



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Al contestar refiérase a: **DE-089-2020**

correo: denaudit@ccss.sa.cr

AS-ASF-057-2022

10 de mayo de 2022

Doctor
Allan Francisco Ramírez Rosales, director médico

Licenciado
Alejandro Campos Cárdenas, administrador
ÁREA DE SALUD ALAJUELA OESTE-2277

Estimados señores:

ASUNTO: Oficio de Asesoría referente al “Proceso de Cobro de Atención Médica con Seguro por Beneficio Familiar vencido”.

Esta Auditoría de conformidad con las competencias y potestades concedidas por la Ley General de Control Interno, artículo 21 y 22, y en atención a sus funciones preventivas y de asesoría, efectuó una revisión relacionada con el supuesto cobro indebido de una atención médica en la modalidad de seguro por beneficio familiar no actualizado, de acuerdo con lo expuesto en la denuncia DE-089-2020 referente a “Presuntos hechos irregulares en validación de derechos en el Coyol de Alajuela”.

Los resultados del examen realizado por esta Auditoría se someten a su conocimiento y consideración, con el objetivo de fortalecer las actividades de control, en aquellos procesos o labores similares a las analizadas en el presente caso, en concordancia con la normativa institucional y el procedimiento actual para el otorgamiento de la protección familiar.

I. Antecedentes

Los aspectos indicados en la denuncia DE-89-2020, se resumen a continuación:

Una usuaria acudió al EBAIS del Coyol de Alajuela para ser atendida por una molestia en su oído. La usuaria ostentaba de un seguro en la modalidad de beneficio familiar por conyugue, sin embargo, al momento de la atención no se encontraba activo, razón por la cual en el sistema de información se consignaba su estado como “no asegurada”. Seguidamente la funcionaria que le brindó la atención le indicó que se le debía confeccionar una factura por el cobro de la atención, y la dirigió al área de salud Alajuela Oeste para realizar el trámite de actualización del seguro y pago de dicha factura. Al día siguiente, y una vez visitada el área de salud, se procedió a efectuar el trámite de actualización para el seguro de beneficio familiar, el cual tenía una vigencia de 2 años, pero se le indicó que igualmente se debía hacer efectivo el pago de la factura.

La funcionaria de Validación de Derechos del área de salud le indicó que existía la posibilidad de efectuar un arreglo de pago, pero disponía de tiempo hasta el viernes 19 de junio de 2020 para cancelar la factura, y que de no ser así permanecería sin seguro hasta en tanto no efectuara el pago.



Respecto a este tema en específico el denunciante expuso la siguiente situación:

“Mi hermana le da 5000 colones de abono en efectivo y le dice que hará lo posible por conseguir el restante para el viernes 19 de junio, le hace un recibo de dinero con sello de la Caja Costarricense de Seguro Social en un papel blanco firmado por ella y con la fecha y se lo entrega (papel adjunto), sin embargo, tiempo más tarde le llama y le indica que mejor le devuelve los 5000 colones y que se presente el viernes con la totalidad del dinero 38000 colones”.

Derivado de lo anterior, este Órgano de Control y Fiscalización efectuó una verificación de la normativa interna, en particular, el “Manual de Adscripción y Beneficio Familiar” vigente a la fecha de los acontecimientos, y efectuó una serie de procedimientos de auditoría, con la finalidad de evidenciar y dar atención a los hechos mencionados en la presente denuncia.

A partir del análisis realizado, se obtuvieron los siguientes resultados:

II. Verificación de atención Médica de la usuaria E. S. E.

Esta Auditoría procedió a efectuar una visita el 6 de abril de 2022¹ en compañía de la jefatura de Registros Médicos y Estadística en Salud (REDES) del área de salud Alajuela Oeste, la Licenciada Daisy Alvarado Rojas, la cual indicó para el caso específico, que al momento de la verificación por parte del personal de recepción de la consulta médica sobre los requisitos de atención, si la clasificación del seguro del paciente se encuentra en el sistema como “no asegurado”, el criterio para proceder con la atención del usuario, recae en el médico tratante, y éste a su vez, se debe proceder con el llenado del formulario de atención indicando si se trata de una urgencia o no.

Para el caso en estudio, se evidenció que la atención de la paciente de fecha 11 de junio de 2020 se categorizó como “urgente”, por ende, se le brindó la atención y posteriormente se le indicó que debía de realizar las gestiones pertinentes a la renovación de su seguro, y, además, que se le estaría confeccionando una factura por el servicio brindado, para lo cual debía dirigirse al área de salud Alajuela Oeste para efectos del trámite correspondiente.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Salud en su artículo 61, se dispone:

“Artículo 61° De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento.

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. (...)”

Nótese de lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Seguro de Salud, y de conformidad con el análisis del caso, se constató para el caso revisado, que el seguro de beneficio familiar de la usuaria E. S. E. se encontraba bajo una condición de “no activo o no actualizado” al momento de la atención médica el 11 de junio de 2020, lo anterior, debido a que este tipo de seguro se otorgaba con una vigencia de 2 años a partir de su aprobación y posteriormente, cercana a la fecha de vencimiento, debía ser renovado según requerimientos que delimitaba la normativa, bajo la responsabilidad de cada asegurado. En adición, y de acuerdo con el procedimiento establecido, el médico tratante categorizó la atención de la paciente como “urgente”, y posterior a ello, se procedió con el correspondiente cobro y emisión de la factura, razón por la cual no se determinó un incumplimiento por parte de la administración, sobre este aspecto.

¹ Cédula Narrativa 06 de abril 2022 Licda. Alvarado



III. Sobre la actualización del Seguro por Beneficio Familiar

Esta Auditoría con el fin de verificar la condición de aseguramiento en tiempo y forma de la usuaria en cuestión, conversó² el 6 de abril de 2022 con la Técnica en REDES Viviana Quirós Fallas, la cual en su momento fue la encargada del departamento de Afiliación del área de salud.

En la revisión correspondiente, se comprobó que la usuaria al momento de recibir la atención médica, disponía de un seguro en la modalidad de beneficio familiar por cónyuge que se encontraba vencido, para lo cual se le solicitó en su momento por parte del departamento de Afiliación, presentarse con los requisitos que dicta el “Manual de Adscripción y Beneficio Familiar” y se procedió a renovar dicho seguro, a través de una constancia de beneficio familiar del 12 de junio de 2020 emitida por la funcionaria Quirós Fallas; por tal motivo la actualización se realizó un día después de la atención médica.

El “Manual de Adscripción y Beneficio Familiar” vigente desde el año 2014 (Regía a la fecha de atención de la usuaria), establecía en su artículo 17 lo siguiente:

“Artículo 17. De la solicitud del beneficio familiar.

La solicitud se presenta ante la dependencia de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) de la sede del EBAIS que corresponda con el lugar de residencia de la persona asegurada directa; o en su caso, con la que corresponda con el lugar de residencia de la persona o personas a nombre de quienes se solicita el otorgamiento del beneficio familiar.”

En lo que respecta a la vigencia del seguro por beneficio familiar en este caso por cónyuge, el mismo cuerpo normativo menciona lo siguiente:

“Artículo 42. De la vigencia del beneficio familiar.

La vigencia del beneficio familiar se extenderá por el plazo que se indica en la siguiente tabla, conforme con la condición específica de la persona beneficiada y para efectos de un eventual cobro de servicios de salud prestados durante el trámite de estudio de la solicitud, iniciará desde la fecha en que ésta se recibe en forma completa.

Parentesco	Parentesco periodo de validez
Cónyuge,	2 años

(...)”

Por otra parte, se refiere al accionar en cuanto al vencimiento del seguro, para lo cual, dicho Manual, indica:

“Artículo 44. Del vencimiento del beneficio familiar.

Cuando venza el beneficio familiar, la persona asegurada directa o quien corresponda, podrá solicitar un nuevo estudio de calificación. Para ello deberá cumplir con los requisitos establecidos según la condición que ostente la persona a beneficiar. (...)”

² Cédula Narrativa 06 de abril de 2022, Tec. Quirós Fallas.



En virtud de lo anteriormente expuesto, la normativa vigente en su momento establecía, que el seguro de salud bajo la modalidad de beneficio familiar requería para su aprobación, de un proceso en el cual se debía presentar una serie de requerimientos por parte del solicitante y que el mismo tenía una vigencia de dos años. Posterior a ese intervalo de tiempo, el seguro debía ser renovado con los requisitos que dicta el manual, de previo a una valoración del área de salud. En el presente caso, se evidenció que la persona asegurada al momento de su atención no disponía de un seguro de beneficio familiar activo. Por lo anterior, el departamento de Afiliación del área de salud le instó a realizar las gestiones de actualización de su modalidad de seguro y proceder con el cobro de la factura emitida por la atención brindada.

IV. Facturación y Arreglo de Pago a la paciente E.S.E.

Con base en la atención brindada a la paciente **E. S. E.**, el 12 de junio de 2020, se confeccionó la factura N° 227706202000125298, por un monto de ₡36 755,00 (treinta y seis mil, setecientos cincuenta y cinco colones con 00/100), la cual se originó por la atención de la usuaria por concepto de tipo de factura médica "No Asegurado" con fecha límite de pago al día 19 de junio de 2020, dicha emisión fue realizada en el área de salud Alajuela Oeste.

Esta Auditoría procedió a verificar el actuar de la administración, en relación con la elaboración de la factura de cobro y el supuesto arreglo de pago indicado en la denuncia, por lo que se conversó el 6 de abril de 2022³ con la Técnica en Contabilidad y Finanzas, Lisbeth Huertas Monge, encargada de Validación de Derechos del área de salud.

En relación con el supuesto "arreglo" de pago la Técnica Huertas Monge, mencionó:

"Debo de ser honesta he indicar que cometí un error, no debí de realizar ninguna gestión de cobro, pero la situación en la que me encontraba incidió en hacerlo ya que la usuaria se encontraba muy molesta y alterada. Me indica que necesita recoger unos medicamentos y que no se los entregan por su condición de deuda a lo que yo procedo a recibirle ₡5.000,00 colones como arreglo de pago le confecciono un vale y se comprometió a venir a pagar el restante el día siguiente. Cuando yo entro en razón, dije ¡que hice, yo no puedo hacer eso! La llamé y le dije que viniera por la plata, le devuelvo el dinero, pero se me olvida solicitarle el vale realizado como anticipo de pago... A los días mi jefe me llamó para expresar lo sucedido y le explico todo..."

La ley General de Control Interno No. 8292 establece:

"Artículo 12 Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno

En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades. (...)"*

Sobre ese hecho, si bien es cierto no se evidenció una acción que represente una afectación del patrimonio institucional, si se denotan oportunidades de mejora en cuanto a los mecanismos de control implementados en el departamento de Validación de Derechos, ante situaciones de esta naturaleza.

³ Cédula Narrativa 06 de abril de 2022, Tec. Huertas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

En entrevista del 6 de abril de 2022 efectuada a la Tec. Huertas Monge, mencionó lo siguiente en relación con el conocimiento de protocolos documentales, flujo de proceso, directrices, manuales, en el tema de arreglos de pago y atención de usuarios:

“(...) los arreglos de pago se realizan únicamente en la sucursal, yo debí enviar al usuario a la sucursal. No existe un manual o instructivos en mi conocimiento específicamente para validación de derechos.

En el trascurso de esta visita la funcionaria recuerda que existe un manual y lo muestra, el cual es el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago el mismo con poco conocimiento, solo han recibido algunas capacitaciones de facturación en la nueva modalidad digital. Pero se hace énfasis en la existencia de una ruta de instrucción del trabajo cotidiano o del procedimiento en casos especiales como el denunciado, a lo que responde que es con base a la experiencia y a las directrices generales de aseguramiento, pero no específica para validación de derechos.”

Por lo anterior, se considera importante que la administración active valore la necesidad de asesorar y capacitar al personal que le corresponda atender los temas de afiliación, facturación y cobro de una manera continua.

En adición, por medio de consulta⁴ vía correo electrónico del 13 de abril de 2022, a la Licda. Marilyn Picado Pérez, coordinadora Financiero Contable del área de salud Alajuela Oeste, se le consultó de las acciones realizadas por parte de la administración en relación con el caso de cobro realizado, al igual sobre la existencia de acciones de contingencia ante eventuales casos a futuro y el seguimiento del cobro al usuario con la finalidad de brindarle colaboración y resolución de su caso. En virtud de lo anterior, la funcionaria manifestó lo siguiente:

“(...) indague con la Licda. Lisbeth Huertas Monge ya que en ese periodo no me encontraba en el puesto de Coordinadora de Financiero Contable, la misma me comenta que a raíz de la circunstancia presentada la titular del puesto de Coord. Financiero Licda. Kendy Moya Badilla le giró instrucciones para que ya no se recibiera dinero en efectivo para evitar este tipo de situaciones y también se procedió a solicitar asesoría en el tema a la Dirección de Coberturas Especiales.”

Además, añadió que se están realizando supervisiones al Servicio de Validación de Derechos.

Posteriormente se le consultó que, en el caso de aseguramiento por beneficio familiar que se haya facturado por alguna situación especial, si se tiene conocimiento de en qué circunstancias puede eliminarse esa factura, si existe días hábiles para reclamos o tramite de reversión, indicando lo siguiente:

“Con respecto a en este caso en específico la factura correspondería anularla siempre y cuando presenten un documento emitido por el Servicio de Afiliación que me permita definir que al momento de la atención contaba con derecho al beneficio familiar (protección familiar definición actual). Cabe destacar que mi usuario de Supervisora en el Sistema de Facturación de no Asegurados me permite anular facturas en un lapso no mayor a cinco días posterior a la elaboración de la factura, posterior a ese periodo deberá realizar la solicitud de anulación en el Área de Coberturas del Estado, adjuntando los documentos justificantes.

Cabe destacar que con respecto a trámites de reversión no tengo conocimientos al respecto, dicha situación no se ha presentado a la fecha por tanto correspondería consultar a la Dirección de Coberturas Especiales.”

⁴ Consulta vía correo electrónico 13 de abril de 2022.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

De conformidad con la información anterior, resulta pertinente que el Área de Salud de Alajuela Oeste efectuó las coordinaciones para gestionar los cobros únicamente en la sucursal correspondiente, así mismo, solicite la asesoría ante la Dirección de Coberturas Especiales para el caso específico, sobre la eventual anulación o en su defecto el pago de la factura de la usuaria **E.S.E.**, lo anterior, ya que según consulta efectuada por parte de esta Auditoría del día 05 de abril de 2022, aún se encontraba pendiente de pago la factura con una fecha de vencimiento de 19 de junio de 2020.

Por ende, con el propósito de aportar elementos de juicio adicionales que coadyuven a la adecuada toma de decisiones, se informa a esa Dirección Médica, para que realice una valoración de los aspectos señalados en el presente oficio y se implementen las acciones que correspondan, con el objetivo de fortalecer el control interno en cuanto al manejo y capacitación en el tema de afiliación de los usuarios, el proceso de validación de derechos y facturación de los asegurados que así lo requieran.

Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA

Lic. Olger Sánchez Carrillo
Auditor

OSC/RJS/MZS/EGC/lbc

C. Licenciado Miguel Angel Cordero García, director, Dirección Coberturas Especiales -1130.
Auditoría.

Referencia: ID-73665