



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

AFINPE-0011-2024

28 de mayo de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

La presente evaluación se realizó en atención a las actividades incluidas en el Plan Anual de Auditoría para el 2024, Área Auditoría Financiera y Pensiones, apartado de actividades programadas, con el fin de evaluar los controles implementados por los establecimientos de salud para la eventual recepción de pagos en efectivo por concepto de servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

Producto de la revisión, se logró determinar que durante el año 2023 se recibieron pagos en efectivo, por los conceptos anteriormente indicados, en 16 centros de salud por el orden de ₡19,983,171.50 (diecinueve millones novecientos ochenta y tres mil ciento setenta y un colones con 50/100), lo anterior, a pesar de que la normativa vigente en la institución establece que dichas unidades solamente están autorizadas para recibir pagos por medio de tarjetas de débito o crédito.

Sobre este particular, las oficinas de validación y facturación de servicios médicos han optado por recibir estos pagos debido a las pocas alternativas que se han puesto a disposición de los usuarios para realizar este trámite, ya que la misma normativa institucional establece que las personas no aseguradas con capacidad de pago deben cancelar los servicios en salud previo a recibirlos. Del mismo modo, existen factores limitantes para facilitar el proceso de pago como la distancia que existe entre los centros de salud y algunas sucursales autorizadas para recibir pagos en efectivo; así como las diferencias de horarios en que funcionan ambos establecimientos, esto considerando que existen áreas de salud con horarios ampliados y que los hospitales brindan servicio las 24 horas del día.

Por otro lado, se determinó que el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No aseguradas con Capacidad de Pago está desactualizado, pese a que los procesos en las oficinas de validación y facturación de servicios médicos han variado desde el 2016, fecha en que se emitió. En ese sentido, las unidades han implementado sus propios mecanismos de control, diferentes en una unidad con respecto a otra, para garantizar la continuidad en la ejecución de sus funciones.

En virtud de lo expuesto, este Órgano de Control y Fiscalización emitió una recomendación dirigida a la Gerencia Financiera y una recomendación para que sea atendida en coordinación entre la Gerencia Financiera y Gerencia Médica, con el fin de atender las oportunidades de mejora determinadas por esta Auditoría en la presente evaluación.



AFINPE-0011-2024

28 de mayo de 2024

ÁREA AUDITORÍA FINANCIERA Y PENSIONES

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL CONTROL DE LOS PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN LAS OFICINAS DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS POR ATENCIONES EN SALUD BRINDADAS A PERSONAS NO ASEGURADAS CON CAPACIDAD DE PAGO

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al Plan Anual de Auditoría para el 2024 del Área Auditoría Financiera y Pensiones de la Auditoría Interna, apartado de actividades programadas.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las condiciones en que los establecimientos de salud reciben pagos en efectivo por concepto de servicios brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cuantificar el monto y las unidades de validación y facturación de servicios médicos, ubicadas en los establecimientos de salud, que reciben pagos en efectivo por servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago.
2. Evaluar las medidas de control implementadas por las unidades de validación y facturación de servicios médicos para el eventual resguardo del efectivo recibido por concepto de servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

ALCANCE

El estudio comprende la verificación del cumplimiento de la normativa institucional relacionada con la eventual recepción de pagos en efectivo por parte de las oficinas de validación y facturación de servicios médicos, ubicadas en los establecimientos de salud, durante el periodo comprendido desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023. Este alcance se amplió en los casos que se consideró conveniente, para efecto del presente informe.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015, así como en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, R-DC-119-2009, del 16 de diciembre de 2009.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente evaluación se realizaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Análisis de datos suministrados por las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud sobre las unidades de validación y facturación de servicios médicos que reciben pagos en efectivo, por concepto de servicios brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Sesión de trabajo con el Lic. Erick Solano Víquez, jefe del Área de Tesorería General y el Lic. Alberto Jesús Ortiz Arguello, funcionario de la Subárea Recaudación Externa del Área Tesorería General.
- Entrevista con el Lic. Rigoberto Obando Torres, jefe de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos del hospital Dr. Tony Facio Castro y con la Licda. Lisset de los Ángeles Ureña Rojas, jefe la de Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos del hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- Solicitud de información sobre facturaciones y pagos por concepto de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago al Área Coberturas del Estado de la Dirección de Coberturas Especiales.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, Ley N° 8292, del 4 de setiembre de 2002.
- Ley General de la Administración Pública N°6227, del 2 de mayo de 1978.
- Reglamento del Seguro de Salud, del 30 de mayo de 2006.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas por la Contraloría General de la República y publicadas en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero del 2009.
- Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, de octubre de 2016.
- Manual para la Administración, Liquidación y Contabilización de Fondos de Caja Chica y Tarjetas de Compra Institucionales, de noviembre de 2023.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37, 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios...”.

ANTECEDENTES

La Auditoría Interna emitió informe el AFINPE-0104-2023, del 11 de diciembre de 2023 denominado “Auditoría de carácter especial sobre el proceso de facturación, registro y cobro a pacientes no asegurados con capacidad de pago en la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte”, en el cual se determinó que la facturación anual por concepto de servicios médicos brindados a esta población osciló entre 3,731.22 millones de colones y 6,477.27 millones de colones en el lapso comprendido desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2022, alcanzándose un porcentaje de recuperación del 13% del total facturado en el periodo.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En el mismo informe, esta Auditoría señaló la necesidad de actualizar la normativa que regula el proceso para la identificación de las atenciones en salud brindadas a esta población, y el establecimiento de los mecanismos de control para gestionar el cobro de lo facturado, de manera que se facilite la efectiva recuperación de los costos incurridos. También se abordaron aspectos como la necesidad de implementar acciones para el adecuado registro contable de los adeudos, la automatización de procesos que apoye la gestión, la ubicación física estratégica de las unidades de validación y facturación de servicios médicos, y las diferencias que existen entre el horario de atención médica en los establecimientos de salud con respecto al horario en que funcionan estas oficinas.

En ese contexto, es importante resaltar que el proceso para la facturación de los servicios médicos se describe en el numeral 6 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, aprobado en octubre de 2016 por la Dirección de Coberturas Especiales, Dirección de Cobros, Dirección Financiero Contable y Dirección Proyección de Servicios de Salud; el cual dispone que la persona no asegurada con capacidad de pago debe realizar la cancelación de los atenciones médicas previo a recibirlas o en un plazo máximo de cinco días hábiles, posteriores a la prestación de los servicios; situación que debe ser notificada a los deudores por parte de los funcionarios de las oficinas de validación y facturación de servicios médicos, mediante la entrega del documento "Prevención de pago – aviso de cobro", en el cual debe constar la correspondiente firma de recibido del documento.

Cada una de las unidades de validación y facturación de servicios médicos, ubicadas en los establecimientos de salud, son las responsables de incluir las facturaciones en el módulo de no asegurados de la herramienta informática "Registro de Facturas por Servicios Médicos"; acción que genera un asiento automático para registrar contablemente la cuenta por cobrar en los estados financieros de la institución. Al 31 de enero de 2024, las cuatro cuentas contables asignadas en la institución para registrar estos adeudos, las cuales resumen las subcuentas asignadas a cada unidad para este fin, presentan un saldo acumulado en el Balance General de Situación por el orden de ₡29,248,483,579.08 (veintinueve mil doscientos cuarenta y ocho millones cuatrocientos ochenta y tres mil quinientos setenta y nueve colones con 08/100), según el detalle que se muestra a continuación:

Tabla 1
Saldo acumulado de las cuentas por cobrar asignadas a las unidades médicas para registrar los adeudos de los no asegurados con capacidad de pago (Al 31 de enero de 2024)

Cuenta contable	Nombre	Saldo
137-00-0	Cuenta por cobrar servicios médicos	1,870,462.08
176-00-2	Cuentas por cobrar servicios médicos no asegurados con capacidad de pago	37,194,508.00
177-00-9	Cuentas por cobrar servicios médicos no asegurados con capacidad de pago	28,444,170,203.35
178-00-3	Cuentas por cobrar servicios médicos no asegurados con capacidad de pago	765,248,405.65
Total		29,248,483,579.08

Fuente: Elaboración propia con base en el Balance General de Situación al 31 de enero de 2024.

HALLAZGOS

1- SOBRE LA RECEPCIÓN DE PAGOS CON DINERO EN EFECTIVO

Se determinó que en 16 oficinas de validación y facturación de servicios médicos se recibió dinero en efectivo por concepto de atenciones médicas brindadas a pacientes no asegurados con capacidad de pago durante el periodo 2023.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Esta Auditoría, mediante oficios AI-0135-2024 del 25 de enero de 2024 y AI-0149-2024, del 29 de enero de 2024, solicitó a los directores de las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud que informaran, mediante certificación, el monto de dinero en efectivo recibido en los establecimientos de salud por concepto de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago en el periodo comprendido desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, en el periodo se recibieron montos en efectivo por el orden de ₡19,983,171.50 (diecinueve millones novecientos ochenta y tres mil ciento setenta y un colones con 50/100), según el detalle que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2

**Monto en efectivo recibido en los centros de salud por concepto de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago
(De enero de 2023 a diciembre de 2023)**

Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud	Centro de salud	Monto recibido
Central Norte	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega	10,452,889.00
Central Norte	Hospital San Vicente de Paul	6,473,379.00
Central Sur	Área de salud Los Santos	3,408,748.00
Pacífico Central	Área de salud Garabito	2,008,167.00
Huetar Atlántica	Hospital Tony Facio Castro	1,751,556.00
Pacífico Central	Área de salud Monteverde	1,587,947.00
Central Sur	Área de salud Carmen-Montes de Oca	1,418,786.00
Central Norte	Área de Salud Tibás-Uruca-Merced	1,156,839.00
Central Norte	Área de Salud Puerto Viejo	921,550.25
Central Norte	Área de Salud Heredia Virilla	268,113.00
Central Norte	Área de Salud de San Rafael de Heredia	247,944.00
Chorotega	Área de salud Cañas	185,108.00
Huetar Atlántica	Área de salud Matina	170,928.00
Central Sur	Área de salud Corralillo	154,735.00
Central Sur	Área de salud Moravia	140,369.25
Huetar Norte	Área de salud La Fortuna	89,002.00
Total		19,983,171.50

Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud.

De la tabla anterior se extrae que el 84.70% del efectivo se recibió en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega (51.31%) y en el hospital San Vicente de Paúl (32.39%), ambos de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte; no obstante, centros de salud adscritos a otras cinco direcciones de red, también recibieron pagos en efectivo en el 2023, aunque en menor proporción.

Por otra parte, según datos del Balance General de Situación, durante el 2023 se registraron pagos con tarjetas de débito y crédito, para cancelar atenciones médicas de personas no aseguradas con capacidad de pago, por el orden de ₡767,801,181.23 (setecientos sesenta y siete millones ochocientos un mil ciento ochenta y un colones con 23/100).

El Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, en su numeral 5.7, establece los métodos de pago autorizados en la institución para recibir la cancelación de los servicios en salud brindados a esta población, según se transcribe a continuación:

“Para garantizar una eficiente gestión de pago inmediato, se debe establecer a lo interno del establecimiento de salud, las coordinaciones respectivas, con las dependencias de la Administración o de la Dirección Médica, según corresponda.”



Los pacientes No Asegurados con capacidad de pago, tiene la posibilidad de realizar el pago por la atención recibida, en los siguientes centros de recaudación:

Establecimientos de Salud: Mediante datafono con Tarjeta de Crédito o Débito, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la entrega de la prevención-aviso de pago.

Sucursales: En efectivo, tarjeta de crédito o débito o por medio de transferencia bancaria”.

Por otra parte, el artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública, establece los siguiente:

“La Administración Pública actuará sometida al ordenamiento jurídico y sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento, según la escala jerárquica de sus fuentes.

Se considerará autorizado el acto regulado expresamente por norma escrita, al menos en cuanto a motivo o contenido, aunque sea en forma imprecisa”.

La Lcda. Lisset de los Ángeles Ureña Rojas, jefe de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos del hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, sobre la recepción de efectivo, manifestó lo siguiente:

“La situación del pago en efectivo se da principalmente por la **distancia que existe entre la Sucursal y el Hospital**, que puede representar un riesgo para la salud del paciente el tener que desplazarse más de un kilómetro para realizar el pago. Además, si el paciente no tiene tarjeta, está anuente a pagar y **solo dispone del efectivo** no se le puede negar el acceso al pago para la atención médica.

Cabe indicar que mucha de la población que se atiende es extranjera indocumentada que en apariencia podrían ser trabajadores de zonas cafetaleras y fincas de los alrededores, que **no disponen de cuentas bancarias y se presentan solo con el efectivo**.

Este hospital **tiene III turno de atención y lo que se facture posterior al cierre de la sucursal** y que el paciente solo tenga el efectivo se tendría que rechazar.

Importante hay que indicar que en el caso de pacientes clasificados en verde o blanco deben cancelar antes de recibir la consulta médica, solo los pacientes clasificados en amarillo y rojo se les da 5 días de plazo para la cancelación, y estos últimos son los que menos pagan las facturas.

Un aspecto importante es que en algunos casos el único ingreso fijo que recibe el hospital de los pacientes no asegurados es lo que se facture y cobre antes de la consulta, porque una vez atendido el paciente y facturados los otros servicios médicos que se les brindó indican no tener más dinero para pagar”. (Los resaltados en negrita no están en la entrevista original).

Agrega la Lcda. Ureña Rojas que se procura realizar los depósitos en la sucursal antes de que transcurran cinco días hábiles, a efectos de que no existan diferencias entre lo cancelado y el monto de intereses que genera el sistema; además, los depósitos los hace el encargado de la oficina de caja chica, quien dispone de una caja fuerte para el resguardo de los valores.

Por su parte, el Lic. Rigoberto Obando Torres, jefe de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos del hospital Dr. Tony Facio Castro, mencionó lo siguiente:

“Es muy importante indicar el derecho a la salud consagrado constitucionalmente, y por ende que **no podemos denegar u obstruir el acceso la consulta médica a un usuario que va a pagar en efectivo** el servicio que se le va a brindar en el momento.



*También se debe tomar en cuenta que el servicio de Validación y Facturación por Servicios Médicos se labora las 24 horas del día. Y las sucursales de la caja trabajan en horario administrativo, **(en la sucursal de Limón de lunes a jueves, después de las tres de la tarde no reciben a ningún usuario, y los viernes después de las dos de la tarde)**. Además, en unos días se trasladarán al Limón centro a unos 2 kilómetros". (Los resaltados en negrita no están en la entrevista original).*

El Lic. Obando Torres agregó que el dinero en efectivo recibido se resguarda en un mueble metálico con llave, ubicado en la oficina de la jefatura de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos y que se procura realizar los depósitos en la sucursal en el menor tiempo posible.

El Lic. Erick Solano Víquez, jefe del Área Tesorería General, en sesión de trabajo con esta Auditoría realizada el 19 de marzo de 2024, manifestó lo siguiente:

"...aproximadamente en el año 1998 y 2000 se visualizaba una problemática diferente en los hospitales, áreas de salud y clínicas, debido a que en estos lugares no se contaba con la infraestructura para la custodia del efectivo, el perfil que tenían los funcionarios que estaban en la unidad de validación no era el de cajeros, por lo que no estaban capacitados para la identificación de billetes falsos, no existían las condiciones para dar vueltos; además, no se tenía claridad sobre la forma de registrar esos pagos porque todo era manual, y existían problemas de seguridad (no se disponía de guardas de seguridad), lo que generó la recomendación del datáfono porque el dinero ingresa directamente a las cuentas de la institución. Esta opción nos daba la posibilidad de recibir pagos los siete días de la semana, las 24 horas del día".

Según se desprende de las entrevistas realizadas por esta Auditoría, existen causas comunes en los establecimientos de salud que han ocasionado la recepción de pagos en efectivo por concepto de servicios brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago, dentro de las que se citaron las siguientes: distancia que existe entre el centro médico y la sucursal, las diferencias de horarios en la atención al público en que funcionan ambas oficinas y el hecho de que los pacientes no disponen de otro método de pago para cancelar los servicios. En adición, la administración activa no ha documentado un análisis de costo beneficio, con la finalidad de establecer otros mecanismos o alternativas de pago para las personas no aseguradas con capacidad de pago, que desean cancelar los servicios médicos recibidos en los establecimientos de salud.

Lo observado podría comprometer el adecuado resguardo y custodia de los valores, puesto que las oficinas de validación y facturación de servicios médicos aparentemente carecen de la infraestructura, mecanismos de control y personal idóneo para la recepción de dinero en efectivo. Además, a pesar de que la iniciativa de algunos establecimientos de salud en el fondo podría ser loable, en el sentido de que el hecho de negar la recepción de pagos en efectivo sería ir en contra de los intereses institucionales y de la población no asegurada, al imponer una condición para aceptar el pago de los servicios recibidos, lo cierto es que la institución carece de un marco normativo que expresamente los autorice a realizar esta función.

2- DE LAS DIFERENCIAS ENTRE EL PROCESO PARA LA RECEPCIÓN DE PAGOS Y LA NORMATIVA VIGENTE

Se evidenció que el procedimiento para la recepción de pagos varía en las diferentes unidades de la institución; asimismo, existen aspectos normativos vigentes que no se han integrado al flujo normal del proceso, según se describe a continuación.

- a- En primera instancia, según el hallazgo 1 de este informe, 16 establecimientos de salud, durante el 2023, aceptaron la recepción de pagos en efectivo por servicios brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago; no obstante, de acuerdo con lo informado por las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud, 106 centros de atención no permiten la utilización de este método de cancelación.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- b- Los establecimientos de salud que recibieron cancelaciones en efectivo han recurrido a diferentes prácticas para implementar esta metodología de pago; por ejemplo, en el hospital Dr. Tony Facio Castro se solicita a los usuarios que deben cancelar la factura con el monto exacto, caso contrario se rechaza la recepción del dinero; mientras que en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega se tramita un vale provisional a la caja chica por diez mil colones, que se renueva todos los meses, con el fin de disponer de dinero en efectivo para dar vueltos a las personas que no portan el monto exacto de lo facturado.
- c- De acuerdo con la información suministrada por las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud, once centros de atención carecen de datáfonos para la recepción de pagos por medio de tarjeta de débito y crédito. Diez de estos establecimientos tampoco aceptan la recepción de pagos en efectivo, por lo que no se le ofrece al usuario ninguna alternativa para pagar las facturas en la oficina de validación y facturación de servicios médicos.
- d- En el hospital Dr. Tony Facio Castro se entrega a los usuarios un recibo por dinero confeccionado a mano y prenumerado; mientras que en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega se les entrega un documento con numeración interna que se reinicia cada año.
- e- La persona responsable de realizar los depósitos en efectivo, en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, es el encargado de caja chica; mientras que en el hospital Dr. Tony Facio Castro el proceso es ejecutado directamente por los funcionarios de la oficina de validación y facturación de servicios médicos.

Adicionalmente, esta Auditoría comprobó que la normativa institucional contempla dos métodos de pago para este tipo de servicios que en la práctica no se han habilitado. A continuación, se presenta el detalle:

- a- El numeral 5.7 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, contempla la posibilidad de que los no asegurados con capacidad de pago cancelen sus facturas por medio de tarjetas de débito y crédito en las sucursales de la institución; no obstante, según lo manifestado por el Lic. Erick Solano Víquez, jefe del Área Tesorería General, en sesión de trabajo del 19 de marzo de 2024, los datáfonos ubicados en las sucursales son exclusivos para la recepción de pagos de asegurados voluntarios y trabajadores independientes.
- b- El numeral 5.5.19 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago establece que es función del Área Tesorería General lo siguiente:

“Coordinar y brindar información a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, con respecto a los pagos de facturas a no asegurados con capacidad de pago, realizados por medio de transferencia bancaria o SINPE, previo envió vía correo electrónico del comprobante de la transferencia o depósito bancario, por parte de estas unidades”.

Al respecto, se consultó al Lic. Erick Solano Víquez, jefe del Área Tesorería General, sobre la posibilidad de que las personas no aseguradas con capacidad de pago cancelen sus servicios por medio de sinpe o sinpe móvil. El funcionario respondió que:

“...no está habilitada la posibilidad de recibir pagos por sinpe móvil, las opciones son que se pague por medio de datáfonos en los centros de salud y en efectivo en las sucursales. También existe la posibilidad de que se pague por medio de transferencia bancaria, situación que se da principalmente cuando los extranjeros son atendidos en los centros de salud y se cobra a una aseguradora, por lo que se deben realizar una serie de movimientos contables para aplicar el pago.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

No se han habilitado los pagos por Sinpe o transferencias porque el procedimiento no sería beneficioso para la institución, toda vez que se deberían realizar varios movimientos contables y el trámite podría ser más costoso que lo que eventualmente se podría recaudar implementando este método”.

No obstante, lo manifestado, el Lic. Solano Víquez dijo desconocer la existencia de un estudio de costo-beneficio sobre la implementación de pagos por sinpe móvil, cuya conclusión demuestre la inconveniencia para la institución de implementar esta modalidad de pago para las personas no aseguradas.

La habilitación de recepción de pagos en las oficinas de validación y facturación de servicios médicos cobra relevancia puesto que el Reglamento del Seguro de Salud, en su artículo 61, establece que:

“En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.

*En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, **el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención**, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución”.* (El resaltado no es del original).

Ahora bien, en criterio de la Dirección Jurídica, la institución no solamente tiene la facultad de cobrar los servicios de salud brindados a las personas no aseguradas, sino más bien está en la obligación de hacerlo, a fin de atender el mandato constitucional que contempla el artículo 73 de la Constitución Política. Sobre este particular, el oficio D.J-5305-2010, del 16 de agosto de 2010, suscrito por la Licda. Mariana Ovaes Aguilar, jefe a.i. del Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica, menciona que:

*“... la prestación de dichos servicios por parte de la Caja, no puede serlo a título gratuito, porque en el fondo ello implicaría una donación, lo que, por **principio le está vedado a la Institución**, salvo norma expresa en contrario que lo autorice.*

*En el caso de la Caja la **imposibilidad jurídica de prestar servicios en forma gratuita se encuentra reforzada por lo dispuesto en el artículo 73 Constitucional...**”* (El resaltado no es del oficio original).

Por otra parte, con respecto a la utilización fondos de la caja chica para dar vuelto a los usuarios, el Manual para la Administración, Liquidación y Contabilización de Fondos de Caja Chica y Tarjetas de Compra Institucionales, en su numeral 9, define estos conceptos de la siguiente manera:

*“Los fondos de Caja Chica asignados a las unidades, deben ser utilizados **única y exclusivamente para la adquisición indispensable e impostergable de bienes y servicios** debidamente motivada que garanticen la continuidad en la prestación de servicios y que estén respaldados en el presupuesto de operaciones de la unidad”.* Lo resaltado no es de la norma original.

La misma norma define el vale provisional de la siguiente manera: **“Vale Provisional:** Documento provisional para compras expeditas en los comercios dentro y fuera de la GAM”.

Asimismo, debido a las características y a la naturaleza original del vale provisional que se extiende en la caja chica, el numeral 13.1 del manual que se ha venido citando establece:

“Es prohibida la renovación de las fechas del vale provisional extendido. Si la compra no pudo realizarse debe reintegrarse, el mismo día o a más tardar antes del mediodía del día hábil siguiente, el total del dinero en efectivo que se entregó”.



Sobre el tema de la carencia de datáfonos u otros mecanismos para la recepción de pagos en las oficinas de validación y facturación de servicios médicos, esta Auditoría consultó al Lic. Erick Solano Víquez, jefe del Área Tesorería General, acerca de las condiciones de uso de estos dispositivos. Al respecto, el funcionario respondió que:

*“El servicio de datáfonos se ha habilitado mediante el proceso que dicta la Ley General de Contratación Pública, actualmente el servicio está contratado con BAC San José. Una vez que se realizó la contratación, la entidad bancaria debe facilitar una herramienta para seguimiento de transacciones. La comisión actualmente está en 1.95% en tarjetas locales y 2.25% tarjetas internacionales, apegado en un contrato. **La comisión se paga sobre las transacciones, si no hay transacciones, no se debe pagar monto alguno**”.*

Es importante mencionar que esta Auditoría emitió el informe AFINPE-0104-2023, del 11 de diciembre de 2023, mediante el cual se evidenció la desactualización del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago y la falta de estandarización en los procesos que ejecutan las oficinas de validación y facturación de servicios médicos; razón por la cual, se recomendó a la Gerencia Financiera que instruyera la realización de un análisis integral de la norma, de manera que ésta se ajuste a las necesidades actuales de la institución.

Por otra parte, esta Auditoría tuvo conocimiento de que la Dirección de Coberturas Especiales, mediante oficio GF-DCE-0340-2024, del 5 de abril de 2024, solicitó al Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, director de la Dirección de Cobros y al Lic. Luis Rivera Cordero, quien entonces ocupaba el cargo de director de la Dirección Financiera Contable, que designaran representantes con el fin de conformar un grupo de trabajo para la definición de mecanismos tecnológicos, operativos y contables que faciliten la recuperación anticipada de los costos por servicios brindados a trabajadores independientes morosos, debido a que la institución carece de norma en ese sentido.

Ante la carencia de una normativa clara y actualizada con respecto a la facturación y recuperación de los costos por servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, las oficinas de validación y facturación de servicios médicos han implementado mecanismos diversos para recibir pagos en efectivo que, en algunas ocasiones, trasgreden la normativa vigente en la institución.

Esta incertidumbre también ha ocasionado que no exista uniformidad en los procesos, toda vez que cada centro de salud ha tenido que adaptarse a sus propias necesidades, según las características de su población adscrita.

CONCLUSIONES

El Reglamento del Seguro de Salud, en su artículo 61, establece que las personas no aseguradas con capacidad de pago deben efectuar la cancelación de los servicios recibidos en la institución. Cuando la atención no sea urgente, esta cancelación debe darse de previo a recibir la respectiva atención médica, en el momento en que se presentan a los establecimientos de salud.

Del mismo modo, la Dirección Jurídica de la Institución ha emitido criterios en el sentido de que la Caja Costarricense de Seguro Social, según lo establecido en la Constitución Política de la República de Costa Rica, no puede dejar de cobrar los servicios a las personas no aseguradas, puesto que esta práctica podría constituir una donación, acción que le está vedada por Ley.

Ante el panorama descrito, esta Auditoría considera que la Institución debe realizar esfuerzos para facilitar a los usuarios la cancelación de los servicios médicos de manera oportuna en los mismos establecimientos de salud dado que, según lo manifestado por los funcionarios de las oficinas de validación y facturación de servicios médicos, en muchas ocasiones lo único que se recupera es el importe que los pacientes pagan previo a recibir los servicios.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Según lo evidenciado en este informe, se observaron limitantes para que las personas no aseguradas con capacidad de pago cancelen los servicios en los establecimientos de salud; uno de ellos es precisamente que el único mecanismo aprobado para el trámite en las oficinas de validación y facturación de servicios médicos es por medio de tarjeta de débito o crédito y, de acuerdo con la información suministrada por las direcciones de redes integradas de prestación de servicios de salud, existen diez unidades que carecen de datáfonos, por lo que no es factible que los usuarios paguen en el lugar.

Lo anterior aunado a las distancias físicas que existen entre los establecimientos de salud y las sucursales de la institución, habilitadas para recibir pagos en efectivo, y las diferencias de horarios en la atención al público. Se debe considerar que la mayoría de las sucursales labora en un horario de 7 a.m. hasta las 4 p.m., mientras que algunas áreas de salud tienen horarios extendidos y los hospitales permanecen abiertos las 24 horas del día.

Por otra parte, esta Auditoría ha evidenciado la desactualización del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, toda vez que éste no se adapta a los procedimientos actuales que se ejecutan en las oficinas de validación y facturación de servicios médicos, para la atención de este tipo de usuarios.

Esa carencia de normativa actualizada y la limitación de opciones para la recepción de pagos han ocasionado que algunas oficinas de validación y facturación de servicios médicos hayan optado por recibir dinero en efectivo, cuando los usuarios manifiestan no disponer de otro medio de pago, implementando mecanismos no contemplados o al margen de los lineamientos y disposiciones institucionales.

RECOMENDACIONES

AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO O A QUIEN ENSU LUGAR OCUPE EL CARGO.

- 1- Instruir a la Dirección de Coberturas Especiales, Dirección Financiero Contable y Dirección de Cobros para que se consideren los resultados de este informe en el marco del grupo conformado para la implementación de las estrategias para que los centros de salud puedan recibir pagos anticipados por servicios brindados a trabajadores y asegurados voluntarios morosos, haciéndolo extensivo a la figura de no asegurados con capacidad de pago.

En el análisis que realice el grupo conformado se deberá considerar elementos como la posibilidad de incorporar mecanismos adicionales de pago para la recepción de valores, así como la operativización mediante la normativa que corresponda hacia los centros de salud y las unidades administrativas.

Lo anterior considerando las limitaciones actuales señaladas por las oficinas de validación y facturación de servicios médicos y que se señalaron en los hallazgos 1 y 2, relacionadas con las diferencias de horarios en que funcionan los centros de salud con respecto a las sucursales, autorizadas para recibir otros métodos de pago, y las distancias geográficas que separan ambos tipos de establecimientos.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de 12 meses, la definición de las estrategias a seguir con el fin de facilitar la recepción de pagos anticipados por servicios médicos brindados a las personas no aseguradas con capacidad de pago, en caso de que corresponda.



AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO Y AL DR. WILBURG DÍAZ CRUZ, EN CADA DE GERENTE MÉDICO, O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN LOS CARGOS.

2- Coordinar la emisión de un recordatorio, dirigido a los establecimientos de salud, con respecto a lo establecido en el numeral 5.7 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No aseguradas con Capacidad de Pago, en el sentido de que, hasta tanto no se modifique la normativa vigente, el único método para recibir pagos en los establecimientos de salud, por concepto de atenciones brindadas a pacientes no asegurados con capacidad de pago, es mediante datáfonos con tarjetas de débito o crédito.

Lo anterior por cuanto, según lo evidenciado en el hallazgo 1 de este informe, 16 oficinas de validación y facturación de servicios médicos recibieron pagos en efectivo por esos conceptos durante el 2023, por un monto de ₡19,983,171.50 (diecinueve millones novecientos ochenta y tres mil ciento setenta y un colones con 50/100).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de un mes, la comunicación del recordatorio dirigido a los establecimientos de salud.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio se comentaron el 15 de mayo de 2024 con los siguientes funcionarios: Lic. Danilo Rodas Chaverri, jefe Subárea Gestión Administrativa y Logística de la Gerencia Financiera; Lic. Andrey Sánchez Duarte, director de la Dirección Financiero Contable, Lic. Sergio Esteban Calvo Ramírez, funcionario de la Dirección Financiero Contable, Licda. Ivonne Ruiz Barquero, directora de la Dirección de Coberturas Especiales; y Lic. Juan Alberto Piedra Montero, jefe Área Gestión de Riesgos Excluidos de la Dirección de Coberturas Especiales.

Posteriormente, el 16 de mayo de 2024, se realizó sesión de trabajo en la cual se comentaron los resultados del estudio con el Lic. Erick Andrés Hernández Aguilar y la Licda. Mayteh Mercedes Rojas Hernández, asesores de la Gerencia Médica.

A continuación, se analizan las observaciones de la Administración Activa con respecto a las recomendaciones:

Recomendación 1

Los participantes en la reunión de comentario manifestaron lo siguiente:

El Lic. Andrey Sánchez indica que el hecho de recibir efectivo en las oficinas de validación y facturación es un riesgo para la institución debido a que no tienen habilitadas cuentas contables, ni medios necesarios para hacer la trazabilidad de los recursos. Considera que se debe analizar el plazo para el cumplimiento de la recomendación, ya que lo que se solicita requiere de un análisis extenso. Asimismo, se debe analizar si la Licda. Ivonne está de acuerdo en liderar el grupo que está conformado, como se está realizando en la práctica con la Dirección Financiero Contable y la Dirección de Cobros. Que dicha que esta recomendación haya sido orientada a un grupo ya conformado para aprovechar los recursos. Considera que es importante ajustar la recomendación enfocada en la definición de estrategias en el mecanismo de la recepción de pagos. Todo debe ir hacia la tecnología para lograr en cobro por anticipado.

Lic. Danilo Rodas, señala que no se observa ningún representante de la Dirección de Cobros, considero relevante que ellos hubieran estado presentes en este comentario. Considera que no existe ningún problema que la recomendación se dirija a la Gerencia Financiera, también considera que se debe analizar el punto de operativización de la norma.



El Lic. Sergio Calvo Ramírez, solicita se amplie el plazo para el cumplimiento de la recomendación a 12 meses.

El Lic. Juan Alberto Piedra, menciona que el tema del pago en efectivo de facturas por servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago se dan en las Sucursales en cajas por la especialidad en la materia de los funcionarios y funcionarias, sin embargo en los establecimientos de salud las unidades de Validación y Facturación de Servicios médicos no cuentan con esa especialidad y me parece que no es parte de su rol en el perfil de puestos, Asimismo, por lo que le llama la atención que no estén representantes los funcionarios de la Gerencia Médica como ente de mando superior de las establecimientos de salud, donde inclusive el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago fue firmado por la Gerencias Médica y Financiera y es donde se rige el tema que nos ocupa, debido a que son actores importantes de este proceso y la Dirección de Coberturas debido a que nosotros no tenemos la rectoría jerárquicamente de los centros de salud en temas de métodos o medios de pago en no asegurados con capacidad de pago, siendo nuestro rol la rectoría en facturación de servicios médicos de no asegurados con capacidad de pago, por lo que se debe realizar un se debe analizar y hacer un replanteamiento de la recomendación de acuerdo con las competencias, donde inclusive se dirija esta recomendación en primera instancia a la Gerencia Médica en conjunto con DAGP para que se valore el perfil de puesto de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, con el propósito de que se determine desde el componente técnico y legal si estas unidades pueden hacer recepción de dineros en efectivo de facturas canceladas de forma anticipada de trabajadores independientes y asegurados voluntarios en morosidad, así como de no asegurados con capacidad de pago.

En caso de que lo anterior se considera viable desde el componente técnico y legal, Instruir a la Gerencia Médica, Dirección de Coberturas Especiales, Dirección Financiero Contable y Dirección de Cobros cada uno desde el ámbito de sus competencias para que se consideren los resultados de este informe en el marco del grupo conformado y se valore la implementación de estrategias para que los centros de salud puedan recibir pagos en efectivo anticipados por servicios brindados a trabajadores y asegurados voluntarios morosos, haciéndolo extensivo a la figura de no asegurados con capacidad de pago, así como ajustes en la normativa que rige la materia de ser viable.

La Licda. Ivonne Ruiz, indica que la Dirección de Coberturas Especiales no tiene la competencia de definir los medios de pago para las personas no aseguradas, por lo que debe revisarse el tema de la coordinación a cargo de la unidad responsable del proceso, sugiere que en el informe se Aborde de incumplimiento normativo de los centros médicos involucrados en el presente informe. Asimismo, se valore lo externado por los participantes en cuanto al plazo.

Análisis de la Auditoría

En la recomendación 1 se solicita a la Administración Activa que analice las posibilidades para aumentar los métodos de pago por los servicios brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, toda vez que ya existe un grupo de trabajo conformado con el fin de normalizar lo relativo al pago anticipado por servicios que se otorgan a trabajadores independientes y asegurados voluntarios morosos.

El grupo de trabajo que analizaría este aspecto se conformó según solicitud efectuada por el Lic. Andrey Sánchez Duarte, en calidad de director a.i. de la Dirección de Coberturas Especiales, mediante oficio GF-DCE-0340-2024, del 5 de abril de 2024, dirigido al Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, director de la Dirección de Cobros y al Lic. Luis Rivera Cordero, quien entonces ocupaba el cargo de director de la Dirección Financiero Contable, en el cual también se requirió a los destinatarios que designaran representantes para la conformación del equipo.



Lo anterior considerando la posibilidad institucional de cobrar los servicios de manera anticipada a los trabajadores independientes morosos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 del Reglamento para el Aseguramiento Contributivo de los Trabajadores Independientes, el cual es congruente con el artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud, donde se faculta a la institución para cobrar los servicios anticipadamente a las personas no aseguradas con capacidad de pago, siempre y cuando no se trate de una urgencia.

Se considera importante mencionar que, sobre la recepción de pagos anticipados por la prestación de servicios, en línea con lo recomendado por esta Auditoría, mediante circular GF-DCE-0299-2024, del 2 de abril de 2024, suscrita por el Lic. Andrey Sánchez Duarte, quien entonces ocupaba el cargo de director de la Dirección de Coberturas Especiales, se informó a la Gerencia Médica y a sus dependencias lo siguiente:

“Considerando que a la fecha se debe facilitar los mecanismos tecnológicos, operativos y contables para la recuperación de las atenciones brindadas a personas inscritas como trabajadores independientes y asegurados voluntarios con morosidad, así como sus protegidos -cuando corresponda-, se informa que la implementación efectiva de lo establecido para el cobro anticipado queda supeditado a la emisión de un procedimiento que se estará coordinando con la Dirección Financiero Contable y la Dirección de Cobros, para el adecuado registro y trazabilidad de los movimientos que se generen, siendo responsabilidad de los centros de salud el control de los casos para recuperación de los costos de servicios médicos, conforme el procedimiento que se venía aplicando por cada unidad”.

En este contexto, es conveniente también retomar el criterio de la Dirección Jurídica, en el sentido de que la institución no puede dejar de cobrar los servicios que brinda a la población no asegurada con capacidad de pago, puesto que hacerlo podría tener roces con el artículo 73 de la Constitución Política de nuestro país; de ahí la necesidad de ofrecer a los usuarios la mayor cantidad posible de opciones para que realicen los pagos.

Así las cosas, es criterio de esta Auditoría que el mismo grupo integrado por la Dirección de Cobros, Dirección de Coberturas Especiales y Dirección Financiero Contable, con el fin de establecer las estrategias para la recepción de pagos anticipados en los establecimientos de salud por atenciones a trabajadores independientes y asegurados voluntarios morosos, podría incluir dentro de su análisis lo relativo a la aceptación de pagos anticipados por servicios que se brindan a personas no aseguradas con capacidad de pago. Estas estrategias no necesariamente tendrían que avalar la recepción de pagos en efectivo en los establecimientos de salud en las condiciones actuales, de ahí la importancia de proponer procesos automatizados apoyados por la tecnología disponible en el país para transacciones de valores.

Debido a lo anterior, se modifica la redacción de la recomendación de acuerdo con sugerencias de los participantes en la reunión, de modo que sea a lo interno de la Gerencia Financiera donde se defina quien asumirá la coordinación del grupo de trabajo, y se amplía el plazo para el cumplimiento a 12 meses.

Recomendación 2

El 16 de mayo de 2024 se realizó sesión de trabajo con la Licda. Mayteh Rojas Hernández y el Lic. Erick Andrés Hernández Aguilar, asesores de la Gerencia Médica, con el fin de exponerles los hallazgos y la recomendación 2 incluida en el informe. Los participantes de la reunión manifestaron su anuencia en remitir un recordatorio a las unidades médicas, de modo que se cumpla con lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No aseguradas con Capacidad de Pago, con respecto a las facultades para recibir pagos por los servicios brindados, en el sentido de que el único método avalado para las oficinas de validación y facturación de servicios médicos es mediante datáfonos, con la utilización de tarjetas de débito y crédito.

El mismo día se remitió correo electrónico al Lic. Danilo Rodas Chaverri, jefe de la Subárea Gestión Administrativa y Logística de la Gerencia Financiera, en el cual se compartió el borrador de la recomendación 2. Al respecto, el Lic. Rodas indicó que la Gerencia Médica podría, dentro de sus competencias, emitir el recordatorio directamente a sus unidades adscritas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

No obstante lo indicado, esta Auditoría observó que el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas no Aseguradas con Capacidad de Pago fue elaborado por funcionarios del Área Coberturas del Estado, de la Dirección de Coberturas Especiales; Área Control de la Morosidad y Subárea Cobro Administrativo de la Dirección de Cobros; Área Contabilidad Financiera y Subárea Contabilidad Operativa de la Dirección Financiero Contable; todos de la Gerencia Financiera, con la participación de una funcionaria de la Dirección Proyección de Servicios de Salud. Adicionalmente, el documento fue aprobado en su momento por el Lic. Gustavo Picado Chacón, gerente de la Gerencia Financiera, en conjunto con la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en calidad de gerente de la Gerencia Médica.

Además, el mismo documento establece que, dentro de las funciones del Área Coberturas del Estado, de la Dirección de Coberturas Especiales, dependencia de la Gerencia Financiera, se encuentra las siguientes:

“Será el ente técnico administrativo regente del proceso de pacientes no asegurados, respondiendo por la oportuna y precisa emisión o actualización de las normas y procedimientos vinculados, diseñará y ejecutará los programas de capacitación y asesoría dirigidos al personal encargado de dicho proceso, liderará y promoverá la automatización de los subprocesos y actividades relacionadas, y finalmente diseñará e implementará las metodologías y mecanismos de evaluación suficientes para comprobar la correcta marcha del mismo.

*Intervendrá como enlace ante las diferentes instancias técnicas encargadas de los procesos de recaudación, cobro y contabilización inmersos dentro del proceso de no asegurados, con el fin de coordinar y canalizar la atención de aquellos aspectos técnicos y administrativos (**normativa, capacitación, asesoría, evaluación**) propios de sus competencias, de manera que los mismos sean abordados de forma integral y sistemática, así como resueltos en tiempo y forma oportunas, resguardando con ello la continuidad y buena marcha del proceso integral de no asegurados. (Lo resaltado no es del original).*

Así las cosas, es criterio de esta Auditoría que el recordatorio sobre el cumplimiento de los alcances del numeral 5.7 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No aseguradas con Capacidad de Pago, debe ser emitido por las instancias que en principio aprobaron la norma, tanto la Gerencia Médica como la Gerencia Financiera.

ÁREA AUDITORÍA FINANCIERA Y PENSIONES

Licda. Neryeth Cedeño Martínez
Asistente de Auditoría

Lic. Greivin Elizondo Barrantes
Asistente de Auditoría

Lic. Melvin Zúñiga Sedó, jefe
Subárea

Lic. Adrián Céspedes Carvajal, jefe
Área

ACC/MZS/NCM/GEB/lbc