



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

ASF-312-2015
19-10-2015

El presente informe se realizó en atención al plan anual operativo del Área de Servicios Financieros de la Auditoría Interna, con el objetivo de analizar el proceso de validación y facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes no Asegurados en el Hospital México.

En el desarrollo del estudio, se evidenciaron debilidades e inconsistencias que requieren de la atención oportuna de las autoridades del centro médico, así como del nivel técnico institucional, por la importancia que el tema representa para la recuperación de los recursos económicos que invierte la institución en la atención de esta población.

Se determinó que los datos que emite el Sistema SIHOMEX, utilizado para el registro de los pacientes que acceden a los servicios médicos del Servicio de Emergencias del Hospital México, no cumple con los requerimientos técnicos y atributos de integridad y confiabilidad que permitan obtener estadísticas sobre los costos y su recuperación.

Por otra parte se determinaron aspectos relacionados con la supervisión, la ubicación de la oficina ubicada en el Servicio de Emergencias del centro médico, así como debilidades en el proceso de atención, recaudación y control de los pacientes no asegurados, entre otros aspectos, que requieren la atención y corrección de las autoridades hospitalarias.

Producto de lo anterior, se emitieron una serie de recomendaciones dirigidas a la Gerencia Financiera, con el objetivo que la Dirección de Coberturas Especiales brinde asesoría técnica y capacitación a los funcionarios para fortalecer los procesos de validación y facturación de los pacientes no asegurados

Asimismo, a la Dirección Médica y Administrativa Financiera del Hospital México, se les reitera la recomendación 2 del Informe: ASF-180-2015 del 18-08-2015: *“Estudio Integral Gerencial Hospital México U.E. 2104, Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos para Pacientes de Riesgos Excluidos”*, respecto a estabilizar o cambiar el Sistema SIHOMEX utilizado en el Servicio de Emergencias del centro médico para el registro y control de los pacientes, e implemente un Plan de Acción que permita fortalecer los procesos de Validación y facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes No asegurados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

ASF-312-2015
19-10-2015

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL HOSPITAL MÉXICO ÁREA: VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS, UE 2104 GERENCIA MÉDICA

ORIGEN

El estudio se realizó con fundamento en las competencias conferidas a la Auditoría Interna CCSS, en los artículos 21 y 22 de la Ley General de Control Interno; y en atención al Plan Anual 2015 del Área de Servicios Financieros de este Órgano de Fiscalización.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso de validación y facturación de los servicios médicos de los pacientes no asegurados realizado por la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la eficiencia de los controles en el proceso de facturación de los servicios médicos.
2. Revisar las actividades desarrolladas por la administración para el control de las cuentas por cobrar.

NATURALEZA Y ALCANCE

El estudio contempló la revisión y análisis del proceso de facturación en relación con la información registrada sobre los servicios médicos suministrados a pacientes no asegurados y los controles implementados para la administración de las cuentas por cobrar por dicho concepto.

Asimismo, los registros del Mayor Auxiliar Contable, subcuenta contable 137-04-3 Cuenta por Cobrar Hospital México.

El examen comprenderá el período de diciembre 2014 a febrero 2015, ampliándose en aquellos casos en que se considere necesario.

Para la elaboración de esta auditoría se utilizaron las técnicas y procedimientos estipulados en la Norma AI-PC-PT-001 "Normalización de Papeles de Trabajo en la Auditoría Interna".



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Asimismo, se cumplió con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público emitida por la Contraloría General de la República.

METODOLOGÍA APLICADA

Como fuentes de información se utilizaron consultas directas por medio de oficios, consultas verbales y correos electrónicos, entre otros:

- Solicitud de la documentación relacionada con el tema en estudio.
- Consultas dirigidas a los siguientes funcionarios del Hospital México:
 - ✓ Dr. Douglas Montero Chacón, Director Médico
 - ✓ Licda. Vilma Campos Gómez, Directora Administrativa Financiera.
 - ✓ Licda. Fanny Arce González, Jefe a.i. Sub-área de Validación y Facturación.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno. Julio 2002.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), publicada en la Gaceta #26 del 6 de febrero 2009.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna para el Sector Público.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público.
- Manual Descriptivo de Cuentas Contables.
- Manual de Organización de la Dirección Coberturas Especiales, 2010.
- Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Verificación de Derechos. (Actualizado por la Gerencia Administrativa a febrero 2006).
- Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los Establecimientos de Salud, 2010.
- Procedimiento y Control para el Cobro de Facturas por Servicios Médicos Unidades de Validación de Derechos para Hospitales y Clínicas, 1992.
- Norma AI-PC-PT-001 "Normalización de Papeles de Trabajo en la Auditoría Interna".

DISPOSICIONES A 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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el 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. (...)”

GENERALIDADES PROCESO DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES NO ASEGURADOS DEL HOSPITAL MÉXICO

La Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital México, dentro de sus funciones, le corresponde facturar los servicios médicos prestados a pacientes no asegurados, la emisión de informes, brindar asesoría en materia de validación a los usuarios, entre otros aspectos.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROCESO ADMINISTRATIVO Y REGISTRO CONTABLE DE LA FACTURACIÓN Y COBRO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS A PACIENTES NO ASEGURADOS.

Según el Manual de Afiliación y Validación, marzo 2006, un paciente “No Asegurado”, corresponde a:

“...Habitante del país con capacidad contributiva, pero sin trabajadores a su servicio ni actividad lucrativa, que elige no contribuir al Seguro de Salud...”.

Cuando un paciente no asegurado solicita atención en los Servicios de Emergencias de los centros médicos del país, se le aplicará lo señalado en el artículo 61 del Reglamento de Salud, el cual establece que en caso de emergencias se atenderá al paciente de forma inmediata. En caso de acceder al Servicio de Emergencias y su atención no sea calificada como tal, en la Consulta Externa o en alguna de las especialidades médicas, se deberá remitir de previo a la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, con el objetivo de que se le explique y confeccione una factura para que se realice el cobro de los servicios médicos de manera previa.

Dentro de la misma normativa precitada, el artículo 9. De los No Asegurados, señala que se considera “No asegurado” a toda persona que al momento de acceder a los servicios de salud, no se encuentra al día en el pago de sus cotizaciones o no cuenta con alguna modalidad de aseguramiento.

Siendo responsabilidad de los funcionarios donde se presente el paciente a registrar su información, coordinar con la Sub-área de Validación para que ésta proceda a facturar y cobrar los servicios brindados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

A partir noviembre 2000, al Hospital México se le asignó la cuenta contable 137-04-3 "Cuenta por Cobrar Hospital México" para el registro contable de la facturación de servicios médicos a No Asegurados sin cancelar.

Según los datos registrados en el Sistema de Información Hospitalario SIHOMEX, para el período: diciembre 2014, enero y febrero 2015, se registran 21.980 atenciones que ingresaron por el Servicio de Emergencias, como se muestra a continuación de acuerdo a la modalidad de aseguramiento:

Cuadron^o1
HOSPITAL MÉXICO
Sistema De Información SIHOMEX
REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SERVICIOS URGENCIAS
DICIEMBRE 2014 A FEBRERO 2015

Modalidad de Aseguramiento	Cantidad de Atenciones	Porcentaje
No Asegurados	790	4%
Riesgos De Trabajo	81	0.4%
Seguro Obligatorio Automotor	136	0.6%
Asegurados (Diferentes Modalidades)	9993	45%
Null	10.980	50%
Total	21.980	100%

Fuente: Elaboración propia. SIHOMEX, 2015

Según los datos insertos del cuadro anterior, en el periodo de diciembre 2014 a febrero 2015, la cantidad de pacientes registrados bajo la modalidad "No Asegurados", atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital México correspondió a 790 personas, un 4% del total de atenciones. Sin embargo, de ese total de 790 atenciones registradas, solo se evidencian 273 facturas, cabe resaltar que el 50% de los registros corresponden a datos "NULL", por lo que no se tiene certeza a qué tipo de modalidad de asegurado pertenece.

De las 273 "Facturas de Cobro", emitidas en el periodo de diciembre 2014 a febrero 2015, se facturó un monto de ₡277.477.964,09 (doscientos setenta y siete millones, cuatrocientos setenta y siete mil novecientos sesenta y cuatro colones 09/100), en ese mismo período la recuperación correspondió a un total de ₡2.276.096,00 (Dos millones doscientos setenta y seis mil noventa y seis colones), **un 0.82 %** del total facturado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

RESULTADOS

El estudio sobre el control interno aplicado en la administración, facturación y recuperación de los costos de los servicios médicos prestados a los pacientes No Asegurados, permitió evidenciar debilidades e inconsistencias que requieren de la atención oportuna, por la importancia que este tema representa para la recuperación de los recursos económicos que invierte la Institución en la atención de esta población, los cuales se exponen a continuación:

1. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL HOSPITAL MÉXICO (SIHOMEX)

Se evidenciaron inconsistencias entre los registros del Sistema del Hospital México, en adelante SIHOMEX, el Informe sobre la facturación emitido por la Sub-área de Validación del Hospital México y las hojas "Atención de Urgencias".

Por ejemplo, de acuerdo con la información contenida en el Informe "Facturación No Asegurados" emitido por la Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos del centro médico, en febrero 2015 se emitieron 95 facturas de cobro de servicios a pacientes no asegurados por un total de ₡98.822.643,81 (noventa y ocho millones ochocientos veinte dos mil seiscientos cuarenta y tres colones con 81/100) y tres formularios anulados.

Las anteriores cifras no coinciden con la revisión manual efectuada por esta Auditoría a los formularios entregados por la Sub-área de Validación, en la cual se contabilizaron 91 facturas por ₡81.827.123.32 (ochenta y un millones, ochocientos veintisiete mil ciento veinte tres 32/100) y 11 facturas anuladas.

Así mismo, en la consulta a la base de datos del SIHOMEX, en febrero 2015 registró 249 pacientes clasificados como "No Asegurados".

Analizando los datos entre el Informe emitido por la Sub-área de Validación, la revisión manual a las "Facturas de Cobro" y el Sistema SIHOMEX, el único registro en que coinciden todos los reportes corresponde al paciente Delgado Carrillo Johan, identificación 504140457, factura de cobro 30445 por ₡871.932.50 del 16-02-2015.

Aunque la calidad de aseguramiento del paciente Delgado Carrillo correspondía a un No Asegurado, por tratarse de un accidente de tránsito (SOA) se registró en el Sistema MIFRE, con el número de factura 21042015020017801 por un monto de ₡911.695,00 (novecientos once mil seiscientos noventa y cinco colones con 00/100). Condición que no fue consignada en el "Informe" mensual emitido por la Sub-área de Validación y Facturación, siendo en la revisión manual de las facturas realizadas por esta Auditoría que se evidencia que la factura se anula por corresponder a un caso del INS accidente de tránsito.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Por otra parte, al confrontar las “Hojas de Atención de Urgencias” conocida como “Hoja de Puerta” del 16 de febrero 2015, con la información consignada entre el “Informe” emitido por la Sub-área Validación y los registros del SIHOMEX, se determinaron 11 registros que indican en el apartado “MOD ASEGURAMIENTO”: **“NO ASEGURADO”**, pero en ninguno de los casos se evidencia la confección de la factura de cobro emitida por la Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos o la justificación para no emitirse ese documento.

De igual manera, en el SIHOMEX, se determinaron 80 casos correspondientes a pacientes “No Asegurados”, pero clasificados como: asegurados, sin registro, registros “NULL”, desconocidos, leyes especiales ó INS Accidente de Tránsito.

La Ley 8292 General de Control Interno, en los siguientes artículos, 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. (...).”*

Artículo 16.- *Sistemas de información.*

“En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:

- a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requerido para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno. (...).”*

Respecto a la información emitida por el SIHOMEX, según señala el Msc. Javier Quirós Morera, Coordinador del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del centro médico, desde que se implementó este programa ha presentado problemas en el registro de los datos, mismos que carecen de veracidad. Asimismo reitera que este Sistema no posee los requerimientos técnicos para su adecuado funcionamiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Configurándose el mismo Sistema, como una de principales razones por las cuales se elabora de forma manual las estadísticas del Servicio de Emergencias, aspecto que ha sido comunicado a la Dirección Médica del Centro Hospitalario.

Los errores en la facturación en la modalidad de No Asegurados, así como información que no cumple con los atributos integridad y confiabilidad, podría sobre o sub estimar la facturación, razón por la cual la Institución estaría limitada a recuperar parte de los costos invertidos en la atención de esta población.

Siendo que el principal problema es el Sistema de información SIHOMEX, así reconocido por funcionarios del centro médico, corresponde a las autoridades locales e institucionales, dotar al Hospital de un adecuado sistema de información que permita obtener estadísticas sobre el costo y recuperación en que incurre la Institución para la atención de este segmento de la población, datos que permitirían implementar estrategias que contribuyan a una mayor y mejor recuperación de estos fondos.

2. SOBRE LA UBICACIÓN DE LA OFICINA DE LA SUB-ÁREA VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

La Oficina de Validación y Facturación que se encuentra ubicada en el Servicio de Emergencia, solamente tiene habilitada la atención en los turnos de la mañana (6 a.m. a 2 p.m.) y tarde (2 pm a 10 pm). Además, no se sitúa en un lugar estratégico ni con una adecuada visibilidad para que en conjunto con la Oficina de Admisión le permita una mejor cobertura y atención de los pacientes no asegurados. Lo anterior, con el propósito de evitar que se retiren sin cancelar o suscribir un arreglo de pago por la deuda.

De acuerdo con la visita realizada en el Servicio de Emergencias, se determinó que la Oficina de la Sub-área de Validación y Facturación, no tiene visibilidad ni con la Oficina de Admisión o del público del Servicio, se trata de un espacio cerrado con una puerta y ventanas con vidrios tipo escarchados, la comunicación se realiza en persona o por teléfono. Aspecto que permitiría, incluso, que el paciente pase de largo al retirarse del centro médico sin que el funcionario se percate.

El Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 61º “De la prestación de servicios a no asegurados”, establece:

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

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

Sobre el control de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, especialmente los que ingresan en el tercer turno, donde no se cuenta con funcionarios de Validación y Facturación, la Licda Fanny Arce



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

González, Jefe de la Sub-área, señala que no se reciben informes sobre los pacientes que ingresan por ese Servicio por qué no existe seguimiento, agregando:

*“...los compañeros de Validación de Urgencias revisan las boletas de Admisión de los casos que se internaron el día anterior y registran aquellos que por diagnóstico de ingreso pudieran ser accidentes, así como los que indican indocumentados, sin embargo, a la fecha, **constituye solo un registro**. Cabe mencionar, que al egreso, los pacientes de piso pasan primero por Admisión y ahí los funcionarios remiten a Validación los casos que por su documentación ellos consideren que deben remitirse...”*

Respecto a los pacientes No Asegurados, no se puede asegurar que se esté capturando y facturando el 100% de las atenciones que ingresan por el Servicio de Emergencias, factores como la falta de personal, ausencia de un adecuado registro de los pacientes atendidos y la separación física de los servicios de Admisión y Validación y Facturación en el Servicio de Emergencias, se constituyen en elementos que podrían contribuir a incrementar la sub-facturación, la acumulación de cuentas incobrables y en consecuencia los saldos inexactos en los Estados Financieros.

3. SOBRE LA SUPERVISIÓN Y LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Esta Auditoría no evidenció que tanto las autoridades a nivel central como del centro médico, hayan ejercido algún tipo de intervención, la primera (capacitación y asesoría técnica) y/o labores de supervisión la segunda, sobre la gestión desarrollada en la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos en el Hospital.

Asimismo, se determinó que hasta en enero 2015, se implementó la Estructura Organizacional definida en el Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los Establecimientos de Salud, aprobada por la Junta Directiva Institucional en la sesión 8489, artículo 45 del 27-01-2011.

En el período 2014, se documentó el oficio DAFHM-0062-2014 del 10-01-2014, suscrito por la Licda Elvira Carrillo Sánchez, Directora Administrativa Financiera a.i., mediante el cual solicita información respecto al cumplimiento de metas y sobre los pagos por parte del INS, pero no así sobre los pacientes No Asegurados. Si bien la Sub-área de Validación y Facturación remite trimestralmente los informes, no se determinó algún otro tipo de retroalimentación por parte de la administración.

En ese mismo período, tampoco se documentaron capacitaciones, directrices, lineamientos o circulares remitidas por el Área de Coberturas por el Estado, en relación con los procesos desarrollados en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de los pacientes no asegurados.

La Sub-área de Validación y Facturación, tiene asignados 5 funcionarios distribuidos en una jefatura, una secretaria, un técnico administrativo ubicados en la consulta externa del Hospital, y dos funcionarios que cubren los turnos de 6 a.m. a 2 p.m. y de 2 p.m. a 10 p.m. en el Servicios de Emergencias.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

En la sesión 8489, artículo 45 del 27-01-2011, la Junta Directiva institucional en el acuerdo primero aprueba el “Modelo funcional y organizacional en los Establecimientos de Salud”, cuyo objetivo consistió en ordenar administrativamente las unidades, en el acuerdo segundo se instruye:

“...A la Gerencia Médica y Financiera, desarrollar las acciones pertinentes para implementar en forma efectiva las estructuras funcionales y organizacionales aprobadas...”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el inciso 4.5.1 Supervisión constante, señala:

“...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...”

El Manual de Organización de la Dirección de Coberturas Especiales, dentro de la Gestión Técnica Administrativa, señala:

“...Control y evaluación de la aplicación de la normativa institucional correspondiente a la validación de derechos, seguro por el Estado, no asegurados, entre otros...”. (El subrayado no pertenece al original).

La Licda Fanny Arce González, Jefe de la Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos, en entrevista escrita realizada por esta Auditoría señaló:

“...En esta Sub-área dependemos de la Dirección Financiero Administrativa del Hospital, pero técnicamente a la Dirección de Coberturas, a quienes dirigimos nuestras consultas. Sobre la supervisión: La Sub-área remite a la Dirección Financiera del Hospital mensualmente informes de gestión, pero de ellos hacia la Sub-área es muy poca...”

En el transcurso de los últimos diez años las funciones de las sub-áreas de validación y facturación de servicios médicos ha experimentado cambios sustanciales en los procesos por ellos desarrollados, este hecho permitió especializar la función e incluso, tal y como señala la Gerencia Administrativa en la sesión 8489, artículo 45 del 27-01-2011 de Junta, ordenar administrativamente las actividades financieras dentro de los establecimientos de salud al responder éstos a un mismo modelo organizacional.

El fortalecimiento de la facturación y el cobro de los servicios médicos, tanto de pacientes no asegurados como de riesgos excluidos, requiere de un esfuerzo adicional debido a que no solo representa un cambio en la forma de conceptualizar el tema, sino que implica mayor complejidad y profesionalismo en la gestión; cambios que requieren del apoyo, orientación y supervisión de la administración del centro médico y de las área técnicas competentes a nivel institucional.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

4. DEBILIDADES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN, RECAUDACIÓN Y CONTROL DE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS

En el análisis al proceso de atención, recaudación y control desarrollado por la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del centro médico, para el cobro y cancelación de los servicios médicos prestados a pacientes No Asegurados, se determinaron debilidades en la recepción, registro, control y gestión cobratoria, según se detalla a continuación:

4.1. RECEPCIÓN DE DINERO EN EFECTIVO EN LA SUB-ÁREA VALIDACIÓN

Se determinó que en la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos ubicada en la consulta externa, recibe y custodia dinero en efectivo producto de la cancelación de la consulta médica a los pacientes “no asegurados”.

Cuando un paciente requiere un servicio médico en los establecimientos de la CAJA, se debe validar que tiene derecho a esa atención, en caso de no contar con algún tipo de aseguramiento, deberá cancelar por la atención servicio médico de previo a ser brindado.

En estos casos, la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, confecciona un “Comprobante de Ingreso” por el monto correspondiente al costo de la consulta solicitada, incluidos los medicamentos o exámenes adicionales. Para cancelar el servicio, el paciente tiene dos opciones: pago en efectivo o por medio de tarjeta de débito o crédito.

En el caso de la Sub-área del Hospital, los funcionarios reciben y custodian el dinero en efectivo, para posteriormente depositarlo en la caja del centro médico.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, Capítulo II: Normas Sobre Ambiente de Control, inciso 2.5.3. Separación de funciones incompatibles y del procesamiento de transacciones, señala:

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.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Sin embargo, la normativa no es específica en definir un proceso estándar que incluya los responsables de cada una de las etapas que lo conforman: recaudación, cobro, registro, cobro administrativo y judicial.

Al nivel del sub-proceso de validación y facturación de servicios médicos, no se determinó una directriz específica sobre quién recae la responsabilidad de asumir el cobro de la atención, tal como se muestra a continuación:

- El Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, dentro de las actividades sustantivas descritas, señala como actividades fundamentales considera: aplicar las tarifas establecidas para el cobro de servicios médicos, facturar los servicios asistenciales otorgados, remitir la facturación no cancelada a la sucursal o Dirección de Cobros y realizar la gestión de cobro administrativo.
- El “Procedimiento y control para el cobro de facturas por servicios médicos, Unidades de Validación de Derechos para Hospitales y Clínicas”, 1992, refiere específicamente a la forma y requisitos para ejecutar el cobro administrativo y judicial, sin analizar el cobro del servicio.
- EL Manual de Normas y Procedimientos para las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, sobre la aplicación del procedimiento de cobro, en artículo 50. De la Morosidad, párrafo 5°, refiere al Manual de Procedimientos para la Facturación y Cobros.

Según señala la Licda Fanny Arce González, Jefe de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital México, las causas para que este procedimiento se realice de esta manera corresponden a:

“...Dentro de las razones por las cuales se realiza de esta manera, es porque esta caja se ubica atrás del edificio del Hospital en el Área de Aprovisionamiento y su horario es administrativo, siendo que el nuestro, en el caso de Urgencias es hasta las 8 p.m. o 10 p.m., así como fines de semana y para evitar que las pacientes deambulen en las instalaciones y se pierdan, asimismo, para que no quede la factura abierta, de esta manera nos aseguramos que se cancele al menos esa parte del servicio médico...”

El manejo de dinero en efectivo, se configura como uno de los procesos con mayor riesgo operativo, debido a la concurrencia de tareas incompatibles que pueden permitir la comisión de una acción dolosa en detrimento del patrimonio institucional.

La separación de funciones o una adecuada supervisión contribuye a la aplicación eficiente y eficaz del control interno en la institución, asimismo, al cumplimiento adecuado de los objetivos institucionales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

4.2. REGISTRO CONTABLE DE LA FACTURACIÓN

En la revisión del Balance General 2014-2015, se evidenció que la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital México, desde marzo 2014 no se registran las cuentas por cobrar por la facturación de los pacientes “no asegurados” que no cancelaron los servicios médicos recibidos en el centro médico.

De acuerdo con los registros contables de la cuenta 137-04-3 “Cuenta por Cobrar Servicios Médicos Hospital México” en el Balance General, el último registro corresponde a febrero de 2014, transcurriendo aproximadamente un año sin que se actualice esta información.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, Capítulo 4. , inciso 4.4.3. Registros contables y presupuestarios, indica:

“...El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para asegurar que se establezcan y se mantengan actualizados registros contables y presupuestarios que brinden un conocimiento razonable y confiable de las disponibilidades de recursos, las obligaciones adquiridas por la institución, y las transacciones y eventos realizados...”.

Ante la consulta de esta Auditoría Interna a la Licda Fanny Arce González, Jefe de la Sub-área de Validación y Facturación del Hospital México, sobre la ausencia de los registros contables, mediante el oficio SVFHM-094-15 del 07-05-2015, señaló:

“...han existido algunos factores; uno de éstos se debe a la falta de recurso humano, lo cual dificulta cumplir con todas las labores y esta demanda mucho tiempo porque se debe: identificar, localizar y ordenar todas las facturas previo a su envío para ser registradas, además, enviar fotocopiado, lo cual tiene algún grado de riesgo dado que no contamos con fotocopidora, debemos remitirlas a la proveeduría, donde se dejan hasta que los compañeros puedan sacarlas...Hace pocos días se nos facilitó un medio para sacar las copias y reducir riesgos, por lo tanto retomaremos el envío de facturación para registrarse...”

Las debilidades en el control, confección y registro de las factura de cobro y comprobantes de ingreso, denota una débil supervisión, no solo a nivel del centro médico, sino la carencia de direccionamiento y regulación por parte del órgano competente a nivel institucional, respecto a desarrollar estrategias para una eficiente gestión de cobratoria.

La falta al deber de cuidado en las labores realizadas por los funcionarios de la Sub-área, al transcurrir cerca de 14 meses sin que las autoridades se percataran de esta omisión, denota la ausencia de supervisión y control de las autoridades institucionales como del centro hospitalario al no requerir su cumplimiento en un tiempo prudencial.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

4.3. GESTIÓN DE COBRO

Se determinaron debilidades en el proceso de cobro aplicado en la Sub-área de Validación y Facturación, que podría coadyuvar a una débil gestión para la recuperación de los costos en que incurrió la Institución por los servicios médicos prestados a los pacientes No Asegurados.

En la revisión manual de las 273 “Facturas de Cobros” por los servicios médicos a pacientes no asegurados, se determinó que solo en 84 formularios, un 31%, se documentó haberse realizado algún tipo de gestión cobratoria.

De acuerdo con los informes emitidos por la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos y el recuento manual de las “Facturas de Cobro”, en el periodo de diciembre 2014 a febrero 2015, el centro médico facturo un monto de ₡277.477.964,09 (Doscientos setenta y siete millones, cuatrocientos setenta y siete mil novecientos sesenta y cuatro colones 09/100). Recuperando en el mismo periodo un total de ₡2.276.096,00 (Dos millones doscientos setenta y seis mil noventa y seis colones), para un 0.82 %.

En el centro médico se utilizan dos métodos para la gestión de cobro: llamar por teléfono al número señalado por los pacientes o remitir por correo una “Notificación Prevención Administrativa”. Respecto al envío de correos, la empresa “Correos de Costa Rica” no realiza entregas en todas las direcciones de Costa Rica, restringiéndose los lugares por razones de peligrosidad.

Asimismo, no se evidenció un control que indique por ejemplo el tiempo transcurrido entre la emisión de la factura y la primera llamada realizada a los pacientes o la recepción del correo con la “Notificación Prevención Administrativa” o sobre la efectividad que tuvo la gestión en la recuperación de los montos facturados.

El proceso para el registro de los arreglos de pago o pagos parciales, es 100% manual, los funcionarios de la Sub-área, además de emitir el “Comprobante de Ingreso” registran con máquina de escribir, el monto en una tarjeta de control que se anexa a la “Factura de Cobro”, acción que se realiza cada vez que un paciente se presenta a cancelar un abono de la deuda.

Al respecto, no se determinó de manera articulada en la normativa Institucional, el proceso a desarrollar por la Unidades de Validación y Facturación de los Servicios Médicos para la recaudación, control, cobro, cobro administrativo y judicial.

En entrevista realizada a la Licda Fanny Arce González, Jefe de la Sub-área Validación y Facturación, respecto al proceso de gestión cobratoria por ellos efectuada, consiste en:

“...La Sub-área realiza la siguiente gestión cobratoria: con base en los datos aportados por el



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888

Apdo: 10105

paciente se le llama una vez, si este no responde, se procede a notificar por medio del correo a través de la Sub-área de Archivo y Correspondencia institucional, esta acción se realiza en dos ocasiones.

En caso de que la dirección no corresponda o que los datos aportados sean falsos, la Sub-área de Archivo y Correspondencia, devuelve el documento con la justificación de la no entrega, esta se anexa a la factura y se procede a archivar el caso.

Se tiene un listado de los lugares a los cuales Correos de Costa Rica no se presenta por la alta peligrosidad...”.

Según se constató, mediante la recomendación 3 del informe de auditoría ASF-183-2013 del 15-10-2103: “Evaluación del Control Interno para la recuperación de los costos de los servicios médicos suministrados a pacientes no asegurados en el Hospital San Vicente de Paúl”, se solicitó a las Gerencias Médica y Financiera, el desarrollo de una herramienta para instrumentalizar la forma de dar cumplimiento al artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud, la cual, según se indica aún **se encuentra en proceso de atención.**

5. CONTROL DE LA NUMERACIÓN Y CONFECCIÓN DE LOS FORMULARIOS

Se determinaron debilidades en el control de la secuencia numérica y confección de los formularios para la facturación de los servicios prestados a los pacientes no asegurados, de igual manera, en la emisión de los comprobantes por el pago de la consulta, aspectos que afectan la confiabilidad de la información:

5.1. FACTURAS DE COBRO

En la revisión manual de los formularios “Factura de Cobro” emitidas en los meses diciembre 2014, enero y febrero 2015, se determinó que no se tiene control de la numeración y recibo de los block de la Proveduría del centro hospitalario.

Del total de 600 formularios pertenecientes a 12 block pre-numerados cada uno con cincuenta facturas, se documentaron 273 (46%), para un faltante de 327 documentos, es decir un 54%.

Del total de 273 facturas revisadas, al menos en 143 formularios, (52%), se evidenció que contenía algún tipo de corrección, por ejemplo:

- Errores ortográficos
- Datos incompletos

- Correcciones
- Ausencia de sellos de la Sub-área y firmas de los funcionarios
- Uso de dos tipos diferentes de sellos de “Cancelado” y “Anulado”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Los block de las “Facturas de Cobro”, se confeccionan en la imprenta de la CCSS, con un número pre-impreso ubicado en la parte superior derecha en color rojo, consta de cincuenta unidades: original y dos copias.

Dentro de las debilidades se determinó:

- Faltante de formularios entre la numeración de un block,
- Utilización de al menos dos numeraciones diferentes en forma simultáneamente,
- No se tiene establecido un control con la Proveeduría del centro médico respecto de la numeración entregada.

5.2. COMPROBANTES DE INGRESO

Para los meses de diciembre 2014, enero y febrero 2015, se determinó el uso en forma simultánea de al menos 3 block diferentes de los formularios “Comprobante de Ingreso”, sin respetar la secuencia numérica.

Por ejemplo para el mes de diciembre 2014 se utilizaron veintitrés (23) fórmulas provenientes de tres block con numeraciones diferentes, distribuidas de la siguiente forma:

- Trece (13) formularios numerados del 268804 al 268816,
- Ocho (8) del 269649 al 268954 y,
- Dos (2) el 269623 y 269624.

Similar situación ocurrió en el mes de enero 2015, donde se evidencia el uso de dos block de formularios numerados del 268817 al 268826 para diez juegos (10) y dos con los números: 268955 y 268956.

Llama la atención, la forma de controlar la secuencia numérica de los “Comprobante de Ingreso”, mismos que no se confeccionan todos los días, por ejemplo; el 26-12-2014 se confecciona el formulario 268816 y hasta el 07-01-2015 se emite el 268817, transcurriendo 11 días entre ambos. Dentro de este mismo periodo, específicamente el 27-12-2014 se elabora el 268954 y 20 días posteriores se emite el siguiente en la secuencia con el número 268955.

Asimismo, se determinó que se anularon cuatro “Comprobantes de Ingreso”, los numerados 268814, 289652, 268838 y 289624, sin embargo, a este último le falta una fórmula.

La Ley 8292 General de control Interno, en el artículo 12. “Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno”, señala:

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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

- 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. (...)*”.

Las Normas de Control Interno, respecto a los registros y la calidad de la información consignada, señalan:

4.4.3 Registros contables y Presupuestarios. *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer lo pertinente para la emisión, la administración, el uso y la custodia, por los medios atinentes, de formularios uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la institución. Asimismo, deben prever las seguridades para garantizar razonablemente el uso correcto de tales formularios.*

5.6 Calidad de la Información. *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.*

Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

El Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiera Contable en los establecimientos de Salud, sobre la gestión cobratoria efectuada por los Servicios Médicos Unidades de Validación de Derechos para Hospitales y Clínicas, señala:

“...Registrar las facturas elaboradas por servicios médicos otorgados, de conformidad con las políticas, normativa, los procedimientos establecidos y las herramientas diseñadas institucionalmente, con el fin de realizar el control y seguimiento de los montos a recuperar... Otorgar el seguimiento a las facturas por servicios médicos no canceladas por los pacientes y por riesgos excluidos remitidas a la Sucursal o en proceso de cobro en el establecimiento, con base en los procedimientos establecidos y la normativa institucional vigente, a efecto de determinar los casos pendientes de cancelación...”.

Para que la información contenida en un documento sea confiable deberá estar libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas. Atributos de la información que no se estaría cumpliendo por parte de los funcionarios de la sub-área, al evidenciarse que al menos en el 52% de las facturas, se determina algún tipo de corrección u otros, evidenciando incluso, falta al deber de cuidado en el desarrollo de la labor.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

6. SOBRE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

En el desarrollo del estudio, se determinó la emisión de al menos cinco manuales de procedimientos desarrollados a lo interno del centro médico: dos por el Servicio REMES y tres por la Sub-área de Validación y Facturación, sin embargo, en los mismos no se consolidó de forma articulada en uno solo el proceso de la atención compartida entre ambas partes en relación a los procesos de atención, facturación y cobro de los servicios a los pacientes No Asegurados que ingresan a la Consulta Externa o al Servicio de Emergencias.

Sobre la normativa que regula los procesos a desarrollar por las Unidades de Validación y Facturación de los Servicios Médicos, a nivel institucional, se determinaron los siguientes documentos:

Procedimiento y Control para el Cobro de Facturas por Servicios Médicos, Unidades de Validación de Derechos para Hospitales y Clínicas, 1992.

Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, febrero 2006.
Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, Enero 2011.

Asimismo, en el desarrollo de los documentos emitidos a nivel del centro médico, no se utiliza el formato emitido y aprobado por la Dirección de Sistema Administrativos: “Guía para el levantamiento, documentación y rediseño de procesos” del 05 de septiembre 2007, código GDA-DSA-DCI-001, versión 2.1., en su confección.

Los manuales emitidos por el Servicio de REMES, corresponde a:

- Manual de Admisión
- Manual de Organización, Normas, Funciones y Procedimientos

Los documentos redactados a lo interno de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos:

- Funciones de Secretaria
- Manual Asistente Técnico Administrativo 2
- Manual Personal Urgencias

Según se indica en la “Guía para el levantamiento, documentación y rediseño de procesos” del 5 de septiembre 2007, en el apartado “1. Alcance y Campo de Aplicación”, señala:

“...La presente guía es de aplicación general en todas las unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social (Caja), para la identificación, levantamiento, documentación y rediseño de procesos, con el fin de que puedan gestionarlos adecuadamente...”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Respecto a la emisión de la normativa la Licda Fanny Arce González, señala:

*“...se tiene un Manual, elaborado a nivel local y utilizado a nivel local, este le ayuda al personal para realizar los procedimientos que se realizan en la oficina.
Este Manual fue elaborado por los funcionarios y revisado por mi persona...”.*

La emisión de manuales redactados a lo interno del centro hospitalario, corresponden a esfuerzos aislados de las diferentes unidades, que no integra las responsabilidades y coordinación que debería existir entre los funcionarios de Registros Médicos, a quienes en primera instancia les corresponde identificar a los pacientes No Asegurados y comprobarles sus derechos para posteriormente coordinar con Validación de Derechos la facturación y en caso de corresponder el cobro de los servicios médicos, conforme lo señalado en los artículos 49° y 61 del Reglamento de Salud.

Al igual que la normativa interna desarrollada en el centro médico, el marco jurídico vigente en materia de validación y facturación de servicios médicos, no se logró evidenciar de forma escrita un proceso articulado de todos los participantes o al menos un modelo básico o proceso estándar de las funciones y responsabilidades, aplicable en las unidades de acuerdo con los recursos disponibles.

La guía elaborada por la Dirección de Servicios Administrativos, incluye una metodología a seguir para el levantamiento de los procesos, cuyo objetivo consiste en unificar los criterios en la elaboración de estos documentos emitidos a lo interno de las unidades.

7. USO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO

Contrario a lo señalado en las normas que rigen el uso de tiempo extraordinario en la CCSS, los funcionarios de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos ubicados en el Servicio de Emergencias, utilizan tiempo extraordinario para completar los turnos de 2 p.m. a 10 p.m. entre semana, fines de semanas y días feriados para completar la jornada de atención al público.

El Instructivo Formulación Plan Presupuesto 2016-2017, versión 2015, sobre la partida 2021: Tiempo Extraordinario, señala:

*“...2021 Tiempo Extraordinario.
Retribución eventual al personal que presta sus servicios en horas adicionales a la jornada ordinaria de trabajo, cuando necesidades impostergables de la entidad así lo requiera, ajustándose a las disposiciones legales y técnicas vigentes. Para la formulación, ejecución, control y evaluación de esta partida se debe tomar en cuenta lo estipulado en el lineamiento 3 “Financiamiento de tiempo extraordinario, consulta vespertina y de 24 horas, cirugías vespertinas y lista de espera” de la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888

Apdo: 10105

Financieros de la CCSS, aprobada por Junta Directiva, en el artículo 6 de la sesión 8472 del 14 de octubre del 2010.

Entre otros lineamientos, lo siguiente:

- *No podrá pagarse a quienes ocupen puestos de confianza o jefaturas, salvo después de una jornada de 12 horas.*
- *La autorización para trabajar jornada adicional debe ser autorizada por el superior jerárquico, preferiblemente por escrito.*
- *Su pago no debe convertirse en práctica ordinaria, y sólo se permite en casos debidamente justificados. La calificación sobre su necesidad la hará la propia administración bajo su exclusiva responsabilidad.*
- *En lo posible deben realizarse contrataciones en los diferentes turnos a efecto de disminuir el Tiempo Extraordinario. ...". (El resaltado no pertenece al original).*

Sobre las razones por las cuales se utiliza tiempo extraordinario, mediante entrevista escrita a la Licda Fanny Arce González, Jefe de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, señala que no son suficientes para realizar todas las actividades, por lo que resulta necesario al menos dos personas, el número de plazas no ha crecido en al **menos 22 años**, de igual manera tampoco se tiene suficiente espacio físico para ubicar personal extra.

De acuerdo con el oficio SVFHM-073-15 del 13-04-2015: Justificación de Partidas Variables (Tiempo Extraordinario), remitida por la Sub-área de Validación, sobre la solicitud de tiempo extraordinario, indica:

- No se cuenta con personal para cubrir el turno de 10 p.m. a 6 a.m.
- Los fines de semana, feriados e incapacidades solo labora un funcionario de 12 m.d. a 8 p.m.
- Solicita tiempo extraordinario para cubrir parte del horario del 1° turno, de 7 a.m. a 12 m.d. y de 8 p.m. a 10 p.m. El resto del tiempo lo asume el personal de Admisión, e indicando:
- *"...De no cubrirse esas horas con tiempo extra, habría muchos casos que no se tramitarían o bien no se cobrarías o facturarían; acarreando no solo pérdidas para el hospital sino disgustos y quejas de pacientes que requieren trámites como lo son denuncias de accidentes de tránsito o de trabajo los cuales no son funciones de la oficina de Admisión..."*

Es importante señalar, que desde el punto de vista legal, las jornadas extraordinarias, deben ser excepcionales y no permanentes, puesto que se estaría desvirtuando su naturaleza. Asimismo, a nivel del centro médico, no se dispone con un estudio que justifique el uso de horas extras en la Sub-área de Validación versus los beneficios y costos, de incluir la asignación de un funcionario en forma permanente.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

CONCLUSIÓN

La facturación de pacientes no asegurados se configura como un proceso de reciente actualización en la Institución, si bien las Sub-áreas de Validación de Derechos y Facturación de Servicios Médicos, por años han desarrollado la función de verificar los derechos de los pacientes que acceden a los servicios médicos de la CCSS, en los últimos cuatro años, este proceso netamente operativo ha evolucionado hasta lograr cierta especialización.

Sin embargo, estos cambios no se ven reflejados en la recuperación de la inversión que realiza la Institución para atender la población No Asegurada, al determinarse que en el periodo de tres meses (diciembre 2014 a febrero 2015), la Sub-área de Validación del Hospital México, emitió 273 “Facturas de Cobro”, por un monto de ₡277.477.964,09 (Doscientos setenta y siete millones, cuatrocientos setenta y siete mil novecientos sesenta y cuatro colones 09/100), pero en ese mismo periodo por ese rubro ingresaron ₡2.276.096,00 (Dos millones doscientos setenta y seis mil noventa y seis colones), un 0.82 %. Monto poco significativo para la Institución, al determinarse que se recuperó menos de un 1% de lo invertido.

Entre las causas que propician estos hechos, se configura normativa desactualizada o en proceso de aprobación, poca o escasa capacitación, ausencia de un sistema o herramienta digital e inclusive sin las instalaciones adecuadas a los nuevos modelos aprobados, entre otros aspectos, se constituyen en factores que inciden en que la gestión no produzca los resultados esperados.

A nivel del centro médico, uno de los factores de mayor riesgo es la subfacturación se configura el sistema de información utilizado en el Servicio de Emergencias, el cual no permite identificar de forma fidedigna y por ende cuantificar por tipo de asegurado y en los casos que amerite la facturación del servicio prestado.

Otros aspectos, refieren a la recientemente implementación en el centro médico del Modelo Funcional y Organizacional, la ausencia de supervisión sobre las labores que se desarrollan en la Sub-área por parte de las autoridades del centro hospitalario, son aspectos que podrían incidir en que no se consolide adecuadamente el proceso de registro, recaudación y gestión cobratoria.

Si bien todo proceso, requiere de un periodo de adaptación previo a su consolidación, no se puede esperar que los funcionarios desarrollen adecuadamente su labor sin las herramientas adecuadas.

A nivel Institucional, un aspecto que requiere de una pronta acción por parte del nivel rector, se configura la revisión y actualización de la normativa vigente, con el propósito de consolidar el proceso completo desde que el paciente solicita atención hasta su egreso del centro hospitalario, incluyendo todos los servicios médicos y administrativos que intervienen y los responsables de las actividades que lo conforman.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Correspondería a las Gerencias Médica y Financiera quienes desarrollan la regulación y normativa técnica y a la Dirección de Coberturas Especiales, quienes definen las decisiones tácticas y mecanismos de asesoría de control y evaluación, realizar un análisis del progreso alcanzado en estos cuatro años, clasificar los aciertos y los errores, definir las herramientas e instrumentos con los que se dispone y los requeridos para consolidar este proceso, retroalimentar a las unidades, con el propósito de cumplir los objetivos institucionales y el cuidado del patrimonio institucional. En el informe de auditoría ASF-200 del 19 de agosto del 2015, en la recomendación 1) se solicitó a la Gerencia Financiera, acelerar el proceso de aprobación del “Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con capacidad de Pago”, dado la “ importancia de disponer en forma oportuna del marco regulatorio que permita mejorar los procesos de facturación, recaudación y cobro de servicios médicos brindados a este tipo de pacientes, y cuyo objetivo principal es propiciar una gestión ordenada y clara para una más efectiva y oportuna recuperación de los costos incurridos por la institución...”

RECOMENDACIONES

En aras del fortalecimiento la gestión financiera, operativa y contable de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, se presentan las siguientes recomendaciones, a las cuales se les establece un tiempo de ejecución, el cual rige una vez que cada unidad administrativa reciba el presente informe; las acciones que se ejecuten para su cumplimiento es responsabilidad de la Administración Activa, quién tomará las decisiones y acciones que considere necesarias partiendo de los resultados determinados en este informe.

GERENCIA FINANCIERA

1. Solicite a la Dirección de Cobertura Especiales brindar una asesoría técnica y capacitación a la SubÁrea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital México. El propósito es fortalecer en este centro de trabajo los procesos de validación y facturación del seguro por el Estado, no asegurados, población en condición de pobreza, entre otros. Así como lo relacionado a los procesos de captación, facturación, recaudación y gestión cobratoria. Plazo 6 meses.

A LA DIRECCION MÉDICA Y DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL HOSPITAL MÉXICO

2. A partir de la decisión que adopte el centro médico, conforme lo señalado en la recomendación 2 del Informe ASF-180-2015 del 18-08-2015: “*Estudio Integral Gerencial Hospital México U.E. 2104, Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos para Pacientes de Riesgos Excluidos*”, respecto a estabilizar o cambiar el Sistema SIHOMEX utilizado en el Servicio de Emergencias del centro médico para el registro y control de los pacientes, es necesario que:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Con la asesoría pertinente, se implemente un Plan de Acción que permita fortalecer los procesos de Validación y facturación de los servicios médicos a los No asegurados, que incluya entre otras acciones:

- a. Analizar la viabilidad de incluir un requerimiento al Sistema Automatizado para la emisión digital de la factura de servicios médicos, este documento deberá incorporar al menos los datos personales del paciente, el monto por cada uno de los servicios prestados sea médico, laboratorio y otros, brindados a los pacientes No Asegurados.
- b. El Servicio de Remes, remita a la Sub-área de Validación, el censo de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias en el tercer turno y los fines de semana y feriados, incluyendo la siguientes datos: identificación, nombre completo, modalidad de aseguramiento, hora de atención, con el fin de analizarla y en caso de proceder, facturar estos servicios médicos.
- c. El Servicio de Estadística del centro médico, emita en forma digital el informe estadístico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias, incluidas las variables definidas por la Dirección y Administración del centro médico, por ejemplo: tipo de atención, tipo de urgencia, total de atenciones, no urgencias, alta, número de extranjeros, fallecidos, causas del accidente, lugar del accidente, entre otras variables a definir por las autoridades del centro médico, con el objetivo de que los funcionarios eviten elaborar esta información de forma manual y subsanar errores y omisiones, asimismo, procurar una mejor distribución del tiempo.

Asimismo, se elimine la opción “NULL” en la columna “Calidad Asegurado”, con el objetivo de cuantificar la cantidad y modalidad de los asegurados atendidos en el Servicio de Emergencias.

- d. Analizar la viabilidad de ubicar en el Servicio de Emergencias la oficina de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos en conjunto con los funcionarios del Servicio de Admisión, con el propósito de que los casos por No Asegurados que se presenten a requerir atención, sean captados de forma previa a que se les preste el servicio o atención médica, según lo señalado en el artículo 61 del Reglamento de Salud.
- e. Realizar un estudio de factibilidad para determinar el costo/beneficio de implementar de forma permanente un tercer turno en el Servicio de Emergencias, para la atención, control, emisión de la facturación de los pacientes No Asegurados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888

Apdo: 10105

En este análisis se debe incluir la facturación tanto de los pacientes No Asegurados y en Riesgos Excluidos: Accidentes de Tránsito y Trabajo, los montos recuperados y su porcentaje versus los costos de mantener al personal laborando en el tercer turno, entre otros aspectos que consideren las autoridades del centro médico.

- f. Se actualicen los manuales de procedimientos conforme a los lineamientos establecidos y autorizados por la Dirección de Servicios Administrativos, órgano competente Institución.

Asimismo se integre en un solo proceso las actividades desarrolladas por los funcionarios de los Servicios de Admisión y Validación de Derechos, o redactarlo de manera que cada uno de los procesos sea continuación del anterior e incluya las relaciones con otros servicios como Enfermería y Medicina y el rol de supervisión.

- g. Concluir con proceso del registro contablemente de la apertura de las cuentas por cobrar por la facturación de pacientes No Asegurados.

Asimismo, confirmar el número de cuenta contable para el registro de los pagos por medio de tarjeta de crédito /debito.

- h. Actualizar el archivo denominado: "AUXILIAR C X X DIC.14-FEBFEBR.15", emitido por la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Este proceso, incluye la conciliación de la cuenta contable 137-04-3 "Cuenta por cobrar Servicios Médicos-Hospital México", correspondiente a la facturación de los Pacientes No Asegurados versus los saldos del Mayor Auxiliar Contable.

- i. Establecer el mecanismo de cobro de los servicios médicos en el que no intervenga la Sub-área de Validación de Derechos.

- j. Homologar los sellos de "Cancelado" y "Anulado", utilizados en las oficinas de Validación de Derechos de la Consulta externa y emergencias, de manera, que se utilice el mismo diseño.

- k. Implementar un control de las facturas de cobro y comprobantes de ingreso, para el resguardo, archivo, anulación.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

- I. Solicitar a la Sub-área que justifique o incorpore los faltantes del consecutivo de las “facturas de Cobro” y “Comprobantes de Ingreso” evidenciados en este informe, de los resultados adoptar las acciones que en derecho correspondan.

PLAZO: 6 MESES

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, mediante el oficio número 49741 del 20 octubre, 2015, se realiza convocatoria para comunicar los resultados obtenidos en el presente informe.

La Licda Vilma Campos Gómez, Directora Financiera Administrativa y el Lic. Mario murillo Muñoz, Asistente Administrativo, ambos del Hospital México, quienes estuvieron de acuerdo con los resultados del informe e indicaron “...se darán las instrucciones necesarias para la aplicación de cada recomendación y se le pedirá al Jefe de Área el seguimiento...”.

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

Licda. Daphne Espinoza Fuentes
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Randall Jiménez Saborío
**JEFE SUB-ÁREA DE
INGRESOS Y EGRESOS**

Lic. Olger Sánchez Carrillo
Jefe A/C