso al PFT por parte de las personas cuidadoras de pacientes, 2025



Nota: Cuestionario para personas cuidadoras de pacientes, 2025

Como se evidencia, un 27,6% de las personas encuestadas, indicó que las principales situaciones que limitaron o afectaron el proceso de obtención fueron la ausencia de un procedimiento claro y tener que trasladarse a distintos lugares para continuar con el trámite. Asimismo, un 21,1% mencionó que se le dieron instrucciones diversas en el proceso, según la persona que estaba atendiendo el caso, mientras que un 7,9% menciona que no se contaba con los recursos económicos para desplazarse. A pesar de la información anterior, un 59,2% expuso no haber tenido dificultades procedimentales para obtener su licencia.

Algunas personas ampliaron sus respuestas indicando las principales limitaciones, las cuales se muestran en las siguientes referencias textuales:

- *La accesibilidad al médico que realizaba el proceso de extensión de la licencia por errores en la emisión de la licencia, se me atrasaban los pagos y me generaba deudas (Persona cuidadora).*
- *Falta de información por el personal de salud para orientar a los cuidadores (Persona cuidadora).*
- *Al inicio de la licencia de fase terminal el doctor no fue muy claro en el proceso y caminé todo el hospital preguntando donde podía hacer el trámite y no era en este lugar si no en el área de adscripción donde yo vivía (Persona cuidadora).*

Las opiniones recabadas reflejan no solo una carga adicional para quienes ya enfrentan una situación emocionalmente compleja, sino también una vulneración potencial al derecho a recibir información clara, oportuna y accesible en servicios públicos.

Desde una perspectiva evaluativa, estos relatos permiten identificar un punto de mejora en la implementación del programa: la fragmentación en la aplicación del procedimiento entre las distintas áreas de salud y el desconocimiento por parte de personas funcionarias que deben facilitar el acceso al beneficio. Esta situación limita la efectividad del PFT, pues interfiere directamente con la oportunidad en la asignación de subsidios y licencias, y puede incidir negativamente en la percepción de legitimidad y confianza hacia la institución.

Lo anterior evidencia que, aunque el programa tiene un enfoque de protección social, en la práctica existen brechas de acceso vinculadas con barreras territoriales, procedimentales y comunicacionales. La igualdad de acceso no está plenamente garantizada, especialmente para poblaciones fuera del GAM o con menor alfabetización digital.

Interrogantes de evaluación:

1.5. ¿De qué manera los procesos existentes para la recomendación y solicitud de licencias por parte de las personas médicas tratantes de la CCSS y médicos de centros de salud privado son pertinentes para la atención de la problemática?

Temas de análisis 1.5.1 Parámetros establecidos desde el criterio médico para la solicitud de licencias

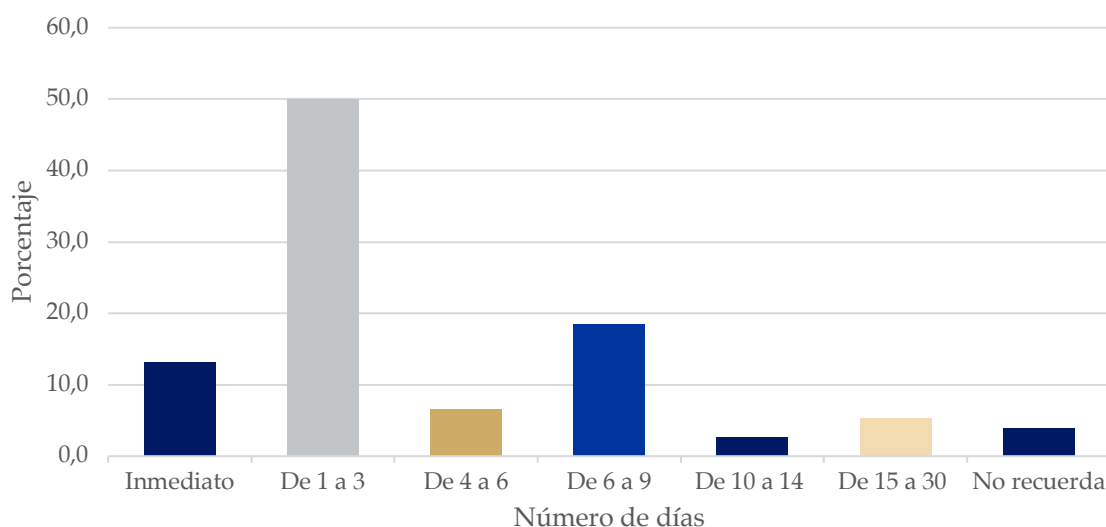
Esta interrogante deriva respuestas orientadas en diferentes líneas, sin embargo, cuando se realiza la consulta a las personas cuidadoras, se denota la necesidad de unificar el proceso de solicitud y de divulgación del beneficio de las licencias. Además, el proceso para obtener la licencia no contempla que aun cuando algunas personas pacientes se encuentren en centros médicos regionales o nacionales, las personas que asumen el cuidado deben trasladarse hasta las

áreas de salud de la zona de residencia de la persona paciente y eso implica en algunos casos específicos, traslados lejos de San José y del Gran Área Metropolitana, principalmente cuando se trata de cuidado de niñez en el Hospital Nacional de Niños.

Fue un poquito difícil, no me dieron la información en el Hospital Nacional de Niños, por lo que hasta llegar a la casa me di cuenta de la licencia, por lo que mi esposo tuvo que trasladarse nuevamente al Hospital Nacional de Niños. De mi residencia al hospital en San José es muy largo (Persona cuidadora).

Respecto a la cantidad de días que esperan las personas para recibir la licencia para el cuidado, la información puede observarse en la figura 10.

Figura 10
Tiempo de obtención de la licencia para personas cuidadoras, 2025



Nota: Cuestionario aplicado a personas cuidadoras de pacientes, 2025

De las personas cuidadoras encuestadas, un 50% indicaron recibirla de 1 a 3 días, 18,4% personas de 6 a 9 días, 13,2% indicaron recibirla inmediatamente, 6,6% personas dicen que, de 4 a 6 días, 2,6% de 10 a 14 días y 5,3% de 15 a 30 días.

Según lo mencionado por las personas funcionarias de la CCSS que se encargan de este proceso, la licencia debe quedar activa a partir de que la persona cumpla con los requisitos y haga la solicitud en el Área de Salud en la que se encuentra inscrito (Taller de cadena de resultados, 2025).

Estas diferencias pueden deberse a que todas las áreas de salud tienen procesos distintos para el análisis y el otorgamiento de licencias, es decir, que dependiendo del área geográfica en que la se encuentre inscrita la persona cuidadora, podrían cambiar algunos de los pasos que debe seguir para obtener el beneficio.

Todas las áreas de salud trabajan diferentes, entonces, acá se recibe de esa manera. Cuando se detecta algún error, se le piden el momento que está en la ventanilla, ¿verdad? Para que no se vaya con falsas esperanzas de que se le va a otorgar, si falta algún documento (Entrevista grupal).

Con el paso del tiempo, desde la Gerencia Médica se ha intentado crear lineamientos que permitan unificar los procesos, aunque se siguen identificando diferencias en su obtención. Asimismo, se debe aclarar que las diferencias se encuentran relacionadas directamente con el proceso para obtener la licencia y no con los criterios de elegibilidad, ya que estos últimos, se encuentran indicados en la Ley 7756 y sus reformas y por esta razón no varían.

En relación con los recursos y la información con la que cuentan las personas médicas tratantes de la CCSS, se menciona que el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) ha sido un recurso sumamente valioso, ya que se logra ver el historial de cada paciente y las recomendaciones que la persona médica ha emitido. En cuanto a la población médica privada, deben emitir una recomendación en físico que es presentada en el área de salud para que sea valorada por la Comisión Local de Licencias e Incapacidades y se otorgue la licencia a la persona cuidadora.

Al tener el EDUS yo puedo visualizar estudios que se hicieron en otros niveles de atención, puedo ver estudios de laboratorio, puedo ver criterios de los otros especialistas tratantes, entonces, eso facilita muchísimo lógicamente, porque tengo un panorama más amplio (Entrevista grupal). Y la otra forma que no viaja a través del EDUS es el que genera un dictamen médico privado también de un médico especialista que se presenta en ventanilla para hacer la gestión presencial (Entrevista grupal).

No obstante, el EDUS es el único sistema electrónico que se maneja en el Programa, ya que no se utilizan plataformas como el Sinirube para la revisión y seguimiento de la información de las personas beneficiarias ya que la población que recibe licencias no se selecciona por un criterio de pobreza.

A pesar de los avances que se contemplan desde que se han digitalizado algunos procesos, según la percepción de uno de los principales actores del Programa, se indica que *el nivel de complejidad del Programa es muy alto* (Comunicación personal, 2025). Lo que evidencia que existen aspectos que deben mejorarse relacionados con el proceso de solicitud de la licencia, como manuales o protocolos de procesos (según posibilidades).

Interrogantes de evaluación:

1.6. ¿De qué manera los parámetros y/o criterios de elegibilidad establecidos desde el criterio de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades son pertinentes para el otorgamiento de licencias?

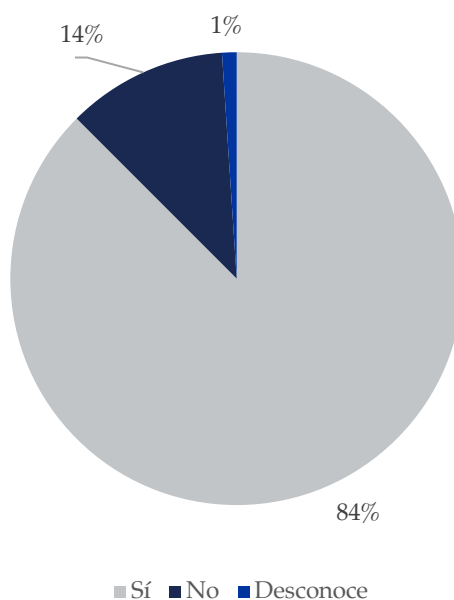
Temas de análisis 1.6.1 Parámetros y/o criterios establecidos desde la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades para aprobación de la licencia

En esta interrogante se busca identificar la elegibilidad de los criterios que han sido establecidos desde la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades para otorgar las licencias a las personas cuidadoras de pacientes.

Primeramente, cuando se les consulta a las personas cuidadoras si consideran que los requisitos que solicita el PFT son adecuados, se obtienen las respuestas observadas en la siguiente figura:

Figura 11

Consideración sobre los requisitos para obtener el subsidio en personas cuidadoras, 2025



Nota: Cuestionario aplicado a personas cuidadoras de pacientes, 2025

Como puede observarse, un 84% personas mencionan que sí, 14% que no y 1% persona menciona que los desconoce, además aportan recomendaciones que pueden tomarse en consideración para el otorgamiento, por ejemplo:

- *En mi caso por mi trabajo sabía que existía la licencia y porque pelee me la dieron, pero las otras madres que salieron ese día de la cirugía de sus hijos se fueron sin nada (Persona cuidadora).*
- *Deberían tramitar la licencia en el lugar de atención del paciente y no solo donde vive el cuidador (Persona cuidadora).*
- *Cuando el profesional no reporta en tiempo la solicitud es tedioso la espera (Persona cuidadora).*
- *Si son adecuados, solo que existe mucho protocolo para un mismo proceso que podría simplificarse (Persona cuidadora).*

Lo anterior demuestra, al igual que se ha mencionado en las interrogantes anteriores, que a pesar de que las personas cumplan con los requisitos, existen vacíos de información que confunden el proceso para la obtención de la licencia que beneficia a las personas cuidadoras.

Cabe mencionar que cuando el médico especialista hace la recomendación, ese criterio de especialidad, garantiza que, si la persona cuidadora cumple con los requisitos para obtener la licencia, pueda obtener el beneficio.

Todo depende del médico que hizo la visita y emitió la recomendación, todo el proceso depende de eso, entonces para qué hacemos el resto del proceso si al final todo recae ahí. La Sala Constitucional se ha manifestado en la siguiente forma, ya hay personas que, al intentar suspender el beneficio, acude a la sala, entonces, la Sala nos dice: si existe un criterio del médico tratante, tiene que dárselo (Comunicación personal, 2025).

Siempre que la persona cumpla con los requisitos indicados en la Ley, el otorgamiento de la licencia está asegurado, acorde a la fuente de financiamiento indicada en el Artículo 10 de la Ley 7756, independientemente de su nivel socioeconómico. De esta manera, queda evidenciado que el criterio de selección de la Comisión Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades está sujeto a que la persona cumpla con los requisitos para obtenerla.

El proceso para hacer la solicitud de la licencia, según se indica en una de las entrevistas realizadas, es el siguiente:

Bueno, lo primero es que el paciente, el usuario, tiene que venir a solicitarla, porque no es como que la emiten desde el especialista. Entonces, cuando viene, siempre tiene que traer la fotocopia de la cédula y apersonarse acá, no puede hacerlo a través de otra persona ni nada, tiene que ser con el cuidador y llenar el formulario, y también una notita que a nosotros le pedimos, que es una declaración jurada, que es la única persona que puede cuidar al paciente. Entonces, prácticamente con esos requisitos, ya se empieza a llenar el formulario y con eso es lo que lo pasamos a la CLEI para que sirva ya la licencia (Entrevista grupal, 2025).

En el beneficio para cuidado de pacientes que se encuentran en fase terminal que se brinda por 6 meses, se han identificado algunas situaciones en que las personas no fallecen en ese periodo de tiempo, por lo que la persona médica tratante debe hacer una revaloración para saber si es necesario continuar con la licencia y poder garantizar el cuidado que necesita esa persona.

Es muy difícil a veces, había pacientes, que a veces pasaban más de un año y uno veía que sí, que ya se iba, que se iba y no, [SIC] pero si era un paciente que ameritaba los cuidados, que se hicieran, o sea, el tipo de patologías a veces son muy complicadas (Entrevista grupal).

Por tanto, los criterios se resumen en la percepción de la persona médica tratante de la CCSS o privada, que hagan la recomendación para que se brinde la licencia a la persona cuidadora y que, además, esta persona cuidadora cumpla con los requisitos indicados en la Ley para obtenerla. Sería necesario revisar la aplicabilidad real de estos parámetros y facilitar espacios de revisión o apelación por parte de las familias afectadas.

Interrogante de evaluación:

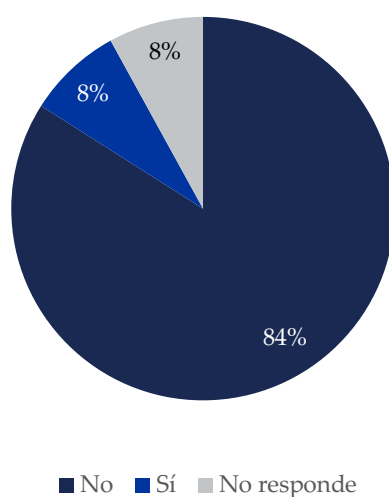
1.7. ¿De qué manera el diseño del Programa incentiva la equidad en la distribución de las labores de cuidados según género?

Temas de análisis 1.7.1. Distribución equitativa de las labores de cuidados

Sobre la interrogante 1.7 que busca conocer el incentivo respecto a la equidad en la distribución de los cuidados según género, se realiza la consulta a las personas cuidadoras si recibieron capacitación en este tema, se observan los siguientes resultados:

Figura 12

Obtención de capacitación sobre labores de género en personas cuidadoras, 2025



Nota: Cuestionario aplicado a personas cuidadoras de pacientes, 2025

Como se logra determinar, un 84% indican que no, 8% indicaron que sí; sin embargo, lo que señalaron positivamente fue la capacitación asociada al cuidado; que no necesariamente estaba vinculada con la distribución equitativa de cuidado según género. El restante 8% no dieron respuesta a la consulta.

En las entrevistas en las que también se realizó la consulta, al igual que el contexto de esta evaluación, queda evidenciado que la mayoría de las personas que ejercen el cuidado son mujeres. *"El tema de que los cuidadores siguen siendo predominantemente mujeres porque precisamente no les decimos, no les insistimos o la Ley no dice que debe de haber un cambio"* (Comunicación personal, 2025).

Las Comisiones entrevistadas mencionan que conocen *"uno que otro"* (Comunicación personal, 2025) cuidador, pero que la gran mayoría son mujeres. *"Definitivamente la parte cultural en nuestro país es muy importante. Nosotras las mujeres somos la mayoría de las veces cuidadoras, sin embargo, sí tenemos varones, obviamente me sobran dedos de las manos"* (Comunicación personal, 2025).

Como Sanjuán, et al. (2023) algunos autores identifican desigualdades de género en la distribución de tareas relacionados con el cuidado familiar, en los que, en todos los contextos, se menciona que las mujeres tienen más probabilidades de ser cuidadoras que los hombres a pesar de que las estructuras tradicionales están cambiando; se apunta hacia una mayor equidad de género.

A pesar de eso, el hecho de que el cuidado haya sido y siga siendo considerado como un tema femenino, refuerza los estereotipos de género sobre los roles asignados históricamente a los hombres y las mujeres. Por tanto, se vuelve necesario hacer referencia a estos temas cuando se habla de las construcciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (2024) exista una evidente sobrecarga femenina en el cuidado, donde un 95% de las personas cuidadoras de pacientes que tienen remuneración en la región son mujeres. Incluso, en el cuidado no remunerado, las mujeres dedican entre 6,3 y 29,5 horas más por semana que los hombres al cuidado.

Aunque muchas de estas personas cuidadoras sean mujeres, también representa accesibilidad y apoyo, ya que se mencionó que el PFT permite estar con la familia y asistir a citas médicas, lo que facilita la organización del cuidado y reduce la incertidumbre sobre cómo compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades, *“Fue una gran ayuda, ya que soy madre soltera y profesional, por lo que pude cuidarlo sin ningún problema a tiempo completo”* (Comunicación personal, 2025).

Ante este panorama, el EE reconoce que el diseño actual no incorpora de forma explícita acciones orientadas a promover la corresponsabilidad de género y que como indican las personas entrevistadas, la mayoría siguen siendo mujeres.

De esta manera, la información anterior permite evidenciar las respuestas a cada una de las preguntas de evaluación sobre el criterio de pertinencia. En el siguiente apartado, se da respuesta al criterio de coordinación.

Criterio Coordinación: Grado en que los actores que participan en la intervención se comunican, trabajan en conjunto, promueven las sinergias y evitan duplicidades; para el logro de los objetivos planteados.

Interrogante de evaluación:

2.1. ¿En qué medida el Programa incorpora mecanismos oportunos de coordinación entre actores para el cumplimiento de los objetivos planteados?

Temas de análisis 2.1.1 Mecanismos de coordinación entre actores

Con respecto a esta interrogante que busca identificar si para el cumplimiento de objetivos se consideran mecanismos oportunos de comunicación, se recolectó información asociada a elementos como, la valoración de la coordinación interinstitucional, el conocimiento de las personas funcionarias respecto a este, canales de comunicación con las personas usuarias y entre las personas funcionarias.

Conocimiento del programa

Las personas participantes-funcionarias del CNCD y CP mencionan contar con conocimiento respecto al PFT, esto se desprende de los cuestionarios aplicados a estas personas funcionarias, en donde el 85,4% indicó conocer el Programa y el 73,2% que ha recibido información. Aunado a lo anterior, en el taller para la construcción y validación de la teoría de la intervención (cadena de resultados), tres personas participantes explicaron cómo se facilitan espacios de información correspondientes a los programas que brinda a la CCSS, incluyendo al PFT, estos espacios tienen como objetivo actualizar a las personas funcionarias respecto a la ejecución de los programas.

Es así como lo sustenta una persona entrevistada

A cada rato nos están mandando información con respecto a los cambios que están pasando, hace poquito llegó un oficio, que hubo algo de la licencia de maternidad y la licencia de paternidad, ¿verdad? Entonces, a cada rato están siempre reforzándonos y alimentándonos de eso, aparte de las capacitaciones que se hacen (Comunicación personal, 2025).

Al respecto del valor que tiene la comunicación y la divulgación en las intervenciones públicas y su aporte en el alcance de los objetivos, Mideplan (2021) indica que,

Es un componente esencial para establecer el uso y socialización de la información fidedigna y oportuna; el objetivo principal es la toma de decisiones, que permita el establecimiento de medidas para el logro de los objetivos y metas de las intervenciones públicas en beneficio de la ciudadanía. Además, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la gestión pública (p. 28).

Si bien, las personas del CNCD y CP indican estar mayormente informadas, en el criterio de pertinencia, se evidencian vacíos asociados a la forma en cómo se atienden las solicitudes de la licencia, como lo menciona una persona entrevistada, *"yo considero que tal vez si empezamos o partimos sobre capacitar tal vez a los especialistas en esto se haría un poquitito más"* (Comunicación personal). El aspecto anterior también se resalta en el taller de cadena de resultados, en donde se indicó que no existe un procedimiento estándar de la intervención para todas las unidades, así como tampoco una definición para su divulgación que incluya además una formalización de canales de comunicación.

Canales de comunicación

Los medios de comunicación entre las personas funcionarias y las beneficiarias son diversos, de esta manera lo expone una de las personas entrevistadas,

Todos los que hemos podido incorporar, todos los que han sido identificados como necesarios, o sea, no hay una sola verdad, por ejemplo: soy un usuario que viene aquí para una pregunta, se le atiende; si un usuario este llama por teléfono, se le atiende; si un usuario escribe por correo, se le atiende, si un usuario va a la Sala Constitucional, se le atiende este de todas las vías (Comunicación personal, 2025).

Respecto a la eficiencia de estos medios de comunicación, se consideran como oportunos, sin embargo, no se cuenta con conocimiento sobre si se alcanzan los objetivos esperados y se comprende que su uso adecuado es un elemento fuera del alcance de la institución, es así como se expresa en las entrevistas.

Sí, yo creo que nos ayuda. No tengo la certeza, pero creo que nos ayuda a siempre tener una línea de atención, siempre por algún lado, pero no te lo puedo garantizar porque vea este caso, un recurso de amparo perdido por la institución porque alguien no preguntó. Las líneas de comunicación están, pero ¿si la persona no la usó? (Comunicación personal, 2025).

En relación con los medios de comunicación entre las unidades, se identifica que son canales directos, no necesariamente definidos procedimentalmente, si no que ocurren dentro de la dinámica organizacional.

En este sentido, unidades como la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (CLEI), no siempre tiene comunicación directa con las principales personas responsables de la ejecución del PFT, esta se da de forma más directa con las Comisiones Médicas Regionales Evaluadoras de Incapacidades (CREI).

No, nosotros hacemos la aprobación y trámite de las licencias y, las supervisiones de la comisión que la hace la comisión regional. Sí se hace, como el análisis de los casos y eso, pero no tenemos que estar en comunicación con la gerencia (Comunicación personal, 2025).
La comunicación local es más frecuente hacia la regional y cuando se presentan algunos casos que se le exponen a la regional, y la regional por alguna razón, no sabe cómo resolverlos o [sic] ocupa un criterio mayor, lo eleva a la Comisión Central (CCELI), (Comunicación personal, 2025).

Valoración de la coordinación

La coordinación interinstitucional es valorada mayormente como positiva, así es como se evidencia en los resultados de la consulta a personas cuidadoras, en donde el 59,2% (45 personas) la puntuaron como muy buena.

De igual manera, las personas funcionarias resaltan fortalezas asociadas a la comunicación como se denota en los siguientes textos.

Las veces que yo he tenido que recurrir a ellos por alguna situación que haya pasado o por algo que hemos necesitado desde la comisión yo les traslado, ellos inmediatamente me contestan y yo les traslado a ellos el mensaje. Yo creo que es bastante bueno, me parece (Comunicación personal, 2025).

A pesar de ello, aun cuando se considera la coordinación como adecuada, esta requiere de canales de comunicación formales e intencionados, como se ha mencionado, comprendiendo que "la comunicación eficiente se basa en tener un emisor y un receptor, asimismo, es importante definir los canales por donde se hará llegar el mensaje de manera clara y concisa." (Mideplan, 2021, p. 29).

Por tanto, es relevante comprender que los canales de comunicación formales para atender los vacíos de información que puedan tener personas profesionales que inciden directamente en la intervención, ya que si bien la institución como correo y números telefónicos institucionales; el flujo de comunicación propiamente del programa, no se encuentra formalizado.

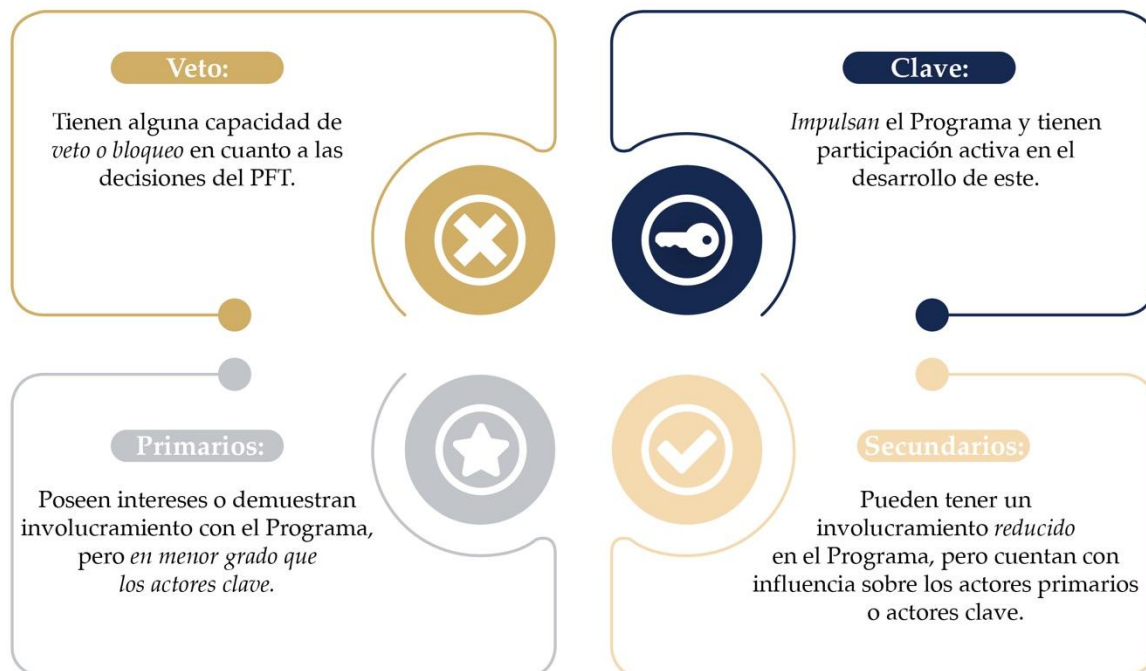
Desde otra perspectiva, como parte del taller de cadena de resultados, se llevó a cabo un mapeo de actores, en el cual, de manera participativa, las personas tanto de la CCSS como de Desaf, plasmaron sus percepciones en relación con el **tipo de actor** involucrado en el PFT.

En Costa Rica, MIDEPLAN (2017) ha señalado que el mapeo de actores es fundamental para comprender la dinámica de gobernanza y la capacidad de articulación entre instancias. Este proceso se articula con la cadena de resultados, dado que los logros esperados dependen no solo de los recursos y actividades, sino también de la interacción estratégica entre actores clave, primarios, secundarios y veto. El análisis no se limita a un registro descriptivo, sino que se orienta a identificar sinergias, duplicidades y vacíos de coordinación que puedan afectar la efectividad de la intervención (MIDEPLAN, 2017).

En términos prácticos, el mapeo de actores combina criterios de clasificación por tipo (según su relación con la intervención: primario, secundario, clave o veto) y por funciones (político-directivas, administrativas, operativas, financieras, sociales, entre otras). Este doble eje facilita la visualización del nivel de incidencia y del papel que desempeñan en el ciclo de la política pública, favoreciendo la toma de decisiones estratégicas para la asignación de responsabilidades, la mejora de canales de comunicación y el fortalecimiento de la cooperación interinstitucional.

Por tanto, en el caso del Programa de Beneficios para Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores Gravemente Enfermas, el mapeo de actores es un insumo esencial para garantizar que la coordinación interinstitucional, el flujo de información y la articulación de funciones se orienten de manera coherente hacia los objetivos del programa. Las clasificaciones se visualizan en las siguientes Figura 13 y 14:

Figura 13
Clasificación de actores según nivel de incidencia, 2025



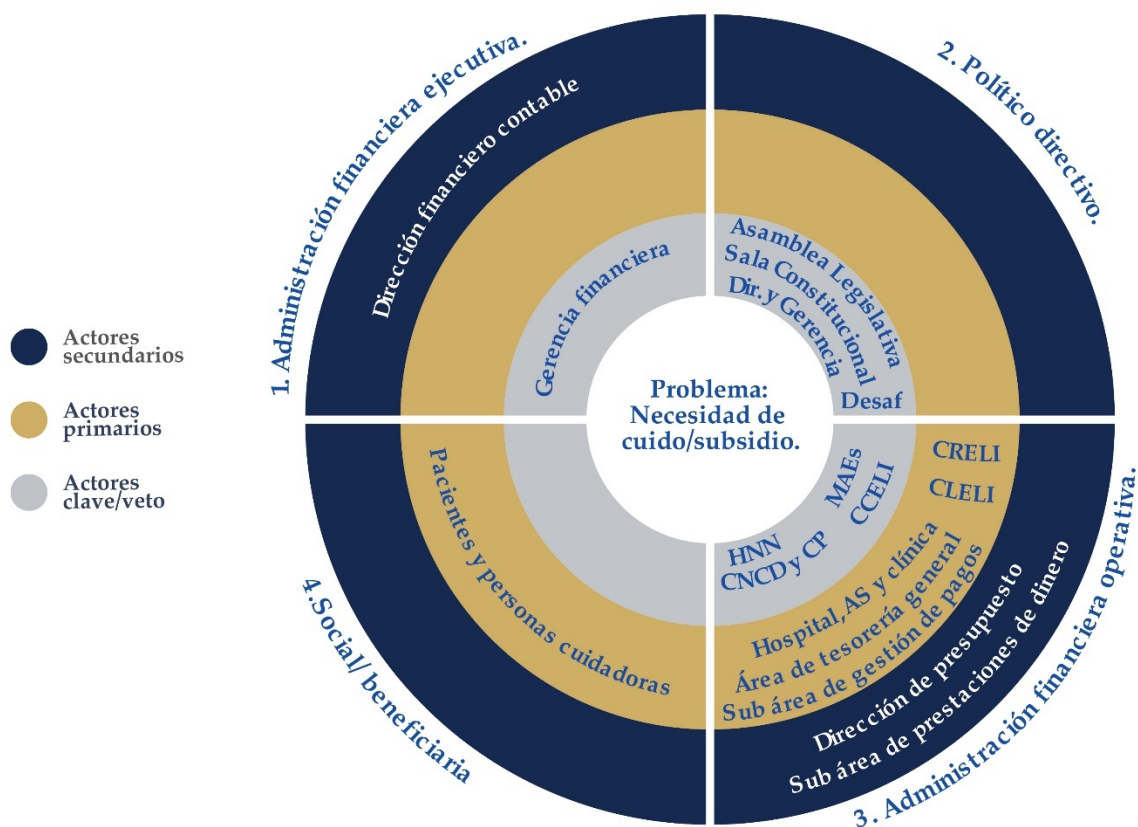
Asimismo, se agrupó a los actores según el área de trabajo dentro del Programa:

Figura 14
Clasificación de actores según tipo de clasificación



A partir de ello, se detalla en la Figura 15 el mapeo de actores desarrollado en el taller de cadena de resultados:

Figura 15
Mapeo de actores según tipo y área del PFT



Nota: Taller de Cadena de Resultados, 2025.

El mapeo de actores presentado permite identificar de manera clara y estructurada la diversidad de actores involucrados en el PFT. Esta categorización refleja no solo los niveles de responsabilidad y toma de decisiones, sino también las funciones específicas dentro del Programa. Además, el ejercicio de identificación según tipo de actor (primarios, secundarios, clave y de veto) facilita una lectura estratégica acerca del nivel de involucramiento e influencia que cada actor ejerce en el desarrollo del programa.

En el área político-directiva, destacan actores como Desaf, la Asamblea Legislativa y la Gerencia Médica, todos ellos considerados como actores clave con alta capacidad de incidencia y toma de decisiones y definiciones estratégicas. A su vez, entre los actores con rol de veto se encuentran órganos institucionales como la Sala Constitucional o la Dirección Ejecutiva, lo que implica que cualquier desacuerdo o bloqueo desde estos niveles puede tener consecuencias

estructurales para el PFT. En este sentido, resulta relevante que la comunicación entre estas instancias se dé de forma fluida, donde se compartan no solo datos, sino contextos de la realidad del PFT, para que cada una de ellas esté bien informada sobre los procesos y cambios que pueda sufrir el Programa. Desde un nivel político y financiero sería importante la revisión de la Ley 7756 para analizar su población de cobertura; desde lo administrativo, una mayor proyección de la atención hacia el estado socioemocional de las familias; son aspectos que estos actores de alta jerarquía podrían discutir en conjunto para robustecer el Programa.

Lo anterior es de suma importancia, incluso en este momento se encuentra en revisión una propuesta de proyecto de ley en la Asamblea Legislativa, titulado: “Ley para establecer la licencia y subsidio para personas trabajadoras independientes responsables de pacientes en fase terminal y personas menores de edad gravemente enfermas”, en el cual se plantea las reformas a los artículos 1, 5, 6 y 9 de la Ley Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de edad Gravemente enfermas, Ley N.º7756; expediente N.º25002. Esta propuesta sostiene como objetivo general, la inclusión de esa población como parte de la ley que respalda al PFT.

En el ámbito administrativo-financiero, la Gerencia Financiera se sitúa como actor clave en la ejecución y control presupuestario. Otros actores, como la Dirección Financiero Contable y la Subárea de Prestaciones en Dinero, son considerados secundarios, lo que podría limitar su implicación directa en decisiones estratégicas, a pesar de su papel esencial en la operatividad del PFT. Por ejemplo, los aportes que pueda hacer la CRELI y la CLELI al análisis de asuntos presupuestarios, tal como un posible incremento del presupuesto que se asigna al PFT debido al aumento de solicitudes, podría reflejar de mejor manera las necesidades PFT para ser también expresadas a Desaf.

A partir del taller de cadena de resultados se discutió la relevancia de que los hospitales, las Áreas de salud y las clínicas tengan un mayor acercamiento al HNN, al CNCN y CP a las personas MAEs y a la CCELL, esto por cuanto se denota una verticalización en la toma de decisiones. Por ejemplo, la Gerencia Médica funciona como canal entre múltiples subáreas operativas, sin que existan espacios más amplios de coordinación horizontal estables.

Actores como el CNCD y CP o las CRELI y CCELL sostienen relaciones semiformales (grupos de chat, convocatorias puntuales), lo que evidencia una disparidad en la densidad de vínculos interinstitucionales. Según el modelo de análisis relacional de Cepeda & Zamora (2021), estas relaciones dispersas afectan la cohesión del sistema y dificultan la implementación efectiva en programas sensibles como el de cuidados paliativos. No existen estructuras institucionalizadas ni comités interinstitucionales activos en el PFT.

Asimismo, la interacción entre actores clave y primarios es esporádica; se evidencia la ausencia de protocolos formales de coordinación o de plataformas tecnológicas institucionalizadas para el seguimiento conjunto, situación que puede debilitar la trazabilidad de decisiones y dificulta la evaluación del desempeño institucional compartido; sin embargo, se rescata que las condiciones en cuanto a recursos materiales para esta digitalización son distintas según el área y que, a pesar de ello, se ha logrado cumplir con los objetivos del PFT.

Finalmente, en el eje social, la población beneficiaria (personas cuidadoras y pacientes) es reconocida como actor primario, cuyo involucramiento orienta y justifica la intervención, aunque su participación se da más en la recepción del servicio que en la toma de decisiones. El mapeo de actores resulta fundamental para comprender las dinámicas de coordinación interinstitucional y establecer las responsabilidades diferenciadas a nivel general, esto se profundiza en el siguiente tema de análisis 2.2.1.

Interrogante de evaluación:

2.2. ¿De qué forma la coordinación realizada entre los actores permite el funcionamiento óptimo de la intervención?

Temas de análisis 2.2.1 Nivel de coordinación intrainstitucional para el cumplimiento de objetivos

Para el análisis de la interrogante 2.2, se consideran acciones propias del modelo de gestión y mecanismos internos de comunicación entre los actores que intervienen en la ejecución y con la población usuaria.

Modelo de gestión y mecanismos de coordinación

Como parte del modelo de gestión se identifica la incorporación del componente digital, tal y como indica una persona funcionaria del área de Cuidados Paliativos *“El tema era que antes era 100% papel y que ahora es 100% digital la parte de la recomendación”* (Comunicación personal, 2025). Sin embargo, esta acción no está protocolizada, ni se puede ejecutar en todas las unidades locales dadas las características de acceso a la población, así se indicó en el taller de construcción de la teoría de la intervención.

Para el periodo afectado por la Pandemia Covid-19, este modelo no sufrió modificaciones, pero sí se identifica una disminución de solicitudes que se asocia al aumento del teletrabajo y la posibilidad de cuidado.

En donde ves que 2020 a 2021 totalmente decaído (solicitud del beneficio), 2023 se empezó a recuperar a los niveles previos. (Comunicación personal, 2025).

Por otra parte, dentro de la ejecución del PFT hay claridad en cuanto a las funciones y delimitaciones del área financiera y su participación en las comisiones.

Dentro de la Comisión, nosotros como tesorería tenemos a un grupo de compañeros que trabajan en la obtención de los datos, la parte estadística, de ver cuánto se gastó, ahí se coordina con él parte del presupuesto para ver cuánto tenía asignado, cuánto estamos gastando nosotros para generar lo que son unos informes detallados, y propuestas de mejoras también que algunas veces se dan para trasladarlo a la gerencia y que la gerencia también lo haga llegar a Fodesaf directamente. (Comunicación personal, 2025).

En este sentido, cabe resaltar la importancia que tiene la coordinación institucional en el alcance de resultados, tal y como lo definen García Moreno & García López (2013), al indicar que el Modelo de Gestión para Resultados requiere, "capacitación permanente de los funcionarios públicos; alineación de los distintos componentes del ciclo de gestión; y nuevas estructuras organizacionales que fomenten la coordinación y el trabajo conjunto, en lugar de la competencia y el trabajo aislado" (p. 22).

Como parte de los mecanismos de coordinación para la gestión y alcance de resultados del programa, se señala que para coordinar decisiones financieras y garantizar el buen funcionamiento del PFT, los diferentes departamentos involucrados tienen poca comunicación entre ellos, situación que refuerza lo señalado en la interrogante anterior, asociado además a la ausencia de formalización de los canales de comunicación específicos para este programa.

Es de esta manera como lo señalan personas entrevistadas,
Yo creo que nosotros directamente con alguno de ellos no hemos tenido, y creo que el enlace de nosotros siempre ha sido la doctora (...) y cuando hemos recurrido a alguna situación que ellas dicen, no, mira, esto hay que pasarlo, hay que elevarlo, y ella misma nos dice el proceso de cómo hacerlo (Comunicación personal, 2025).

No, la Comisión Central de Incapacidades se hace como convocatorias para capacitaciones o cuando sale una instrucción nueva o así. Y otras veces nos han convocado en forma virtual a todas las áreas de salud y entonces nos dan a conocer las decisiones o el oficio o la instrucción o los cambios, pero es lo único, más que todo capacitación (Comunicación personal, 2025).

En el caso de la Red CNCD y CP existe mayor coordinación y espacios de capacitación para el abordaje de la intervención, tal y como se indica a continuación,

Tenemos la ventaja que como Centro, como le digo, como tenemos un chat, nos apoyamos mutuamente, y si hay alguna consulta, hay compañeros que están dentro, coordinadores de la comisión también de sus lugares de trabajo, y si alguno tiene una consulta en especial, la eleva, generalmente, desde ese punto de vista, también nos damos mucho apoyo, si tenemos alguna duda al respecto (Comunicación personal, 2025).

Se comprende, por tanto, que el nivel de comunicación que se da en mayor medida es el caso de esta Red con las Unidades Locales respecto a demás actores participantes, en este sentido es necesario comprender que los espacios sistemáticos de encuentro institucional, como reuniones formales o redes colaborativas, son claves para la coordinación organizativa y ejecución de la intervención orientada al alcance de resultados. El EE rescata que una coordinación más efectiva mejoraría significativamente el funcionamiento del programa y sus resultados esperados.

Además, en el taller de cadena de resultados se identificaron las relaciones que se tiene entre las distintas instancias del PFT; estas son determinantes para el funcionamiento adecuado de la intervención. Las relaciones se detallan en la Figura 16.

Figura 16
Relaciones entre actores del PFT

Actores del PFT	Relación entre actores														
	CNCD y CP	Presi. Ejecut. CCSS	Desaf	Gerenc. Méd.	Dir. Méd.	Pers. Cuidad (usua.)	Hosp., AS y Clín.	Gerenc. Finac.	CLEI	CRELI	CCELI	HNN	MAEs	DRIPSS	Área. Teso. Gen.
CNCD y CP				→		→	→	-----	-----	---			---		⚡
Pres.Ejec CCSS			====	←			≠	---							
Desaf	-----	====		←	-----			←	-----			-----			
Gerenc. Médica	====	←				---	→	====	---		---	---	---		
Dir. Médica	---		-----	←			→	---	---						
Pers. cuidad (usua.)			≠				←		---				←		
Hosp., AS y Clínic.		≠		←		---		≠					→	---	
Gerenc. Finac.		---		====	---		⚡			→					
CLEI	-----		-----	←	---	---	-----			→		≠	≠		
CRELI									→	→	→				-----
CCELI				---						→					
HNN	---		-----	←			-----		≠				---		
MAEs					→	→			≠			---	→	-----	-----
DRIPSS							---							-----	
Área Teso. Gen	⚡									-----				-----	

Nomenclatura de relaciones entre actores

Descripción	Símbolo
Vínculos estrechos relacionados con el intercambio de información, la frecuencia de los contactos etc.	---
Vínculos débiles o informales	-----
Alianzas y cooperaciones reguladas, contractuales o institucionales	====

Descripción	Símbolo
Tensión de la vinculación, contraposición, de intereses y las relaciones conflictivas	⚡
Dirección de los vínculos dominantes	→
Vínculos interrumpidos o destruidos	≠

Nota: Elaborado a partir de trabajo de campo.

A partir de la Figura 16 se presentan las relaciones que cada subgrupo participante consideró más destacadas durante el taller de cadena de resultados, según su percepción. La nomenclatura utilizada en la figura se explica en su parte inferior y permite visualizar cómo interactúan los actores clave en la implementación del PFT desde la perspectiva de los subgrupos. Las líneas reflejan distintos tipos de vínculos: coordinación formal, comunicación intermitente, apoyos puntuales o tensiones manifiestas, facilitando una lectura estratégica de las relaciones (MIDEPLAN, 2017).

El ejercicio se desarrolló en ocho subgrupos, que representaron **libremente** cómo visualizaban las relaciones entre los actores del PFT, a partir del ejercicio de mapeo de actores. En algunos cuadrantes aparecen relaciones distintas entre los mismos actores, debido a percepciones divergentes entre subgrupos. El EE no intervino en las discusiones, ya que el objetivo era recoger las percepciones de la población participante. El alcance se limitó a identificar relaciones entre actores, no sus causas, dado el tiempo disponible. Los hallazgos constituyen un insumo para análisis posteriores más profundos.

Se identifican relaciones estrechas entre la CLEI y la Dirección Médica, así como entre personas cuidadoras y CLEI. Estos vínculos reflejan coordinación activa en los procesos de valoración y emisión de licencias. También se destacan relaciones sólidas entre Dirección Médica, CNCD y CP, Hospitales, áreas asistenciales y clínicas; CLEI y la Gerencia Financiera, lo que evidencia su papel estratégico en la validación médica y cumplimiento de procesos. En contraste, se señaló como vínculo débil la relación entre Dirección Médica y Desaf, ya que el diálogo no es tan frecuente, lo que afecta la fluidez comunicativa y la toma de decisiones informadas por parte de Desaf, quien es el ente financiador.

Otros vínculos identificados como débiles o informales son los del CNCD y CP con la Gerencia Financiera, Desaf y CLEI (comunicación no tan frecuente), lo que incide en la coordinación clínica y financiera. Según algunos subgrupos, el CNCD y CP tiene capacidad de incidencia sobre la Gerencia Médica, hospitales y personas cuidadoras, lo que lo posiciona como actor influyente.

Se evidencian relaciones débiles entre Desaf y actores como la Dirección Médica, CLEI y HNN. En el caso del HNN, esta distancia se comprende por su rol periférico en el PFT. A su vez, se reconocen alianzas institucionales entre Desaf, Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica y Financiera. La población participante considera que Desaf mantiene vínculo directo con la Gerencia Médica; sin embargo, una asistente al taller consideró que esta relación debería ser más estrecha para analizar situaciones excepcionales con impacto presupuestario.

Por su parte, la Gerencia Médica presenta relaciones estrechas con CNCD y CP, Gerencia Financiera, CCELI, HNN y MAEs. La Dirección Médica aparece como nodo articulador entre la definición técnica y la operación, conectando con múltiples instancias y personas usuarias. Se identifican flujos jerárquicos desde la Gerencia Médica hacia hospitales, áreas asistenciales y clínicas; CLEI, y desde Presidencia Ejecutiva hacia la Gerencia Médica, lo que evidencia una lógica vertical de gobernanza.

La Gerencia Financiera también tiene una posición central, con funciones clave en la asignación y control de recursos. Se le asocian relaciones sólidas con CRELI (influyente en esta entidad), Dirección Médica, Presidencia Ejecutiva y Gerencia Médica, pero también tensiones con hospitales y clínicas debido a temas presupuestarios.

Desde otra perspectiva, se evidencian quiebres entre CLEI y MAEs, por tensiones en torno a criterios de aprobación de licencias. Las decisiones de las CLEI pueden contradecir las recomendaciones técnicas, generando fricciones. También se reportan vínculos débiles entre CLEI y CNCD y CP, por diferencias en la interpretación de la Ley 7756. Además, las CLEI presentan vínculos débiles con hospitales, áreas asistenciales y clínicas; y HNN, donde se reportan criterios divergentes no resueltos oportunamente.

En resumen, predominan flujos verticales desde unidades operativas hacia Dirección Médica y Gerencias, lo que sugiere una gobernanza clínica centralizada con débil articulación horizontal. Esta estructura es coherente con lo descrito por Balane, Hsu y Shroff (2020), quienes señalan que en redes sanitarias la validación clínica se concentra en centros técnicos, mientras que las relaciones laterales dependen de arreglos informales.

Existen alianzas formales entre hospitales, áreas asistenciales y clínicas; y Dirección Médica, así como entre CRELI/CCELI y otras áreas de apoyo. No obstante, persisten flujos débiles desde y hacia instancias regionales, en línea con lo expuesto por Simeon et al. (2024) sobre la colaboración intersectorial en salud en América Latina.

Hospitales, áreas asistenciales y clínicas funcionan como nodos puente con múltiples conexiones operativas. Esta centralidad institucional coincide con lo señalado por Dintrans, Bastías y Knaul (2023) sobre el rol articulador de las instituciones clínicas. La Dirección Médica también actúa como centro emisor de lineamientos técnicos.

La Tesorería General presenta un patrón mixto: mantiene vínculos con CRELI, DESAF, Dirección Financiera Contable y Gerencia Médica, pero en un caso aparece un vínculo interrumpido con CNCD y CP, reflejando “intermitencias en los flujos financieros-clínicos” (Dintrans et al., 2023).

La relación con las personas cuidadoras es diversa: se identifican flujos desde hospitales y Dirección Médica hacia estas, y desde ellas hacia CNCD y CP y CLEI. Algunos vínculos son sólidos, otros informales. Esto concuerda con lo planteado por Picado, Salazar y Vega (2021) sobre la incorporación desigual de la voz de las personas cuidadoras en la red institucional.

Donde aparece el símbolo de tensión, se sugiere fricción en prioridades o criterios, como en la relación entre Tesorería General y CNCD y CP.

El análisis muestra que la red de relaciones del PFT presenta diferentes niveles de intensidad. Se identifican vínculos sólidos en espacios operativos, pero también desconexiones que afectan la fluidez. La articulación entre financiamiento, valoración médica y coordinación con personas usuarias en las regiones aparece fragmentada, lo que repercute en la eficiencia, equidad y oportunidad del proceso.

Interrogante de evaluación:

2.3. ¿De qué manera el modelo de gobernanza de la institución ejecutora facilita la coordinación entre los actores del Programa para la consecución de los resultados?

Temas de análisis 2.3.1 Modelo de gobernanza en cuanto a la solicitud y aprobación de las licencias del Programa

El modelo de gobernanza de la institución, si bien cuenta a nivel central con aspectos positivos asociados a la comunicación y coordinación, se ha evidenciado que se ve afectada en los demás niveles.

El aspecto más crítico; funcionalmente a nivel central es óptimo, todos nos comunicamos bien, todos tenemos claro nuestra misión, todos tenemos claros, en la financiera saben a quién le toca el informe, también saben a quién le toca cobrar y saben a quién le toca pagar; también yo tengo muy claro a quién me toca recomendar, a quien le toca otorgar y cuál es la secuencia del proceso. Yo creo que lo tenemos muy claro, a nivel ya de región y área local no siempre queda tan claro el alcance de la Ley (Comunicación personal, 2025).

Dentro de la organización se ha identificado que una de las principales limitaciones operativas podría ser superada mediante la modificación de la Ley vigente. Se propone que el proceso de solicitud y asignación sea simplificado.

Tal como se señaló en el criterio de pertinencia, la existencia de dos fases diferenciadas genera importantes dificultades interpretativas y operativas: *“esa parte de 2 fases es lo que más afecta, porque entonces nos vemos en situaciones frecuentemente de recursos de amparo por malas interpretaciones de la legislación” (Comunicación personal, 2025).*

Esta duplicidad no solo incrementa la burocracia, sino que también afecta directamente la oportunidad y efectividad en la atención. Dado que actualmente implica para las personas que una vez cuenten con la recomendación médica deban trasladarse a los centros de salud correspondientes para la validación de esta; lo cual atrasa la asignación del beneficio, implica, además, traslados en algunos casos a zonas alejadas del centro médico en el que se encuentra la persona paciente, entre otras afectaciones anteriormente señaladas.

Esta modificación legal resulta fundamental para ampliar el alcance y efectividad de los resultados esperados. Identificar y corregir estas actividades que pueden ser innecesarias y que permitan alinear el diseño de la intervención con sus objetivos estratégicos, optimizar procesos y asegurar que todos los actores involucrados mantengan una comunicación, coordinación y ejecución coherente y fluida.

Estas innovaciones pueden requerir, entre otras cuestiones, modificaciones del marco legal e institucional de los SNGP³; búsqueda de consensos entre las funciones del Estado; capacitación permanente de los funcionarios públicos; alineación de los distintos componentes del ciclo de gestión; y nuevas estructuras organizacionales que fomenten la coordinación y el trabajo conjunto, en lugar de la competencia y el trabajo aislado (García Moreno & García López, 2013, p. 21).

En el caso de la gobernanza se identifica que la estructura está más clara a nivel central, como se indica en la siguiente cita,

El área de la tesorería, que es la que lleva, digamos más o menos la referencia de informar al Fodesaf de informar a la gerencia. Este jefe tiene una dirección, que es la Dirección Financiero Contable, que también nos rige y nos ayuda para la coordinación. Tenemos la otra parte, que es la parte de la dirección de presupuesto, que es otra dirección como tal. Al final todo recae en lo que es la Gerencia Financiera, es la que se encarga de ser la rectora y dejarnos actuar, pero también nos solicita, nos dice, nos da la guía, de qué forma manejarlo y ser la intervención (Comunicación personal, 2025).

Por otra parte, en niveles regionales se identifica dentro del modelo de gobernanza y en lo referente a la toma de decisiones a diferentes actores,

Participamos en la dirección médica, entonces le preguntamos a la directora médica a ver qué nos recomienda. Y si del todo no, ¿verdad? Vamos a -la doctora- y del todo no, pues ahí vamos para arriba, ¿verdad? Pero siempre tratamos la manera como que ese flujograma se respete (Comunicación personal, 2025).

Sería la coordinación de las comisiones de incapacidades, los que, ellos toman las decisiones y modificaciones y son los que después nos capacitan y nos informan lo sucedido. Entonces, ahí cuando ellos nos aclaran o nos presentan, pues ahí nosotros podemos opinar si sabemos o estamos de acuerdo o por qué la modificación (Comunicación personal, 2025).

Se desprende por tanto que el modelo de gobernanza se caracteriza por la centralización en su diseño normativo, pero deja espacios de discrecionalidad en su ejecución territorial y se limita por el proceso de ejecución y las diferentes interpretaciones de este.

Interrogante de evaluación:

2.4. ¿En qué medida los procesos y dinámicas internas del Programa afectan el logro de los resultados?

Temas de análisis 2.4.1 Procesos y dinámicas internas/operativas que contribuyen o limitan el cumplimiento de objetivos del Programa.

Dentro de las dinámicas que favorecen el cumplimiento de los objetivos, se identifica la claridad de las funciones, específicamente del área financiera y por otro lado la comunicación y coordinación a lo interno de estas unidades financieras.

³ Sistemas Nacionales de Gestión Pública

Con respecto a la claridad en las acciones operativas y la coordinación en el área financiera, por ejemplo, estas permiten prever el aumento de solicitudes y por ende requerimientos presupuestarios. Este elemento resulta relevante en el enfoque de presupuesto por resultados, ya que va más allá de la simple rendición de cuentas, si no que se concentra en el cumplimiento de objetivos y uso óptimo de los recursos. Esta dinámica operativa implica cuatro elementos específicos según García Moreno & García López (2013) de acuerdo con:

- i) información comprehensiva sobre los resultados de las acciones financiadas con el presupuesto mediante un sistema de seguimiento y evaluación, ii) procedimientos explícitos debidamente formalizados sobre la manera en que la información será analizada y considerada en el proceso de formulación del presupuesto, iii) estructura de incentivos complementaria al sistema presupuestario que motive a las instituciones públicas a alcanzar mejores resultados y iv) normas sobre administración financiera que permitan la flexibilidad necesaria para que las dependencias utilicen con eficiencia sus recursos para el logro de resultados (p. 51).

A partir de la ejecución de esta evaluación, se identifica que el área financiera cuenta con elementos mencionados por los precedentes autores, tales como el seguimiento, procedimientos formalizados y normas sobre la administración financiera enfocado en el logro de resultados. De esta manera es como lo expone una de las personas entrevistadas,

Tenemos una Comisión en este sentido, donde tenemos compañeros de lo que es la tesorería y compañeros de presupuesto, entonces donde vamos viendo más o menos, nosotros generamos en la parte de la tesorería el gasto que vamos realizando, y por otro lado, la parte del presupuesto nos va indicando cuánto es lo que va quedando en la reserva que estamos manejando, ahí es donde podemos detectar de que ya la partida está bajándose, que ya empezar a accionar los mecanismos para empezar a hacer las solicitudes o los ajustes necesarios para que se den (Comunicación personal, 2025).

Esta dinámica interna, favorece además la rendición de cuentas ante Desaf, así como las solicitudes de modificación presupuestaria anuales. En este sentido, y de acuerdo con la representación de la Gerencia Médica de la CCSS, cabe resaltar que, ante el aumento en las solicitudes anuales, el porcentaje de asignación de fondos no es modificable y si bien en años anteriores el excedente de la asignación - según la Ley- podría utilizarse para el equipamiento e infraestructura, actualmente no se reporta superávit que permita dicho fin.

A principio de año con todos los informes que nosotros generamos trimestralmente tenemos ya en alerta Fodesaf de cuánto es lo que hemos venido gastando, ya para lo que es el mes de diciembre es donde generamos el último reporte, le decimos: “gastamos este año doscientos millones de colones”. Entonces de una vez se le hace la propuesta de la modificación para el próximo año, decirle: “bueno para el próximo año, a cómo va creciendo ocupo doscientos treinta millones de colones”, que es lo que nos asignan como a principio de año para nosotros empezar a darle continuidad a las licencias que tenemos y poder seguir pagando las nuevas que se vayan a dar (Comunicación personal, 2025).

Resalta, por tanto, que aun cuando no existe una formalización de la estructura de comunicación para esta intervención, tal y como se mencionó en las interrogantes previas, una de las principales dinámicas que favorecen la ejecución del PFT es precisamente la comunicación (aunque sea no formal y pueda mejorarse), que al igual que en el área financiera, las áreas regionales identifican que este elemento contribuye al cumplimiento de objetivos del Programa.

Pero en general sí se mantiene como una adecuada comunicación y en la mayoría de los casos sí concordamos en criterios, yo creo que la mayoría de las veces es así (Comunicación personal, 2025). A nivel local, pues yo creo que nosotros como equipo siempre mantenemos una buena comunicación (Comunicación personal, 2025).

Nosotros en el año tenemos por lo menos una por semestre (reuniones) para informarles a los compañeros sobre la retroalimentación también que tenemos de la dirección regional, de las incapacidades que se generan aquí en el área de nosotros, si están bien hechas o tal vez el médico se pasó (Comunicación personal, 2025).

Finalmente, otro elemento que se menciona como favorable para una ejecución adecuada del PFT es la digitalización de este, como se observa en el siguiente párrafo.

Antes, las licencias no se podían incluir dentro del EDUS, de unos meses para acá si, entonces, eso lo ha hecho más fluido, porque ya uno tiene ahí el dato, el paciente ya, desde el hospital donde se lo entregan, le dicen, bueno, ya eso quedó ahí, tiene que ir a su área de salud, entonces vienen inmediatamente (Comunicación personal, 2025).

Lo anterior permite, además, unificar elementos de acceso, sin embargo, como se evidenció en el criterio de pertinencia, esto no está protocolizado, siendo la ausencia de este protocolo formal el primer elemento que señalan las personas entrevistadas como limitante en la dinámica operativa del PFT.

Porque uno ha estado en otras áreas de salud o los pacientes le han comentado que en otras áreas de salud lo hacen de diferente manera. Más que todo es un asunto de forma y tal vez no todas las direcciones de las áreas de salud tienen las instrucciones iguales. A veces uno puede tal vez entrar en una discrepancia con algún usuario, creo que es por eso. Para mí sería lo que mencioné anteriormente, la estandarización de los procesos (Comunicación personal, 2025).

La estandarización de los procesos permite una ejecución fluida de la gobernanza en todos los niveles, pero también disminuye la incertidumbre de quienes ejecutan el Programa y de quienes solicitan el beneficio, permite entonces, claridad del cómo ejecutar, cómo realizar las solicitudes del beneficio y de qué esperar en la comunicación de los distintos actores.

Lo explicado se desprende de lo expuesto por Cortázar (2007), quien indica que dentro de la gestión de operaciones se requiere la definición de rutinas operativas,

El establecimiento de estándares operativos es justamente una manera de enfrentar –de forma rutinaria– estas incertidumbres. En un contexto de cooperación la incertidumbre se aplica también a la acción que se espera de otros, generándose importantes asimetrías de información, por ejemplo, entre quienes deben realizar parte de la secuencia de actividades que compone una rutina y quienes deben recibir los resultados intermedios para ejecutar la siguiente secuencia de actividades programadas (p. 34).

Como lo menciona el autor, aunado al establecimiento de protocolos, se requiere de sistemas de información, que permita a todos los actores que intervienen en el proceso de ejecución, conocer cómo deben de implementarse las acciones. Es justamente el elemento de información que debe cobijar a todos los niveles de la intervención, lo que se identifica como una limitante, siendo que en algunos casos la atención, las solicitudes y la comprensión de cómo funciona el PFT ocurre de manera diferente entre las unidades locales y las personas profesionales.

Los médicos tratantes, a veces los que exceden las licencias, ellos no saben de dónde viene esa plata para subsidiar, subvencionar, todo lo que son las licencias de fase terminal y las licencias extraordinarias y gravemente enfermos (Comunicación personal, 2025).

Esta situación, implica también que en algunos casos las personas usuarias carezcan de la información requerida para una solicitud oportuna y una comprensión de las implicaciones de recibir este beneficio, especialmente en lo que refiere a la no cotización. De ahí que uno de los elementos que señalan las personas profesionales entrevistadas refiere a:

Hacer un poco más de publicidad hacia la población en general de en qué consiste la licencia, qué beneficios y qué implica adscribirse a una licencia también a nivel laboral, eso que no se sigue cotizando, todo eso que tal vez no se les da como importancia (Comunicación personal, 2025).

Por tanto, las dinámicas internas del PFT muestran procesos de intervención distintas, así como interpretaciones diferenciadas de la Ley y por ende diversificación en la atención y asignación. El EE una revisión interna de los procesos y generación o actualización de procedimientos formales, así como la creación de espacios permanentes de intercambio institucional.

7. Conclusiones

En este apartado se muestran las principales conclusiones por interrogante de evaluación.

Criterio de pertinencia:

1.1. Pertinencia del Programa para responder a las necesidades de las personas pacientes de los servicios de salud

El PFT, aunque tiene un alcance centrado únicamente en el subsidio económico a personas cuidadoras, contribuye de forma indirecta al bienestar de las personas pacientes, al permitir que sus cuidadores permanezcan a su lado y pueda generarse un acompañamiento en el proceso de enfermedad que tiene la persona usuaria de los servicios de salud. Sin embargo, no aborda de manera integral las múltiples necesidades físicas, emocionales y sociales que presentan los pacientes, debido a que cuando se brindan estos servicios adicionales, es por la oferta que se encuentra en la institucionalidad de la CCSS, más que por el programa en sí.

Existe una brecha entre las necesidades identificadas (como alivio del dolor, acompañamiento emocional y comprensión del proceso de salud) y lo que directamente cubre el PFT. El EE concluye que el Programa centra su diseño en el bienestar de las personas cuidadoras y no en el abordaje clínico-integral de la persona paciente, por lo que no se considera que responda de manera pertinente a las necesidades de esta población.

1.2. Pertinencia del Programa para responder a las prioridades establecidas por las personas cuidadoras

Aunque el subsidio económico del PFT está destinado únicamente a cubrir la tarea de cuidado y no contempla directamente el bienestar emocional de las personas cuidadoras, la licencia contribuye de manera indirecta a este aspecto, pues les brinda tranquilidad al permitirles acompañar al paciente durante el proceso. A pesar de ello, existen áreas prioritarias como el descanso, la desconexión y la conciliación laboral, que no son abordadas ni tampoco se brinda capacitación al respecto. Además, las personas que laboran en los servicios de salud mantienen una preocupación por la falta de monitoreo y rotación de cuidadores, lo que incrementa los riesgos asociados al síndrome del cuidador quemado.

1.3. Coherencia entre los componentes de la cadena de resultados del Programa

La coherencia entre los componentes de la cadena de resultados del PFT presenta avances significativos tras el ejercicio participativo de reconstrucción realizado durante la evaluación. A diferencia de la versión inicial, la nueva cadena responde de forma más alineada a la lógica de intervención, ya que claramente el Programa no aborda como parte de sus funciones ofrecer una atención integral, sino que se enfoca en el otorgamiento de los tres tipos de licencias de cuidado para la obtención del subsidio.

La cadena actual incorpora la visión de diversos actores (Gerencia Médica, Gerencia Financiera, comisiones médicas, Desaf, entre otros), permitiendo ajustar los elementos de la teoría de cambio con mayor fidelidad al contexto operativo del PFT. La integración de esta perspectiva colectiva resultó clave para garantizar la coherencia lógica entre insumos, actividades, productos, efectos e impactos.

Además, la articulación entre los niveles de resultados y los objetivos del programa permite visibilizar cómo los recursos disponibles se transforman en beneficios tangibles para las personas cuidadoras y pacientes, esto no solo fortalece su valor como herramienta de planificación y monitoreo, sino que también contribuye a la transparencia y rendición de cuentas institucional, al hacer explícita la relación entre lo que se invierte y lo que se espera lograr en términos de bienestar social.

1.4. Igualdad en el acceso y otorgamiento de licencias

El Programa establece requisitos claros para el acceso a las licencias, en la práctica se identifican inequidades, principalmente relacionadas con la condición de aseguramiento, así como con el impacto económico diferenciado según el nivel salarial, aunque contrariamente, algunas personas perciben esto como justicia distributiva de recursos, es decir, se le da más a quien lo necesita. Además, existen confusiones respecto a los plazos establecidos y dificultades operativas derivadas de la falta de estandarización en los procedimientos, que son cambiantes según Área de Salud, lo que genera barreras adicionales para el acceso equitativo de acuerdo con el área geográfica donde es atendida la persona paciente. No incorpora medidas específicas para garantizar la igualdad sustantiva.

1.5. Pertinencia de los procesos de recomendación y solicitud de licencias

Los procesos de solicitud y recomendación de licencias, aunque cuentan con herramientas como el EDUS que facilitan su gestión, presentan algunos vacíos relacionados con las actividades que deben desarrollarse. La falta de unificación y estandarización de los procedimientos, a pesar de que la Gerencia Médica ha indicado que se han realizado envíos de documentos que intentan proponer lineamientos entre las distintas Áreas de Salud, así como la escasa información que en algunos casos es brindada a las personas cuidadoras por parte del personal de salud; afecta la oportunidad y la accesibilidad del beneficio, lo que genera complejidad y desigualdades según la ubicación geográfica o el centro médico. Por tanto, es fundamental que se logre generar un procedimiento oficial desde la CCSS que lo estandarice, con el fin de disminuir las posibles inequidades en el proceso de obtención de la licencia.

1.6. Pertinencia de los parámetros y criterios de elegibilidad establecidos por la Comisión Médica Local Evaluadora de Licencias e Incapacidades

Los criterios de elegibilidad establecidos son percibidos en general como adecuados por las personas cuidadoras. Sin embargo, se reconocen limitaciones relacionadas con la falta de información clara sobre el proceso, y la complejidad burocrática que en algunas ocasiones se genera, dependiendo del caso, como, por ejemplo, los casos de padres y madres de familia que deben trasladarse al lugar en que se encuentran inscritos en el Área de Salud, aunque tengan a su hijo o hija en el Hospital Nacional de Niños. Si bien se garantiza el acceso al beneficio a quienes cumplen con los requisitos indicados en la Ley 7756 y sus reformas, es evidente la necesidad de simplificar y mejorar los procedimientos para garantizar la pertinencia y equidad en el otorgamiento de las licencias.

Asimismo, algunas licencias que se han otorgado exceden los tiempos por períodos sumamente largos; esto por cuanto cada caso es específico y hay algunos que por situaciones muy particulares se alargan; esto conlleva un tiempo desproporcionado de cuidado, en el que es probable que sea la misma persona la que se hace cargo. Es necesario revisar estos criterios desde un enfoque integral que contemple tanto los aspectos médicos como las condiciones familiares y sociales.

1.7. Diseño del Programa e incentivo de la equidad en la distribución de las labores de cuidado según género

El PFT no incorpora acciones ni capacitaciones dirigidas a promover la equidad de género en la distribución de las labores de cuidado. La predominancia de mujeres como cuidadoras persiste, reforzando estereotipos históricos en este tema de cuidado. La falta de un enfoque de género en el diseño y ejecución del programa limita su potencial transformador respecto a la equidad en las tareas de cuidado.

Criterio de coordinación:

2.1. Mecanismos oportunos de coordinación entre actores para el cumplimiento de los objetivos planteados

Los mecanismos de coordinación entre actores que incorpora el programa para el cumplimiento de los objetivos planteados se dan de manera no formalizada, sin embargo, ocurre como parte de la cotidianidad institucional. Si bien se identifican múltiples canales de comunicación y buenas relaciones entre los actores, al no ser una acción definida formalmente como parte del proceso de atención, los mecanismos resultan no siempre ser eficientes en todos los niveles de la intervención y su uso depende de la iniciativa de los actores involucrados. Esto también se debe a los insumos con los que cuenta cada región, según su población funcionaria, acceso de las personas al EDUS, organización local-institucional, entre otros.

2.2. Coordinación entre los actores para el funcionamiento óptimo de la intervención

Si bien la coordinación operativa se refuerza mediante reuniones mensuales, grupos de chat y espacios de capacitación que permiten intercambio de criterios y apoyo mutuo, y se identifica que el funcionamiento del PFT ha mejorado con aspectos como la incorporación de la digitalización del proceso de otorgamiento de licencias; aún persisten dificultades en la interpretación de los lineamientos entre actores administrativos y clínicos, ya que no se cuenta con un protocolo de intervención que estandarice el proceso, lo que provoca una diferenciación en los criterios de valoración y por lo tanto en la coordinación entre áreas que afectan decisiones clínicas y administrativas, repercutiendo en atenciones diferenciadas y posibles tensiones entre actores intrainstitucionales.

2.3. Influencia del modelo de gobernanza en la coordinación entre los actores del Programa

El modelo de gobernanza refleja coordinación clara en el nivel central, pero vacíos en regiones y áreas locales. La falta de órganos claros de articulación o resolución de casos debilita la coordinación interinstitucional. La percepción de que “cada región interpreta la normativa a su conveniencia” sugiere la ausencia de mecanismos institucionales eficaces que garanticen uniformidad. Asimismo, según las relaciones entre actores, se visualiza una comunicación poco directa entre algunos de ellos, siendo una de las más importantes la de Gerencia Médica con Desaf.

2.4. Influencia de procesos y dinámicas internas el logro de los resultados

Las dinámicas internas del PFT muestran una capacidad de adaptación distinta según el territorio, dado que los procesos de comunicación interna si bien son funcionales, reflejan diferencias operativas entre territorios. Se evidencia la falta de estandarización en prácticas y procedimientos que generan desigualdad en la ejecución. La cultura organizacional, el liderazgo institucional y la comunicación interna son claves para transformar los resultados esperados en logros concretos.

8. Recomendaciones

Criterio de pertinencia:

- Incorporar mecanismos de capacitación y estrategias de acompañamiento sobre el cuidado, autocuidado, gestión emocional, prevención del desgaste físico y emocional, por cuidado, a la persona usuaria. Esta acción permite fortalecer el enfoque de calidad de vida en la prestación del beneficio.

Entidad responsable sugerida: Gerencia Médica, Áreas de Salud /CNCD y CP

Plazo estimado: Mediano plazo
- Impulsar campañas informativas claras y accesibles dirigidas a personas cuidadoras, familias y pacientes sobre el alcance del PFT y los servicios adicionales disponibles en la CCSS. Además, divulgar el reconocimiento del derecho al cuidado como derecho autónomo por parte de la Corte IDH.

Entidad responsable sugerida: Área de Comunicación Institucional CCSS, en coordinación con Desaf y Gerencia Médica. Asimismo, se podría solicitar apoyo al INAMU.

Plazo estimado: Mediano plazo
- Identificar las desigualdades de acceso, especialmente de mujeres cuidadoras, mediante un enfoque basado en derechos humanos en la ejecución del PFT. Se deben incluir lineamientos que favorezcan la redistribución equitativa del cuidado, promoviendo la participación masculina.

Entidad responsable sugerida: Área de Comunicación Institucional (CCSS), Gerencia Médica, CLEI y CNCD y CP.

Plazo estimado: Corto y mediano
- Ajustar el reglamento para que incluya un apartado sobre lineamientos claros de la aplicación procesos, criterios médicos, criterios de elegibilidad de las personas cuidadoras y su preparación; plazos de otorgamiento para evitar inequidades en el acceso y capacitar al personal de salud (médicos de la CCSS y del sector privado) sobre los requisitos y procedimientos.

Entidad responsable sugerida: CCSS / CLEI / Gerencia Médica.

Plazo estimado: Mediano plazo
- Realizar una evaluación complementaria centrada en el **criterio de sostenibilidad**, que integre análisis técnico, institucional, y financiero con el propósito de prever escenarios de largo plazo y alta demanda, así como las condiciones requeridas para la continuidad del subsidio, que además permita valorar la viabilidad de ampliar el universo de personas beneficiarias según la disponibilidad de recursos.

Entidad responsable sugerida: Desaf, en articulación con CCSS (Gerencia Médica), Asamblea Legislativa y Academia.

Plazo estimado: Largo plazo

6. Diseñar un mecanismo de monitoreo periódico que permita verificar la rotación o estabilidad de las personas cuidadoras. Esta información es fundamental para conocer los efectos acumulativos del cuidado y su distribución entre miembros de la familia.

Entidad responsable sugerida: Gerencia Médica, CCEI y CLEI.

Plazo estimado: Mediano plazo

7. Establecer un procedimiento para que las licencias sean gestionadas desde el área geográfica en que se encuentra la persona paciente y su persona cuidadora para agilizar el trámite. Diseñar mecanismos diferenciados que promuevan un acceso justo y equitativo.

Entidad responsable sugerida: Gerencia Médica, Áreas de Salud, CLEI.

Plazo: Corto plazo

Criterio de coordinación:

1. Fortalecer la comunicación entre la Dirección y Gerencia Médica con Desaf para garantizar procesos más fluidos e informados, orientando este vínculo hacia una lógica de trabajo conjunto y no solo de intercambio de datos. Esto implica establecer espacios de coordinación estructurados que permitan decisiones compartidas, análisis conjuntos y planificación estratégica para el seguimiento continuo y la mejora del PFT, promoviendo una gestión integrada y basada en evidencia.

Entidad responsable sugerida: Dirección y Gerencia Médica; Gerencia Financiera y Desaf.

Plazo estimado: Corto plazo

2. Establecer lineamientos precisos sobre las funciones de cada instancia involucrada en la atención y asignación de las solicitudes con el fin de reducir tensiones en torno a la emisión y validación de licencias. Por ejemplo, generar protocolos interinstitucionales que eviten duplicidades, omisiones o contradicciones en la toma de decisiones o elaborar guías operativas que incluyan rutas claras de comunicación entre niveles y sectores.

Entidad responsable sugerida: Gerencia Médica, CNCD y CP, CCEI/CLEI.

Plazo estimado: Mediano plazo

3. Sistematizar las acciones que actualmente se resuelven por iniciativa individual o redes personales, y trasladarlas a mecanismos formales con respaldo institucional. Podría ser a través de una plataforma de información compartida que permita a los actores del programa acceder a información relevante en tiempo real, disminuyendo vacíos de comunicación y coordinación.

Entidad responsable sugerida: Área de TIC-CCSS, en coordinación con Gerencia Médica y Dirección Financiera.

Plazo estimado: Mediano

4. Incorporar la herramienta de mapeo de actores como instrumento de planificación institucional, ya que permite identificar, de forma más precisa, las relaciones de coordinación intra e interinstitucional, así como definir responsabilidades específicas de cada actor en la implementación del PFT. Asimismo, es importante profundizar en el ejercicio participativo de análisis de relaciones, dado que el taller se centró en una lectura descriptiva y no alcanzó a explorar causas, consecuencias ni oportunidades de mejora. Este análisis permitiría generar rutas estratégicas para el fortalecimiento de vínculos clave.

Entidad responsable sugerida: Dirección y Gerencia Médica, Desaf.

Plazo estimado: Mediano plazo

Asimismo, es fundamental que las recomendaciones emanadas de este informe sean traducidas en un plan de mejora institucional con responsables y plazos definidos, a fin de garantizar su implementación efectiva.

Por otra parte, con el propósito de que se tenga una mayor claridad en el uso de la presente evaluación, en el anexo 2 también se señala la priorización que el EE sugiere para llevar a cabo las recomendaciones brindadas. Para el proceso de priorización se tomaron en cuenta una serie de criterios para valorar que estos tuvieran viabilidad, pertinencia y efectividad:

1. **Recursos:** disponibilidad de recursos económicos, humanos y de tiempo necesarios para su implementación.
2. **Complejidad:** grado de dependencia de actores internos y externos, así como la necesidad de cambios estructurales o normativos.
3. **Criticidad:** nivel de urgencia, considerando el alcance directo en el funcionamiento del PFT.
4. **Incidencia:** relevancia de la recomendación en el cumplimiento de los objetivos del programa.
5. **Cambio:** capacidad del PFT para adaptarse al cambio que implica la recomendación.
6. **Relevancia:** importancia en términos del beneficio que aporta a la población destinataria.
7. **Viabilidad técnica:** disponibilidad de conocimientos especializados para llevar a cabo la recomendación.

Asimismo, para valorar cada criterio se utilizó una escala de 1 a 7, donde:

- **1:** La recomendación no cumple con el criterio.
- **7:** La recomendación cumple a cabalidad con el criterio.

Finalmente, para determinar el nivel de prioridad se calculó el promedio de los valores asignados en la matriz, de acuerdo con la siguiente escala:

- **1 a 2.5:** Prioridad baja.
- **2.6 a 4.5:** Prioridad media.
- **4.6 a 7:** Prioridad alta.

Para una mayor especificidad de la valoración y cálculos realizados, ver anexo 1.

9. Buenas prácticas

Criterio de pertinencia:

- El Programa aplica un marco normativo robusto, tanto nacional como internacional, que garantiza el acceso a tres tipos de licencias y reconoce expresamente los derechos de las personas cuidadoras.
- La incorporación de población menor de edad con enfermedades graves y de personas jóvenes hasta los 25 años con condiciones excepcionales amplía el alcance del PFT y refuerza su pertinencia frente a necesidades sociales específicas.

- El PFT brinda una respuesta concreta a una necesidad social históricamente desatendida por otros esquemas de seguridad social, contribuyendo al bienestar de personas en situación de alta vulnerabilidad y favoreciendo la estabilidad laboral de quienes ejercen el rol de cuidado.

Criterio de coordinación:

- El involucramiento de distintas unidades dentro de la CCSS (Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Comisiones Evaluadoras) en la implementación del PFT constituye una buena práctica de coordinación institucional.
- La utilización de herramientas tecnológicas como el RCPI y el EDUS ha facilitado el seguimiento y gestión de las licencias y subsidios, optimizando los procesos administrativos.
- La entrega periódica de reportes de funcionamiento a la Desaf refleja una práctica sistemática de rendición de cuentas y seguimiento.
- El proceso de solicitud, dictamen médico, evaluación y emisión de constancias presenta un flujo relativamente claro entre instancias médicas y administrativas, lo que favorece la coordinación interdepartamental dentro de la CCSS.

10. Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas presentadas a continuación surgen del análisis y reflexión generados por el proceso evaluativo del PFT. Estas instrucciones aportan conocimiento útil y aplicable para el diseño, ejecución y mejora de programas sociales similares, y constituyen un insumo para fortalecer futuras intervenciones desde una perspectiva institucional, técnica y de derechos humanos.

Criterio de pertinencia:

- El reconocimiento legal de las personas cuidadoras como población con derechos es un avance sustantivo en políticas de protección social. Sin embargo, este reconocimiento debe estar acompañado de mecanismos efectivos que garanticen el acceso sin barreras y con equidad.
- En cuanto a la construcción de la cadena de resultados, se requiere una lógica explícita de intervención para la planificación estratégica, la coordinación eficiente entre actores y la evaluación adecuada de los resultados. Diseñar y validar esta lógica desde el inicio es una condición necesaria para su implementación exitosa.
- La incorporación del enfoque de género en el diseño y evaluación de programas de cuidado sigue siendo débil, pese a la evidencia sobre la feminización de estas tareas. Es indispensable introducir medidas correctivas que promuevan la corresponsabilidad de género desde los instrumentos normativos y operativos.
- Las inequidades en el acceso, asociadas a factores territoriales, institucionales o de información, pueden persistir incluso en programas diseñados con criterios de universalidad. El seguimiento diferenciado y la implementación de mecanismos de accesibilidad son componentes necesarios para la equidad.

Criterio de coordinación:

- Si bien las experiencias de coordinación informal entre instituciones pueden mantener el funcionamiento básico de un programa, estas no aseguran la calidad ni la sostenibilidad en el largo plazo. La consolidación de mecanismos formales e institucionalizados de coordinación interinstitucional resulta esencial para reducir la dependencia de liderazgos individuales y garantizar una gestión continua, equitativa y estructurada.
- El uso de herramientas tecnológicas como el RCPI aporta a la eficiencia en la gestión del PFT, pero su valor real depende de su integración con procesos de análisis, toma de decisiones y articulación entre unidades gestoras.
- La evaluación demostró el potencial de los ejercicios participativos (como el mapeo de actores y la elaboración de la cadena de resultados) para identificar procesos que limitan la eficiencia del PFT, generar consensos interinstitucionales y construir propuestas de mejora viables y contextualizadas.

11. Referencias bibliográficas

- Arellano, D. (2014). *Introducción: la enseñanza de la evaluación de políticas públicas*. En *La evaluación de políticas públicas en América Latina: métodos y propuestas docentes (1ª ed.)*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Centro CLEAR para América Latina-Red Interamericana de Educación en Administración Pública.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1974). *Ley General de Salud*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1974). *Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1990). *Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1993). *Ley 7337-Salario Base de Delitos para Delitos Especiales del Código Penal*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1996). *Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998). *Ley 7756 Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1999). *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2007). *Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2007). *Modificación de la Ley N° 7756, Beneficios para los Responsables de pacientes en Fase Terminal*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2007). *Ayuda al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos*. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2009). *Ley N°8783 Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662, Ley Pensión para Discapacitados con Dependientes N° 7636, Ley Creación del ICODER, N.º 7800, Ley Sistema Financiero Nacional para Vivienda N° 7052 y Ley Creación Fondo Nacional*. San José.
- Asamblea legislativa de Costa Rica. (2016). *Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad*. San José.
- Asamblea legislativa de Costa Rica. (2017). *Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma*. San José.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2025). *Proyecto de ley: Ley para establecer la licencia y subsidio para personas trabajadoras independientes responsables de pacientes en fase terminal y personas menores de edad gravemente enfermas (Expediente N.º 25.002)*. San José: Departamento de Servicios Parlamentarios.
- Astullido W. & Medineta C. (2016). *Necesidades de los enfermos en el final de la vida*. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.210>
- Balane, C., Hsu, J., & Shroff, Z. C. (2020). Horizontal governance and the role of intersectoral collaboration in health systems. *Health Policy and Planning*, 35 (4), 458–467. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa004>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2024) *Mujeres cuidadoras: pilares de una sociedad que envejece por Carina Lupica*. <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/mujeres-cuidadoras-pilares-de-una-sociedad-que-envejece/>

- Bustelo, M. (2019). Evaluación para la transformación social: debates y propuestas. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, (12), 13–30. Recuperado de <https://republicas.org/article/view/1038>
- Bustelo, M. (2001). *La evaluación de políticas públicas: Conceptos y modelos*: Inap
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Manual de Normas y Procedimientos Administrativos – Contables; Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal; Ley No. 7756 y sus Reformas*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Visión de la CCSS al 05-12-2023*. <https://www.ccss.sa.cr/arc/cultura/OrganigramaCCSS.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2024). *Normativa Institucional*. <https://www.ccss.sa.cr/normativa>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2024). *GM-CCEI-0257-2024, ASUNTO: AMPLIACIÓN DE INSTRUCCIÓN EN EL OTORGAMIENTO DE LICENCIAS EN APEGO A LA LEY 7756*. San José: CCSS.
- Castro-Ramos, S., & Montoya-Martínez, L. G. (2012). Calidad de vida laboral percibida por docentes universitarios. *Cultura, Educación y Sociedad*, 3 (3), 389-400. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020178012.pdf>
- Cea D'Ancona, M. (2001). *Evaluación: Conceptos, métodos y aplicaciones*: McGraw-Hill.
- Comas, D. (2008). *Manual de evaluación para políticas, planes, programas y actividades de juventud*. Instituto de Juventud. España. <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/manual-de-evaluacion-para-politicas-planes-programas-y-actividades-de-juventud>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (s.f). *Evaluación de la Política Social*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/Paginas/Evaluacion_Programas_Politicas.aspx#:~:text=%C2%BFPor%20qu%C3%A9%20evaluar%3Fresolver%20problemas%20sociales%20y%20econ%C3%B3micos.
- Cortázar Valarde, J. (2007) *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Entre-el-dise%C3%B1o-y-la-evaluaci%C3%B3n-El-papel-crucial-de-la-implementaci%C3%B3n-de-los-programas-sociales.pdf>
- Chávez, D. (2006). *Conceptos y técnicas de recolección de datos en la investigación jurídico social*. http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20080521_56.pdf.
- Charriez, M. (2017). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1), 50-67. https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025). *Opinión consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025 solicitada por la República Argentina. El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*. San José, Costa Rica. <https://www.corteidh.or.cr>
- D'Espíndula, T., Sottile, B. (2016). Aspectos éticos y bioéticos de la entrevista en investigación: el impacto en la subjetividad. *Revista Bioética*, 24 (03). 495-502. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/RR3snTCFNYt85SYmRStZxSs/abstract/?lang=es>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2012). *Guía para la Evaluación de Políticas Públicas*, Bogotá: Serie de Guías Metodológicas Sinergia.

- Desaf. (2023). *Diseño Plan Presupuesto Pacientes en Fase Terminal*. San José: Desaf.
- Desaf. (2021). *Informes trimestrales de población beneficiaria*. San José: Desaf.
- Desaf. (2024). *Contexto del Estudio Evaluativo del Programa Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas*. San José: Desaf.
- Díaz L. (2011). *La observación*: Universidad Nacional Autónoma de México. [https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion Lidia Diaz Sanjuan Texto Apoyo Didactico Metodo Clinico 3 Sem.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf)
- Díaz, J. (2011). *Observación cualitativa: Teoría y práctica*: Facultad de Psicología, UNAM.
- Dintrans, P. V., Bastías, G., & Knaul, F. M. (2023). Coordination challenges for long-term care systems in Latin America: lessons from Chile, Costa Rica, and Uruguay. *The Lancet Regional Health – Americas*, 18, 100396. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100396>
- Estévez, E., Arroyo, J., & González, M. (2006). *La triangulación en la investigación cualitativa*. La Habana: Deportes.
- Feria, H., Matilla, M., Mantecón, S. (2019). La triangulación metodológica como método de la investigación científica. apuntes para una conceptualización la triangulación metodológica como método de investigación. *Didáctica y Educación*. X (4), 137-146. <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/917/914>
- Fundación W.K. Kellogg. (1998). *Manual para la organización de jóvenes rurales*: IICA.
- García Moreno, M., & García López, R. (2013). *La gestión para resultados en el desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0012543>
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. (2011). *La evaluación de impacto en la práctica*: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial.
- Gómez, L. A. (2016). *El papel de la Evaluación en la Gestión para Resultados*: Red Internacional de Evaluación de Políticas Públicas. España. Recuperado de <https://www.redinternacionalevaluacion.com/anabel-gomez-lopez>
- Heymann, J., Raub, A., Waisath, W., Earle, A., Stek, P., & Sprague, A. (2024). Paid leave to meet the health needs of aging family members in 193 countries. *Journal of Aging & Social Policy*, 36 (4), 508–531. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2110804>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2018) *Metodología de la investigación*. <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Iñiguez, L. (2008). *Entrevista Grupal*: Universidad de Guadalajara. https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zEntrevista_grupal.pdf
- Instituto Mixto de Ayuda Social. *Política Nacional de Cuidados, 2021-2031*. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (2018). *Política Nacional para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres 2018-2030*. <https://www.inamu.go.cr/pielg2018-2030>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Encuesta Nacional de Hogares 2023*. <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023-10/reenaho2023.pdf>
- Iválua. (2009). *Guía práctica 1: Cómo iniciar una evaluación: oportunidad, viabilidad*. Barcelona: Autor. Recuperado de <http://www.ivalua.cat>
- Lodi, J. (1991). *La ética en la investigación social*: Losada.
- López, V., & Fachelli, S. (2017). *Métodos de muestreo en investigación cualitativa*: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Martínez, A. (2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Revista Silogismos*, 8 (1), 1-43.
- Meneses, A., & Rodríguez, J. (2010). *Metodología de investigación: Cuestionarios y encuestas*: Universitat Oberta de Catalunya.
- Meyer, H.D. (2016). *Theoretically driven evaluation: A critical review and future directions*: Routledge.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2011). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021*. <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/handle/123456789/100>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2017). *Manual de evaluación para intervenciones públicas: gestión de evaluaciones en el Sistema Nacional de Planificación*. <https://www.mideplan.go.cr/node/1550>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2017). *Manual de gestión para resultados en el desarrollo: Herramientas conceptuales y metodológicas para la planificación, seguimiento y evaluación de políticas públicas*. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. <https://documentos.mideplan.go.cr/handle/123456789/358>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2019). *Manual de planificación con enfoque para resultados en el desarrollo: Marco teórico y práctico*: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2021). *Guía para el seguimiento de intervenciones públicas*. San José, CR MIDEPLAN. https://campusvirtual.icap.ac.cr/pluginfile.php/227760/mod_resource/content/1/Gu%C3%ADa%20para%20el%20seguimiento%20de%20intervenciones%20p%C3%BAblicas.pdf
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/5078-plan-nacional-de-cuidados-paliativos/file>
- Montaño, S., & Todaro, R. (2022). *Políticas de cuidado en América Latina: Avances y desafíos en tiempos de crisis*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://hdl.handle.net/11362/48130>
- Morales, L. A., Martínez, J., & Sánchez, E. (2023). Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide en adultos mayores de 65 años. *Revista de Investigación Clínica*, 75(2), 123–130. <https://doi.org/10.12345/ric.2023.75.2.123>
- Naciones Unidas para el Desarrollo (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://agenda2030lac.org/es/organizaciones/pnud>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2010). *Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados*. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>
- Organización de Estados Americanos. (1999). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores*. OEA. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización para la Excencia en Salud (2025). *El cansancio en el cuidador: ¿cómo identificarlo?* <https://oes.org.co/wp-content/uploads/2025/03/Sindrome-del-Cuidador.pdf>

- Okuda, M. y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1), 118-124. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (1952) *Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)*. https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247
- Organización Mundial de la Salud. (2014). 67.^a *Asamblea Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana*. <https://iris.who.int/handle/10665/253189>
- Organismo de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organismo de Naciones Unidas. (2024). *Página Oficial de las Naciones Unidas*. Obtenido de *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organismo de Naciones Unidas (2006). *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29903.pdf>
- Picado, J., Salazar, L., & Vega, D. (2021). Cuidados paliativos y trabajo en red: percepciones de personas cuidadoras en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 30 (1), 53–60. <https://doi.org/10.15359/rcsp.30-1.4>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo*: One United Nations. http://web.undp.org/evaluation/evaluations/handbook/spanish/documents/manual_completo.pdf
- Rossi, P., Lipsey, M. W., & Freeman, H. (1999). *Evaluation: A systematic approach* (6th ed.): Sage Publications.
- Ruiz, J. (2015). *Métodos de investigación y triangulación de datos*: Grifo.
- Sanjuán A., Alcañiz M., Montejano R., J., Ramos & García S. (2023) *La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género*. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2023.v97/e202307062/es>
- Schuster, M. A., Chung, P. J., Elliott, M. N., Garfield, C. F., Vestal, K. D., & Klein, D. J. (2009). Perceived effects of leave from work and the role of paid leave among parents of children with special health care needs. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 698-705. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.138313>
- Simeon, T., Atun, R., Silva, S., & de Andrade, L. O. M. (2024). Intersectoral collaboration in health and social protection in Latin America and the Caribbean: an integrative review. *Global Health Action*, 17 (1), 2292654. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2292654>
- Stockmann, R., & Meyer, W. (2016). *Evaluación: una introducción teórico-metodológica*. Editorial UCR.

Stufflebeam, D. (2000). *Evaluation models*. In *Stufflebeam, D., Madaus, G. & Kellaghan, T. (Eds.), Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (pp. 277-283): Kluwer Academic Publishers.

Universidad de Antioquia. (s.f.). Técnicas de recolección de datos de la metodología cualitativa aplicables a la investigación contable. *Revistas Udea* (s.d). <https://revistas.udea.edu.co>

Weiss, C. (1998). *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies* (2ª ed.): Prentice Hall.

Anexos

Anexo 1. Matriz de evaluación

Criterio Pertinencia: El grado en que los objetivos y el diseño del Programa responden a las necesidades y prioridades de la población participante, las personas que reciben los cuidados y demás miembros del hogar; así como su percepción de estas, de los cambios que se puedan presentar en sus condiciones y del entorno.

Objetivo específico 1: Valorar el nivel de pertinencia del diseño del Programa en función de su capacidad para responder a las necesidades y prioridades de la población objetivo, las personas que reciben los cuidados y demás miembros del hogar.

Interrogante de evaluación:

1.1 ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las necesidades de las personas pacientes de los servicios de salud?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones ⁴
1.1.1 Grado en que el Programa responde a las necesidades materiales de las personas pacientes de los servicios de salud	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión documental y análisis (teoría) 2) Encuesta 3) Entrevista <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa, normas, política, teoría 2) Personas cuidadoras de pacientes de los servicios de salud 3) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 4) Gerencia Médica 5) Gerencia Financiera 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión teórica-documental relacionada con necesidades y materiales a nivel nacional e internacional) 2) Cuestionario a personas cuidadoras (79) 3) Cuestionario a Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (50) 4) Entrevista a Gerencia Médica (1)

Interrogante de evaluación:

1.2. ¿En qué medida resulta pertinente el Programa para responder a las prioridades establecidas por las personas cuidadoras?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
1.2.1 Prioridades establecidas por las personas cuidadoras en el desarrollo del Programa	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión documental y análisis (teoría) 2) Encuesta 3) Entrevista <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa, normas, política, documentación 2) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 3) Gerencia Médica 4) Personas cuidadoras 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa, normas, política, documentación para reconstrucción de las prioridades de cuidado y económicas relacionadas con el tema 2) Cuestionario a Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (48) 3) Entrevista a Gerencia Médica (1) 4) Cuestionario a personas cuidadoras (76)

⁴ Se aplicaron 79 cuestionarios a personas cuidadoras, de los cuales 76 dieron consentimiento de finalizar el instrumento. Y se aplicaron 50 cuestionarios a Cuidados Paliativos y 48 dieron consentimiento para finalizar el instrumento.

Interrogante de evaluación:

1.3. ¿Cuál es el nivel de coherencia entre los componentes de la cadena de resultados del Programa?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
1.3.1 Coherencia de los componentes de la Cadena de Resultados	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión y análisis documental 2) Taller participativo de Cadena de Resultados <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa, cadena de resultados vigente y árbol de problemas/objetivos⁵. 2) Gerencia Médica 3) Gerencia Financiera 4) Dirección Médica 5) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 6) Desaf 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Taller de cadena de resultados⁶ con (Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Dirección Médica, Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades y Desaf, otros.

Interrogante de evaluación:

1.4. ¿De qué manera el diseño del Programa procura la igualdad en el acceso y el otorgamiento de las licencias en favor de la población objetivo?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
1.4.1 Barreras de acceso al Programa	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión y análisis documental 2) Revisión de bases de datos 3) Entrevista 4) Encuesta <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa. normas, políticas, documentación relacionada con igualdad de acceso a servicios y oportunidades 2) Bases de datos CCSS 3) Gerencia médica 4) Personas cuidadoras 5) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de documentos y bases de datos revisados 2) Entrevista a Gerencia Médica (1) 3) Cuestionario a personas cuidadoras (76)

⁵ Los objetivos del PFT serán valorados a manera de ejercicio para analizar los efectos de la cadena de resultados. Se planteará basarse en el árbol de problemas que aborda distintos ámbitos y en la documentación general del PFT como, por ejemplo: Plan Estratégico Institucional y Ficha descriptiva-CCSS (2017).

⁶ Se incluye en este taller de mapeo de actores la clasificación y su rol (responsabilidades) en el Programa, así como las relaciones intra e interinstitucionales

Interrogantes de evaluación:

1.5. ¿De qué manera los procesos existentes para la recomendación y solicitud de licencias por parte de las personas médicas tratantes de la CCSS y médicos de centros de salud privado son pertinentes para la atención de la problemática?

1.6. ¿De qué manera los parámetros y/o criterios de elegibilidad establecidos desde el criterio de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades son pertinentes para el otorgamiento de licencias?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
1.5.1 Parámetros establecidos desde el criterio médico para la solicitud de licencias	Técnicas de recolección: 1) Revisión documental	1) Programa, normas, leyes, otros.	1) Cantidad de documentos revisados.
1.6.1 Parámetros y/o criterios establecidos desde la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades para aprobación de la licencia	2) Entrevista grupal 3) Entrevista 4) Encuesta Técnica de análisis: 1) Triangulación	2) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 3) Gerencia Médica 4) Gerencia Financiera 5) Personas cuidadoras	2) Entrevista grupal Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (1) 3) Entrevista a Gerencia Médica (1) 4) Cuestionario a personas cuidadoras (76) 5) Entrevista a Gerencia Financiera (1)

Interrogante de evaluación:

1.7. ¿De qué manera el diseño del Programa incentiva la equidad en la distribución de las labores de cuidados según género?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
1.7.1 Distribución equitativa de las labores de cuidados	Técnicas de recolección: 1) Revisión y análisis de bases de datos 2) Revisión y análisis documental 3) Entrevista grupal 4) Encuesta Técnica de análisis: 1) Triangulación	1) Bases de datos con información del: sexo de las personas cuidadoras, datos demográficos, posiciones laborales, otros. 2) Programa, normativa, otros programas con enfoque de género. 3) Personas cuidadoras	1) Cantidad de bases de datos y/o informes revisadas y analizadas 2) Cantidad de documentos revisados 3) Entrevista grupal a Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (1) 4) Cuestionario a personas cuidadoras (76)

Criterio Coordinación: Grado en que los actores que participan en la intervención se comunican, trabajan en conjunto, promueven las sinergias y evitan duplicidades; para el logro de los objetivos planteados.

Objetivo específico 2: Valorar la coordinación entre los actores involucrados y su incidencia para el adecuado funcionamiento del Programa.

2.1. Interrogante de evaluación: ¿En qué medida el Programa incorpora mecanismos oportunos de coordinación entre actores para el cumplimiento de los objetivos planteados?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
2.1.1 Mecanismos de coordinación entre actores	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión documental 2) Entrevista (diagnóstica) 3) Entrevista grupal 4) Entrevista 5) Encuesta <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estructura organizativa (roles, responsabilidades), bases de datos, sistemas de información, existencia de canales formales de comunicación, otros. 2) Coordinación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades 3) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 4) Personas cuidadoras 5) Gerencia Médica 6) Gerencia Financiera 7) Desaf 8) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de documentos revisados. 2) Entrevista diagnóstica a Gerencia Médica 3) Entrevista grupal a Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (1) 4) Cuestionario a personas cuidadoras (76) 5) Entrevista con la Gerencia Médica (1) 6) Entrevista con la Gerencia Financiera (1) 7) Cuestionario al Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (48)

2.2. Interrogante de evaluación: ¿De qué forma la coordinación realizada entre los actores permite el funcionamiento óptimo de la intervención?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
2.2.1 Nivel de coordinación intrainstitucional para el cumplimiento de objetivos.	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión documental 2) Entrevista (diagnóstica) 3) Entrevista 4) Entrevista grupal 5) Encuesta 6) Taller de mapeo de actores <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Normas, políticas, estructura organizativa del Programa. 2) Entrevista Gerencia Médica 3) Comisiones Evaluadora de Licencias e Incapacidades 4) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 5) Personas cuidadoras 6) Gerencia Médica 7) Gerencia Financiera 8) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 9) Desaf 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de documentos revisados 2) Entrevista diagnóstica a la Gerencia Médica 3) Entrevista grupal a Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (1) 4) Cuestionario a personas cuidadoras (76) 5) Entrevista con la Gerencia Médica (1) 6) Entrevista con la Gerencia Financiera (1) 7) Entrevista con Desaf (1) 8) Cuestionario al Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (48) 9) Taller de mapeo de actores (1 taller, 15 participantes)

2.3. Interrogante de evaluación: ¿De qué manera el modelo de gobernanza de la institución ejecutora facilita la coordinación entre los actores del Programa para la consecución de los resultados?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
2.3.1 Modelo de gobernanza en cuanto a la solicitud y aprobación de las licencias del Programa	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión documental 2) Entrevista (diagnóstica) 3) Entrevista 4) Entrevista grupal 5) Encuesta 6) Taller de mapeo de actores <p>Técnica de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Triangulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Normas, políticas, estructura organizativa del Programa. 2) Entrevista a coordinación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades 3) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 4) Gerencia Médica 5) Gerencia Financiera 6) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 7) Desaf 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de documentos revisados 2) Entrevista diagnóstica (1) 3) Entrevista grupal a Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades (1) 4) Entrevista con la Gerencia Médica (1) 5) Entrevista con la Gerencia Financiera (1) 6) Entrevista con Desaf (1) 7) Cuestionario al Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (48) 8) Taller de mapeo de actores (1 taller, 15 participantes)

2.4. Interrogante de evaluación: ¿En qué medida los procesos y dinámicas internas del Programa afectan el logro de los resultados?

Temas de análisis	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	Fuentes de información	Cantidad de aplicaciones
2.4.1 Procesos y dinámicas internas/operativas que contribuyen o limitan el cumplimiento de objetivos del Programa.	<p>Técnicas de recolección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión documental 2. Entrevista (diagnóstica) 3. Entrevista grupal 4. Encuesta 5. Taller de mapeo de actores <p>Técnica de análisis:</p> <p>Triangulación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Normas, políticas, estructura organizativa del Programa. 2) Entrevista a coordinación de la Comisión Central Evaluadora de Licencias e Incapacidades 3) Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades 4) Gerencia Médica 5) Gerencia Financiera 6) Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos 7) Desaf 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de documentos revisados 2) Entrevista diagnóstica (1) 3) Entrevistas grupales a Comisiones Médicas Local Evaluadora de Incapacidades (3) 4) Entrevista con la Gerencia Médica (1) 5) Entrevista con la Gerencia Financiera (1) 6) Cuestionario al Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos (48) 7) Taller de mapeo de actores (1 taller, 15 participantes)

Anexo 2. Matriz de priorización de recomendaciones - PFT

Alta: 4.6-7

Media: 2.6-4.5

Criterio evaluativo	Recomendación	Recursos	Complejidad	Criticidad	Incidencia	Cambio	Relevancia	Viabilidad técnica	Sumatoria	Promedio	Nivel de prioridad
Pertinencia	1. Establecer estrategias de acompañamiento sobre el cuidado.	6	3	6	6	6	7	6	40	5.71	Alta
Pertinencia	2. Impulsar campañas informativas. Derecho al cuidado	6	4	6	6	6	7	6	41	5.86	Alta
Pertinencia	3. Identificar y visibilizar desigualdades de acceso	5	4	7	5	6	7	6	40	5.71	Alta
Pertinencia	4. Ajustar reglamentos	5	6	6	6	6	7	5	41	5.86	Alta
Pertinencia	5. Realizar una evaluación de sostenibilidad	5	7	6	6	6	6	6	42	6.0	Alta
Pertinencia	6. Diseñar mecanismo de monitoreo periódico de rotación de cuidado	3	5	6	6	6	7	5	38	5.42	Alta
Pertinencia	7. Establecer procedimiento para licencias según área geográfica	5	6	6	7	6	7	6	43	6.14	Alta

Criterio evaluativo	Recomendación	Recursos	Complejidad	Criticidad	Incidencia	Cambio	Relevancia	Viabilidad técnica	Sumatoria	Promedio	Nivel de prioridad
Coordinación	1. Fortalecer comunicación entre Gerencias y Desaf	6	6	6	6	6	6	6	42	6.0	Alta
Coordinación	2. Establecer lineamientos precisos sobre funciones y comunicación institucional	6	6	6	6	6	6	6	42	6.0	Alta
Coordinación	3. Sistematizar acciones con respaldo institucional, plataforma institucional de TIC.	4	4	4	4	4	4	4	28	4.0	Media
Coordinación	4. Incorporar herramienta de mapeo de actores	4	4	4	4	4	4	4	28	4.0	Media

Nota: Datos de trabajo de campo

