

AGO-128-2021

6 de diciembre de 2021

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se efectuó en atención al Plan Anual Operativo 2021 de la Auditoría Interna, con el propósito de analizar el sistema de control interno y el cumplimiento de los procesos sustantivos de validación y facturación de los servicios médicos efectuados por la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos de las unidades adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, considerando el efecto post-COVID-19.

El análisis efectuado por esta Auditoría permitió determinar que existen oportunidades de mejora en el proceso de facturación que se realiza a personas no aseguradas por motivo de atenciones médicas brindadas, incluyendo las que se realizan en el tercer turno y los controles en la anulación de facturas; así como en las gestiones de cobro, por cuanto se identifica un bajo porcentaje de recuperación.

En línea con lo anterior, también se identificaron similares oportunidades de mejora en la gestión de facturación por riesgos excluidos, por lo que se deben fortalecer los mecanismos de control existentes, reduciendo la posibilidad de materialización de riesgos.

Así mismo, en cuanto a la gestión de seguros por el Estado, se evidenciaron debilidades de control especialmente a nivel de los sistemas de información que intervienen en el proceso; lo anterior, al no existir una integración con el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), que permita garantizar que el otorgamiento de ese beneficio se efectúe solo a personas catalogadas en condición de pobreza y pobreza extrema, y en caso de que sea modificada esa condición socioeconómica, se genere la cancelación del beneficio. Además, se identificó la ausencia de un mecanismo de refrendo o autorización de los casos aprobados, de tal forma que se garantice el cumplimiento normativo en esa materia, existiendo la posibilidad de que funcionarios otorguen seguros por el Estado sin efectuar el análisis correspondiente.

Aunado a lo anterior, se identificaron aspectos de mejora en los procesos de supervisión, especialmente del nivel regional, por cuanto esta se ha supeditado a ser únicamente un enlace entre el nivel local y el central, existiendo ausencia de análisis de informes periódicos y toma de decisiones basada en indicadores.

En virtud de lo descrito, se emiten recomendaciones tendentes a la atención de los aspectos referidos en este informe. Al respecto, se solicita al Gerente Financiero y al Director de Tecnologías de Información y Comunicaciones, coordinar con el director de la Dirección de Cobros la elaboración de un plan de trabajo que considere entre sus objetivos la conclusión de la implementación del Módulo Integral de Cobros que permita fortalecer el índice de recuperabilidad de las atenciones médicas facturadas a personas no aseguradas con capacidad de pago, para lo cual, también se debe analizar la viabilidad de la definición de indicadores y metas para la gestión correspondiente.

Otra recomendación se dirige al jefe del Área de Coberturas del Estado o a quien en su lugar ocupe el cargo, de tal forma que se elabore un análisis correspondiente a la viabilidad de implementación de nuevos requerimientos en los sistemas de Facturación de Servicios Médicos, así como en los Módulos de Aseguramiento por el Estado y Adscripción del SIAC, que permitan fortalecer los mecanismos de control interno en los procesos, así como generar mayor eficiencia y eliminar duplicidades de tareas,

considerando incluir en el reporte “Detalle Anulado” del Sistema de Facturación de Servicios Médicos, el detalle de la razón de la anulación de la factura; integración del Módulo de Aseguramiento por el Estado con el SINIRUBE en caso de existir viabilidad técnica y legal para garantizar que las personas beneficiarias cumplan con los requisitos para otorgarles el seguro por el Estado; un mecanismo que controle y restrinja, de ser necesario, que el aseguramiento por el Estado sea otorgado desde el módulo de Adscripción por funcionarios que no están autorizados; una restricción automática de los aseguramientos por el Estado provisionales en caso de que anteriormente ya se le haga otorgado al beneficiario; la creación de reportes en el módulo de Aseguramiento del Estado que permita verificar el detalle de los seguros por el Estado aprobados en rangos de fechas específicos; y la pertinencia de que exista un mecanismo de refrendo una vez que el encargado otorgue el beneficio a nivel de sistema.

Finalmente, se emiten siete recomendaciones dirigidas al director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega o a quien en su lugar ocupe el cargo, para que defina un plan de acción en conjunto con los centros de salud donde se analice la posible prescripción de las facturas emitidas, y de determinarse la probable materialización del riesgo, trasladar las facturas a las sucursales correspondientes con el fin de implementar un proceso contingente de cobro, asimismo solicitar a los directores médicos de las áreas de salud y hospitales, analizar en función del artículo 50 del Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos del 2006, artículo 50 del Reglamento Interior de Trabajo y el Manual Descriptivo de Puestos, la viabilidad de implementar las acciones pertinentes para que en cualquier hora que se preste un servicio médico a personas no aseguradas, trabajadores independientes, patronos morosos, entre otros, exista - principalmente durante el turno de noche-, el personal encargado de realizar la facturación oportuna. Además, evaluar la pertinencia de mantener la recepción de efectivo en los centros médicos, considerando la estructura y funciones establecidas para establecimientos de Salud “Modelo tipo B y D” definido en el Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de salud, así como 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.

También, que se elabore una propuesta de fortalecimiento de controles internos en los que se valore la estandarización de los controles de la facturación de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago; elaboración de informes periódicos que contemplen información referente a la facturación por servicios médicos brindados, facturación de Riesgos Excluidos y Aseguramientos por el Estado que tengan insumos para realizar análisis, mejorar los controles y tomar decisiones en dichas materias; crear un mecanismo de supervisión de la información que motive el proceso de anulación de las facturas devueltas por el Instituto Nacional de Seguros (INS), a efecto de que se verifique la descripción de los hechos que respaldan y afectan cada operación o transacción; y elaborar una estrategia de seguimiento a los casos donde se ha otorgado el beneficio de seguro por el Estado, con el objetivo de garantizar que la persona mantenga el requisito de ser calificado en pobreza o pobreza extrema, considerar utilizar los cubos de Adscripción en el tanto se implementa a nivel de sistema un reporte que ayude a la identificación de los casos a seguir.

Otra recomendación es que solicite a los directores de áreas de salud y hospitales, gestionar la corrección de las facturas devueltas por el INS ante errores de mala digitación en los regímenes SOA (Seguro Obligatorio de Automóviles) y SRT (Seguro de Riesgo del Trabajo), cobros dobles, aclaración del recorrido en kilometraje, facturas mal tarifadas, entre otras, que corresponden a 182 facturas de la Región Chorotega; aunado a lo anterior, establecer los mecanismos de control pertinentes con el fin de supervisar y brindar seguimiento a las facturas devueltas en el MIFRE (Módulo Informático Facturación

Riesgos Excluidos) en cumplimiento de los plazos de facturación establecidos por el Área Gestión de Riesgos Excluidos.

Igualmente, se lleven a cabo las coordinaciones correspondientes con el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), para definir los contactos y los mecanismos mediante los cuales se le solicite efectuar los estudios correspondientes de aquellos solicitantes que no aparecen calificados en pobreza o pobreza extrema y, por último, realizar las gestiones necesarias para eliminar o desactivar los perfiles de Administrador Local y de Usuario Final de aquellos funcionarios activos (aparentemente sin autorización) registrados en el módulo de Validación del SIAC (Sistema Integrado de Agendas y Citas), y que se encuentran ubicados en Unidades de Trabajo diferentes a la que otorgó el permiso de acceso al sistema; lo anterior, con el fin de regular el uso de los recursos de TIC, identificar responsables y proteger la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información registrada en el módulo de Validación.

AGO-128-2021

6 de diciembre de 2021

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL CONTROL INTERNO EN LAS GESTIONES DE FACTURACIÓN Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD, ASÍ COMO DEL OTORGAMIENTO DE SEGUROS POR EL ESTADO QUE REALIZAN LAS SUBÁREAS DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE LAS UNIDADES ADSCRITAS A LA DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA U.E. 2599

ORIGEN DEL ESTUDIO

La evaluación se efectuó de conformidad con el Plan Anual Operativo 2021 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el sistema de control interno y el cumplimiento de los procesos sustantivos de validación y facturación de los servicios médicos efectuados por la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos considerando Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, considerando el efecto post-COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la suficiencia de los controles en los procesos sustantivos de facturación de los servicios médicos a patronos morosos, personas no aseguradas con capacidad de pago y riesgos excluidos, considerando el abordaje de las cuentas por cobrar y su recuperación, así como la conciliación de las cuentas.
- Comprobar la aplicación de los lineamientos relacionados con los pacientes afectados por la pandemia COVID-19 y que no disponen de algún tipo de aseguramiento.
- Verificar los mecanismos de control relacionados con el proceso de otorgamiento y seguimiento de seguros por el Estado.

ALCANCE

El estudio abarcó la revisión de la ejecución de los procesos sustantivos de facturación y cobro de los servicios médicos por parte de la Subárea de Validación y Facturación de los Servicios Médicos de las unidades adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega (DRIPSSCH), considerando la valoración de los controles implementados por la administración para llevar a cabo las labores objeto de examen.

El periodo de evaluación comprendió del 1° de enero al 30 de junio de 2021, ampliándose en los casos que se consideró necesario.

La evaluación se realizó en cumplimiento de las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos propuestos, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- ✓ Análisis de los reportes de facturación del Sistema de Facturación de Servicios Médicos y el Módulo informático de Facturación de Riesgos Excluidos.
- ✓ Análisis de datos del cubo de información “SIAC Adscripción” y “SIAC Urgencias”.
- ✓ Análisis de los controles que se ejecutan en las unidades adscritas a la DRIPSSCH, para identificar, registrar y facturar los servicios médicos brindados a personas no aseguradas.
- ✓ Análisis de los controles que se utilizan en las unidades adscritas a la DRIPSSCH en la gestión de seguros por el Estado.
- ✓ Verificación de información aportada por las Áreas de Coberturas del Estado y de Gestión de Riesgos Excluidos de la Dirección de Coberturas Especiales, así como de la Dirección de Cobros.
- ✓ Aplicación de instrumento de control interno a los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos de 16 centros de salud adscritos a la DRIPSSCH:
 - Mileidy Lara Granados, área de salud de Santa Cruz.
 - Wendy Marcela Alvarado Ávila, área de salud de Cañas.
 - Milka Quesada Morales, área de salud de Abangares.
 - Karla Noemy Duarte Gómez, área de salud de Nandayure.
 - Rommy Mayela Campos López, área de salud de Tilarán.
 - Maricel Meza Trejos, área de salud de Liberia.
 - Steven Corrales Quirós, área de salud de Bagaces.
 - Maricela Morales Ramos, área de salud de Jicaral.
 - Angelina Guadamuz Boza, área de salud y hospital de Upala.
 - Argerie Cubillo Díaz, área de salud de Carrillo.
 - Arellys Matarrita Porras, área de salud de Hojancha.
 - Wendy Salgado Briceño, área de salud de La Cruz.
 - Mauren Rodríguez Alfaro, área de salud de Colorado.
 - Geiser Campos Morera, área de salud de Nicoya.
 - Leidy Camacho Ibarra, hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
- ✓ Confección, envío y procesamiento de datos de cuestionarios aplicados a los administradores de los centros de salud evaluados, sobre el proceso de trámite, gestión y control en la facturación de servicios médicos a personas no aseguradas, riesgos excluidos y aseguramiento por el Estado.
- ✓ Entrevistas, consultas y reuniones con los siguientes funcionarios:
 - ✓ M. Sc. Juan Alberto Piedra Montero, jefe Área de Gestión de Riesgos Excluidos.
 - ✓ Lic. Eduardo Flores Castro, jefe Área de Coberturas del Estado.
 - ✓ Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas del Estado.
 - ✓ Licda. Lucía Catalina Vargas Masís, jefe del Área de Gestión de Cobro a Patronos.
 - ✓ Lic. Randall Alberto Torres Núñez, administrador de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega.
 - ✓ Licda. Andrea Espinoza Jiménez, administradora del área de salud de Liberia, anterior coordinadora regional de Presupuesto de la DRIPSSCH.
 - ✓ Lic. Luis Mario Carvajal Torres, director de la Dirección Regional de Sucursales Chorotega.

MARCO NORMATIVO

- ✓ Constitución Política de la República de Costa Rica.
- ✓ Ley General de Control Interno, del 4 de setiembre del 2002.
- ✓ Reglamento Interior de Trabajo, de octubre de 1986.
- ✓ Reglamento del Seguro de Salud, 30 de mayo del 2006.
- ✓ 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 de Usuario del Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), de enero 2020.
- ✓ Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado, de julio 2020.
- ✓ Manual Descriptivo de Puestos 2021.
- ✓ Normas de control interno para el Sector Público, de febrero 2009.
- ✓ Normas Técnicas para la Gestión y Control de las Tecnologías de Información de la Contraloría General de la República, de junio de 2007.
- ✓ Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, febrero 2006.
- ✓ Instructivo para la gestión de cobro administrativo de la Caja Costarricense de Seguro Social, de abril 2016.
- ✓ Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de salud, de diciembre 2010.
- ✓ Circulares DCE-AGRE-0034-2021, del 23 de febrero 2021, y DCE-ACE-0045-2021, del 11 de marzo 2021.

ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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 y 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 (...).”

HALLAZGOS

1. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD OTORGADOS A PACIENTES NO ASEGURADOS CON CAPACIDAD DE PAGO, PATRONOS Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES MOROSOS

1.1. De la gestión cobratoria en las facturas emitidas a no asegurados

Se determinaron debilidades en la recuperación de montos generados por facturación de servicios médicos brindados a personas no aseguradas, aunado a la ausencia de ejecución de gestiones de cobro administrativo, judicial o suscripción de acuerdos de pago por parte de las Sucursales Administrativas orientadas a la recuperación de estos importes.

A efecto de brindar los servicios de salud, los establecimientos médicos adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, durante el período comprendido del 1º de enero al 24 de junio 2021, facturaron ¢ 588 770 646,00 (quinientos ochenta y ocho millones, setecientos setenta mil, seiscientos cuarenta y seis colones con 00/100), de los cuales únicamente se ha recuperado el 7,78 % equivalente a ¢ 45 834 393,51 (cuarenta y cinco millones, ochocientos treinta y cuatro mil, trescientos noventa y tres colones con 51/100), lo que ha generado, a ese período, un pendiente facturado del 92,22 %, equivalente a ¢ 542 936 252,49 (quinientos cuarenta y dos millones, novecientos treinta y seis mil, doscientos cincuenta y dos colones con 49/100), situación que se detalla en el cuadro 1:

Cuadro 1
Facturación a personas No Aseguradas con capacidad de pago,
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios
de Salud Chorotega, U.P. 2599
I Semestre 2021

Establecimiento de Salud	Facturado (¢)	Recuperado (¢)	% Recuperación
Hospital Dr. EBB	359,276,536.00	12,861,174.51	3.58%
Hospital La Anexión	121,928,350.00	27,962,776.00	22.93%
Área de salud Cañas	41,221,637.00	819,590.00	1.99%
Hospital de Upala	13,529,007.00	565,708.00	4.18%
Área de salud La Cruz	15,623,655.00	355,123.00	2.27%
Área de salud Carrillo	14,511,277.00	984,240.00	6.78%
Área de salud Abangares	8,040,781.00	506,615.00	6.30%
Área de salud Jicaral	6,185,100.00	551,565.00	9.49%
Área de salud Tilarán	3,961,292.00	339,535.00	8.57%
Área de salud Bagaces	2,045,255.00	132,422.00	6.47%
Área de salud Hojancha	1,187,292.00	152,407.00	12.84%
Área de salud Nandayure	425,764.00	299,453.00	70.33%
Área de salud Nicoya	356,656.00	133,938.00	37.55%
Área de salud Colorado	308,197.00		
Área de salud Liberia	169,847.00	169,847.00	100.00%

Total general	588,770,646.00	45,834,393.51	7.78%
----------------------	-----------------------	----------------------	--------------

Fuente: Reportería Sistema de Facturación de Servicios Médicos al 24 de junio 2021.

Al respecto, si bien las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos efectúan la “prevención de pago – aviso de cobro” (factura), estas no están brindando el seguimiento correspondiente para verificar el estado de la factura, y transcurridos 5 días posterior a la atención, les corresponde el cobro a las sucursales, no obstante, esto no se está realizando ante el faltante de un sistema de información que gestione el cobro correspondiente.

El Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 61 “De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento”, establece que:

“En caso de usuarios sin modalidad de aseguramiento, 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.

Si el usuario se presenta sin su documento de identidad, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, si dentro de los tres días posteriores a la fecha en que concluyó la primera atención médica, no presenta documento de identidad, el servicio le será facturado y cobrado por las vías que fueren pertinentes”.

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 el numeral 5.7.4 “De la gestión de cobro administrativo”, señala que:

“De no cancelarse oportunamente la totalidad de las prestaciones a cobrar según el detalle de la prevención de pago-aviso de cobro, o formalizarse un acuerdo de pago, la Subárea Cobro Administrativo a Patronos y Sucursales, según corresponda, una vez transcurrido el plazo otorgado iniciarán las gestiones para certificar las deudas”.

Adicionalmente, este Manual en su Transitorio IV, establece lo siguiente:

“Las unidades de la Gerencia Financiera, designadas para realizar la certificación, gestión de cobro judicial y adecuaciones de pago a nivel nacional, de las facturas de No Asegurados con capacidad de pago, iniciarán dicha labor, una vez que se encuentre en producción la segunda fase de la herramienta denominada “Módulo Integral Gestión de Cobros”, correspondiente al cobro administrativo y judicial, o bien cuando la Gerencia Financiera, así lo disponga”.

En requerimiento informático DC-0392-2020, del 28 de mayo 2020, solicitado al Comité de Usuarios del SICERE, la Licda. Lucía Catalina Vargas Masís, jefe del Área Gestión de Cobro a Patronos, señaló que:

“(…) Actualmente no existe una herramienta que permita a la Dirección de Cobros y Unidades de Cobros de las sucursales de las Direcciones Regionales, realizar la gestión de cobro administrativo y cobro judicial a las facturas por servicios médicos, generadas en la herramienta MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos).

Las facturas No Asegurados con capacidad de pago, se facturan en el sistema de facturación de servicios médicos a No Asegurados con capacidad de pago, que actualmente utilizan las

Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

El Lic. Luis Mario Carvajal Torres, director de la Dirección Regional de Sucursales Chorotega, en reunión realizada el 28 de agosto 2021, señaló:

“Con respecto a la recuperabilidad de las facturas por servicios médicos, según lo establecido en la normativa vigente, el centro médico es quien debe de realizar la gestión de cobro administrativo que es una fase inicial que los establecimientos de salud no la están efectuando, por ejemplo, la emisión de un aviso de cobro o una llamada como parte de las estrategias de recuperabilidad de adeudos. En tal sentido, los centros médicos deberían de demostrar cuantos avisos de cobro han entregado, cuantas llamadas han efectuado y cuantas notificaciones han realizado en gestión de un cobro oportuno en las facturas de No Asegurados.

Cabe aclarar que, a efecto de realizar un cobro administrativo, la norma señala que en función de generar un título ejecutivo se debe de disponer de por lo menos una notificación, ya que el debido proceso exige que se haga una imputación de cargos, por lo que hasta el día de hoy y lo que yo sé, el cobro administrativo es una responsabilidad del centro médico en cuanto al proceso de facturación de No Asegurados.

Asimismo, debo indicar que esta Dirección Regional, cuenta con una estrecha coordinación con los centros médicos para las facturas de cobro de Trabajadores Independientes, Asegurados Voluntarios y de Patronos, por lo que el problema de cobro oportuno radica con las facturas de No Asegurados, porque el módulo de Cobros no está terminado, pareciera que el mismo se encuentra en un “limbo informático”, por lo que la facturación no está llegando a la sucursal y por consiguiente no se están gestionando los cobros respectivos en sede administrativa y judicial”.

Asimismo, el 7 de setiembre 2021, la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, del Área de Coberturas Especiales, indicó que:

“Efectivamente en este momento las sucursales no tienen forma de visualizar lo que está facturado a las personas No Asegurados con capacidad de pago, excepto para el pago de facturas por el SPIC (pago en efectivo mediante el número de cédula del interesado), dado que la herramienta de Cobros aún se encuentra en proceso de desarrollo, por lo que en este momento ellos no pueden gestionar la parte de cobro administrativo y judicial”.

Mediante oficio DC-AGCP-0414-2021, del 30 de setiembre 2021, la Licda. Vargas Masís señaló:

“(…) Hoy se encuentran completamente listos y unificados las necesidades de adaptación al SICERE de la siguiente manera:

- Introducción y justificación de adendum del requerimiento.
- Cuentas contables listas.
- Requerimientos de Subárea Cobro Administrativo.
- Requerimientos de Subárea Cobro Judicial.
- Requerimiento de Subárea Adecuación de Adeudos.
- Requerimiento de Subárea Registro Control y Liquidaciones.

- Requerimientos del Área Gestión de Riesgos Excluidos, Seguro Obligatorio Automotor y Riesgos del Trabajo.
- Requerimientos del Área Coberturas del Estado, No Asegurado con Capacidad de Pago.

Quedando pendiente de realizar lo siguiente:

- Requerimientos de la Subárea Plataforma de Servicios y Subárea Centro de Llamadas, a cargo del Área Atención a Patronos.
- Pendiente revisar posibles cambios al SPIC.
- Pendiente de chequear cuentas contables con el Área de Contabilidad.
- Área Facturación de Cuotas Obreras y Patronales, sobre asignación de segregado.
- Área de Contabilidad General, para revisión de cuentas contables.

Por lo anterior, actualmente la licenciada Olga Duarte Bonilla, jefe de la Subárea Cobro Administrativo a Patronos, quién es la funcionaria líder nombrada para el levantamiento de este requerimiento, se encuentra coordinando con la Subárea Plataforma de Servicios, Área Atención a Patronos, para concretar el documento de requerimiento antes citado, Área Facturación de Cuotas Obreras y Patronales, ver lo referente sobre asignación de segregado y Área de Contabilidad General, para revisión de cuentas contables.

En lo que respecta a la fecha de puesta en marcha, la misma está supeditada al desarrollo y puesta en producción del requerimiento el cual a su vez depende de la disponibilidad de recurso de la Subárea Sistemas Financieros”.

La gestión de cobro en la CCSS, por conceptos derivados de la seguridad social y sus obligaciones, constituye una parte esencial de la sostenibilidad financiera del sistema institucional de salud, por lo que no gestionar oportunamente la recuperabilidad de sumas adeudadas por servicios médicos, conlleva a que el régimen de salud carezca de recursos económicos disponibles que coadyuven en la atención médica de la población y de residentes extranjeros que así lo requieran, afectando además, el fortalecimiento de la infraestructura técnica y civil, en oportunidades de mejora que garanticen la continuidad de servicios, de ahí que el no gestionar oportunamente el cobro de ₡588 770 646,00 (quinientos ochenta y ocho millones, setecientos setenta mil, seiscientos cuarenta y seis colones con 00/100) en el I Semestre 2021, debilita la captación de ingresos que permitan cubrir el gasto institucional.

1.2. Sobre la facturación de servicios médicos a pacientes atendidos en el II y III turno

Se identificó que 6 áreas de salud (Santa Cruz, Cañas, Abangares, Tilarán, Jicaral y Upala), brindan un servicio de 24 horas por la atención de emergencias, sin embargo, sus oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos laboran hasta las 10:00 pm, quedando sin ese servicio para el proceso de facturación en el tercer turno.

Al respecto, se determinó en las áreas de salud de Jicaral, Upala y Cañas, al no existir un encargado de Validación y Facturación de Servicios Médicos en los turnos II y III, en Consulta Externa o Emergencias, según sea el área de atención del paciente, no se genera la facturación pertinente a las personas no aseguradas y, en su defecto, el personal de Registros y Estadísticas de la Salud (REDES), levanta un listado de los casos y al día siguiente los traslada a Validación.

Este Órgano de Control y Fiscalización determinó, en el período comprendido del 1º de enero al 31 de agosto 2021, 8 122 atenciones médicas a personas no aseguradas, en horario de 5:00 pm a 6:00 am (II y III Turno), destacándose entre las horas de mayor afluencia de usuarios, la jornada de 5:00 pm a 7:00 pm con 3 179 atenciones médicas fuera del horario de atención de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos (L a J de 7:00 am a 4:00 pm y V de 7:00 am a 3:00 pm). En el cuadro 2 se detallan las atenciones médicas en horario del II y III turno:

Cuadro 2
Atenciones médicas dadas a pacientes no asegurados en el II y III Turno
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios
de Salud Chorotega, U.P. 2599
1º enero al 31 de agosto 2021

CANTIDAD ATENCIONES	01:0 0 AM	02:0 0 AM	03:0 0 AM	04:0 0 AM	05:0 0 AM	06:0 0 AM	05:0 0 PM	06:0 0 PM	07:0 0 PM	08:0 0 PM	09:0 0 PM	10:0 0 PM	11:0 0 PM	12:0 0 AM	Total gener al
2-CHOROTEGA															
2534-AREA DE SALUD LIBERIA	73	62	55	50	75	143	213	235	251	205	157	133	115	88	1855
2531-AREA DE SALUD SANTA CRUZ	47	33	32	31	33	96	179	165	170	152	123	105	84	63	1313
2536-AREA DE SALUD UPALA	52	47	26	20	31	73	114	150	130	126	107	120	61	61	1118
2560-AREA DE SALUD CARRILLO	25	30	23	16	26	70	98	99	97	85	74	49	47	39	778
2559-AREA DE SALUD LA CRUZ	30	21	18	20	12	39	87	96	96	76	65	43	32	25	660
2535-AREA DE SALUD NICOYA	17	10	15	9	24	30	56	62	62	49	47	35	27	24	467
2556-AREA DE SALUD ABANGARES	16	10	10	4	12	31	53	51	34	34	34	24	21	12	346
2555-AREA DE SALUD CAÑAS	15	8	9	5	9	12	43	52	31	35	26	22	16	11	294
2502-HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO	11	12	15	9	4	9	31	36	26	31	22	34	9	22	271
2558-AREA DE SALUD TILARAN	9	6	5	9	10	13	41	31	37	29	18	21	6	13	248
2557-AREA DE SALUD BAGACES	9	4	4	5	6	6	39	34	42	22	19	15	8	9	222
2564-AREA DE SALUD JICARAL-ISLAS	0	1	4	4	1	11	37	39	25	27	23	9	7	3	191
2503-HOSPITAL DE LA ANEXION	4	13	8	3	5	9	20	18	20	24	12	25	7	13	181
2562-AREA DE SALUD NANDAYURE	2	1		2		0	9	9	5	6	4	10	6	1	55
2582-AREA DE SALUD COLORADO	1	1	1	1		1	6	12	12	7	8	1	3		54
2563-AREA DE SALUD HOJANCHA	2	2		3	2	6	6	2	4	2	5	1	2	3	40
2504-HOSPITAL DE UPALA	2	2	1	2			3	8	3	1	1	2	2	2	29
Total general	315	263	226	193	250	549	1035	1099	1045	911	745	649	453	389	8122

Fuente: Elaboración propia, Cubo de Información.

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 el numeral 5.7.6 “De la notificación del aviso de cobro”, señala que:

“Un funcionario de la Unidad de Validación y Facturación Servicios Médicos tramitará la notificación de la prevención de pago – aviso de cobro, la cual deberá realizarse una vez concluida la atención médica, de la siguiente manera:

- De forma personal.
- En el centro de salud.

Una vez gestionada la notificación, la Unidad de Validación y Facturación Servicios Médicos custodiará cada una de las prevenciones de pago – aviso de cobro y actualizará en el sistema de información el estado de las mismas a fin de que queden como “notificadas”, para cada uno de los casos.”.

El Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos en el artículo 50 “De la Morosidad” establece:

“Cuando en la orden patronal se indique la leyenda PATRONO MOROSO o al consultar los sistemas electrónicos, se determina la morosidad patronal, del trabajador independiente o del asegurado voluntario, se debe emitir una factura de cobro.

Cuando en el comprobante de derechos (orden patronal o recibo de pago independiente o voluntario) aparezca un sello de al día, emitido por una sucursal o por la Oficina de Planillas de Oficinas Centrales, se omitirá la condición de morosidad.

Esta acción, será ejecutada por las unidades de Validación de Derechos de cada centro médico y serán las y los recepcionistas de los consultorios de cada centro médico quienes deben remitir a los usuarios a dicha Unidad; de no cumplirse con lo anterior, serán estos funcionarios los responsables del costo de los servicios brindados.

En el primer nivel de atención, específicamente en los EBAIS desconcentrados o en las áreas que no cuenten con Unidad de Validación de Derechos, son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar esta facturación.

Para la aplicación del procedimiento para el cobro debe aplicarse las disposiciones establecidas en el Manual de Procedimientos para la Facturación y Cobros.”

El artículo 50 del Reglamento Interior de Trabajo, establece las Obligaciones de los Trabajadores en el cual se indica:

“Es obligación del trabajador según el puesto que desempeñe y las funciones específicas que se le hayan asignado, ejecutar las labores con eficiencia, constancia y diligencia, así como efectuar cualquier clase de trabajo, dentro del mismo género de su especialización o actividad, compatible con sus aptitudes, conocimientos, estado o condición, siempre que no implique modificación de su contrato, ni perjuicio a los derechos adquiridos. La Institución asignará, cuando lo considere conveniente, la clase de labores que el trabajador está obligado a realizar y señalará los materiales a usar y los útiles, instrumentos y maquinarias para cada trabajo. El trabajador que se niegue, sin motivo justificado, a acatar las instrucciones recibidas o a ejecutar el trabajo con eficiencia, constancia y diligencia según la gravedad de la falta podrá ser sancionado con amonestación escrita, con suspensión del trabajo hasta por ocho días o con despido”.

El Consejo Regional Gestión Jurídica Pacífico Central-Chorotega, en Minuta No. 53, del 19 de agosto 2015, sobre el particular señaló que:

“Este Consejo en la Minuta No. 22, del 05 de octubre del 2012 se había pronunciado en un caso similar al indicando:

Existe a nivel institucional el Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y de Validación de Derechos vigente, en el artículo 50 indica en lo que interesa:

Cuando en la orden patronal se indique la leyenda PATRONO MOROSO o al consultar los sistemas electrónicos, se determina la morosidad patronal, del trabajador independiente o del asegurado voluntario, se debe emitir una factura de cobro (...).

Esta acción, será ejecutada por las unidades de Validación de Derechos de cada centro médico y serán las y los recepcionistas de los consultorios de cada centro médico quienes deben remitir a los usuarios a dicha Unidad; de no cumplirse con lo anterior, serán estos funcionarios los responsables del costo de los servicios brindados.

En el primer nivel de atención, específicamente en los EBAIS desconcentrados o en las áreas que no cuenten con Unidad de Validación de Derechos, son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar esta facturación.

Para la aplicación del procedimiento para el cobro debe aplicarse las disposiciones establecidas en el Manual de Procedimientos para la Facturación y Cobros.

Si la consulta tal y como se indica va en dirección a lo que dice el artículo 50 con fundamento en lo anterior, **en los Centros Médicos que no cuente con una Unidad de Validación de Derechos son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar la facturación**, pero el procedimiento para el cobro de la factura es responsabilidad de la Administración del Centro Médico. (La negrita no es del original).

Por su parte, el artículo 50.- del Reglamento Interior de Trabajo X, establece las Obligaciones de los Trabajadores:

“Es obligación del trabajador según el puesto que desempeñe y las funciones específicas que se le hayan asignado, ejecutar las labores con eficiencia, constancia y diligencia, así como efectuar cualquier clase de trabajo, dentro del mismo género de su especialización o actividad, compatible con sus aptitudes, conocimientos, estado o condición, siempre que no implique modificación de su contrato, ni perjuicio a los derechos adquiridos. La Institución asignará, cuando lo considere conveniente, la clase de labores que el trabajador está obligado a realizar y señalará los materiales a usar y los útiles, instrumentos y maquinarias para cada trabajo. El trabajador que se niegue, sin motivo justificado, a acatar las instrucciones recibidas o a ejecutar el trabajo con eficiencia, constancia y diligencia según la gravedad de la falta podrá ser sancionado con amonestación escrita, con suspensión del trabajo hasta por ocho días o con despido”. Lo resaltado no es del original.

Con fundamento en lo indicado, se recomienda a la Administración velar porque exista el personal encargado de realizar la facturación a cualquier hora que se esté prestando un servicio médico. En caso de no poder asegurar que durante el turno de la noche quede un funcionario encargado de realizar dicha función, la misma puede ser delegada en los funcionarios de Registros médicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 50 del Reglamento Interior de Trabajo y 50 del Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y de Validación de Derechos”.

La Licda. Andrea Espinoza Jiménez, encargada de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del área de salud Liberia, manifestó:

“La Unidad de Validación todos los días labora de 7 am a 4 pm, únicamente se dispone de consulta vespertina en Consulta Externa, de 4 pm en adelante los pacientes acuden a Emergencias del hospital, quien coordina con los compañeros de REDES, para que llenen las boletas con los datos de las personas que fueron atendidas ya que el área de salud no tiene Emergencias”.

La Licda. Mileidy de los Ángeles Lara Granados, encargada de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del área de salud de Santa Cruz, señaló:

“Con respecto a los pacientes que son atendidos en la noche, REDES me traslada el listado con sus datos y yo los reviso en la mañana siguiente, procediendo a realizar la facturación pertinente de trabajadores independientes, patronos morosos, entre otros”.

La Licda. Maricela Morales Ramos, encargada de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del área de salud Jicaral, indicó:

“Mediante la modalidad de Tiempo Extraordinario, Validación permanece abierto hasta las 10 pm, posterior a esa hora, podría suceder que no captemos las personas no aseguradas que son atendidas en Emergencias, imposibilitando la facturación pertinente de los servicios médicos brindados”.

El Sr. Steven Miguel Corrales Quirós, encargado de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del área de salud Bagaces, refirió:

“La Unidad de Validación de 4 pm a 10 pm no se encuentra habilitada, por lo que los casos atendidos en Emergencias se ven hasta que haya tiempo”.

La Licda. Wendy Alvarado Ávila, encargada de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del CAIS de Cañas, indicó:

“Referente a los turnos II y III, después de la jornada ordinaria quedan descubiertos”.

La ausencia de acciones vinculantes entre la administración activa del establecimiento de salud (Dirección General y Dirección Financiero Contable) con la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos local, en temas de oportunidad y facturación de los servicios médicos que se brindan a los usuarios que acuden al servicio de Emergencias, principalmente en un horario en que el servicio de validación no se encuentra laborando, conlleva a que esa Administración, como órgano competente

y gestor de carácter resolutorio, establezca los mecanismos de control y emisión de facturas pertinentes a las personas no aseguradas, trabajadores independientes, patronos morosos, entre otros, que requieren de las atenciones médicas otorgadas por la institución, con el fin de que -en un plazo perentorio- dichas personas retribuyan a nivel de caja local o de las sucursales, los costos de asistencia médica incurridos en la atención.

1.3. Sobre el control de las facturas anuladas

Se identificaron oportunidades de mejora en el control de las facturas anuladas, especialmente en el reporte emitido en el Sistema de Facturación de Servicios Médicos, por cuanto el reporte "Detalle Anulado" no emite información de las razones de la anulación. Al respecto, en las unidades adscritas a la DRIPSSCH, en el periodo del 1° de enero 2021 al 24 de junio 2021, se facturaron inicialmente, ₡668,858,630.00 (seiscientos sesenta y ocho millones, ochocientos cincuenta y ocho mil, seiscientos treinta colones con 00/100), correspondiente a 3 039 facturas emitidas; no obstante, se anularon 152 facturas por un monto de ₡80,460,851.00 (ochenta millones, cuatrocientos sesenta mil, ochocientos cincuenta y un colones con 00/100), siendo el hospital de Upala el que registra el mayor monto anulado, con un 63 % de lo facturado, seguido del hospital La Anexión con un 17 % y el hospital Dr. Enrique Baltodano con un 8 %, tal y como se observa en el cuadro 3:

Cuadro No. 3
Facturación anulada a personas No Aseguradas con capacidad de pago,
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios
de Salud Chorotega, U.P. 2599
I Semestre 2021

Unidad Programática	Establecimiento de Salud	Monto total facturado inicialmente	Cantidad de Facturas emitidas	Monto total Anulado	Cantidad de Facturas anuladas	% Facturas Anuladas	% Monto Anulado
2502	Hospital Dr. Enrique B	₡390,260,634.00	898	₡30,984,098.00	44	5%	8%
2503	Hospital La Anexión	₡146,290,157.00	703	₡24,361,807.00	72	10%	17%
2504	Hospital Upala	₡36,727,856.00	94	₡23,198,849.00	4	4%	63%
2555	A.S. Cañas	₡42,054,503.00	408	₡832,866.00	7	2%	2%
2564	A.S. Jicaral	₡6,185,100.00	155	₡372,867.00	9	6%	6%
2559	A.S. La Cruz	₡15,840,808.00	218	₡217,153.00	3	1%	1%
2558	A.S Tilarán	₡4,131,991.00	77	₡170,699.00	3	4%	4%
2560	A.S. Carrillo	₡14,667,479.00	235	₡156,202.00	3	1%	1%
2556	A.S. Abangares	₡8,141,980.00	150	₡101,199.00	5	3%	1%
2563	A.S. Hojancha	₡1,221,696.00	26	₡34,404.00	1	4%	3%
2562	A.S. Nandayure	₡456,471.00	9	₡30,707.00	1	11%	7%
2557	A.S Bagaces	₡2,045,255.00	36	₡0.00	0	0%	0%
2535	A.S Nicoya	₡356,656.00	14	₡0.00	0	0%	0%
2582	A.S. colorado	₡308,197.00	6	₡0.00	0	0%	0%
2534	A.S. Liberia	₡169,847.00	10	₡0.00	0	0%	0%
Total general		₡668,858,630.00	3039	₡80,460,851.00	152	5%	12%

Fuente: Reportería Sistema de Facturación de Servicios Médicos al 24 de junio 2021.

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 el punto 5.6.11, establece:

“La Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos del establecimiento de salud, procederá a la anulación de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) cuando se determine que la factura por servicios prestados a personas no aseguradas con capacidad de pago, cuenta con omisiones o errores o es improcedente, el titular subordinado anulará la factura, detallando claramente los motivos por los cuales se realiza dicha anulación, dentro del módulo del sistema de información determinado para ese efecto. Posteriormente y cuando corresponda, elaborará una nueva factura en la cual se rectificarán los errores ya sean materiales, de hecho, o aritméticos, se notificará al usuario por escrito indicando las justificaciones del caso y se deben custodiar los documentos (Factura anterior, Factura actual y la notificación) probatorios del acto administrativo (Artículo 157 Ley General de la Administración Pública)”.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas”. (inciso 4.5)

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales”. (inciso 5.4)

“(…) el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo”. (inciso 5.6)

Si bien en las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos se llevan a cabo controles respecto a las facturas anuladas, y el proceso lo realiza la jefatura correspondiente, se presentan debilidades en el reporte que emite el Sistema de Facturación de Servicios Médicos, por cuanto no se detalla la razón de la anulación, aspecto que sirve para reforzar los controles y monitoreo por parte de las instancias regionales y del nivel central.

En cuanto a la utilización de indicadores efectivos y oportunos que les permitan monitorear los montos por servicios médicos facturados, anulados y recuperados, los administradores de los centros de salud indicaron:

Licda. Sandra María Castro Granados, administradora del área de salud Colorado:

“Esto es una debilidad con la cual se cuenta, pero se procederá a implementar con la presente evaluación”.

Lic. Aníbal Vargas Chaves, administrador del área de salud Santa Cruz:

“No. pero a través del sistema de facturación se puede realizar estos indicadores, pero al no contar con el recurso humano no se llevan estas estadísticas”.

Licda. Ana Lorena Guido Álvarez, administradora del área de salud Carrillo:

“No contamos con indicadores, iniciaremos el cruce de información con funcionarios de la Sucursal”.

Lic. Sergio Alberto Zúñiga Solano, administrador del área de salud Jicaral:

“No contamos con la aplicación de los indicadores por el momento”.

Disponer de información detallada en relación con las facturas anuladas de servicios médicos brindados a personas no aseguradas, permite -a la administración activa- disponer de datos para el adecuado control y supervisión de las actividades realizadas en esa materia, identificándose las razones por las cuales se efectúan dichas anulaciones y adoptando las decisiones correspondientes.

1.4. Referente al pago de facturas en efectivo

Se identificó que los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, de las áreas de salud de Tilarán, Liberia y Nicoya, y el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, reciben dinero en efectivo para el pago de las facturas de atenciones médicas, y las áreas de salud de Carrillo y Bagaces aceptan pagos en efectivo como última instancia si el paciente no puede cancelar con tarjeta (crédito o débito) o en una sucursal.

El “Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable para los establecimientos de salud” establece, para el Modelo Tipo B y D, la remisión -a la sucursal- de las facturas por cobros de servicios de salud no cancelados, como parte del subproceso Validación y Facturación de Servicios Médicos del proceso Financiero- Contable, no así la recepción y custodia de efectivo.

Por su parte, el Manual de normas y procedimientos para la facturación, cobro y recaudación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago, señala -en el numeral 5.7. “De la gestión de recaudación y cobro”- que los pacientes no asegurados con capacidad de pago tienen la posibilidad de realizar el pago por la atención recibida, en los siguientes centros de recaudación:

“Establecimientos de Salud: Mediante datáfono 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”.

Al respecto, los coordinadores de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos indicaron:

Área de Salud de Tilarán: Se trata de recibir el pago con tarjeta, el área de salud está a 1 km de la sucursal, por lo que, si el paciente paga en efectivo, se recoge el dinero y se envía inmediatamente el depósito a la sucursal.

-
- Área de Salud de Liberia: El paciente por lo general no paga en la sucursal, sino que se recibe el dinero en efectivo por que la sucursal está lejos y para que el paciente no pierda la cita, entonces se procede a enviar el dinero a la sucursal.
- Área de Salud de Nicoya: Hay usuarios que llegan y pagan en el área de salud o por comprobante de pago si se trasladaron a la sucursal, mediante caja chica se recibe dinero en efectivo, son muy pocos los casos, y también se paga mediante datáfono, se trata de ayudar al usuario para que no se traslade a la sucursal, por lo que se recibe el dinero en efectivo y se coordina con caja chica.
- Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño: Por distancia y otros factores se le da la oportunidad al usuario para que cancelen en efectivo y se coordina con Transportes para entregar el dinero en la sucursal y contribuir con la gestión de recuperación, se trata de depositar ese dinero el mismo día o día siguiente.
- Área de Salud de Bagaces: Se tiene datáfono y se trabaja el pago con sucursal, efectivo se recibe como última opción.
- Área de Salud de Carrillo: Solo se paga en la sucursal, si llegaron a pagar en Validación van a la sucursal que está a la par, se tiene datáfono, pero por lo general los pacientes pagan en la sucursal.

La Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas Especiales, indicó:

“La fase de cobro administrativo y judicial les corresponde a las sucursales, es así que los compañeros de Validación en los primeros 5 días hábiles después de la generación de la factura, solo pueden recibir pagos con tarjeta, la factura genera intereses después del 6to. día, eso es lo único que ellos pueden hacer, dado que la norma dice que solo pago con tarjeta y así se ha instruido, hay una circular de Tesorería que solamente dinero en efectivo, excepción solo hospitales cuando tienen SPIC”.

El funcionamiento de una caja para recaudar dineros en efectivo dentro de los centros de salud debe cumplir la normativa interna, los procedimientos de control y seguridad convenientes para ese tipo de actividad; lo anterior, con el fin de mitigar el riesgo asociado al manejo de efectivo.

1.5. Sobre otras debilidades de control interno identificadas en el proceso de facturación de servicios médicos

Se identificaron debilidades de control interno en la gestión de la facturación de servicios médicos que se realiza en los centros de salud, afectando el proceso de recuperación de montos adeudados por atención médica o en la eficiencia de las labores realizadas por las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios médicos, a saber:

- No existe estandarización de los controles de la facturación de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago que gestionan las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Lo anterior, debido a que, de las 15 unidades evaluadas, 11

registran el detalle de las facturas en instrumentos en Excel (áreas de salud de Abangares, Cañas, Nandayure, Tilarán, Liberia, Hojancha, La Cruz, Colorado y el área de salud y hospital de Upala y Dr. Enrique Baltodano Briceño), 1 lo lleva en bitácora manual (área de salud de Nicoya) y 4 del todo no llevan el registro (áreas de salud de Santa Cruz, Bagaces, Jicaral y Carrillo). Asimismo, los que administran el control en Excel, no todos contienen la misma información, considerando que, además, el Sistema de Facturación de Servicios Médicos emite reportes con los mismos datos que se resguardan en el Excel, tales como “Reporte Detalle Facturado” y “Reporte de Facturas”.

- 7 subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos (áreas de salud de Cañas, Bagaces, Jicaral, Hojancha, Nicoya, Carrillo y Colorado) no efectúan el seguimiento correspondiente a las facturas emitidas, a pesar de disponer de reportes del Sistema de Facturación de Servicios Médicos con el estado de la factura, por lo que no gestionan el cobro oportuno antes de los 5 días de los casos que no realizan el pago inmediato.
- 4 unidades (áreas de salud de Nandayure, Bagaces, Jicaral y Carrillo) indicaron no efectuar informes periódicos sobre la gestión de la facturación, y de las unidades que sí lo realizan, solo el área de salud de La Cruz indicó hacerlo basado en los reportes del sistema; el restante utiliza los controles en Excel.

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 el punto 5.5.3 sobre las responsabilidades de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, indica:

“(…) Verificar el estado de la factura y brindar seguimiento en el módulo informático, a la prevención de pago – aviso de cobro (factura) generada por prestación de servicios de salud suministrados a personas no aseguradas con capacidad de pago”.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales”. (inciso 5.4)

“(…) el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo”. (inciso 5.6)

Lo identificado en relación con los controles de las facturas emitidas en las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, obedece a que cada centro de salud documenta y registra los detalles de lo facturado de forma distinta, llevando, además, un proceso de control manual, existiendo reportes que pueden ser emitidos desde el Sistema de Facturación de Servicios Médicos con la misma información que se resguarda en los controles locales.

Aunado a lo anterior, los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos no brindan seguimiento a las facturas tramitadas, debido a diferentes razones como la falta de tiempo, necesidad de recurso humano, ejecución de otras labores asignadas, entre otros, según manifestaron.

Lo descrito también es ocasionado por la ausencia de emisión de informes periódicos de la gestión de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, debido a que algunas jefaturas no lo solicitan como parte del proceso de control y rendición de cuentas.

Al respecto, en cuanto a los controles documentales de las facturas emitidas, algunos encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos indicaron:

Área de Salud de Jicaral: Las facturas que son canceladas en el área de salud se llevan en el AMPO, pero si se cancela en sucursal no se lleva el registro, no se está pendiente de los 5 días transcurridos y no se lleva Excel se consulta en el mismo sistema.

Área de Salud de Carrillo: Las facturas se imprimen y se llevan en un AMPO, se resguardan por fecha, pero no se lleva un control en Excel, como estrategia no se tiene un control para el cobro, no se tiene un archivo donde se dé seguimiento, se le explica a la gente que dispone de 5 días para pagar y se le pone en la factura la fecha máxima de pago.

Área de Salud de Nicoya: Los datos de los pacientes recibidos se llevan en bitácora y la mayor parte de usuarios se encuentran en EBAIS descentralizados, para estos casos se verifica todo vía sistema y si no se envía a los compañeros de los EBAIS.

Asimismo, en relación con los seguimientos a las facturas emitidas y los informes periódicos, señalaron:

Área de Salud de Cañas: No se lleva el detalle de las pendientes de pago.

Área de Salud de Carrillo: No se lleva ese registro para poder dar un seguimiento, la jefatura no solicita ningún informe periódico.

Área de Salud de Colorado: No se hace un análisis de las facturas pendientes, si el paciente cancela por datáfono se hace el proceso de cancelación a nivel de sistema.

Área de Salud de Nandayure: Hasta hace 6 meses se enviaba un informe mensual, sin embargo, la jefatura indicó que no lo volviera hacer porque en la Regional no tenían la capacidad de estar recibiendo estos informes.

Debilidades de control interno, como las descritas, generan un doble proceso, existiendo un mayor consumo del tiempo del personal de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, al tener que efectuar registros manuales disponiendo de un sistema que puede generar la información requerida y poder así aprovechar ese tiempo en otras labores propias de la gestión de Inspección y plataforma. Así mismo, la ausencia de un seguimiento de las facturas emitidas repercute en la gestión de cobro oportuno y en la recuperación de montos por concepto de servicios médicos.

2. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO DE FACTURAS DE RIESGOS EXCLUIDOS

2.1. De la gestión cobratoria de las facturas emitidas en el régimen de riesgos excluidos

Se evidenció que el índice de recuperación de los adeudos correspondientes a Riesgos Excluidos (Seguro Obligatorio de Automóviles SOA y Riesgos de Trabajo SRT) fue del 31.3% durante el primer semestre de 2021. Además, se mantiene la ausencia de gestiones de cobro administrativo y cobro judicial orientadas a mejorar los niveles de recaudación sobre estos conceptos en aquellos casos que corresponde.

Lo anterior se traduce en una facturación por ₡ 3 263 491 448,00 (tres mil, doscientos sesenta y tres millones, cuatrocientos noventa y un mil, cuatrocientos cuarenta y ocho colones con 00/100), una recuperación equivalente a ₡ 1 021 506 001,34 (un mil, veintiún millones, quinientos seis mil, un colones con 34/100), distribuido en ₡ 552 255 913,34 (quinientos cincuenta y dos millones, doscientos cincuenta y cinco mil, novecientos trece colones con 34/100) en SOA y ₡ 469 250 088,00 (cuatrocientos sesenta y nueve millones, doscientos cincuenta mil, ochenta y ocho colones con 00/100) en SRT, con pendiente facturado de ₡ 2 241 985 446,66 (dos mil, doscientos cuarenta un millones, novecientos ochenta y cinco mil, cuatrocientos cuarenta y seis colones con 66/100)) referente al 68,7 %. El detalle en el cuadro 4:

Cuadro 4
Facturación y Recuperación en Riesgos Excluidos
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios
de Salud Chorotega, U.P. 2599
I Semestre 2021

Establecimiento de Salud	Facturado (₡)		Recuperado (₡)		Total Facturado (₡)	Total Recuperado (₡)
	SOA	SRT	SOA	SRT		
					2,739,098,311.0	
Hospital Dr. EBB	2,372,383,370.00	366,714,941.00	351,886,100.41	281,762,925.00	0	633,649,025.41
Hospital La Anexión	167,519,666.00	93,965,927.00	125,330,916.01	83,599,921.00	261,485,593.00	208,930,837.01
Área de salud Cañas	20,563,207.00	82,723,859.00	16,685,488.00	55,495,075.00	103,287,066.00	72,180,563.00
Hospital de Upala	55,879,354.00	29,208,703.00	29,605,820.92	17,827,985.00	85,088,057.00	47,433,805.92
Área de salud abangares	24,455,630.00	11,280,233.00	16,368,490.00	13,375,878.00	35,735,863.00	29,744,368.00
Área de salud La Cruz	8,566,733.00	7,716,557.00	4,589,385.00	7,002,495.00	16,283,290.00	11,591,880.00
Área de salud Tilarán	7,311,360.00	5,727,357.00	5,428,374.00	5,372,596.00	13,038,717.00	10,800,970.00
Área de salud						
Nandayure	1,177,516.00	3,820,264.00	1,048,125.00	3,293,569.00	4,997,780.00	4,341,694.00
Área de salud Santa Cruz	2,532,931.00	30,749.00	1,070,442.00	33,883.00	2,563,680.00	1,104,325.00
Área de salud Bagaces	83,799.00	850,996.00	83,799.00	1,171,947.00	934,795.00	1,255,746.00
Área de salud Hojancha	269,294.00	355,828.00	128,267.00	248,747.00	625,122.00	377,014.00
Área de salud Colorado	61,412.00	195,989.00	30,706.00	30,706.00	257,401.00	61,412.00
Área de salud Liberia		95,773.00		34,361.00	95,773.00	34,361.00
Total general	2,660,804,272.00	602,687,176.00	552,255,913.34	469,250,088.00	3,263,491,448	1,021,506,001.3

Fuente: Reportería MIFRE al 24 de junio 2021.

El Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 16, define cuáles son los riesgos excluidos del Seguro de Salud:

“(…)

1. Los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o aseguradoras, según los casos.

2. Los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078, publicada en el Alcance Digital N° 165 del Diario Oficial La Gaceta N° 207 del viernes 26 de octubre del 2012, en el tanto corresponda a una aseguradora su cobertura.
3. Los casos regulados por normas de orden público en los que para el desarrollo de una actividad, exista obligación de contar con una póliza que garantice la cobertura total de gastos de atención médica sanitaria y de rehabilitación.”

En ese contexto, el artículo 73 referente “Del cobro de los servicios por atención de riesgos excluidos”, establece que:

“Cuando los establecimientos de salud de la Caja prestaren atenciones en casos de siniestros cuyos lesionados están cubiertos por pólizas de riesgos excluidos de las coberturas del seguro de salud, conforme lo establecido en el artículo 16° del presente reglamento, deberán desplegarse en concordancia con lo establecido en el artículo 73°, párrafo tercero de la Constitución Política, todas las acciones necesarias para la recuperación de los recursos del Seguro de Salud invertidos en la prestación de tales atenciones. Corresponde a la Dirección de Cobros de la Gerencia Financiera el ejercicio de las acciones de Cobro Administrativo y Judicial que resulten necesarias.” (Subrayado no corresponde al original)

El Instructivo para la gestión de cobro administrativo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 10 “De la gestión de cobro”, señala que:

“La gestión de cobro administrativo se realiza, a los deudores adscritos a cada unidad, que tengan pendiente de pago sumas por cuotas obreras, cuotas patronales (planillas ordinarias, adicionales), cuotas de trabajador independiente, facturas especiales -servicios médicos, subsidios, pensiones- adecuaciones de adeudos, cheques debitados, Facturas Riesgos del Trabajo (personas físicas y jurídicas, entiéndase que dentro de las personas jurídicas se encuentran las aseguradoras). Facturas por Seguro Obligatorio Automotriz. Facturas de No Asegurados con capacidad de pago, aportes a la LPT, al FODESAF y otros conceptos accesorios derivados de estos.

Las dependencias encargadas de realizar la gestión de cobro administrativo son Subárea Cobro Administrativo a Patronos, adscrita al Área Gestión de Cobro a Patronos de la Dirección de Cobros, las Sucursales de las Direcciones Regionales de Sucursales, de acuerdo con su ámbito de competencia”.

Asimismo, el Procedimiento Administrativo-Contable Convenio INS-CCSS Servicios Médicos por Riesgos Laborales y Accidentes de Tránsito, en el artículo 26 “Asesoría Validación de Derechos”, refiere que:

“Diseñar y coordinar los procedimientos y mecanismos necesarios para realizar la oportuna facturación y cobro del pago directo automático por accidentes de tránsito, acordado por el INS como parte de los esfuerzos realizados para reducir la cantidad de facturas presentadas por los diferentes centros médicos de la Caja, según lo establecido en la cláusula séptima del Convenio CCSS-INS.

Revisar la aplicación de los procedimientos definidos en el presente instructivo; en los diferentes Centros Médicos”.

El M. Sc. Juan A. Piedra Montero, jefe del Área Gestión de Riesgos Excluidos, en conjunto con la Licda. Sandra Zamora Lobo, funcionaria de Apoyo Técnico en la Gestión de Riesgos Excluidos, señalaron:

“La recuperación del 32.52 % en SOA, obedece a las Pólizas Agotadas donde lamentablemente solo se recupera 6 millones de colones y en casos especiales como es el artículo 66 de la Ley de Tránsito (Riesgo a la vida, menores de edad o No Asegurados ante la CCSS) se duplica la Póliza a 12 millones de colones.

Probablemente en los próximos meses, va aumentar el porcentaje de recuperación en el SOA, ya que recientemente se presentó ante el INS, 14 mil facturas a nivel nacional por reclamo de los casos “No reportados”, que corresponden aquellos casos donde la persona lesionada mayor de edad, que sufrió un Accidente de Tránsito y que lo atendió la CCSS, se le dio la referencia para que fuera a la Aseguradora y no se presentó, por lo que el INS, nos devuelve la factura como caso “No reportado” porque no tienen conocimiento del hecho; y en el caso de Riesgos del Trabajo, sucede igual, donde se hizo el aviso del accidente y el patrono determinó que no, ya que el funcionario no se encontraba en función de sus actividades laborales o el trabajador nunca fue donde el patrono y este no reportó el accidente ante el INS.

Existen cerca de 530 casos “No reportados”, los cuales muchos carecen de requisitos por parte del patrono, y acá es donde nosotros presentamos el Reclamo nuevamente ante el INS, para que ellos revisen y nos puedan pagar esas facturas y subir el porcentaje de recuperación.

Para evitar esta situación, se ha capacitado al personal de las áreas de salud y hospitales, en cuanto al uso oportuno del MIFRE (Módulo Informático Facturación Riesgos Excluidos), con el fin de que estos errores administrativos vayan en disminución, asimismo, nosotros aplicamos un instrumento de Evaluación sobre los Controles que realizan los establecimientos de salud a lo interno de esta materia indicándoles la necesidad de las correcciones.

Así mismo, existen facturas devueltas por digitación del régimen incorrecto ya sea SOA a SRT o viceversa, las cuales la unidad debe de corregir para presentar el reclamo de pago pertinente.

Referente a los casos “Declinados”, que es el estudio que hace la Aseguradora para ver si en realidad corresponde a un Accidente de Tránsito o no, es acá donde el INS declina el pago correspondiente a la institución, hasta tanto determine sí dicho caso obedece a aspectos administrativos o médicos según su evaluación.

Atinente a las facturas devueltas por aclaración del recorrido en kilometraje, cobro doble, mal tarifado, entre otras, que corresponden a 131 facturas de la Región Chorotega, donde el centro médico debe de confeccionarlas nuevamente con las correcciones pertinentes o presentar los Reclamos ante el INS.

En el caso de SRT, se tiene prácticamente las mismas devoluciones, sin Póliza Agotada porque en RT no se agota la póliza, por lo que en la Región Chorotega se tiene 51 facturas que las unidades deben de realizarlas nuevas o presentar el Reclamo respectivo ante el INS.

Como estrategia hemos segregado a lo interno del Área Gestión de Riesgos Excluidos, la distribución de las Regiones por cada uno de los compañeros que apoyan la gestión, con el propósito de que se haga una revisión minuciosa del comportamiento de devolución de facturas por área de salud y hospital, a efecto de comunicar a las autoridades del establecimiento de salud respectivo, cuales son dicho errores de facturación y gestionen en un plazo de 2 meses las correcciones en el tema.

Asimismo, en seguimiento de las facturas devueltas, los establecimientos de salud disponen de 10 días hábiles para analizar dichos casos y gestionar el Reclamo pertinente ante el INS o realizar una nueva factura, dado que son ellos los responsables de la generación y administración de dicha facturación.

En ese sentido, mes a mes se les envía el archivo que sube Contabilidad con los saldos pendientes para que ellos efectúen las revisiones de los casos devueltos y la necesidad de que ellos cumplan con el plazo de los 10 días hábiles establecidos en función del artículo 20 del Reglamento de Riesgos Excluidos, donde dice que el registro, la facturación y el seguimiento es responsabilidad de los establecimientos de salud. Además, el segundo y tercer párrafo de dicho artículo, habla de la responsabilidad de control que tiene que tener (sic) los directores regionales y la Gerencia Médica sobre este tema”.

Lo descrito, evidencia que las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, deben lograr al máximo el cumplimiento de los deberes y obligaciones atribuibles al INS bajo la modalidad de Riesgos Excluidos, de ahí que el cobro eficiente y oportuno de la facturación emitida (ejecución de acciones, procedimientos claros, medibles y controlados), conlleva a que las estrategias planteadas por cada unidad de trabajo, mejoren los indicadores de recaudación y por ende la sostenibilidad financiera y prestación de los servicios médicos brindados.

2.2. Sobre el control de las facturas anuladas en riesgos excluidos

A través de consulta al “Reporte de Casos Anulados” correspondiente al período del 1º de enero al 22 de junio 2021, esta Auditoría evidenció que, de 226 facturas anuladas en la Región Chorotega por concepto de riesgos excluidos, 44 señalan, en el apartado de “Observaciones” y como única descripción, la frase de: anulado, datos erróneos, información incorrecta, por error, eliminado, entre otros; sin que exista un detalle amplio de las causas o circunstancias que provocaron el acto de anulación, situación que se detalla en el cuadro 5:

Cuadro 5
Descripción de las facturas anuladas en Riesgos Excluidos
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, U.E. 2599
Período: Del 1 de enero 2021 al 22 de junio 2021

Nombre de la Unidad Ejecutora	Registro en el campo de Observaciones	Cantidad facturas
2557-Área de salud Bagaces	Anulado, anular, eliminado	18
2555-Área de salud Cañas	Datos erróneos, se anula por error de datos	16
2556-Área de salud Abangares	Datos erróneos, se anula por error de datos, no corresponde	5
2502-Hospital Enrique Baltodano Briceño	Se anula por falta de datos, datos incorrectos	3
2503-Hospital La Anexión	Por error	2
Total general		44

Fuente: Elaboración propia, reporte de casos anulados.

Las Normas de control interno para el Sector Público, en el apartado 5.4 “Gestión documental”, señalan:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales”.

El Manual de Usuario del Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), en el apartado Anulación utilizando el botón Anular, refiere que:

“...Se procederá a realizar una justificación del motivo por el cual se desea Anular (...).”

El oficio DCE-AGRE-0034-2021, del 23 de febrero 2021, establece que:

“Al anular la factura devuelta, cuando se tiene que confeccionar una nueva factura con las correcciones correspondientes. En el espacio para observaciones se debe detallar el motivo de la devolución y anotar el número de la nueva factura, que sustituirá a la factura que se está anulando”.

Consultados los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, señalaron:

Licda. Milka Quesada Morales, del área de salud de Abangares:

“Todo el proceso se realiza en el sistema, por lo que las anotaciones quedan ahí, y solo puedo anularlo el supervisor(a)”.

Licda. Leidy Camacho Ibarra, del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño:

“Al anular se indica el motivo, se anota número de oficio, donde fue devuelta y se anota en sistema el nuevo número de factura”.

Licda. Wendy Alvarado Ávila, del CAIS de Cañas:

“La anulación se efectúa en el sistema, y se detalla el número de ambas facturas cuando una es anulada y hay que confeccionar otra”.

Sr. Steven Miguel Corrales Quirós, del área de salud Bagaces:

“En la Unidad no se ha tenido casos de anulación”.

Sobre el tema, los administradores de las áreas de salud y hospitales indicaron:

Lic. José A. León Aguilar, del área de salud Abangares:

“Esta administración cuenta con un documento de evaluación diseñado a lo interno como actividad de control (autoevaluación), referente a la Unidad de Validación de Derechos, mismo que se pone en práctica en forma semestral o anual según disponibilidad. Además de ello, la

Unidad de Validación suministra información mensual referente a las diferentes actividades y gestiones llevadas a cabo por mes, donde se incluye información básica e importante”.

Licda. Sharon Cristina Cruz Marín, del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño:

“El Servicio de Validación de Derechos y Facturación realiza informes mensuales sobre facturación donde se indica la cantidad de facturas realizadas, reporte de ingresos que incluye cancelación de facturas de no asegurados y el INS, en este particular los cancelados, declinados, devueltos. Esto permite dar trazabilidad a las actividades sustantivas de facturación, cobro y riesgos excluidos (...)”.

Lic. Antonio Duarte Montes, del área de salud Bagaces:

“Se tienen diseñadas y si se aplican actividades de control interno para la supervisión de la Unidad de Validación de Derechos”.

El Lic. Isaías Chavarría Álvarez, CAIS - área de salud de Cañas:

“Se realiza monitoreo de las actividades por medio de correo electrónico y en la oficina de la coordinadora”.

Las Normas de control interno para el Sector Público refieren, en su contexto regulador, que en todo proceso, operaciones y transacciones institucionales, debe propiciarse una debida gestión documental de lo actuado; es decir, una descripción de los hechos que respalden adecuadamente los aspectos pertinentes en cada actividad institucional, de ahí que la omisión de datos relevantes sobre los hechos que afectan cada operación o transacción, imposibilita establecer un proceso de seguimiento que evalúe la disponibilidad, confiabilidad y oportunidad de la información.

3. PROCESO DE ANÁLISIS Y OTORGAMIENTO DE SEGUROS POR EL ESTADO

3.1. Sobre el módulo informático de seguros por el Estado

Se identificaron oportunidades de mejora en el proceso de otorgamiento de seguros por el Estado, lo anterior, debido a que el módulo de seguros por el Estado del Sistema de Agendas y Citas (SIAC) presenta debilidades, al no disponer de una validación en línea y en tiempo real con el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), de tal forma que se garantice que la persona a la que se le otorga el beneficio cumpla con el requisito de estar en pobreza o pobreza extrema; asimismo, el sistema no dispone de un mecanismo de supervisión o refrendo de tal forma que la jefatura autorice el seguro por el Estado otorgado.

Aunado a lo anterior, se identificó que a nivel de sistema se puede otorgar el seguro por el Estado tanto en el módulo de Seguros por el Estado como en el de Adscripción, por lo que el personal que no labora en las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, como es el caso de los funcionarios de Registros Médicos, pueden modificar el tipo de aseguramiento y, eventualmente, dar por otorgado un seguro por el Estado sin haber pasado por el proceso de análisis correspondiente.

Además, en la gestión de otorgamiento de seguro provisional, si bien el sistema registra si ese tipo de aseguramiento fue otorgado con anterioridad al solicitante, no posee una restricción automática, por lo

que existe el riesgo de otorgar más de una vez el seguro provisional, en contraposición a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado, punto 3 “Normas Generales que regulan la aplicación del Beneficio Aseguramiento por el Estado”, que establece:

“ (...) 3.2 En el cumplimiento de las actividades descritas en este Manual, las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos deberán hacer uso obligatorio de los sistemas Validación de Derechos en línea (CCSS) y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), ambos para efectos de obtención y verificación de los datos de la persona solicitante del beneficio y de su núcleo familiar, así como del Sistema de Información EDUS/SIAC/VALIDACIÓN/MODULO SEGURO POR EL ESTADO para realizar el registro de los casos tramitados.

(...) 3.5 Las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos deberán registrar en forma inmediata dentro del Sistema de Información EDUS/SIAC/VALIDACIÓN/ MODULO SEGURO POR EL ESTADO, los datos de las personas solicitantes del beneficio, la condición del beneficio si es provisional o definitivo, así como los cambios por actualización de datos, bloqueos, entre otros”.

Asimismo, en el punto 4 “Del Beneficio Definitivo”, se señala:

“4.1 Para recibir un Aseguramiento definitivo por Cuenta del Estado, el núcleo familiar debe cumplir la condición obligatoria de haber sido calificado y declarado en condición de Pobreza Extrema o Pobreza por parte del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) e incluido como beneficiario en la base de datos del SINIRUBE, así como no contar con ninguna otra modalidad de aseguramiento de las establecidas por el Seguro de Salud de la Caja”.

En relación con el seguro por el Estado provisional, la citada norma, en el punto 5, establece:

“(…) 5.2 Como condiciones para recibir el beneficio provisional el solicitante no debe haber utilizado este beneficio anteriormente, no debe contar en el momento de la solicitud con ninguna modalidad de aseguramiento de las establecidas por el Seguro de Salud de la Caja y además el solicitante señale no debe tener capacidad de pago”.

(…) 5.4 El beneficio provisional se extenderá por una única vez por un plazo máximo de tres meses calendario contados a partir de su emisión. Se exceptúan de dicha disposición aquellos casos en donde el documento de identificación del solicitante presente una vigencia inferior a los tres meses antes referidos, en cuyo caso el beneficio sólo podrá extenderse hasta por el plazo de vigencia de dicho documento”.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales”. (inciso 5.4)

“(…) el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo”. (inciso 5.6)

En el proceso de otorgamiento del seguro por el Estado, los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos utilizan el SINIRUBE para hacer la verificación de la condición socioeconómica del solicitante y garantizar que la persona beneficiaria esté registrada en condición de pobreza o pobreza extrema; en caso de que no aparezca bajo esa condición, solicitan -al usuario- que presente una certificación emitida por el IMAS para poder continuar con el proceso de otorgamiento. Asimismo, se utiliza el sistema de Validación en Línea para verificar que el solicitante no posea ningún otro tipo de aseguramiento y, finalmente, el módulo de Seguro por el Estado del SIAC es donde se gestiona el otorgamiento del beneficio.

Si bien, es mediante ese sistema en el cual se lleva a cabo el registro de todo el proceso en el otorgamiento del seguro por el Estado, este presenta debilidades, ya que no tiene una validación automática con el SINIRUBE que garantice que ese seguro se apegue a los requisitos establecidos en la normativa aplicable, generando la posibilidad de que se otorguen seguros por el Estado a nivel de sistema sin que se cumpla con los requisitos para optar por ese tipo de seguro. Aunado a lo anterior, el sistema no posee un mecanismo de autorización o refrendo de la jefatura o de un tercero en la aprobación del beneficio, por lo que -a nivel de sistema- basta con la inclusión del caso por parte del funcionario de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Lo anterior, es de gran importancia si se considera que no todas las unidades presentan un listado detallado y periódico -a su jefatura- de los casos aprobados como mecanismo de control.

Asimismo, en el módulo de Seguros por el Estado se tramitan y registran los seguros provisionales que se otorgan por 3 meses y por una única vez. Si bien el funcionario puede observar que el seguro provisional ya se había aplicado anteriormente, a nivel de sistema se puede volver a otorgar ese beneficio, debido a que no posee una restricción automática.

Considera esta Auditoría que lo señalado debe ser atendido prioritariamente por parte de la Administración Activa, por cuanto los riesgos que presentan las debilidades descritas ya se materializaron en un centro de salud de la institución, donde este Órgano de Control y Fiscalización presentó, ante el Ministerio Público, la respectiva denuncia penal por presuntos actos irregulares en el otorgamiento de seguros por el Estado por parte de un funcionario, aprovechándose de las debilidades de control que presenta el sistema y el proceso.

Al respecto, la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas del Estado, al consultarle si a nivel de sistema un funcionario podría aprobar un seguro por el Estado sin que este cumpla los requisitos, y si se podría otorgar más de una vez un beneficio provisional, indicó:

“Sí se puede por que el sistema no está ligado con el SINIRUBE, esa parte no se está regulado a nivel de sistema, en teoría cuando la persona que ha solicitado un beneficio provisional, esta se registra en la bitácora del sistema, por lo que ahí se observaría si ya se le ha otorgado el beneficio.

(...) Sobre el particular, acabo de consultar a una compañera que hiciera la prueba sobre este aspecto y refiere que en este momento sí se puede hacer, por lo que dentro de los requerimientos que vamos a hacer del sistema, vamos a plasmar que se revise que el solicitante no pueda tener un beneficio provisional sin en algún momento ya tuvo un aseguramiento por el Estado”.

Asimismo, al consultarle sobre la posibilidad de que el sistema permita que se modifique el tipo de aseguramiento desde el módulo de Adscripción del SIAC, señaló:

“Sí lo permite, no tiene esa restricción, se tiene una desventaja que se ha venido trabajando y luchando y es que nosotros estamos dentro del módulo de Adscripción, es decir, tanto por el sistema de Validación como por el módulo de Adscripción pueden otorgar un código 511.

Al respecto, si una persona de Registros Médicos viene y dice voy a otorgarle un código 511 a cualquier persona, desde el sistema de Adscripción lo puede hacer, que es algo que nosotros hemos trabajado de que solo personal de Validación puede utilizar esos códigos, pero el problema está en que no se puede restringir porque hay zonas donde se cuentan con el apoyo de compañeros de Adscripción o de REDES para hacer las funciones de Validación, entonces no se puede realizar al 100 % así, en un principio la gente de Plan Puente, estaban solamente por Adscripción no estaban por el módulo, desde que inició el módulo en marzo de este año, se está tratando de que todos incluyendo Plan Puente vaya dentro del módulo para que quede un registro y una bitácora. Se tienen requerimientos, pero tienen más de un año en espera porque se le ha estado dando prioridad a lo del COVID-19.

En el módulo nuevo de aseguramiento, se está trabajando lo que son los cargos al Estado, por lo que se estima en crear una nueva casilla o campo referente Validación de Derechos, para que los compañeros de Validación no toquen Adscripción, pero sí pueden realizar en el módulo las consultas pertinentes y hacer observaciones sobre la falta de algún dato relevante como: el registro de una nueva dirección, número de teléfono, correo electrónico, entre otros”.

La ausencia de validaciones automáticas en el sistema mediante el cual se gestiona el seguro por el Estado genera el riesgo de que se aprueben beneficios sin garantía de haber pasado por el proceso de revisión de la condición socioeconómica de los solicitantes; asimismo, de permitir que se otorgue un seguro provisional por más de una ocasión, propiciando un uso indebido del seguro y hasta un posible impacto económico para la institución.

3.2. Sobre los mecanismos de control en el proceso de otorgamiento de seguros por el Estado

Se identificó que si bien los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos gestionan listados de los seguros por el Estado tramitados y además confeccionan los respectivos expedientes administrativos; no todos emiten un detalle periódico al superior jerárquico, de tal forma que se realice un control de los casos que se han aprobado. Lo anterior, toma mayor relevancia si se considera que el Módulo de Seguros por el Estado no dispone de un refrendo o autorización que garantice la correcta gestión en el otorgamiento del beneficio, y que además el sistema no emite un reporte con información detallada del solicitante, fechas, funcionario que tramitó, tipo de beneficio aprobado, estado de situación socioeconómica, entre otros datos relevantes, donde las jefaturas puedan analizar los casos aprobados en períodos determinados.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan:

“La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas, que sean necesarias a la luz de los riesgos inherentes, los requerimientos normativos y las disposiciones institucionales”. (inciso 2.5.2)

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que las funciones incompatibles, se separen y distribuyan entre los diferentes puestos; así también, que las fases de autorización, aprobación, ejecución y registro de una transacción, y la custodia de activos, estén distribuidas entre las unidades de la institución, de modo tal que una sola persona o unidad no tenga el control por la totalidad de ese conjunto de labores.

Cuando por situaciones excepcionales, por disponibilidad de recursos, la separación y distribución de funciones no sea posible debe fundamentarse la causa del impedimento. En todo caso, deben implantarse los controles alternativos que aseguren razonablemente el adecuado desempeño de los responsables”. (inciso 2.5.3)

El Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado, en el punto 10 “De la aplicación de la Ley General de Control Interno”, establece:

“(…) 10.2. La información generada en el sistema EDUS/SIAC/VALIDACIÓN/ MODULO SEGURO POR EL ESTADO relacionada con el Aseguramiento por el Estado, deberá estar accesible a los usuarios competentes y autoridades superiores, como insumo para la ejecución del control interno, análisis estadísticos y toma de decisiones de la Administración activa.

Lo descrito obedece a que el proceso de otorgamiento de seguros por el Estado fue modificado con el nuevo Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado, emitido en julio de 2020; ya que el proceso de estudio de condición de pobreza del solicitante ahora lo efectúa exclusivamente el IMAS, mediante su plataforma SINIRUBE, por lo que actualmente los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos encargados del proceso, solo gestionan el beneficio con el resultado de la situación socioeconómica que emite el SINIRUBE, esto generó que, a diferencia del Manual anterior (ya derogado), el estudio no recayera sobre los funcionarios de las subáreas de validación y, por consiguiente, se eliminó el proceso de autorización y verificación de los expedientes por parte del superior jerárquico.

Al respecto, la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas del Estado, indicó:

“Esto se eliminó porque el funcionario de Validación no podía ser juez y parte en el otorgamiento del beneficio de Asegurado por el Estado, ahora con el 11-BIS, el IMAS como ente encargado de declarar la pobreza a nivel nacional, es quien realiza el estudio socioeconómico de la persona solicitante, por lo que la Caja a través de las Unidades de Validación solo gestiona el trámite de otorgar o no el beneficio pertinente, basado en la calificación de pobreza o pobreza extrema que emite el IMAS a través del SINIRUBE, por lo que en ese sentido, se eliminó el visto bueno de parte de la jefatura que tramita.

La normativa es clara de que se debe guardar un expediente digital, igualmente está normado que la jefatura por control interno tiene que hacer revisiones periódicas de lo otorgado, nosotros

en estos momentos estamos trabajando en actualizar la información consignada en los reportes de Seguros por el Estado, para que la jefatura lleve mejores controles, de hecho esta semana se tiene programada una reunión con los compañeros del área de Estadística para ver la construcción y emisión de estos reportes”.

En consulta a los administradores de los centros de salud evaluados sobre el proceso de revisión periódica de los beneficios aprobados, indicaron:

Licda. Andrea Espinoza Jiménez, administradora del área de salud de Liberia:

“No se ha realizado a la fecha, la Unidad de Validación de Derechos inicia a trabajar en el mes de octubre 2020”.

Licda. Andrea Paniagua Paniagua, administradora del área de salud de Nandayure:

“Se realiza revisiones periódicas en el sistema de SINIRUBE, sin embargo, no se deja documentado dicha supervisión”.

Licda. Fidela López Hernández, administradora del hospital de Upala:

“La supervisión la realiza la coordinación de la unidad de validación de derechos, quien es la encargada de verificar que los procesos se hayan realizado conforme lo establecido en el manual respectivo”.

Licda. Sharon Cristina Cruz Marín, administradora del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño:

“Por parte de la Dirección Administrativa Financiera no se supervisa mediante la aplicación de un instrumento, sin embargo, si se deja constancia física de la revisión al SINIRUBE de la condición de pobreza de los beneficiarios del seguro por el Estado provisional que autoriza el Hospital”.

Licda. Ana Lorena Guido Álvarez, administradora del área de salud de Carrillo:

“No se realiza supervisión periódica sobre los casos de seguros por el estado provisionales o definitivos aprobados”.

Lic. Sergio Alberto Zúñiga Solano, administrador del área de salud de Jicaral:

“No se realiza esta supervisión periódica sobre los casos de seguros por el estado. Funcionaria encargada de Validación lleva registro en Excel de los casos aprobados”.

La ausencia de mecanismos de supervisión y refrendo de los casos aprobados en el proceso de otorgamiento de seguros por el Estado aumenta la probabilidad de que se materialicen riesgos inherentes a esa gestión, presentándose la posibilidad de que se le brinde el beneficio a personas que no cumplen con el requisito obligatorio de estar en pobreza o pobreza extrema.

3.3. Sobre el seguimiento de los seguros por el Estado otorgados

Se evidenció que en 9 de las áreas de salud evaluadas (Abangares, Nandayure, Tilarán, Liberia, Bagaces, Carrillo, La Cruz, Nicoya y Colorado) no se brinda seguimiento a los seguros por el Estado otorgados, con el objetivo de identificar si las personas beneficiarias mantienen su condición de pobreza o pobreza extrema o, caso contrario, se debe cancelar el beneficio; 2 de ellas (áreas de salud de Cañas y Hojanca) indicaron hacerlo de forma aleatoria, 1 (área de salud de Santa Cruz) conforme regresan los solicitantes a realizar alguna gestión en la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, y 2 (áreas de salud de Jicaral y Upala) indicaron que sí efectúan el respectivo seguimiento.

Lo anterior, toma importancia debido a que en los últimos 4 años se han autorizado 18 388 seguros por el Estado en las unidades adscritas a la DRIPSSCH, tal y como se observa en el cuadro 6:

Cuadro 6
Casos¹ de seguros por el Estado aprobados en las unidades adscritas a la
Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, U.E. 2599
Período: 2018 - 2021²

CENTRO DE SALUD	2018	2019	2020	2021	Total general
AREA DE SALUD UPALA	797	849	599	815	3,060
AREA DE SALUD LIBERIA	992	670	509	561	2,732
AREA DE SALUD JICARAL-ISLAS	408	1,551	120	92	2,171
AREA DE SALUD NICOYA	591	631	486	366	2,074
AREA DE SALUD CARRILLO	769	425	314	394	1,902
AREA DE SALUD SANTA CRUZ	600	450	396	330	1,776
AREA DE SALUD BAGACES	178	176	142	450	946
AREA DE SALUD LA CRUZ	333	247	163	160	903
AREA DE SALUD CAÑAS	194	163	196	104	657
AREA DE SALUD TILARAN	157	139	163	143	602
AREA DE SALUD HOJANCHA	159	145	177	103	584
AREA DE SALUD NANDAYURE	105	148	123	74	450
AREA DE SALUD ABANGARES	84	93	81	98	356
AREA DE SALUD COLORADO	60	51	36	21	168
HOSPITAL DE LA ANEXION	2	2	0	2	6
HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO			0	1	1
HOSPITAL DE UPALA				0	0
Total general	5,429	5,740	3,505	3,714	18,388

Fuente: Elaboración propia, Cubo SIAC Adscripción.

Del cuadro 6 se concluye que el 55 % de los casos fue aprobado en las áreas de salud de Upala, Liberia, Jicaral y Nicoya, por lo que es importante el monitoreo periódico y garantizar que las personas beneficiarias mantengan el requisito por el cual les fue otorgado esa modalidad de aseguramiento.

¹ Contempla casos aprobados de asegurados por cuenta del Estado, compañera (o) del asegurado, conyugue del asegurado, hijo (a) del asegurado, madre del asegurado y menor de edad.

² 2021 contempla el periodo del 1° de enero al 31 de julio.

El Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado establece:

“7.1. La Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos mantendrá un monitoreo permanente sobre la vigencia de los beneficios concedidos bajo la modalidad de Aseguramiento por Cuenta del Estado, así como que el núcleo familiar se mantenga activo dentro de los registros de calificación del SINIRUBE, renovando los plazos de vigencia de los beneficios definitivos cuando así corresponda de conformidad con lo dispuesto en el presente Manual”.

“8.1 Cuando la Unidad de Validación y Facturación de servicios médicos o quien realice la función constate mediante la revisión del SINIRUBE que la persona ya no está calificada en condición de Pobreza Extrema o Pobreza, o que ya cuenta con alguna modalidad de aseguramiento contributivo, o por fallecimiento del beneficiario directo, procederá en forma inmediata con el bloqueo del beneficio en el sistema EDUS/SIAC/VALIDACIÓN/ MODULO SEGURO POR EL ESTADO”

El 11 de marzo de 2021, mediante oficio DCE-ACE-0045-2021, el Máster Eduardo Flores Castro, jefe del Área de Coberturas del Estado, envió el siguiente recordatorio a los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos:

“En caso de detectar que ha variado la situación que dio origen al beneficio, ya sea que verificado el SINIRUBE, no aparezca calificado en pobreza o que en consulta a herramientas institucionales se determine que cuenta con una modalidad de aseguramiento contributiva, proceder con el bloqueo del beneficio tal y cómo lo indica la normativa vigente.

Cuando se logre verificar que algún beneficiario aparece como contribuyente tributario en el Ministerio de Hacienda, coordinar con Inspección para que se revise el caso y así para determinar la existencia o no de relación obrero patronal o actividad económica que genere ingresos como Trabajador Independiente y de corresponder, proceder con el bloqueo del beneficio.

Dichas revisiones se deben realizar cada seis meses”.

La situación descrita se origina por diferentes causas: si bien los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, en algunos casos, no están cumpliendo con ese procedimiento, también se debe considerar que, de existir una integración del Módulo de Seguro por el Estado con el SINIRUBE, el procedimiento de cancelación del beneficio se podría efectuar de forma automática en el momento que este último registre una variación en la condición socioeconómica de la persona; asimismo, el disponer de un reporte a nivel de sistema donde los encargados del proceso visualicen cuáles son los casos que presentan más de 6 meses sin revisión, podría generar mayor eficacia en la revisión correspondiente.

Respecto a la automatización del proceso de revisión, la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas del Estado, indicó:

“No se tiene esa posibilidad de conectarse con los otros sistemas, nosotros a nivel interno normativamente está estipulado para los compañeros de Validación, la revisión, apoyándose en el SINIRUBE, se sacó la circular 0045, donde se les recordó la necesidad del seguimiento y así

está en la norma de verificar y bloquear aquellos casos en que el beneficiario cambió su estatus de pobreza”.

Consultados los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, referente a mecanismos de control para efectuar el monitoreo periódico, señalaron:

- Área de Salud de Liberia: No se ha aplicado ningún mecanismo para revisar, se podría hacer aleatorio ya que no se puede sacar un reporte del sistema.
- Área de Salud de Nicoya: Esto depende del SINIRUBE ya que mediante este sistema se verifica el cumplimiento de requisitos, no se hace este proceso ya que no se tiene un indicador para decir que hace 6 meses se ingresó un caso para proceder a revisarlos, nunca se han utilizado reportes del sistema para verificar si aún mantienen el seguro por el Estado, es difícil tener el tiempo porque no solo se hacen seguro por el Estado, y se gestionan cerca de 20 o 30 casos por día.
- Área de Salud de Carillo: No se da el seguimiento de los casos.
- Área de Salud de Santa Cruz: Con el expediente administrativo se hace la verificación en el sistema, la revisión se hace cuando el paciente llega y el seguro se le venció, entonces hay que volver a efectuar el estudio.

La ausencia de seguimientos periódicos a los casos de seguros por el Estado aprobados genera que no se identifiquen, eficientemente, los casos de beneficiarios que podrían haber cambiado su condición socioeconómica y que, de acuerdo con la normativa vigente, no cumplirían con los requisitos para recibir ese tipo de aseguramiento.

3.4. De la coordinación con el IMAS

Se determinó que no todas las áreas de salud adscritas a la DRIPSSCH tienen contacto definido con el IMAS para cuando corresponda remitir el reporte de los casos a los que se les otorgó seguros por el Estado provisional, a efectos de que esa institución realice los estudios correspondientes para determinar si la persona es calificada en condición de pobreza o pobreza extrema y optar así por un seguro definitivo, donde incluso hay unidades que envían personalmente a los solicitantes a las oficinas del IMAS para realizar la gestión.

Al respecto, se debe considerar que no todos los centros de salud disponen de una oficina del IMAS cerca y que, incluso, los solicitantes del beneficio en ocasiones son personas que viven a largas distancias de donde se ubican las oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, por lo que remitir a las personas a dichas oficinas implica demanda de tiempo e incluso recursos económicos que muchas veces no disponen, por una acción que se podría coordinar interinstitucionalmente y que es contraria a lo establecido en la Ley 8220 sobre la protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos.

El Manual de Normas y Procedimientos de Aseguramiento por Cuenta del Estado establece:

“(…) 5.5 La unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos o quien realice esa labor, remitirá dentro del día hábil siguiente al contacto definido por el IMAS, el reporte de los casos a los cuales se otorgó el Aseguramiento por el Estado provisional, a efectos que con dicha información el IMAS proceda a iniciar o completar, según sea el caso, los estudios respectivos para determinar si dicha persona es calificada en condición de Pobreza Extrema o Pobreza y así quedar acreditada para recibir el beneficio definitivo, lo cual se dará una vez que el SINIRUBE refleje dicha condición en sus bases de datos.

5.6 No obstante lo indicado en el inciso anterior, es responsabilidad única de la persona solicitante de este beneficio, gestionar y formalizar directamente ante el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) su acreditación como beneficiario definitivo de este Aseguramiento.

5.7 Para lo anterior, la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos o quien realice la función, informará al usuario sobre la temporalidad del beneficio provisional, y le orientará para que se apersona a la brevedad posible a las oficinas del IMAS a gestionar su acreditación como beneficiario definitivo de este Aseguramiento y correspondiente inclusión en el SINIRUBE”.

“11.1 Todas las actividades y tareas descritas en el presente Manual deberán realizarse bajo el marco de los principios de la Ley No. 8220, “Protección al ciudadano contra el exceso de requisitos y trámites administrativos”, entre ellas no solicitar al administrado(a) información que una o varias de sus mismas oficinas emitan o posean. La información que presenta un administrado ante una entidad, órgano o funcionario de la Administración Pública, no podrá ser requerida de nuevo por estos para ese mismo trámite u otro en esa misma entidad u órgano. Asimismo, se debe establecer la coordinación interinstitucional necesaria para obtener fotocopias, constancias, certificaciones, mapas o cualquier información que emita o posea otra entidad u órgano público y no solicitarlas al administrado”.

La situación descrita se debe a la inacción de algunas Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos en la ejecución del procedimiento a efectuar, sin embargo, también a lo descrito en la normativa, ya que, si bien se establece que dichas Unidades deben enviar la información al contacto definido en el IMAS, esta también señala que el responsable es la persona solicitante a pesar de que posteriormente en la misma normativa refiere que se deben efectuar las coordinaciones interinstitucionales para cumplir con la Ley 8220.

Al respecto, la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, funcionaria del Área de Coberturas del Estado, indicó:

“Este aspecto el IMAS aún no lo ha definido, no ha sido tan fácil, existen discrepancias en cuanto a la comunicación y el establecimiento de contactos. En ese sentido, la norma dice que la única persona responsable de buscar esa calificación es el usuario, ya que el IMAS es quien le realiza el estudio socioeconómico a efecto de calificar su nivel de pobreza o pobreza extrema”.

Consultados los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, referente a los contactos con el IMAS, señalaron:

Área de Salud de Hojancha:	No se tiene contacto con el IMAS, se le dice al usuario que vaya al IMAS para actualizar la información.
----------------------------	--

Área de Salud de Colorado:	No se tiene un contacto definido con el IMAS para remitir esos casos, a veces cuesta la respuesta rápida del IMAS, no siempre resuelven rápido.
Área de Salud de Carrillo:	Solo se envía al usuario al IMAS, no se tiene ningún contacto con el IMAS.
Área de Salud La Cruz:	Se envían a las personas al IMAS. ya que no se tiene contacto.

El no disponer de una coordinación interinstitucional entre la CCSS y el IMAS genera que los solicitantes de seguros por el Estado, que por alguna razón no estén clasificados en pobreza o pobreza extrema en SINIRUBE, deban asistir presencialmente a las oficinas de una institución para posteriormente entregar documentación en la otra y obtener así ese tipo de aseguramiento, presentándose incumplimiento de la Ley 8220.

4. SOBRE EL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Se determinó la ausencia de supervisiones periódicas por parte de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega en aspectos de evaluación, asesoría y seguimiento en materias propias de las actividades sustantivas inherentes a las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos de las unidades adscritas.

En cuanto a los administradores de los centros de salud evaluados, si bien -en algunos casos- reciben informes mensuales y estadísticos por parte de los encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, estos indican que se trabaja a nivel local debido a que, en el nivel regional no les requieren reportes donde se efectúen análisis relacionados con la facturación y cobro de servicios médicos, riesgos excluidos y seguros por el Estado.

El Manual Descriptivo de Puestos 2021, diseñado por la Subárea Diseño y Valoración de Puestos, para el perfil de plaza de Administrador de Sede Regional establece:

“Su gestión se orienta en la dirección, organización, planeación, control, coordinación, supervisión y ejecución de acciones sustantivas en el cumplimiento de los objetivos del Área Administrativa de la Sede de una Dirección Regional de Servicios de Salud, con la responsabilidad de participar de forma activa en la asesoría y evaluación de la producción de servicios de salud en los niveles de atención adscritos a la región, de acuerdo con las políticas establecidas institucionalmente.

(...) Evaluar, asesorar y dar seguimiento en materias propias de su competencia en el área a su cargo, así como a las unidades adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud con el fin de promover procesos de mejora en los niveles locales. Revisar, corregir, aprobar, rechazar y firmar informes, cartas, memorandos y otros documentos importantes para el desarrollo de la gestión del Área Administrativa”.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan, en el inciso 4.5.1 “Supervisión Constante”, que:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos”.

En reunión efectuada el 21 de julio de 2021 con el Lic. Randall Alberto Torres Núñez, administrador de la DRIPSSCH y la Licda. Andrea Espinoza Jiménez, actual administradora del área de salud de Liberia y quien laboraba hasta el año pasado como coordinadora de la Unidad de Presupuesto de dicha Dirección de Red, indicaron sobre las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, que es un tema que ha quedado descuidado, en el entendido de que no hay una persona que directamente se haga cargo de esta área, y que si bien hay una supervisión de Presupuesto en la región, este tema no lo asume en un 100 % porque en teoría es un supervisor de Presupuesto. Agregan que, anteriormente, llegaban informes estadísticos de las unidades, sin embargo, no se generaba un trabajo con estos, por lo que mayormente lo que se efectúa es servir de enlace entre el nivel local y el central, considerando además que no hay, en la región, un experto en el tema; que sí se realiza un apoyo en la gestión de tiempo extraordinario cuando las unidades lo solicitan y lo justifican razonablemente, actividad que normalmente se hace para poder cubrir el servicio hasta las 10:00 pm y evitar fuga de pacientes a los que no se les realice la facturación correspondiente; señalaron que por el tema de la pandemia por COVID-19 no se han realizado visitas a las unidades, no obstante, también indicaron que no se solicitan informes periódicos de la gestión que realizan esas unidades y tampoco disponen de accesos a los sistemas (de Riesgos Excluidos, Facturación de Servicios Médicos, Módulo de Aseguramiento por el Estado y Adscripción) para efectuar actividades de control en línea.

Consultados los administradores de las áreas de salud adscritas a la DRIPSSCH, indicaron:

Licda. Andrea Paniagua Paniagua, administradora del área de salud de Nandayure:

“Esto se realizaba en años atrás, informes mensuales de los trámites realizados en la oficina de Validación de Derechos, sin embargo, fue de nuestro conocimiento que dicha información no era requerida por la DRIPSSCH y se dejó de enviar a partir de octubre 2020”.

Licda. Fidela López Hernández, administradora del hospital de Upala:

“No, Esta coordinación solo se efectúa cuando ellos solicitan algún informe o seguimiento de casos que solicitan por parte del Nivel Central. Como todo queda registrado en los sistemas se considera que es información que ellos pueden consultar por lo cual no se envían informes mensuales”.

Licda. Evelyn Hernández Navarrete, administradora área de salud de Tilarán:

“Por parte de la Dirección de Red no existe solicitud de informe sin embargo como Administración en cumplimiento de las Normas de control interno traslado a la Asesoría de presupuesto regional un informe cada seis meses de las gestiones”.

La ausencia de supervisiones periódicas o monitoreos constantes de las actividades sustantivas que se realizan en las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos genera el riesgo de no identificar aspectos de mejora que beneficien la eficiencia y eficacia de estas, así como acciones que no se apeguen al marco normativo, lo que evitaría irregularidades que afecten a la institución.

5. SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS PERFILES DE USUARIO EN MATERIA DE VALIDACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE AGENDAS Y CITAS (SIAC)

Se constató que, de 353 usuarios con acceso al módulo de Validación del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) en la Región Chorotega, 152 (43,06 %) se encuentran registrados en Unidades diferentes en las que se le otorgó el acceso al sistema, según consulta realizada al 13 de agosto 2021 a la base de datos de Recursos Humanos Institucional, así como en el Portal Web de RRHH, según se describe en el cuadro 7 y en el Anexo 1:

Cuadro 7

**Unidades con usuarios que acceden al módulo de Validación del SIAC y no es su lugar trabajo
Área de salud y hospitales adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud
Chorotega, U.E. 2599
Período: agosto 2021**

Unidades en las que se registra acceso al módulo de Validación que corresponden a otra instancia de trabajo	Cantidad de Usuarios
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	42
Sin Localizar	30
Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega	16
Area de Salud de Cañas	6
Area de Salud de Santa Cruz	6
Dirección Proyección de Servicios de Salud	5
Hospital de Upala	4
Sucursal Nicoya	4
Area de Salud de Carrillo	3
Area de Salud de Liberia	3
Gerencia Medica	3
Area de Salud de Bagaces	2
Area de Salud de Colorado	2
Area de Salud de Hojancha	2
Centro de Docencia e Investigación	2
Hospital de La Anexión	2
Sucursal Upala	2
Area de Salud de Abangares	1
Area de Salud de Jicaral	1
Area de Salud de La Cruz	1
Area de Salud de Poas	1
Area de Salud Los Chiles	1
Area de Salud Orotina-San Mateo	1
Area de Salud San Rafael de Puntarenas	1
Auditoria	1
Dirección Arquitectura e Ingeniería	1
Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud	1
Dirección Servicios Institucionales	1
Gerencia Pensiones	1
Hospital de Los Chiles	1
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	1
Hospital San Vicente de Paul	1
Sucursal Jicaral	1
Sucursal La Cruz	1
Sucursal Las Juntas de Abangares	1
Total general	152

Fuente: Elaboración propia, base de datos de Recursos Humanos, al 13 de agosto 2021.

Asimismo, se observó en las áreas de salud de Liberia, Cañas, La Cruz y Nicoya, 29 usuarios con el perfil de Administrador Local, de lo cual destaca Liberia con 23 accesos a funcionarios ubicados en el

hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (13), unidad sin identificar (4), Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega (2), hospital La Anexión (1), área de salud de Liberia (1) y área de salud de Santa Cruz (1), según el siguiente detalle:

Cuadro 8

Funcionarios con perfil de Administrador Local del Módulo de Validación, ubicados en otra Unidad Trabajo Área de salud y hospitales adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, U.E. 2599

Período: agosto 2021

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Ubicación según planilla RRHH
503190805	Sirza	Ruiz	Guevara	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	AREA DE SALUD DE LIBERIA
503610868	Andrea Cristina	Duarte	Cabalчета	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	AREA DE SALUD DE SANTA CRUZ
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	DIRECCION REGIONAL SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA
502330276	Warner Antonio	Picado	Camareno	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	DIRECCION REGIONAL SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA
503550909	Luis Gonzalo	Hernandez	Navarrete	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DE LA ANEXION
603070865	Eliette Maria	Martinez	Cortes	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
109960715	Priscilla	Gutierrez	Diaz	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
110700006	Maria Gabriela	Obando	Montero	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
504000636	Betzy Enid	Elizondo	Cerdas	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503950573	Keilyn Carolina	Núñez	Flores	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503810117	Maricel	Meza	Trejos	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503750234	Ewells Estiben	Madrigrál	Macotelo	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503720430	Azqad Zafiro	Almendar ez	Murillo	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503650549	Balky Patricia	Sequeira	Mendez	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
503460018	Berta De Los Angeles	Godinez	Vasquez	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
502980191	Mauricio Antonio	Bermudez	Martinez	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
401790243	Jenny Maria	Corea	Carrillo	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
502050592	Guadalupe	Diaz	Garcia	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	HOSPITAL DR ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
110480419	Melissa	Coronado	Siazar	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	SIN IDENTIFICAR
504050877	Andrea Gabriela	Vargas	Badilla	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	SIN IDENTIFICAR
503390033	Natalia Teresa	Alvarado	Camareno	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	SIN IDENTIFICAR
503290321	Ana Gabriela	Alvarez	Murillo	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	SIN IDENTIFICAR
502000432	Iveth Del Carmen	Castillo	Ruiz	Administrador Local	Habilitado	2534	AREA DE SALUD DE LIBERIA	SIN IDENTIFICAR

Fuente: Elaboración propia, base de datos de Recursos Humanos, al 13 de agosto 2021.

Las Normas Técnicas para la Gestión y Control de las Tecnologías de Información de la Contraloría General de la República, capítulo 1 Normas de Aplicación General, en el apartado 1.4.5 Control de Acceso, establecen:

“La organización debe garantizar, de manera razonable, la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, lo que implica protegerla contra uso, divulgación o modificación no autorizados, daño o pérdida u otros factores disfuncionales.

Para ello debe documentar e implementar una política de seguridad de la información y los procedimientos correspondientes, asignar los recursos necesarios para lograr los niveles de seguridad requeridos (...)."

"La organización debe proteger la información de accesos no autorizados. Para dicho propósito debe:

- a. Establecer un conjunto de políticas, reglas y procedimientos relacionados con el acceso a la información, al software de base y de aplicación, a las bases de datos y a las terminales y otros recursos de comunicación...
- d. Establecer procedimientos para la definición de perfiles, roles y niveles de privilegio, y para la identificación y autenticación para el acceso a la información, tanto para usuarios como para recursos de TI...
- f. Implementar el uso y control de medios de autenticación (identificación de usuario, contraseñas y otros medios) que permitan identificar y responsabilizar a quienes utilizan los recursos de TI. Ello debe acompañarse de un procedimiento que contemple la requisición, aprobación, establecimiento, suspensión y desactivación de tales medios de autenticación, así como para su revisión y actualización periódica y tención de usos irregulares (...)."

El Ing. Douglas Marín Mendoza, CGI de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, sobre el particular manifestó:

"Para la Puesta en Marcha del EDUS y sus aplicativos, se definió los roles que deben cumplir cada actor (Administradores Locales, Regionales, Gerenciales y de Sistema).

La labor que se definió para los Centros de Gestión la labor de apoyo en el proceso, tanto en materia conectividad, equipamiento y en materia de cuentas, no así la administración de esto último.

Se definió Administradores Gerenciales, Regionales y Locales por cada aplicación del EDUS, roles que están definidos en los Oficios GM- 36987 y GM-9339, así como el Manual Operativo de Labores de Administración de Cuentas de Usuarios EDUS, mismos que se los adjunto, para más claridad.

La Administración de Cuentas recae en los siguientes:

SIAC-Agendas y Citas: Registros Médicos
SIAC-Validación: Administración
SIES-Médica: Directores Médicos
SIES-Enfermería: Enfermería
SIFF: Enfermería

Esto aplica a Nivel Gerencial, Regional y Local y funcionan de manera escalonado, en las dos direcciones".

La inadecuada gestión de las cuentas de usuario registradas en el módulo de Validación del SIAC (Sistema Integrado de Agendas y Citas), genera el riesgo de acceso no autorizado a funcionarios ubicados en diferentes Unidades de Trabajo y no propiamente en la Unidad que avaló el uso de la cuenta en tareas y labores locales, situación que desfavorece la seguridad digital establecida en la institución, en cuanto a los controles de acceso y las normas de protección a la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información, así como los recursos informáticos que contribuyen en la prestación de servicios.

CONCLUSIONES

El estudio realizado en la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos de las unidades adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, considerando el efecto post-COVID-19, el sistema de control interno implementado y el cumplimiento de los procesos sustantivos de validación y facturación de los servicios médicos permite concluir, desde una perspectiva preventiva y de administración de riesgos, la prudencia de fortalecer el cobro administrativo y judicial por concepto de derivados de servicios médicos facturados a personas no aseguradas con capacidad de pago, trabajadores independientes y patronos morosos, a efectos de ampliar la captación de ingresos en esta materia y bajo indicadores de recuperabilidad razonables que permitan la sostenibilidad financiera, así como el logro de metas y objetivos establecidos en los planes de salud.

Como resultado de la prestación de los servicios médicos otorgados a las personas no aseguradas, trabajadores independientes, patronos morosos y otros, es responsabilidad de la Administración Activa, velar porque exista el personal encargado de realizar la facturación a cualquier hora que se esté prestando un servicio médico, por lo que en caso de no poder asegurar que durante el turno de la noche quede un funcionario encargado de realizar dicha función, esa Administración debe analizar la viabilidad de delegar en otros funcionarios, la facturación y cobro de los servicios brindados, con el fin de captar y recuperar los costos asistenciales incurridos como parte de la prestación de servicios.

Es importante que la administración activa disponga de herramientas e instrumentos que le permita monitorear eficientemente y de forma constante, aquellas facturas de servicios médicos que han sido anuladas, determinando las causas de dicha anulación y adoptar las acciones correspondientes, como el fortalecimiento de la capacitación si se identifica que corresponden a errores humanos o, bien, ejecutar lo pertinente en caso de identificarse algún tipo de irregularidad, para lo cual es importante considerar que ya se dispone de un sistema informático que almacena la información relacionada con la facturación de servicios médicos, por lo que es importante que, mediante la reportería, se logren visualizar las justificaciones a dichas anulaciones.

Asimismo, la administración activa debe fortalecer aspectos de control interno a nivel local de manera que se disminuya la posibilidad de que se materialicen riesgos inherentes a los procesos sustantivos de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos; en tal sentido, se debe analizar la conveniencia de seguir recibiendo pagos en efectivo, efectuar un análisis de los instrumentos de control utilizados para gestionar la facturación por servicios médicos brindados, riesgos excluidos y asegurados por el Estado para que sean estandarizados y se brinde información oportuna y detallada para la correcta toma de decisiones en el nivel local y regional.

Por otro lado, la responsabilidad de identificar todos los hechos o circunstancias derivadas de la atención prestada en riesgos excluidos, es un acto que involucra a todos los funcionarios que participan en el proceso de validación y facturación de servicios médicos, por lo que tanto el jefe de la Subárea de

Validación y Facturación de Servicios Médicos, así como el administrador y director del establecimiento de salud, deben velar porque se cumpla, en tiempo y forma, las acciones cobratorias pertinentes ante la aseguradora responsable (Instituto Nacional de Seguros - INS), con el fin de recuperar los costos incurridos por la institución.

En materia de aseguramiento por el Estado, es importante que la CCSS disponga de sistemas de información robustos y confiables que generen seguridad en el otorgamiento de esos beneficios, por lo que se deben analizar las debilidades descritas en cuanto a la posibilidad de que esos tipos de seguro sean otorgados a personas que no califican, mejorando mecanismos de control que pueden ser automatizados desde la misma aplicación, considerando aspectos de refrendo y aprobación de los casos por parte de un superior jerárquico, hasta el debido seguimiento a los casos aprobados para garantizar que los beneficiarios mantengan la condición socioeconómica que originó el otorgamiento del seguro.

Asimismo, la institución debe mantener procesos que se ajusten a la Ley de Protección al Ciudadano en el exceso de requisitos y trámites administrativos, por lo que se requiere que se realicen las gestiones correspondientes para que existan coordinaciones con el Instituto Mixto de Ayuda social (IMAS) para que la persona solicitante de un seguro por el Estado no deba asistir a dos instituciones con el mismo fin (ser catalogado en condición de pobreza o pobreza extrema) para poder optar por un aseguramiento por el Estado.

Finalmente, la Administración Activa debe implementar y mejorar los mecanismos de supervisión correspondientes al nivel local y regional, de las actividades sustantivas llevadas a cabo en las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, de tal forma que garantice la eficiencia y la eficacia de los procesos llevados a cabo por esas unidades, considerando que estas impactan a las finanzas institucionales.

RECOMENDACIONES

AL MÁSTER ROBERTO BLANCO TOPPING, DIRECTOR DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES, Y AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, GERENTE FINANCIERO O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN LOS CARGOS

1. Coordinar, con el director de Cobros, la elaboración de un Plan de Trabajo que considere, entre sus objetivos, la implementación del Módulo Integral de cobros referente a las facturas de no asegurados con capacidad de pago, Riesgos del Trabajo, Facturas Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores y sus respectivas atenciones complementarias, con el fin de que se disponga de un instrumento para la gestión cobratoria de las facturas emitidas por servicios médicos brindados.

Dicho plan debe considerar las actividades pendientes del requerimiento CUDS-R710 que se menciona en el oficio DC-AGCP-0414-2021 referente a los requerimientos de la Subárea Plataforma de Servicios y Subárea Centro de Llamadas, posibles cambios en el SPIC, revisión de cuentas contables, y área de Facturación de Cuotas Obrero-Patronales sobre asignación de segregado. Aunado a lo anterior, analizar la viabilidad de incorporar en dicho plan la definición de indicadores y metas razonables para evaluar las gestiones realizadas y los niveles de recuperación, una vez que se dispongan de la implementación de los requerimientos.

Lo anterior de acuerdo con los hallazgos 1.1 y 2.1 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se otorga un plazo de **6 meses** a efectos de que consignen las acciones realizadas en la elaboración del Plan de Trabajo.

AL MÁSTER EDUARDO FLORES CASTRO, EN SU CALIDAD DE JEFE DEL ÁREA DE COBERTURAS DEL ESTADO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

2. Efectuar un análisis correspondiente a la viabilidad de implementación de nuevos requerimientos en los sistemas de Facturación de Servicios Médicos, así como en los Módulos de Aseguramiento por el Estado y Adscripción del SIAC, con el objetivo de fortalecer los mecanismos de control interno en los procesos, así como generar mayor eficiencia y eliminar duplicidad de tareas, considerando, como mínimo, lo siguiente:
 - a) Incluir en el reporte “Detalle Anulado” del Sistema de Facturación de Servicios Médicos, el detalle de la razón de anulación de la factura, en atención a lo evidenciado en el **hallazgo 1.3** del presente informe.
 - b) Integración del Módulo de Aseguramiento por el Estado con el SINIRUBE en caso de existir viabilidad técnica y legal, con el objetivo de garantizar que las personas beneficiarias cumplan con los requisitos para otorgarles el seguro por el Estado, de acuerdo con lo señalado en los **hallazgos 3.1 y 3.3** del presente informe.
 - c) Mecanismo que controle y restrinja, de ser necesario, que el aseguramiento por el Estado sea otorgado desde el módulo de Adscripción por funcionarios que no están autorizados para asignar esa modalidad de aseguramiento, de acuerdo con lo señalado en el **hallazgo 3.1** del presente informe.
 - d) Restricción automática de los aseguramientos por el Estado provisional en caso de que anteriormente ya se le haya otorgado al beneficiario, en atención a lo descrito en el **hallazgo 3.1** del presente informe.
 - e) Creación de reportes en el módulo de Aseguramiento del Estado que le permita, al superior jerárquico de los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, verificar el detalle de los seguros por el Estado aprobados en rangos de fechas específicos; asimismo, la pertinencia de que exista un mecanismo de refrendo una vez que el encargado otorgue el beneficio a nivel de sistema; lo anterior, de acuerdo con lo evidenciado en el **hallazgo 3.2** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se requiere que, **en un plazo de 6 meses**, esa Administración informe a esta Auditoría, el análisis efectuado y las decisiones acordadas productos.

AL DR. WARNER PICADO CAMARENO, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Definir un plan de acción en conjunto con los centros de salud adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, para que se analicen la posible prescripción de las facturas emitidas, y de determinarse la probable materialización del riesgo, trasladar las facturas a las Sucursales correspondientes, con el fin de implementar un proceso contingente de cobro que permita a la Caja la recuperación de las sumas facturadas a personas no aseguradas con capacidad de pago, previendo que se presente una posible afectación

patrimonial por la ausencia de gestiones en esta materia. En caso de requerirlo, solicitar colaboración a la Dirección de Coberturas Especiales, Dirección Jurídica u otra que estimen pertinentes.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se otorga un plazo de **6 meses**, en los cuales deberá aportar a esta Auditoría el detalle del Plan de acción desarrollado y las decisiones adoptadas.

4. Solicitar a los directores médicos de las áreas de salud y hospitales adscritos, analizar en función del artículo 50 del Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos del 2006, artículo 50 del Reglamento Interior de Trabajo y el Manual Descriptivo de Puestos, la pertinencia de implementar las acciones correspondientes para que en cualquier hora que se preste un servicio médico a personas no aseguradas, trabajadores independientes, patronos morosos u otros, exista -principalmente durante el turno de noche-, el personal encargado de realizar la facturación oportuna; por lo que, en caso de no poder asegurar que durante el turno de la noche quede un funcionario encargado de realizar dicha función, esa Administración analice la viabilidad de delegar en otros funcionarios, la facturación y cobro de los servicios brindados, con el fin de captar y recuperar los costos asistenciales incurridos como parte de la prestación de servicios. Lo anterior, en consideración de lo expuesto en el **hallazgo 1.2** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá presentarse, a este órgano de control y fiscalización, en un plazo **de 4 meses**, los resultados de la gestión realizada.

5. Evaluar, en coordinación con los administradores de los centros de salud adscritos, la pertinencia de mantener, o no, la recepción de efectivo en los centros médicos, considerando la estructura y funciones establecidas para establecimientos de salud "Modelo tipo B y D" definido en el Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de salud, así como el Manual de normas y procedimientos para la facturación, cobro y recaudación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se requiere, **en el plazo de 3 meses** y conforme con el **hallazgo 1.4** del presente informe, el pronunciamiento o acto administrativo debidamente comunicado por funcionario competente sobre la decisión de mantener o eliminar la práctica indicada.

6. Efectuar, en conjunto con los administradores y encargados de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos de los centros de salud adscritos, una propuesta de fortalecimiento del control interno en donde se valore, entre otros aspectos que consideren, lo siguiente:
 - a) Estandarización de los controles de la facturación de servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago, considerando, además, la utilización de los reportes existentes actualmente en el Sistema de Facturación de Servicios Médicos, de acuerdo con lo evidenciado en el **hallazgo 1.5** del presente informe. De considerarse que los reportes de dicho sistema podrían mejorarse para eliminar posibles duplicidades de controles, efectuar las coordinaciones correspondientes con el Área de Coberturas del Estado para la implementación de nuevos requerimientos.

- b) Elaboración de informes periódicos por parte de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, que contemplen información referente a la facturación por servicios médicos brindados, facturación de Riesgos Excluidos y Aseguramientos por el Estado, que sean de conocimiento de los superiores jerárquicos así como de esa dirección de red, de tal forma que estos contengan insumos para realizar análisis, mejorar los controles y tomar decisiones en dichas materias; lo anterior, de acuerdo con lo señalado en los **hallazgos 1.1, 1.3, 1.5, 2.1, 3.2 y 4** del presente informe.
- c) Mecanismo de supervisión de la información que motiva el proceso de anulación de las facturas devueltas por el INS (Instituto Nacional de Seguros), a efecto de que se verifique la descripción de los hechos que respaldan y afectan cada operación o transacción; lo descrito, en atención de lo indicado en el **hallazgo 2.2** del presente informe.
- d) Elaboración de una estrategia de seguimiento a los casos de otorgamiento del beneficio de seguro por el Estado, con el objetivo de garantizar que la persona mantenga el requisito de ser calificado en pobreza o pobreza extrema, considerar el uso de los cubos de Adscripción en el tanto se implementa -a nivel de sistema- un reporte que ayude a la identificación de los casos a seguir. Lo anterior, en atención a lo señalado en el **hallazgo 3.3** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se requiere que, **en un plazo de 6 meses**, esa Administración informe a esta Auditoría, el análisis efectuado y las decisiones acordadas.

7. Solicitar a los directores de áreas de salud y hospitales adscritos, gestionar, en el menor tiempo posible, la corrección de las facturas devueltas por el Instituto Nacional de Seguros (INS) ante errores de digitación incorrecta en los regímenes SOA (Seguro Obligatorio de Automóviles) y SRT (Seguro de Riesgo del Trabajo), cobros dobles, aclaración del recorrido en kilometraje, facturas mal tarifadas, entre otras, que corresponden a 182 facturas de la región Chorotega. Aunado a lo anterior, establecer, en el ámbito de su competencia, los mecanismos de control pertinentes para cada uno de los establecimientos de salud adscritos, con el fin de supervisar y brindar seguimiento a las facturas devueltas en el MIFRE (Módulo Informático Facturación Riesgos Excluidos), en cumplimiento de los plazos de facturación establecidos por el Área de Gestión de Riesgos Excluidos; todo lo anterior, en atención a lo señalado en el **hallazgo 2.1** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se otorga un plazo de **4 meses** a esa Administración, a efecto de que consigne las acciones realizadas, el seguimiento y control de la gestión cobratoria.

8. Ordenar que se lleven a cabo las coordinaciones correspondientes con el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), para definir los contactos y mecanismos mediante los cuales se le solicite efectuar los estudios correspondientes de aquellos solicitantes que no aparecen calificados en pobreza o pobreza extrema, según lo descrito en el **hallazgo 3.4** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se requiere que un plazo de **3 meses** esa Dirección, informe a esta Auditoría, el resultado de las coordinaciones efectuadas.

9. Ordenar se realicen las gestiones necesarias para eliminar o desactivar los perfiles de Administrador Local y de Usuario Final de aquellos funcionarios activos (aparentemente sin autorización) registrados en el módulo de Validación del SIAC (Sistema Integrado de Agendas y Citas), y que se encuentran ubicados en Unidades de Trabajo diferentes a la que otorgó el

permiso de acceso al sistema. Lo anterior, con el fin de regular el uso de los recursos de TIC, identificar responsables y proteger la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información registrada en el módulo de Validación, según **hallazgo 5** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en el plazo de **6 meses**, las acciones adoptadas en cuanto a la implementación de controles y seguimientos periódicos de los perfiles de acceso otorgados en las áreas de salud y hospitales adscritos a esa dirección de red.

COMENTARIO DEL INFORME

Mediante oficio AI-2467-2021, del 25 de noviembre de 2021, se efectuó convocatoria para el comentario del informe, el cual se llevó a cabo el 30 de noviembre de 2021 mediante la plataforma TEAMS, asistiendo los siguientes funcionarios: Lic. Danilo Rodas Chaverri y Licda. Pamela Sánchez Arias, jefe y funcionaria de la Subárea de Gestión Administrativa y Logística de la Gerencia Financiera, Ing. Roberto Blanco Topping, Subgerente y el Ing. Alexander Angellini Mora, jefe del área de Sistemas Financieros, ambos de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones; Licda. Lucía Catalina Vargas Masís, jefe área de sede y Lic. Ricardo Pakers González, de la subárea de Gestión Administrativa y Logística, ambos de la Dirección de Cobros; Licda. Elizabeth Zamora Gómez, jefe a.i. de la Subárea de Coberturas del Estado y el Lic. Juan Alberto Piedra Montero, jefe de la Subárea de Coberturas de Riesgos Excluidos.

Al respecto, la administración activa emitió las siguientes observaciones:

Referente a la recomendación 1, la Licda. Lucía Vargas Masís, indicó que el requerimiento ya pasó por el Comité de Usuarios, no obstante este este requerimiento se iba a realizar vía Web tal y como se tiene el sistema que llevan los compañeros de Coberturas Especiales, sin embargo se realizó un análisis con la Dirección SICERE, Cobros y la Dirección de Coberturas y se llegó a la conclusión que realizar este requerimiento tal cual se tenía, era duplicar lo que se disponía actualmente en el SICERE, por esa razón se solicitó por parte de los Directores al grupo de trabajo, realizar un adendum a ese requerimiento, esto considerando que intervienen varias unidades como la Dirección de Cobros, Financiero Contable y Coberturas Especiales, donde en este adendum se considere el traslado de las facturas que ya existen en el módulo del sistema de Facturación hacia el SICERE para efectuar el proceso de cobro. En este momento el adendum no se encuentra listo, una vez que se termine con este adendum, como se está trabajando con la metodología SCRUM, se tiene que iniciar haciendo las historias de usuario, y de acuerdo con la experiencia que ya se ha tenido, este proceso no es inmediato, se tiene previsto para inicios de febrero, tener el adendum listo porque ya se tiene todo lo que se requiere por parte de las unidades, hace falta finiquitar el requerimiento del área de Plataforma, que es ahí donde va a llegar el usuario, una vez que se tenga esto, es cuando se comienzan a efectuar las historias de usuario, algo importante es considerar que no solo se tiene este requerimiento, por lo que la cantidad de compañeros informáticos que se necesitan para la implementación podría no ser suficiente.

La Licda. Lucía Vargas Masís, agrega que el sistema de cobros no podía iniciar hasta que el sistema de facturación estuviera listo y este fue implementado en el 2017, una vez que se implementó la facturación fue cuando se procuró efectuar el sistema Web, entonces se armó un sistema como el SICERE, pero para no asegurados y riesgos excluidos. Indica además que puede afirmar que para febrero va a estar listo la ampliación del requerimiento, no obstante, hay que comenzar con las historias de usuario, sin una estimación exacta de cuanto se podría durar en este proceso.

El Ing. Alexander Angellini señala que por un tema de gobernanza, la forma en que se ha venido trabajando con el marco de trabajo SCRUM ayuda a priorizar, agilizar y ordenar los procesos, da una claridad en razón de aprovechar los recursos en cada uno de los equipos, de manera que se pueda solucionar dentro de las prioridades que tenga el negocio, en esa línea se ha tenido un incremento exponencial de solicitudes que incluso vienen de la Gerencia General y la Junta Directiva y de la Contraloría, donde ya por momentos cuesta priorizar porque todo es crítico y a veces con fechas perentorias que superan la capacidad para resolver, en ese sentido con los equipos SCRUM se tiene 5 personas en Cobros, pero que a veces se debe integrar otros recursos por que una modificación en SICERE impacta en otros procesos, basados en esa capacidad, los Product Owner lo que hacen es establecer con los requerimientos, el análisis y priorización, y una vez hecho esto se les da el visto bueno, para posteriormente llevarlos a las reuniones de grooming y de planning, ahí se construyen las historias de usuario que definen las cargas de trabajo que mes a mes se van resolviendo, en este proceso compiten muchas solicitudes de trabajo, ya que no se atiende solo un requerimiento, sino que se atienden múltiples requerimientos, hay temas que tienen que ver con pruebas y ciclos de procesos para las pruebas, por lo que basado en esto, es que se les da las opciones a los Product Owner de ir resolviendo esa priorización que establece el negocio, y en estos momentos también se vino en Cobros, la reforma al reglamento de asegurados voluntarios y esto tiene fechas, sin descuidar los otros requerimientos que son producto de la misma dinámica que tiene la Institución para resolver. Por esta razón refuerza lo indicado por la Licda. Lucía Vargas, agregando que los cronogramas ya no funcionan como funcionaban con la metodología RUP, ahora con SCRUM se va trabajando de una forma más ágil, pero no se tiene una visión total para definir la duración de un cronograma, sería dar información que podría no reflejar la realidad.

Respecto a lo anterior y analizadas las observaciones, esta Auditoría propone mejorar la redacción de la recomendación a fin de que se establezca un plan de trabajo donde se contemplen los aspectos técnicos señalados y se documente el avance hasta lograr la implementación del módulo de cobros.

Asimismo, mediante oficio AI-2487-2021, del 25 de noviembre de 2021, se efectuó convocatoria para el comentario del informe, el cual se llevó a cabo el 1° de diciembre de 2021 mediante la plataforma TEAMS, asistiendo los siguientes funcionarios: Dr. Warner Picado Camareno, Director, Lic. Randall Alberto Torres Núñez, Administrador, Dr. Eddy Javier Apuy Muñoz, asistente de Dirección y Licda. Yessenia Pérez Salgado, enlace de las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, todos funcionarios de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega.

Las siguientes son las observaciones emitidas por la administración activa:

El Dr. Warner Picado Camareno, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, señaló:

Recomendación 3, sin comentarios, se acepta el plazo indicado.

“Referente a la recomendación 4, considero que la misma no es de nuestra competencia, por el motivo de que nosotros no somos los que generamos las plazas para cubrir esos turnos, además el hecho de que otros funcionarios distintos a los de Validación, realicen las funciones de facturación y cobro no están dentro de su perfil o sus labores y ya eso lo hemos visto con problemas sindicales de todo tipo, donde el personal refiere que se ajusta al perfil para el cual fue creada su plaza. En ese sentido, dicha recomendación es competencia de la Gerencia Médica o de la institución en general. En el momento

que nos garanticen personal de las Unidades de Validación de Derechos en los 3 turnos, por supuesto se gestionará la facturación y cobro pertinente, por cuanto a la fecha no se tiene los recursos para dicha gestión”.

En relación con lo anterior, una vez observados los comentarios efectuados por la administración activa, se realizó un análisis y considerando los aportes brindados por las instancias técnicas competentes mediante reunión realizada, se identificó que el artículo 50 del Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos que aún se encuentra vigente, establece que en cuanto a la facturación de patrono moroso, trabajador independiente y asegurados voluntarios morosos, se debe emitir una factura y que, en el primer nivel de atención, específicamente en los EBAIS desconcentrados o en las áreas que no cuenten con Unidad de Validación de Derechos, son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar esa facturación; asimismo, el Consejo Regional de Gestión Jurídica Pacífico Central – Chorotega, hace referencia, el 19 de agosto de 2015, a este tipo de casos donde, según consta en la minuta 53, señalan que recomiendan a la Administración velar porque exista el personal encargado de realizar la facturación a cualquier hora que se esté prestando un servicio médico. En caso de no poder asegurar que durante el turno de la noche quede un funcionario encargado de realizar dicha función, esta puede ser delegada en los funcionarios de Registros Médicos de acuerdo con la norma citada.

Debido a lo anterior se mantiene la recomendación al nivel regional, pero modificando la redacción de tal forma que lo que se realice sea un análisis de la pertinencia de implementar las acciones correspondientes para que, en cualquier hora que se preste un servicio médico a personas no aseguradas, trabajadores independientes, patronos morosos u otros, exista -principalmente durante el turno de la noche-, el personal encargado de realizar la facturación oportuna; por lo que, en caso de no poder asegurar tal situación, la Administración analice la viabilidad de delegar, en otros funcionarios, la facturación y cobro de los servicios brindados considerando la vigencia del artículo 50 del Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, artículo 50 del Reglamento Interior de Trabajo y lo consignado al efecto en el Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS.

Respecto a las demás recomendaciones, se solicitaron ajustes de plazos, los cuales fueron efectuados.

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

Ing. Leonardo Fabio Díaz Porras
Asistente de Auditoría

Lic. Muhammad Herrera Bermúdez
Asistente de Auditoría

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgtr.
Jefe
Subárea Fiscalización Operativa Región Norte

Lic. Alexander Nájera Prado
Jefe
**Área Servicios Administrativos,
Abastecimiento e Infraestructura**

C. 1

OSC/ANP/GAP/LDP/MHB/fmr

Referencia: ID-65197

ANEXO 1

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Unidad Planilla RRHH	Observaciones
207190991	Iván Francisco	Corrales	Quiros	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Gerencia Medica	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
503530739	Jessica Patricia	Quiros	Gomez	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
503680431	Andrea	Salazar	Sotela	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
503750394	Daniela	Matarrita	Carranza	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Hospital Psiquiátrico Nacional Manuel Antonio Chapuí y Torres	
603060140	Sandy Verania	Alvarado	Cruz	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
603330678	Waldir Xavier	Camacho	Chaves	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Area de Salud Orotina-San Mateo	
603340046	Laura	Olivas	Vargas	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
604130425	Kimberly Dayana	Villalobos	Campos	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
604420082	Maria Jose	Mora	Sandoval	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
604530348	Jacqueline Maria	Godínez	Fonseca	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sin Localizar	
701370320	Marta Eugenia	Chavarria	Camacho	Usuario Final	Habilitado	2556	Area de Abangares	Salud de Sucursal Las Juntas de Abangares	
115340315	Josue Daniel	Campos	Murillo	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de La Cruz	
205380348	Leslie	Vargas	Vasquez	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Direccion Proyección de Servicios de Salud	
502130317	Marta Grace de San	Hernandez	Ramirez	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de Abangares	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
503100732	Guadalupe	Rodriguez	Perez	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de Cañas	Registros y Estadísticos de Salud
503440575	Marjorie	Prendas	Perez	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de Cañas	
504190194	Julissa	Quesada	Quesada	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de Cañas	Registros y Estadísticos de Salud
603990311	Rocio Lorena	Galagarza	Guadamuz	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud de Colorado	Registros y Estadísticos de Salud
604270936	Susana Maria	Cruz	Solis	Usuario Final	Habilitado	2557	Area de Bagaces	Salud de Area de Salud San Rafael de Puntarenas	Registros y Estadísticos de Salud
111970597	Jesús Enrique	Montano	Jimenez	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Centro de Docencia E Investigacion	
112580287	Roger Jovan	Lopez	Espinoza	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Direccion Proyección de Servicios de Salud	
207190991	Iván Francisco	Corrales	Quiros	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Gerencia Medica	
501800027	Marjorie	Briceño	Picado	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Sin Localizar	
501800027	Marjorie	Briceño	Picado	Administrador Local	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Sin Localizar	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
601430577	Dinia Eugenia	Trejos	Barrantes	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Sin Localizar	
602170536	Giselle	Brenes	Villalobos	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
603650505	Christyn	Aguilar	Mondragón	Usuario Final	Habilitado	2555	Area de Salud de Cañas	Sin Localizar	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2560	Area de Salud de Carrillo	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2582	Area de Colorado	Salud de Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	

ANEXO 1

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Unidad Planilla RRHH	Observaciones
504240336	Karla Vanessa	Marchena	Bogarín	Usuario Final	Habilitado	2582	Area de Salud de Colorado	Area de Salud de Bagaces	
603720875	Yendry Maria	Segura	Alemán	Usuario Final	Habilitado	2582	Area de Salud de Colorado	Area de Salud de Liberia	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega	
503460947	Yarenis Patricia	Mendoza	Centeno	Usuario Final	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Area de Salud de Santa Cruz	
503760282	Sanyi Patricia	Molina	Jimenez	Usuario Final	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Area de Salud de Hojanca	Registros y Estadísticos de Salud
503820455	Jeniffer	Guevara	Guevara	Usuario Final	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Area de Salud de Jicaral	Registros y Estadísticos de Salud
504400346	Natalia	Betancourt	Diaz	Usuario Final	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Sin Localizar	
602170536	Giselle	Brenes	Villalobos	Usuario Final	Habilitado	2563	Area de Salud de Hojanca	Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega	
112580287	Roger Jovan	Lopez	Espinoza	Usuario Final	Habilitado	2564	Area de Salud de Jicaral	Dirección Proyección de Servicios de Salud	
504240336	Karla Vanessa	Marchena	Bogarín	Usuario Final	Habilitado	2564	Area de Salud de Jicaral	Area de Salud de Bagaces	
205940824	Jefrey David	Apu	Leyton	Usuario Final	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Sucursal La Cruz	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega	
503810013	Pamela Virginia	Guevara	Salgado	Usuario Final	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Sin Localizar	
504100085	Luis Alejandro	Acuña	Flores	Usuario Final	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
601320014	Blanca Iris	Rosales	Molina	Usuario Final	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Sin Localizar	
601320014	Blanca Iris	Rosales	Molina	Administrador Local	Habilitado	2559	Area de Salud de La Cruz	Sin Localizar	
105410683	Lilliana	Garita	Diaz	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
108670567	Mylycen	Wong	Solano	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
109960715	Priscilla	Gutierrez	Diaz	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Trabajo Social
109960715	Priscilla	Gutierrez	Diaz	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Trabajo Social
110480419	Melissa	Coronado	Siazar	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
110700006	Maria Gabriela	Obando	Montero	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
111510786	Melissa Maria	Vargas	Roldan	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital San Vicente de Paul	
111630623	Isabel Francinie	Solano	Cordero	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Dirección Arquitectura E Ingeniería	
116410290	Katherine Jackeline	Monge	Nájera	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Registros y Estadísticos de Salud
205380348	Leslie	Vargas	Vasquez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Dirección Proyección de Servicios de Salud	
205910996	Merilyn Yohaidy	Marchena	Castillo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
206720725	Priscila Dorcas	Coulson	Perez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital de Upala	
207110762	Katherine Dayana	Rodriguez	Rojas	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Poas	Trabajo Social
401790243	Jenny Maria	Corea	Carrillo	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
401790243	Jenny Maria	Corea	Carrillo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
501680829	Clara Maria	Chevez	Duarte	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
502000432	Iveth del Carmen	Castillo	Ruiz	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
502000432	Iveth del Carmen	Castillo	Ruiz	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
502050592	Guadalupe	Diaz	Garcia	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	

ANEXO 1

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Unidad Planilla RRHH	Observaciones
502050592	Guadalupe	Diaz	Garcia	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
502330276	Warner Antonio	Picado	Camareno	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
502330276	Warner Antonio	Picado	Camareno	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Direccion Regional Servicios de Salud Chorotega	
502610234	Xinia Maria	Garcia	Prado	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
502610805	Luis Alonso	Matarrita	Rodriguez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Santa Cruz	
502830832	Flor	Solano	Chavarria	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
502890176	Silvia	Baltodano	Macotelo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Cañas	
502980191	Mauricio Antonio	Bermudez	Martinez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
502980191	Mauricio Antonio	Bermudez	Martinez	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503020300	Kirsthen Priscila	Chevez	Ponce	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503190805	Sirza	Ruiz	Guevara	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Liberia	Registros y Estadísticos de Salud
503220183	Dany Roberto	Morales	Angulo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503290321	Ana Gabriela	Alvarez	Murillo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
503290321	Ana Gabriela	Alvarez	Murillo	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
503300790	Verónica	Alvarez	Hernandez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503320485	Wendy	Vargas	Reyes	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503380321	Sonia	Vasquez	Oporta	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Liberia	Registros y Estadísticos de Salud
503390033	Natalia Teresa	Alvarado	Camareno	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
503390033	Natalia Teresa	Alvarado	Camareno	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
503410182	Christian Ariel	Villalobos	Contreras	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503460018	Berta de Los Angeles	Godínez	Vasquez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Registros y Estadísticos de Salud
503460018	Berta de Los Angeles	Godínez	Vasquez	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Registros y Estadísticos de Salud
503550909	Luis Gonzalo	Hernandez	Navarrete	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital de La Anexión	
503560601	Mariel	Núñez	Badilla	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital de La Anexión	
503610868	Andrea Cristina	Duarte	Cabalceta	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Santa Cruz	
503610868	Andrea Cristina	Duarte	Cabalceta	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Santa Cruz	
503650549	Balky Patricia	Sequeira	Mendez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503650549	Balky Patricia	Sequeira	Mendez	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503680250	Marieth	Araya	Espinoza	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503720430	Azgard Zafiro	Almendarez	Murillo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503720430	Azgard Zafiro	Almendarez	Murillo	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503750172	Belén Raquel	Pasos	Murillo	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
503750234	Ewells Estiben	Madrigal	Macotelo	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503760099	Mariela	Umaña	Hernandez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	

ANEXO 1

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Unidad Planilla RRHH	Observaciones
503810117	Maricel	Meza	Trejos	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503810117	Maricel	Meza	Trejos	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503830354	Yesenia	Castrillo	Montenegro	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503910412	Keyla Milena	Espinoza	Hernandez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Carrillo	
503920831	Joydier Diridiana	Bustos	Morales	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503950573	Keilyn Carolina	Núñez	Flores	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503950573	Keilyn Carolina	Núñez	Flores	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
503990778	Allen Mauricio	Gutierrez	Ugarte	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Santa Cruz	
504000636	Betsy Enid	Elizondo	Cerdas	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
504010511	Isabel Cristina	Picón	Dávila	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Area de Salud de Carrillo	
504050877	Andrea Gabriela	Vargas	Badilla	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
504050877	Andrea Gabriela	Vargas	Badilla	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Sin Localizar	
504140369	Jenifer Daniela	Gonzalez	Coronado	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
603070865	Eliette Maria	Martinez	Cortes	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
603070865	Eliette Maria	Martinez	Cortes	Administrador Local	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
603140660	Maria Jose	Ibarra	Mena	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
701910923	Kathia	Espinoza	Alvarez	Usuario Final	Habilitado	2534	Area de Salud de Liberia	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2562	Area de Salud de Nandayure	Direccion de Servicios de Chortega	Regional de Salud
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2535	Area de Salud de Nicoya	Direccion de Servicios de Chortega	Regional de Salud
503180586	Melissa	Montiel	Cubillo	Usuario Final	Habilitado	2535	Area de Salud de Nicoya	Auditoria	
503780115	Arellys de Los Angeles	Matarrita	Porras	Usuario Final	Habilitado	2535	Area de Salud de Nicoya	Area de Salud de Hojancha	
800680902	Mara del Carmen	Gomez	Gomez	Administrador Local	Habilitado	2535	Area de Salud de Nicoya	Area de Salud de Santa Cruz	
207190991	Iván Francisco	Corrales	Quiros	Usuario Final	Habilitado	2531	Area de Salud de Santa Cruz	Gerencia Medica	
501600954	Maria Mayela	Mendoza	Elizondo	Usuario Final	Habilitado	2531	Area de Salud de Santa Cruz	Sin Localizar	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2531	Area de Salud de Santa Cruz	Direccion de Servicios de Chortega	Regional de Salud
113800262	Cindy	Alfaro	Araya	Usuario Final	Habilitado	2558	Area de Salud de Tilarán	Area de Salud de Cañas	
502440911	Diana Luz	Gorgona	Chaves	Administrador Local	Habilitado	2558	Area de Salud de Tilarán	Direccion de Servicios de Chortega	Regional de Salud
503990735	Meriam de Los Angeles	Artavia	Herrera	Usuario Final	Habilitado	2558	Area de Salud de Tilarán	Area de Salud de Cañas	
204990053	Juan	Aguirre	Hernandez	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Hospital de Upala	
205570400	Yaneth del Socorro	Canales	Garcia	Administrador Local	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Area de Salud Los Chiles	
205740785	Minor	Chacon	Vasquez	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Centro de Docencia E Investigacion	
206050498	Virginia	Mayorga	Espinoza	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Hospital de Upala	
207660795	Jennifer Vanessa	Rodriguez	Vargas	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Hospital de Los Chiles	
501610560	Maria Elena	Jimenez	de La O	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Sin Localizar	
503630180	Katty Maria	Ortiz	Salazar	Usuario Final	Habilitado	2536	Area de Salud de Upala	Hospital de Upala	

ANEXO 1

Cédula	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Rango	Estado	Código Unidad	Unidad Estructura Organizacional	Unidad Planilla RRHH	Observaciones
204350229	Denia	Ulloa	Lopez	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud	
206570906	Mauren Adriana	Rodriguez	Alfaro	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Area de Salud de Colorado	
502220100	Deny Maria	Barrantes	Romero	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sucursal Nicoya	
502850454	Maria Enid	Venegas	Acosta	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Gerencia Pensiones	
503400214	Ana Lucia	Diaz	Hernandez	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sucursal Nicoya	
503730583	Linda Aralis	Jimenez	Montiel	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sucursal Nicoya	
503940439	Liliana	Rivas	Alvarado	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sucursal Jicaral	Administración
504060471	Maria Fernanda	Obando	Fonseca	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Area de Salud de Carrillo	
601600203	Arlette Adriana	Centeno	Barrantes	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sin Localizar	
602810825	Kattia	Mayorga	Sibaja	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Sucursal Nicoya	
604120093	Rossy Ivannia	Arguedas	Mendez	Usuario Final	Habilitado	2503	Hospital de La Anexión	Dirección Servicios Institucionales	
502350361	Miriam	Rodriguez	Perez	Usuario Final	Habilitado	2504	Hospital de Upala	Sucursal Upala	
503420307	Elieth	Duartes	Ruiz	Usuario Final	Habilitado	2504	Hospital de Upala	Sucursal Upala	
112580287	Roger Jovan	Lopez	Espinoza	Usuario Final	Habilitado	2502	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Dirección Proyección de Servicios de Salud	
504120810	Karolay Maria	Jimenez	Castillo	Usuario Final	Habilitado	2502	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Servicio de Limpieza