



RESUMEN EJECUTIVO

La presente evaluación se realizó con el fin de atender las actividades incluidas en el plan anual de trabajo para el 2019 del Área Gestión Operativa de la Autoría Interna, en el cual se contempló la revisión y análisis de los controles implementados por el área de salud de Cariari para la ejecución de los procesos en la unidad de validación y facturación de servicios médicos y el presupuesto asignado para la atención de sus necesidades.

En la revisión efectuada se observaron debilidades en el seguimiento a los casos de riesgos excluidos incluidos en el MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos), lo que limita la facturación y eventual recuperación de los costos incurridos en la atención de pacientes por riesgos excluidos. Al 24 de junio de 2019 existen 831 casos incluidos en la herramienta informática desde el 2012 hasta el 2019 sin facturar.

De acuerdo con datos extraídos del SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas) en el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019, se generaron 9507 casos de pacientes no asegurados, en el servicio de Urgencias, que no pasaron a la unidad de validación y facturación de servicios médicos con el fin de que se verificara su condición de aseguramiento para facturar lo que corresponda. En la misma fuente de información se observa que 4070 casos dados de alta fueron ingresados en horas hábiles para la oficina de validación y facturación de servicios médicos.

El área de salud de Cariari carece de auxiliares contables que permitan conocer el monto exacto de las cuentas por cobrar de los servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago. En el 2012 la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera solicitaron a las Unidades realizar un inventario de las facturas confeccionadas hasta ese momento; sin embargo, esta solicitud no fue atendida, según reporte del Área Coberturas del Estado de la Dirección de Coberturas Especiales.

Esas cuentas por cobrar tampoco están registradas contablemente, lo que ha generado la aparición de saldos anormales en la contabilidad institucional ante el aparente pago de las obligaciones por parte de los pacientes que recibieron los servicios. Para efectos de esta evaluación se tomó un grupo de las 149 facturas, que se encuentran en cajas de cartón sin ningún orden aparente, dispuestas en una bodega del segundo piso de la proveeduría, determinándose que algunas carecen de datos fundamentales para la identificación y localización de los deudores; incluso once de estos deudores están fallecidos, según el Tribunal Supremo de Elecciones.

En el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019 se efectuaron 959 reportes por accidentes de tránsito en el SISVE (Sistema de Vigilancia de la Salud); no obstante, solamente se facturaron 444 de estos eventos al INS (Instituto Nacional de Seguros) por SOA (Seguro Obligatorio de Automóviles), lo que representa una facturación de 46.29%. Al respecto, la unidad de validación y facturación de servicios médicos ha identificado causas que impiden realizar una facturación efectiva, tales como omisiones y errores en las hojas de atención de Urgencias y, en algunas ocasiones, la letra de los profesionales en medicina es ilegible, lo que impide conocer los procedimientos efectuados.



Existen diferencias en la información estadística que se genera en la Unidad por cuanto, según datos del cuadro N° 51 “Enfermedades de declaración obligatoria” del Boletín Estadístico, desde el 1° de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019 se atendieron 959 accidentes de tránsito; mientras que el cuadro N° 18 “Accidentes según causa y lugar” solamente se reportaron 502 de estos eventos en el mismo periodo. De acuerdo con indagaciones realizadas por esta Auditoría, el cuadro N° 18 se alimenta con datos del cubo de Urgencias, en el cual se pudo verificar que 78 de los accidentes de tránsito atendidos en el periodo comprendido desde el 1° de enero de 2019 hasta el 31 de mayo de 2019, fueron identificados con diagnóstico no especificado, lo que genera incertidumbre con respecto a la información necesaria para la toma de decisiones.

La partida 2126 “Energía eléctrica” presenta un sobregiro ₡396,862.00 (trescientos noventa y seis mil ochocientos sesenta y dos colones) al 31 de diciembre de 2018, a pesar de que durante el periodo presupuestario se tramitaron dos modificaciones para disminuir el contenido en ₡4,400,000.00 (cuatro millones cuatrocientos mil colones), evidenciándose debilidades en la planificación de las aplicaciones automáticas de pagos por servicios públicos que se tramitan en el área de Tesorería General.

Del mismo modo, se observan partidas de materiales y suministros y servicios no personales sin ejecución y otras con porcentajes de ejecución interiores al 85%, por las cuales se dejó de ejecutar ₡81,943,010.95 (ochenta y un millones novecientos cuarenta y tres mil diez colones con 95/100). Las justificaciones ofrecidas por la Unidad al final del periodo se relacionan con la planificación de los procesos de contratación administrativa y las dificultades de coordinación con los proveedores para que presenten facturas a tiempo.

En el área de salud de Cariari no se realiza una revisión periódica de los incentivos de zonaje y asignación de vivienda. La Dirección Médica conformó una comisión que analizara los casos en el 2007 y se realizaron seguimientos a las recomendaciones; sin embargo, aún se mantienen beneficios identificados en ese momento y que aparentemente se debían excluir. Además, según lo constatado por esta Auditoría, existen indicios que podrían haber modificado las condiciones en que se otorgaron algunos beneficios, por lo que se considera conveniente realizar una nueva revisión al respecto.

En virtud de lo expuesto, este órgano de fiscalización emitió seis recomendaciones dirigidas al Director Médico y al Administrador del área de salud de Cariari con el fin de que se analice la situación actual y se implementen los mecanismos de control pertinentes para corregir los aspectos señalados.



AGO-124-2019
07-10-2019

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EVALUACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE CARIARI REFERENTE A PRESUPUESTO Y VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al plan anual de trabajo para el 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna, apartado de actividades programadas.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los controles establecidos para la gestión del presupuesto y validación y facturación de servicios médicos en el área de salud de Cariari.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar los procesos ejecutados en la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari.
- Verificar la existencia de mecanismos de control con respecto a la ejecución del presupuesto asignado al área de salud de Cariari.

ALCANCE

El presente estudio abarca la revisión y análisis de los reportes del MIFRE (Módulo Informático de Facturación y Riesgos Excluidos) y el SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas) al 31 de mayo de 2019, así como los datos del Balance General del Seguro de Salud a esa misma fecha.

También se consideró la facturación de riesgos excluidos y la generación de información estadística en la Unidad al 30 de junio de 2019.

Adicionalmente, se consideró la ejecución presupuestaria del área de salud de Cariari al 31 de diciembre de 2018.

Los periodos mencionados fueron ampliados a efectos de reforzar temas específicos.

En el desarrollo del presente examen se tomaron como base los lineamientos establecidos en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República, según resolución R-DC-64-2014 de las quince horas del once de agosto del dos mil catorce.



METODOLOGÍA

- Revisión del reporte de atenciones médicas por riesgos excluidos pendientes de facturar en el MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos) desde el 1° de marzo de 2012 hasta el 31 de mayo de 2019, generado el 24 de junio de 2019.
- Revisión de los casos de no asegurados incluidos en el SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas), y que están pendientes de analizar por la oficina de validación y facturación de servicios médicos en el periodo comprendido desde el 1° de enero de 2018 hasta el 31 de junio de 2019.
- Revisión al azar de un grupo de facturas por servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, custodiadas en cajas de cartón, en una bodega ubicada en el segundo piso de la proveeduría del área de salud de Cariari.
- Comparación de datos estadísticos generados en el área de salud de Cariari para reportar los accidentes de tránsito atendidos.
- Consultas al Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias del área de salud de Cariari, disponible en el SIIP (Sistema Integrado Institucional de Presupuesto).
- Entrevista con la Sra. Alejandra Vega Rosales, encargada de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari.
- Entrevista con la Sra. Ana Cecilia Quirós Valverde, encargada de recursos humanos del área de Salud de Cariari.
- Entrevista con la Sra. Leidy Prado Hidalgo, encargada a.c. de recursos humanos del área de salud de Cariari.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, Ley N° 8292, del 4 de setiembre de 2002.
- Ley Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, Ley N° 8131, del 18 de setiembre de 2001.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas por la Contraloría General de la República y publicadas en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero del 2009.
- Reglamento del Seguro de Salud, reformada por la Junta Directiva según artículo 36° de la sesión 8061, celebrada el 30 de mayo de 2006.
- Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 22 de octubre de 2015.



- Reglamento de zonaje, aprobado por Junta Directiva en el artículo N°21 de la sesión 7156, celebrada el 2 de setiembre de 1997 y rige a partir del 1 de enero de 1998, según acuerdo de la misma Junta en el artículo N°23 de la sesión número 7161 del 23 de setiembre de 1997.
- 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.
- Principios de Contabilidad Aplicables al Sector Público Costarricense, publicados en La Gaceta N°82, del 29 de abril de 2008.
- Política Presupuestaria 2018-2019 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo.
- Criterio D.J-5305-2010, del 16 de agosto de 2010, de la Dirección Jurídica de la institución.

ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR

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

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

HALLAZGOS

1- DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS EXCLUIDOS REGISTRADOS EN EL MIFRE

Se determinó que existen atenciones médicas brindadas a pacientes por concepto de eventuales riesgos excluidos, registrados en el MIFRE ((Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos), que carecen de seguimiento con el fin de determinar si se debe realizar la facturación al INS (Instituto Nacional de Seguros).

Se extrajo reporte del MIFRE, al 24 de junio de 2019, determinándose que existen 831 casos de atenciones por eventuales riesgos excluidos SOA (Seguro Obligatorio de Automóviles) o SRT (Seguro de Riesgos del Trabajo) incluidos en la herramienta informática pendientes de facturar, por servicios médicos brindados en el periodo comprendido desde el 1° de marzo de 2012 hasta el 31 de mayo de 2012, según el siguiente detalle:



CUADRO 1
RIESGOS EXCLUIDOS PENDIENTES DE FACTURAR
(Del 01-03-2012 al 31-05-2019)

AÑO	CASOS
2012	4
2013	92
2014	196
2015	129
2016	150
2017	188
2018	59
2019	13
TOTAL	831

Fuente: Elaboración propia con datos del reporte del MIRE.

Sobre el seguimiento a estos servicios médicos brindados, llama la atención que existen casos sin seguimiento del 2012, 2013, 2014 y 2016 incluidos por la exfuncionaria Sra. Doris del Socorro Valverde Arroyo, quien se encuentra pensionada desde el 26 de abril de 2017, de acuerdo con documento extraído del SIP (Sistema Integrado de Pensiones) de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 17°, establece que:

“El proceso de Validación y Facturación por Riesgos Excluidos inicia en el momento en el que una persona lesionada se presenta a un establecimiento de salud de la Caja requiriendo la prestación de servicios de salud, y el establecimiento identifica que se está en presencia de un riesgo excluido, y finaliza, una vez que habiéndose prestado la atención requerida y encontrándose el paciente con alta médica o hemodinámicamente estable para su traslado a otro centro hospitalario, se emite la respectiva referencia médica, se genera la facturación para la recuperación de los costos en que se hubiere incurrido, y de ser necesario se ejecutan las acciones correspondientes a nivel de cobro administrativo y judicial”.

El artículo 35° de la citada norma también establece lo siguiente:

“El costo de las atenciones brindadas a lesionados que han sufrido accidentes de tránsito, serán facturadas, al momento del egreso del paciente, a la aseguradora que le corresponda la cobertura de dicho siniestro.

Si el paciente que está siendo atendido en los establecimientos de salud de la Caja por haber sufrido un accidente de tránsito falleciere, ello no enervará la responsabilidad de la aseguradora de pagar la suma que le fuere cobrada por las atenciones brindadas”. (El subrayado no es del original)

Sobre la responsabilidad de la facturación de los riesgos excluidos, el artículo 20° de la misma norma indica lo siguiente:



“Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento de salud, como autoridad superior del mismo y en coordinación con la Dirección Administrativa – Financiera o la Administración, según sea el nivel de atención, establecer y mantener a lo interno los mecanismos de control necesarios para garantizar que la identificación, captura de la información, registro, facturación, y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos, se realice de manera oportuna y de conformidad con lo dispuesto en este reglamento y en las demás disposiciones que se emitan”.

Esta Auditoría consultó a la Sra. Alejandra Vega Rosales, encargada de la oficina de validación y facturación de servicios médicos, sobre los casos incluidos en el MIFRE y que no han sido facturados, a pesar de que las atenciones médicas se brindaron en periodos anteriores. La funcionaria mencionó que en algunas ocasiones se incluían los casos y se dejaban abiertos; posteriormente, se incluía uno nuevo y se omitía la exclusión del anterior, duplicando el registro. Adicionalmente, la Sra. Vega Rosales manifestó que ha estado revisando este reporte con el fin de establecer si existen casos que se deben descartar o proceder a facturar al INS.

La acumulación de casos pendientes de facturar en el MIFRE obedece a debilidades en el seguimiento y falencias en la implementación de controles efectivos, por parte de los funcionarios de la oficina de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari, que permitan realizar un cobro oportuno al INS, de los servicios médicos brindados a personas atendidas al amparo del seguro de riesgos del trabajo y del seguro obligatorio de automóviles.

Estas debilidades de control repercuten directamente en la eventual recuperación de los costos incurridos por la institución para atender a las personas que sufren algún tipo de eventualidad, contemplada en Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 27° de la sesión N°8806, celebrada el 22 de octubre de 2015.

2- DE LA REMISIÓN DE PACIENTES NO ASEGURADOS A LA OFICINA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Esta Auditoría observó que la oficina de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari no verifica la condición de aseguramiento de todas las personas no aseguradas que se presentan a solicitar atenciones en el servicio de Urgencias.

Cuando los usuarios se acuden al servicio de Urgencias para solicitar atención médica y se registran en el SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas), en caso de no estar asegurados, se genera una alerta de manera que el personal de salud esté informado de que el caso se debe remitir a la oficina de validación y facturación de servicios médicos con el fin de que se verifiquen los derechos y se determine si aplica alguna ley especial o si se deben facturar los servicios.

Una vez que los funcionarios de validación y facturación de servicios médicos analizan el caso, modifican la opción, de manera que este no aparezca pendiente de revisión.



Esta Auditoría observó que, en el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2018 hasta el 30 de abril de 2018, se dejaron de revisar 9.507 casos en la oficina de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari, según el detalle que se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 2
NO ASEGURADOS SIN REVISAR POR VALIDACIÓN
 (Del 01-01-2018 al 30-04-2019)

ESTADO	CASOS SIN VERIFICAR POR VALIDACIÓN	CASOS SIN VERIFICAR POR VALIDACIÓN (Días y horas hábiles)
Alta	7,562	4,070
Ausente	878	680
Referido	963	483
Cancelada	68	44
Fuga	30	17
Fallecido	3	1
Salida exigida	3	0
TOTAL	9,507	5,295

Fuente: Elaboración propia con datos del SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas).

Otro aspecto importante de resaltar es que la atención al público en la oficina mencionada es de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. de lunes a viernes, excluyendo los feriados y asuetos. Considerando estos datos, se procedió a comparar el reporte del SIAC con el calendario, determinándose que en días y horas hábiles se omitió la revisión de 4,070 personas no aseguradas dadas de alta y 483 referidas, las cuales recibieron los servicios completos que se ofrecen en el servicio de Urgencias. Tampoco se revisó la condición de aseguramiento de 17 personas fugadas y una fallecida.

El artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud refiere a la atención de las personas no aseguradas lo que a continuación se transcribe:

“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”. (Los subrayados no son del original)

El numeral 5.5 del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, establece las responsabilidades de los diferentes actores que intervienen en el proceso para la facturación de los servicios médicos brindados a esta población. En el punto 5.5.1 se indica que las siguientes son responsabilidades de los funcionarios de Registros de Salud y/o Emergencias:



“Solicitar los documentos de identificación que la normativa establece a personas que solicitan los servicios de salud, para identificar o verificar la vigencia de sus derechos, según modalidad de aseguramiento.

Remitir al paciente a la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos antes de la atención médica solicitada en caso de ser una atención no urgente o después del servicio recibido, tratándose de una atención de urgencia o emergencia. Lo anterior con el fin de dicha Unidad proceda a facturar los servicios médicos en los casos que así lo establece la normativa.

Coordinar con Validación y Facturación por Servicios Médicos, lo relacionado con las atenciones brindadas a No Asegurados con capacidad de pago.

Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento.

Facilitar el Expediente en Salud u Hojas de Emergencia a las UVFSM cuando así lo requieran, para constatar la prestación de servicios que el Profesional en Ciencias Médicas le realizó al usuario no asegurado y así proceder con la generación de la Prevención de pago-aviso de cobro (factura)”. (Los subrayados no son del original).

La norma establece que también los profesionales en ciencias médicas y el Área Financiero Contable o la Administración del establecimiento de salud, deben coordinar y colaborar con las unidades de validación y facturación de servicios médicos para lograr una adecuada captura de la información y facturación de las atenciones.

En este sentido, la Dirección Jurídica emitió criterio mediante oficio D.J-5305-2010, del 16 de agosto de 2010, en el cual se indica que la institución está obligada a cobrar los servicios médicos brindados a las personas no aseguradas con capacidad de pago, indicando lo siguiente:

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

Esta Auditoría consultó a la Sra. Alejandra Vega Rosales, encargada de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari sobre los controles implementados para garantizar que las personas no aseguradas sean atendidas en esa oficina, debido a la alta cantidad de personas sin revisión. La funcionaria respondió que:

“Se ha informado de manera verbal al administrador sobre la necesidad de disminuir los casos que no pasan por validación. El Administrador ha conversado con la jefatura de REDES para establecer mejores coordinaciones. Algunas veces también las secretarías nos llaman para ver si la persona vino o no vino a validación”.



La cantidad de casos de no asegurados sin revisar, por parte de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari, obedece a la carencia de estrategias efectivas para lograr coordinaciones entre el personal de salud, de manera que toda esta población sea remitida y sujeta a verificación.

Lo mencionado impide que los funcionarios responsables entrevisten a los usuarios y se realicen otras verificaciones para determinar si se deben facturar los servicios brindados, por lo que eventualmente se podrían estar dejando de cobrar sumas de dinero por estos conceptos, en detrimento de las finanzas institucionales.

3- DE LA CARENCIA DE AUXILIARES CONTABLES Y EL RESGUARDO DE FACTURAS DE NO ASEGURADOS

La unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari carece de auxiliares contables que les permita conocer el monto de las cuentas por cobrar por concepto de atenciones médicas brindadas a pacientes no asegurados, previo a la implementación del actual sistema de facturación en línea.

Según lo observado por esta Auditoría, las facturas confeccionadas de manera manual, previo a la implementación del actual sistema de facturación en línea que data del 2017, se encuentran en cajas de cartón, ubicadas en una bodega, en el segundo piso de la proveeduría. Las cajas se almacenaron junto con otra documentación de la Unidad que se encuentran cubiertas de polvo y sin ningún orden aparente, según se muestra en las fotografías del anexo 1 de este informe, sin un inventario actualizado que permita conocer la cantidad de facturas y el monto total de estas cuentas por cobrar.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su numeral 5.4, establecen lo siguiente con respecto a la gestión de la documentación que se genera:

“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 mismo cuerpo normativo, en su numeral 5.5, establece lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben implantar, comunicar, vigilar la aplicación y perfeccionar políticas y procedimientos de archivo apropiados para la preservación de los documentos e información que la institución deba conservar en virtud de su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico. En todo caso, deben aplicarse las regulaciones de acatamiento obligatorio atinentes al Sistema Nacional de Archivos.

Lo anterior incluye lo relativo a las políticas y procedimientos para la creación, organización, utilización, disponibilidad, acceso, confidencialidad, autenticidad, migración, respaldo periódico y conservación de los documentos en soporte electrónico, así como otras condiciones pertinentes”.



Sobre la necesidad de levantar un inventario de estas facturas, el Lic. Gustavo Picado Chacón, exgerente Financiero y la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, exgerente Médica, suscribieron el oficio GF-30.633, del 2 de noviembre de 2012, dirigido a los directores regionales de servicios de salud, directores médicas de hospitales y áreas de salud, administradores de hospitales y áreas de salud, y funcionarios de validación y facturación de servicios médicos, mediante el cual solicitaron datos de las facturas pendientes de cobro del 1° de enero de 2003 hasta el 31 de agosto de 2012, que permitiera identificar las que cumplían con los requisitos técnicos y jurídicos necesarios que justificaran la gestión de cobro administrativo y judicial por estos conceptos. El inventario debería contener al menos la siguiente información:

- Nombre y apellidos de la persona que recibió el servicio.
- Número de documento de identificación.
- Dirección exacta (Provincia, Cantón, Distrito, Barrio, Otras señas).
- Monto y detalle de los servicios brindados.
- Firma del deudor, de testigos o huella digital.
- Listar las facturas que carezcan de alguna información indicada en el punto anterior, pero que puedan ser completadas, con el fin de fundamentar la gestión de cobro.
- Listar las facturas que no puedan ser completadas, estableciendo el motivo de la inconsistencia.

El plazo otorgado para remitir los resultados del inventario al Área Coberturas del Estado fue de cuatro meses, a partir de la comunicación por medio del Web Master institucional, que se efectuó el 14 de noviembre de 2012.

En este mismo contexto, y según informe de noviembre de 2014, elaborado por el Área Coberturas del Estado de la Dirección de Coberturas Especiales, el área de salud de Cariari fue uno de los centros médicos que omitieron el envío del inventario de sus facturas, a pesar de que habían transcurrido dos años desde que se requirió la información, por lo que no se pudo contabilizar las cuentas por cobrar en la Unidad.

La carencia de auxiliares contables que detallen apropiadamente los montos acumulados en sus saldos de las cuentas por cobrar es una debilidad que también ha sido señalada por la Contraloría General de la República en su informe DFOE-SOC-IF-00010-2018, del 10 de setiembre de 2018 "Informe de auditoría de carácter especial sobre aspectos relacionados con la información financiera y supervisión de los seguros que administra la Caja Costarricense de Seguro Social", por lo que se emitieron disposiciones dirigidas a la Presidencia Ejecutiva, con el fin de concretar acción dirigidas a subsanar y corregir deficiencias sobre la confiabilidad que presentan los saldos contables.

La Sra. Alejandra Vega Rosales, encargada de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari mencionó que: *"En algún momento se levantó un listado con algunas facturas, pero no todas que están pendientes de pago. No sabemos cuál es el pendiente de pago de esas facturas"*.

En este análisis, es preciso mencionar que esta Auditoría ha alertado a la Administración Activa sobre los riesgos relacionados con las debilidades observadas sobre el proceso de facturación de servicios médicos a personas no aseguradas con capacidad de pago; por ejemplo, en oficio 49870, del 9 de febrero del 2016, se informó a la Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Gerencia Administrativa, Dirección de Coberturas Especiales, Área Gestión de Riesgos Excluidos y Área de Coberturas del Estado, sobre una serie de resultados obtenidos en diferentes evaluaciones y la emisión de recomendaciones dirigidas a corregir lo que se estimare pertinente.



En síntesis, la carencia de un auxiliar contable que permita conocer el detalle del monto pendiente de las cuentas por cobrar generadas a partir de la facturación de los servicios médicos brindados a las personas no aseguradas con capacidad de pago, en el área de salud de Cariari, obedece a omisiones por parte de los funcionarios de la unidad de validación y facturación de servicios médicos.

Estas omisiones generan incertidumbre sobre las cuentas por cobrar en la Unidad; además, constituye un menoscabo de los controles que deben existir en la Administración Activa sobre el trabajo que se ha estado realizando a través del tiempo con respecto a la confección de este tipo de facturas.

4- DE LOS REGISTROS CONTABLES DE LAS CUENTAS POR COBRAR A PACIENTES NO ASEGURADOS

Las facturas manuales por servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago, elaboradas en el área de salud de Cariari, no se encuentran registradas en las cuentas por cobrar de la institución.

Como se mencionó en el hallazgo 3 de este informe, en el área de salud de Cariari se custodia un número indeterminado de facturas por servicios médicos brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, por un monto también indeterminado.

Debido a que estas facturas se dispusieron en cajas de cartón sin ningún orden, el 31 de julio de 2019 se tomó un grupo de 149 de estos documentos, confeccionados en el 2003, 2004, 2015 y 2016, que suman un monto facturado de ₡1,909,304.80 (un millón novecientos nueve mil trescientos cuatro colones con 80/100), con las siguientes características:

- Ciento diez de estas facturas corresponden a costarricenses inscritos en el Tribunal Supremo de Elecciones. Once de estas personas se encuentran fallecidas.
- Veintiséis facturas son de extranjeros, dos de los cuales se identificaron con un patrón alfanumérico diferente al formato oficial de números de asegurado para registrar a esta población en los sistemas de información actuales vigentes en la institución.
- Trece facturas se confeccionaron a personas indocumentadas, por lo que no se consignó número de identificación alguno.

También llama de la atención de esta Auditoría que dentro del grupo de facturas se observaron los originales de los oficios SC-1530-077-2004, del 11 de febrero de 2004 y SC-1530-002-2005, del 4 de enero de 2015, respectivamente dirigidos al Dr. Álvaro Durán Quirós, director médico en ese momento y al Lic. Jorge Oviedo Prado, administrador del área de salud de Cariari, y suscritos por el Lic. Efraín M. Mata Ríos, administrador de la sucursal de Cariari, mediante los cuales devuelve facturas por servicios médicos por no reunir requisitos indispensables para el cobro; por ejemplo, se omite la facturación del 25% de los gastos generales de administración, tachaduras, omisión de datos básicos del deudor como su número de identificación, falta de sellos y firma del administrador de la Unidad y direcciones inexactas.



Sobre este particular, cobra relevancia lo establecido en los Principios de Contabilidad Aplicables al Sector Público Costarricense, en cuyo numeral 8 se establece que:

“El registro de los ingresos y gastos públicos se efectuarán en función de su devengamiento, independientemente de la percepción efectiva de los recursos y del pago por las obligaciones contraídas.

Los ingresos se registrarán a partir de la identificación del derecho de cobro y los gastos con el surgimiento de una relación jurídica con un tercero por los bienes y servicios recibidos de conformidad”. (El subrayado no es del original).

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su numeral 4.4.3, establece lo siguiente:

“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”.

En concordancia con la normativa sobre la necesidad de registrar las cuentas por cobrar en las instituciones del sector público, en el oficio GF-30.633, del 2 de noviembre de 2012, mencionado en el hallazgo 3 de este informe, mediante el cual se solicitó realizar un inventario actualizado de las facturas de pacientes no asegurados con capacidad de pago, se instruyó lo siguiente:

“Remitir a la Sub Área Contabilidad Operativa, en Oficinas Centrales, las facturas pendientes de registrar. Toda factura elaborada debe estar registrada contablemente. Las unidades que aún no tengan la cuenta contable deben solicitarla a la Sub Área de Contabilidad Operativa en Oficinas Centrales”. (El subrayado no es del original).

También el Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de salud, menciona que dentro de las funciones del componente financiero de las áreas de salud tipo 1 y 2 se encuentra la siguiente:

“Coordinar con las unidades correspondientes del Nivel Central y Sucursales, la conciliación y descargo de las cuentas contables por facturación de servicios médicos, de acuerdo con las normas y procedimientos institucionales vigentes, con el fin de contar con información confiable y actualizada de las sumas pendientes de cancelación”.

Resulta relevante aclarar que, según el Manual Descriptivo de Cuentas Contables de la institución, la cuenta asignada al área de salud de Cariari para el registro de estas facturas por servicios médicos a la población no asegurada con capacidad de pago, desde noviembre de 2000 hasta el 2017 es la 137-94-0 “Cuentas por cobrar servicios médicos, área de salud de Cariari”. A partir del 2017 se habilitó, para estos efectos, la cuenta contable 177-14-9 “Cuenta por cobrar servicios médicos a no asegurados, área de salud de Cariari”, que se alimenta con la facturación del sistema en línea.



Esta Auditoría consultó a la Sra. Alejandra Vega Rosales, encargada de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari sobre las razones de esta omisión. La funcionaria respondió que:

“No se registraron por desconocimiento de la anterior funcionaria responsable de validación y facturación de servicios médicos. Cuando yo ingresé traté de registrar algunas facturas porque nos salieron saldos anormales en la contabilidad”.

Según se desprende de lo investigado, las deficiencias en el registro contable de estas cuentas por cobrar obedecen a la falta de capacitación y el desconocimiento de la funcionaria responsable de la unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud de Cariari.

Esta situación ha provocado un saldo anormal en la cuenta contable 137-94-0 “Cuentas por cobrar servicios médicos, área de salud de Cariari” a partir un movimiento generado en diciembre de 2018 por ₡701,131.29 (setecientos un mil ciento treinta y un colones con 29/100). Considerando que esta cuenta contable presentada un saldo normal, al 30 de noviembre de 2018, por ₡54,438.03 (cincuenta y cuatro mil cuatrocientos treinta y ocho colones con 03/100), el saldo anormal en la cuenta es por ₡646,893.26 (seiscientos cuarenta y seis mil ochocientos noventa y tres colones con 26/100) que se ha mantenido hasta mayo de 2019, según el Balance General a esta fecha.

5- DE LA CAPTURA DE DATOS Y FACTURACIÓN DE RIESGOS EXCLUIDOS

En el área de salud de Cariari no se factura al INS (Instituto Nacional de Seguros) la totalidad de los servicios médicos brindados por concepto de riesgos excluidos.

De acuerdo con la información visible en el cuadro N°51 “Enfermedad de declaración obligatoria” del Boletín Estadístico del área de salud de Cariari, suministrado por la Sra. Yaneth Fonseca Rodríguez, jefatura de REDES del área de salud de Cariari, en el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019 se atendieron 959 accidentes de tránsito en la Unidad; no obstante, en el mismo periodo solamente se facturó al INS un total de 444 casos por este concepto en el MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos); es decir, un 46.29% de los servicios brindados.

El artículo 4 del Reglamento de Riesgos Excluidos define un riesgo excluido de la siguiente manera:

“los riesgos cuya cobertura sea obligatoria y no estén comprendidos dentro de los que contemplan los seguros sociales que gobierna y administra la Caja serán considerados como Riesgos Excluidos. Cuando se presten servicios a una persona lesionada producto del acaecimiento de un riesgo excluido, se identificará tal atención genéricamente como una atención por Riesgo Excluido.

Además, se incluyen dentro de esta definición aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista en el ordenamiento jurídico norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate, a contar con cobertura total de gastos de atención médica, sanitaria y de rehabilitación”.



El artículo 19 de esta misma norma establece las responsabilidades sobre el registro de los riesgos excluidos:

“La consignación en el expediente de salud de la persona lesionada, o en los formularios institucionales, entre ellos el de Admisión y Egreso, el de Atención de Urgencias y el de Referencia, de que se está ante una atención por riesgo excluido es responsabilidad del profesional en medicina, enfermería u odontología encargado de la atención, y deberá realizarse de la manera más detallada, clara, legible y completa.

Todo funcionario que haya tenido conocimiento de hechos o circunstancias que ofrezcan indicios sobre que la atención demandada se asocia con un riesgo excluido, deberá hacerlo del conocimiento del profesional en medicina, enfermería u odontología responsable de la atención.

En todas las ocasiones en que se haya prestado servicios en casos identificados como un riesgo excluido, se deberá emitir una referencia en la que se señale de forma clara, amplia, detallada y conforme lo que se hubiere consignado en el expediente de salud o formulario de Atención de Urgencias, la relación causal o indicios en los que se ampara la consignación realizada”. (Los subrayados no son el original)

El artículo 20 indica lo siguiente:

“Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento de salud, como autoridad superior del mismo y en coordinación con la Dirección Administrativa – Financiera o la Administración, según sea el nivel de atención, establecer y mantener a lo interno los mecanismos de control necesarios para garantizar que la identificación, captura de la información, registro, facturación, y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos, se realice de manera oportuna y de conformidad con lo dispuesto en este reglamento y en las demás disposiciones que se emitan”.

Esta Auditoría consultó a la Sra. Alejandra Vega Rosales sobre las dificultades para facturar la totalidad de riesgos excluidos atendidos en la Unidad. La funcionara manifestó que:

“Se presentan muchas dificultades para facturar los riesgos del trabajo y los casos de seguro de automóviles debido a que las hojas de urgencias son omisas en los datos y algunas veces son ilegibles”.

Ante lo observado por esta Auditoría, se solicitó a la Sra. Vega Rosales información sobre las acciones efectuadas para mitigar la sub facturación de estos servicios, por lo que la funcionaria suministró copia de oficio ASC-VAL-002-2016, del 7 de diciembre de 2016, dirigido al Dr. Hendrick Miles Ramsey, director Médico del área de salud de Cariari, mediante el cual se solicita colaboración para que los médicos consignen en las hojas de atención de urgencias si se realizan suturas y el tiempo de éstas.



También suministró copia de oficio ASCVAL-21-2019, del 8 de agosto de 2019, dirigido la Licda. Leidy Solano Castro, administradora a.i. del área de salud de Cariari, mediante el cual expone la problemática en la falta de datos y otros requisitos esenciales para poder facturar al INS. Al oficio se anexa, a modo de ejemplo, un cuadro con 30 casos de riesgos excluidos atendidos en el servicio de Urgencias que presentan las siguientes dificultades para facturar en julio y agosto de 2019:

- En trece casos la letra es ilegible, lo que impide conocer con exactitud los procedimientos aplicados al paciente.
- En cinco casos no indica el tiempo de la curación.
- En cinco casos no se indica el tiempo de sutura.
- En dos de los casos no se indicó el tiempo de sutura y el tiempo de la curación.
- En tres de los casos no se indica el tratamiento brindado; dos de estos casos carecen de diagnóstico.
- En un caso se carece de número de identificación del paciente.
- En un caso se omitió adjuntar la documentación del traslado del paciente.

De acuerdo con la evidencia suministrada a esta Auditoría, no se factura la totalidad de los riesgos excluidos debido a que existen deficiencias en el traslado de la información completa a la unidad de validación y facturación de servicios médicos, de los servicios efectivamente suministrados a las personas atendidas en el servicio de Urgencias.

Estas deficiencias han generado una subfacturación de los servicios médicos brindados por riesgos excluidos en el servicio de Urgencias del área de salud de Cariari, con una eventual afectación al patrimonio institucional, debido a la dificultad de recuperar los costos incurridos en la atención de estas personas.

6- DE LAS DIFERENCIAS EN LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Existen diferencias en la información estadística generada por el área de salud de Cariari, con respecto a los accidentes de tránsito que se atienden en la Unidad.

Según se mencionó en el hallazgo 5 de este informe, esta Auditoría solicitó información a la Sra. Yaneth Fonseca Rodríguez, jefatura de REDES del área de salud de Cariari información estadística sobre los accidentes de tránsito atendidos en la Unidad. Para este propósito se requirió el cuadro N°18 “Accidentes según causa y lugar” y el cuadro N°51 “Enfermedad de declaración obligatoria”, en los cuales se observan diferencias en el reporte mensual de accidentes de tránsito durante el periodo comprendido desde el 1° de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019. En el siguiente cuadro se muestran los datos:



CUADRO 3
ACCIDENTES DE TRÁNSITO REPORTADOS EN EL BOLETÍN ESTADÍSTICO
ÁREA DE SALUD DE CARIARI
(De 01-2018 a 06-2019)

MES	CUADRO 51	CUADRO 18	DIFERENCIA
01-2018	57	0	57
02-2018	55	0	55
03-2018	39	27	12
04-2018	39	24	15
05-2018	62	24	38
06-2018	55	27	28
07-2018	41	45	-4
08-2018	58	35	23
09-2018	60	31	29
10-2018	71	44	27
11-2018	47	26	21
12-2018	58	35	23
01-2019	79	36	43
02-2019	55	31	24
03-2019	61	30	31
04-2019	36	21	15
05-2019	40	34	6
06-2019	46	32	14
TOTAL	959	502	457

Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín Estadístico del área de salud de Cariari.

Según se observa en la información anterior, existen diferencias todos los meses entre los datos reportados en ambos cuadros estadísticos, que conforman el mismo documento. La diferencia total de casos en el periodo es de 457.

Los numerales 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen lo siguiente:

“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”.

Por su parte, el numeral 5.6.1 de este mismo cuerpo normativo establece lo siguiente:

“La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente”.



De acuerdo con indagaciones realizadas, el cuadro 51 del Boletín Estadístico del área de salud de Cariari se alimenta con datos extraídos de la herramienta informática (SISVE) Sistema de Vigilancia de la Salud, a partir de la confección de las boletas V-01 “Boleta de notificación individual de vigilancia epidemiológica”, utilizadas para el reporte obligatorio de eventos, según lo normado en el Reglamento de Vigilancia de la Salud.

Por su parte, el cuadro 18 se alimenta del cubo de información de Urgencias, según los datos incluidos por el personal de REDES del área de salud de Cariari en el SIAC (Sistema de Identificación, Agendas y Citas).

Para efectos de esta evaluación, se procedió a comparar el reporte del SISVE desde el 1º de enero de 2019 hasta el 31 de mayo de 2019, con respecto al cubo de Urgencias, observándose que 78 personas reportadas en el SISVE como accidente de tránsito fueron incluidas en el SIAC con diagnósticos diferentes, según se muestra a continuación:

CUADRO 4
ACCIDENTES DE TRÁNSITO REPORTADOS EN EL SISVE CON DIAGNÓSTICO DIFERENTE EN EL SIAC
ÁREA DE SALUD DE CARIARI
(Del 01-01-2019 al 31-05-2019)

DIAGNÓSTICO DEL SIAC	CANTIDAD
T149-Traumatismo, no especificado	68
T141-Herida en región no especificada del cuerpo	6
Z519-Atención médica, no especificada	3
0000-Sin especificar	1
TOTAL	78

Fuente: Elaboración propia con datos del SISVE y el SIAC.

Las diferencias observadas en los datos del Boletín Estadístico del área de salud de Cariari, con respecto a la cantidad de accidentes de tránsito atendidos en la Unidad, obedece a que se utilizan diferentes fuentes de información para confeccionar los cuadros y que en los diagnósticos incluidos en el SIAC no se especifica con claridad que el paciente atendido sufrió un accidente de tránsito y, por lo tanto nos encontramos ante un eventual riesgo excluido cubierto por el SOA (Seguro Obligatorio de Automóviles) y que debe ser cobrado al INS (Instituto Nacional de Seguros).

La situación descrita genera incertidumbre sobre la información estadística de la Unidad, necesaria para la toma de decisiones; además, podría repercutir en las deficiencias observadas con respecto a la facturación de los riesgos excluidos y a la eventual recuperación de los costos incurridos en la atención de estos pacientes.

7- DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

En el área de salud de Cariari se presentó un sobregiro y partidas sin ejecución, para el periodo presupuestario 2018, según se detalla a continuación.



7.1 Partida sobregirada.

De acuerdo con el Mayor Auxiliar de Asignación Presupuestarias, extraído del SIIP (Sistema Integrado Institucional de Presupuesto), el área de salud de Cariari presenta un sobre giro, al 31 de diciembre de 2018, por el orden de €396,862.00 (trescientos noventa y seis mil ochocientos sesenta y dos colones) en la partida presupuestaria 2126 “Energía eléctrica”.

Llama la atención de esta Auditoría que, a pesar de que la partida presentó un sobregiro a diciembre de 2018, el área de salud tramitó dos modificaciones para rebajar el contenido: la primera en octubre de 2018, mediante modificación ordinaria N° 12 por un monto de €3,000,000.00 (tres millones de colones) y la segunda en noviembre de 2018, mediante modificación especial N° 7, en la cual se rebajó €1,400,000.00 (un millón cuatrocientos mil colones), para un total de €4,400,000.00 (cuatro millones cuatrocientos mil colones) en el periodo. En ambas justificaciones se indica que, según análisis efectuado, existiría una sub-ejecución de la partida.

En la matriz 1 “Ejecución presupuestaria”, utilizada para rendir cuentas sobre la ejecución presupuestaria 2018, se indica que en diciembre de 2018 se pagaron, a través del Área Tesorería General, recibos por energía eléctrica correspondiente al consumo de ese mes; sin embargo, la fecha de vencimiento era el 11 de enero de 2019, lo que generó el sobregiro.

7.2 Partidas sin ejecución.

Al periodo evaluado, el área de salud de Cariari presenta tres partidas sin ejecución con saldo disponible por el orden de €550,000.00 (quinientos cincuenta mil colones), según el siguiente detalle:

CUADRO 5
PARTIDAS SIN EJECUCIÓN CON SALDO DISPONIBLE
(AI 31-12-2018)

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN ORIGINAL	ASIGNACIÓN MODIFICADA	TOTAL ASIGNACIÓN	% EJECUCIÓN	SALDO DISPONIBLE
2218	Materiales y productos de vidrio	600,000.00	-400,000.00	200,000.00	0.00	200,000.00
2229	Envases y empaques médicos	2,195,000.00	-1,995,000.00	200,000.00	0.00	200,000.00
2231	Útiles de cocina y comedor	0.00	150,000.00	150,000.00	0.00	150,000.00
TOTAL		2,795,000.00	-2,245,000.00	550,000.00	0.00	550,000.00

Fuente: Elaboración propia con datos del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias.

Del cuadro anterior llama la atención que en octubre de 2018 se tramitó la modificación N° 12, mediante la cual se solicitó incrementar la partida 2231 en €150,000.00 (ciento cincuenta mil colones) para la compra de juegos de vajillas para diferentes actividades y reuniones; sin embargo, el monto no fue ejecutado.

7.3 Partidas sub ejecutadas

Existen 17 partidas de efectivo con ejecución inferior al 85% y superior al 1%, al 31 de diciembre de 2018, según el detalle que se presenta a continuación:



CUADRO 6
PARTIDAS CON EJECUCIÓN INFERIOR AL 85% Y SUPERIOR AL 1%
(Al 31-12-2019)

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN ORIGINAL	MODIFICACIÓN	ASIGNACIÓN MODIFICADA	% EJECUCIÓN	SALDO DISPONIBLE
2153	Mantenimiento y reparación de equipo de transporte por terceros	15,900,000.00	1,600,000.00	17,500,000.00	82.12	3,128,507.14
2013	Asignación para vivienda	17,568,411.38	3,305,000.00	20,873,411.38	79.54	4,271,216.71
2192	Contratación de servicios de vigilancia	114,300,000.00	-44,735,700.00	69,564,300.00	78.62	14,872,899.40
2017	Carrera profesional	57,117,734.44	-118,173.19	56,999,561.25	78.31	12,362,831.87
2223	Otros repuestos	24,725,000.00	-12,000,000.00	12,725,000.00	74.93	3,189,592.80
2243	Lubricantes, grasa equipo transporte	2,500,000.00	-1,000,000.00	1,500,000.00	74.89	376,637.82
2216	Materiales y productos eléctricos, telefónicos y cómputo	2,000,000.00	-1,000,000.00	1,000,000.00	73.44	265,597.71
2219	Instrumental-material médico y de laboratorio	15,630,000.00	0.00	15,630,000.00	68.40	4,939,753.55
2221	Repuestos para equipo de transporte	17,000,000.00	-6,500,000.00	10,500,000.00	62.74	3,912,743.70
2613	Subsidios por mat. Empleados CCSS	15,000,000.00	0.00	15,000,000.00	54.98	6,752,292.62
2228	Útiles y materiales de resguardo y seguridad	650,000.00	-278,000.00	372,000.00	53.76	172,000.00
2212	Materiales y productos metálicos	3,000,000.00	-800,000.00	2,200,000.00	46.03	1,187,439.08
2209	Llantas y neumáticos	3,080,000.00	-2,454,000.00	626,000.00	41.37	367,000.00
2157	Mantenimiento y reparación de equipo de comunicación	1,000,000.00	900,000.00	1,900,000.00	32.31	1,286,120.69
2320	Equipo médico y laboratorio	14,080,000.00	21,000,000.00	35,080,000.00	31.86	23,902,208.21
2214	Madera y sus derivados	1,100,000.00	-700,000.00	400,000.00	10.96	356,159.68
2114	Impresión, encuadernación y otros	50,000.00	562,400.00	612,400.00	2.02	600,010.00
TOTAL		304,701,145.82	-42,218,473.19	262,482,672.63		81,943,010.98

Fuente: Elaboración propia con datos del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias.

Con estas partidas se presenta la siguiente situación:

- 1- La partida 2153 fue aumentada en modificación de mayo de 2018 por €5,000,000.00 (cinco millones de colones) para el mantenimiento de tres motores fuera de borda; no obstante, en octubre de 2018 se devolvió un monto de €3,400,000.00 (tres millones cuatrocientos mil colones) debido a que no se efectuó la contratación. Al final la partida presentó un disponible de €3.128.507.14 (tres millones ciento veintiocho mil quinientos siete colones con 14/100).
- 2- En julio de 2018 se tramitó una modificación para financiar la partida 2013 por un monto de €3,305,000.00 (tres millones trescientos cinco mil colones) para pagar pluses al personal que labora en los Ebáis de Colorado y Tortuguero. El saldo disponible al 31 de diciembre de 2019 en esta partida fue de €4,271,216.71 (cuatro millones doscientos setenta y un mil doscientos dieciséis colones); es decir, los recursos adicionales solicitados no fueron utilizados.
- 3- El saldo en las partidas 2192, 2218, 2212, 2214, 2216, 2221 y 2243 fue disminuido; sin embargo, todas presentan una ejecución inferior al 85%. En la rendición de cuentas al final del periodo se indica que los proveedores no presentaron las facturas y que por lo tanto no se pudo pagar.



- 4- La partida 2320 presenta una ejecución del 31.86% al finalizar el periodo y un saldo disponible de €23,902,208.21 (veintitrés millones novecientos dos mil doscientos ocho colones con 21/100), debido al incumplimiento de los proveedores, y plazos en la entrega de los bienes adquiridos.
- 5- Se solicitó un monto de €900,000.00 (novecientos mil colones) para reforzar la partida 2157 en octubre de 2018, para reparaciones en el circuito cerrado de televisión; sin embargo, por lo próximo del cierre del periodo presupuestario no se pudo ejecutar la compra. El monto sub ejecutado en esta partida es de €1,286,120.69 (un millón doscientos ochenta y seis mil ciento veinte colones con 69/100), por lo que los recursos adicionales en la partida no fueron utilizados.
- 6- La partida 2017 presenta un saldo disponible de €12,362,831.87 (doce millones trescientos sesenta y dos mil ochocientos treinta y un colones con 87/100) a diciembre de 2018. En la matriz de rendición de cuentas para el periodo 2018 se indica que se recibieron menos solicitudes de carrera profesional de las esperadas y que algunos funcionarios presentaron requisitos en forma tardía.

También llama la atención el caso de la partida 2184 "Traslados", la cual presenta una asignación original de €300.500.000.00 (trescientos millones quinientos mil colones). A pesar de que la Unidad devolvió €25,000,000.00 (veinticinco millones) mediante modificación N° 13, en octubre de 2018, quedó un saldo disponible al final del periodo por el orden de €39,375,451.77 (treinta y nueve millones trescientos setenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un colones con 77/100), con una ejecución del 85.71%.

La Política Presupuestaria 2018-2019 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Veje y Muerte y Régimen No Contributivo, en su lineamiento N°4, establece que las unidades ejecutoras son las responsables de realizar las etapas de formulación, ejecución, seguimiento y control de la gestión presupuestaria, respetando la normativa técnica y presupuestaria y los lineamientos definidos por la Junta Directiva y otras instancias competentes en cuanto a la utilización de los recursos. Este documento, en su inciso f), establece la siguiente estrategia: *"Fomentar los mecanismos de control del proceso presupuestario, para evitar los desvíos entre la asignación y la ejecución, realizando las medidas correctivas de forma oportuna"*. (El subrayado no es del original).

Asimismo, con respecto al sobregiro en la partida 2126, es conveniente mencionar lo establecido en el artículo 110 de la Ley Administración Financiera de la República y Presupuesto Públicos, el cual establece lo siguiente:

"Además de los previstos en otras leyes y reglamentaciones propias de la relación de servicio, serán hechos generadores de responsabilidad administrativa, independientemente de la responsabilidad civil o penal a que puedan dar lugar, los mencionados a continuación:

f) La autorización o realización de compromisos o erogaciones sin que exista contenido económico suficiente, debidamente presupuestado".

También se considera importante el oficio GM-ADM-LG-6227-18, del 14 de mayo de 2018, suscrito por el Dr. Fernando Llorca Castro, presidente ejecutivo a/c Gerencia Médica, dirigido a los directores de sede, directores regionales de servicios de salud, directores de hospitales nacionales y especializados, directores de hospitales regionales, directores de hospitales periféricos y directores de áreas de salud y clínicas, en el cual se reitera lo establecido por la Contraloría General de la República en el oficio DFOE-SOC-1470-1470 y se instruye lo siguiente:



- a. *La ejecución del presupuesto aprobado por esta Contraloría General es de exclusiva responsabilidad del jerarca y titulares subordinados, lo cual debe realizarse en estricto apego a las disposiciones legales y técnicas, así como ajustarse a la programación previamente establecida, por lo que las asignaciones presupuestarias aprobadas constituyen su límite de acción como elemento autorizante para el uso y disposición de los recursos.*

Aun cuando la asignación presupuestaria autoriza a la Institución para realizar los gastos, esa asignación no puede considerarse por su existencia como una obligación para la actuación administrativa sino que debe ejecutarse dentro de las posibilidades técnicas, jurídicas y financieras de la Institución.

Por lo tanto, resulta de exclusiva responsabilidad de esa Administración establecer los mecanismos de control necesarios, de manera que la ejecución presupuestaria se ajuste a las asignaciones aprobadas por esta Contraloría General, se cumpla con el bloque de legalidad y se desarrolle de conformidad con los objetivos, metas y prioridades contenidas en el plan operativo institucional.

- b. *Se debe desarrollar en forma periódica un proceso de evaluación física y financiera de la ejecución del plan-presupuesto institucional, cuyos resultados deben ser de conocimiento del nivel superior y de las demás instancias que lo requieran, para la toma de decisiones.*
- c. *Como resultado de la evaluación física y financiera, se deben proponer ante las instancias que correspondan, los ajustes pertinentes al plan-presupuesto en forma oportuna, apegados a la reglamentación vigente y al bloque de legalidad.*
- d. *Es necesario que se establezcan los mecanismos que se requieran con el propósito de que los recursos institucionales sean utilizados con criterios de eficiencia, eficacia y economicidad. (Los subrayados no son del documento original).*

De acuerdo con las justificaciones incluidas en la Matriz 1 “Ejecución presupuestaria”, solicitada mediante oficio DP-2425-2015, del 18 de diciembre de 2018, suscrito por el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, director de Presupuesto, el sobregiro en la partida 2126 “Energía eléctrica” fue ocasionado por deficiencias de coordinación y planificación en la aplicación de los pagos por concepto de electricidad, de modo que se asegurara la disponibilidad de recursos en el presupuesto al momento de aplicar el egreso.

Con respecto a las partidas sub ejecutadas, se presenta una problemática en cuanto a la planificación de las compras en el tiempo, toda vez que se realizaron modificaciones para aumentar algunas partidas durante los últimos meses del año, para la adquisición de bienes y servicios necesarios en la Unidad; sin embargo, una vez aprobada la modificación, fue imposible utilizar los recursos debido al cierre del periodo presupuestario.



También se observan oportunidades de mejora en la coordinación con los proveedores de bienes y servicios, lo que ha ocasionado que estas personas presenten las facturas y demás requisitos a tiempo, para poder tramitar los pagos con cargo al periodo presupuestario en que se ejecutó el gasto.

Lo anterior refleja un incumplimiento de la normativa presupuestaria, lo que eventualmente podría generar responsabilidades administrativas a los funcionarios responsables del control de la ejecución del presupuesto; asimismo, la falta de ejecución de los recursos disponibles en el presupuesto podría interferir en que la Unidad no adquiera los bienes y servicios necesarios para la atención de los usuarios.

En el análisis anterior también se debe considerar que, según las justificaciones enviadas por la Unidad a la Dirección de Presupuesto, hubo gastos efectuados en el 2018 que se no pudieron ejecutar, a pesar de que existían recursos disponibles, por lo que eventualmente se tuvieron que pagar con el contenido presupuestario del periodo 2019.

8- DEL PAGO DE ZONAJE Y ASIGNACIÓN DE VIVIENDA

Se determinó que en el área de salud de Cariari no se realiza una revisión periódica sobre los incentivos de zonaje y asignación de vivienda que disfrutaban los trabajadores de la Unidad.

Según lo indicado por la Sra. Ana Valverde Quirós, encargada de recursos humanos del área de salud de Cariari, en el 2007 se conformó una comisión integrada por la encargada de recursos humanos, el administrador de la Unidad y la jefatura de enfermería, que analizó los beneficios que se estaban pagando en ese momento. Posteriormente, en años posteriores se dio seguimiento a algunos casos que no se pudieron excluir por diferentes situaciones especiales.

De acuerdo con el Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias, las partidas 2006 “Zonaje” y 2013 “Asignación de vivienda” presentaron un crecimiento en el gasto de 3.10% y 54.11% respectivamente, según se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 7
CRECIMIENTO DEL GASTO EN PARTIDAS DE ZONAJE Y ASIGNACIÓN DE VIVIENDA
(Al 31-12-2017 y 31-12-2018)

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	GASTO 2017	GASTO 2018	DIFERENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE CRECIMIENTO
2006	Zonaje	181,678,013.38	187,301,561.95	5,623,548.57	3.10
2013	Asignación para vivienda	10,773,276.05	16,602,194.67	5,828,918.62	54.11

Fuente: Elaboración propia con datos del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias.

Según se desprende del SPLA (Sistema Planilla Ampliada), durante el 2018 se pagó asignación de vivienda a dieciocho funcionarios del área de salud de Cariari. A siete de estas personas también se les pagó zonaje, con cargo a la partida presupuestaria 2006 y a la cuenta contable 900-16-7, según se muestra en el siguiente cuadro:



CUADRO 8
FUNCIONARIOS A QUIENES SE LES PAGA ASIGNACIÓN DE VIVIENDA Y
ZONAJE EN LA CUENTA CONTABLE 900-06-7
(Del 01-01-2018 al 31-12-2018)

FUNCIONARIO	ASIGNACIÓN DE VIVIENDA	ZONAJE
Montero González Wilfrido	2,363,532.80	0.00
Gómez Cascante Ariana María	2,081,331.82	0.00
Alfaro Navas Katherine Nicole	1,646,889.38	0.00
Aguilar Blanco José Miguel	1,302,464.39	0.00
Mena Meza Yenssie Melissa	1,187,517.93	0.00
Sanders Alvarado Tatiana	893,787.55	833,376.58
Smith Gordon Xinia M.	867,079.40	809,274.75
Guevara Rodríguez Helberth	810,151.00	756,141.45
Marín Barboza Lorenzo	743,619.12	0.00
Fallas Duran Luis Miguel	733,858.92	0.00
Oporta Diaz Hitza Marlene	712,173.70	0.00
Murillo Alfaro Maritza	677,886.43	632,694.55
Fernández Trigueros Arelys	655,903.35	0.00
Banton Dunkley Glenda	573,977.00	803,567.75
Hernández Barrantes Carlos	573,977.00	803,567.75
Chacón Gutiérrez Arquímedes	491,659.95	666,732.25
Zuñiga Rodríguez Heidy María	224,534.68	0.00
Gómez Méndez Angie Lucel	61,850.25	0.00
TOTAL	16,602,194.67	5,305,355.08

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Planilla Ampliada.

No obstante, de acuerdo con la información pública, visible en la página de internet del Tribunal Supremo de Elecciones, once de estas personas tienen su domicilio electoral en el cantón de Pococí, según se detalla a continuación:

CUADRO 9
FUNCIONARIOS CON PAGO ASIGNACIÓN DE VIVIENDA CON
DOMICILIO ELECTORAL EN EL CANTÓN DE POCOCÍ
(Al 20-06-2019)

FUNCIONARIO	INSCRITO EN CANTÓN DESDE
Murillo Alfaro Maritza	12-05-1992
Smith Gordon Xinia M.	05-01-2001
Chacón Gutiérrez Arquímedes	13-06-2002
Hernández Barrantes Carlos	05-06-2003
Oporta Diaz Hitza Marlene	01-12-2004
Sanders Alvarado Tatiana	21-11-2005
Gómez Méndez Angie Lucel	11-01-2011
Aguilar Blanco José Miguel	08-02-2011
Zuñiga Rodríguez Heidy María	06-06-2013
Montero González Wilfrido	05-12-2014
Banton Dunkley Glenda	27-10-2016

Fuente: Elaboración propia con datos del Tribunal Supremo de Elecciones.



Adicionalmente, según consulta en el Registro Nacional de la República de Costa Rica, los siguientes funcionarios poseen propiedades inscritas en el cantón de Pococí: Arquímedes Chacón Gutiérrez, Carlos Hernández Barrantes, Xinia Smith Gordon y Yenssie Melissa Mena Meza.

La comisión mencionada por la encargada de recursos humanos, integrada por esta funcionaria, el Lic. Jorge Oviedo Prado, administrador y la Licda. Anáís Rodríguez Salas, quien entonces ocupaba el cargo de jefatura de Enfermería, suscribieron el oficio sin número del 29 de junio de 2015, dirigido al Dr. Álvaro Durán Quirós, director médico del área de salud de Cariari en ese entonces, mediante el cual remiten los resultados de la revisión de ocho casos de funcionarios a quienes se les paga el beneficio de zonaje y asignación de vivienda.

En el oficio de la comisión citado se menciona que la Dirección Médica del área de salud de Cariari emitió el oficio 3083, del 26 de noviembre de 2008, en el cual se indica que los incentivos se mantienen para la trabajadora Xinia Smith Gordon hasta el 1º de diciembre de 2015, por lo que se recomienda que en esa fecha se solicite a la oficina de recursos humanos la eventual suspensión de pagos de los beneficios.

En ese mismo oficio la comisión recomendó al director médico lo siguiente:

“Eliminar el pago de los beneficios Asignación de Vivienda y Zonaje a la trabajadora Sra. Maritza Murillo Alfaro, en vista de que se mantiene la recomendación original de esta Comisión y que, en relación a lo argumentado por esa Dirección, no existen condiciones de inopia en ese perfil en la actualidad”.

El Reglamento de Zonaje, en su artículo 1º, establece lo siguiente:

“Se entiende por Zonaje el reconocimiento económico que se hace al trabajador que por interés institucional, se traslade a prestar sus servicios en una zona de condiciones diferentes a la de su domicilio habitual, que inciden en su bienestar; y además que el puesto sea de difícil reclutamiento en dicha zona”. (El subrayado no es del original)

El artículo 6 de esta misma norma señala:

“Tendrá derecho a zonaje el empleado que ocupe un puesto cuya naturaleza dificulta el reclutamiento en determinada zona de prestación de servicios de la Caja.

No procede el reconocimiento de dicho concepto cuando el domicilio habitual del trabajador está en el mismo lugar o circunscripción territorial donde se concede el beneficio”.

La circular N°8570, del 3 de abril de 1996, suscrita por los funcionarios que en ese entonces ocupaban los cargos de gerente Médico, gerente Administrativa, gerente Financiera, gerente de Operaciones y gerente de Pensiones, estableció que:

“El pago del sobresueldo de asignación para vivienda se concederá individualmente a cada trabajador, en zonas donde existe inopia para su contratación y que por razones de interés institucional tienen que modificar el lugar de su residencia habitual, al ser desplazados a los lugares de difícil reclutamiento que están debidamente definidos, siempre y cuando la institución no proporcione el alojamiento respectivo.



En la medida que la Caja ofrezca alojamiento o se superen las circunstancias que dan origen a este beneficio, se eliminará automáticamente su reconocimiento, de lo que se dejará constancia mediante "Acción de Personal" en el expediente respectivo".

Del mismo modo, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en calidad de gerente Médica, suscribió oficio GM-AJD-22108-2017, del 11 de mayo de 2011, dirigido a la Dirección de Red de Servicios de Salud, directores regionales de servicios de salud, directores de hospitales nacionales y especializados, directores de hospitales regionales, directores de hospitales periféricos y directores de áreas de salud, en el cual se analiza el criterio de la Dirección Jurídica con respecto a la revisión y eventual suspensión de los incentivos de asignación de vivienda y zonaje. El oficio concluye con la siguiente instrucción:

*"Visto lo anterior, ésta Gerencia y de conformidad con el criterio de la Dirección Jurídica y de la Auditoría Interna, **instruye para que las unidades con la asesoría técnica y legal que estimen pertinente, procedan al análisis respectivo de cada caso particular de manera pormenorizada, a efectos de determinar la procedencia o no del pago de estos incentivos, tomando en consideración las normativas específicas para cada uno y aplicando el debido proceso de ser necesario**".*

El numeral 6.3.1 – Seguimiento continuo del sistema de control interno, de las Normas de Control Interno para el Sector Público, establece lo siguiente:

"Los funcionarios en el curso de su labor cotidiana, deben observar el funcionamiento del SCI, con el fin de determinar desviaciones en su efectividad, e informarlas oportunamente a las instancias correspondientes".

El 6 de agosto de 2019 esta Auditoría consultó a la Sra. Ana Valverde Quirós sobre las razones por las cuales no se ha excluido el pago de beneficios de asignación de vivienda y zonaje a las funcionarias Maritza Murillo Alfaro y Xinia Smith Gordon, la respuesta fue la siguiente:

"Porque no se ha realizado una revisión posterior de los casos que se analizaron en la revisión efectuada por la comisión conformada por la Dirección Médica. Tampoco se ha recibido una directriz de las autoridades superiores para proceder a una revisión y eventual exclusión de los beneficios a los funcionarios.

Considero que no corresponde a recursos humanos realizar una revisión de oficio de los casos que tienen el beneficio de zonaje y asignación de vivienda".

Ante consulta de esta Auditoría sobre el pago del incentivo de asignación de vivienda a la funcionaria Angie Lucel Gómez Méndez, en marzo de 2018, la encargada de recursos humanos indicó que fue un error, por lo que procederá a realizar las gestiones para recuperar el monto cancelado de manera improcedente.

Según el análisis efectuado, en el área de salud de Cariari no se revisan los casos de zonaje y asignación de vivienda periódicamente debido a debilidades en las actividades de seguimiento que se deben implementar con el fin de garantizar un sistema de control interno robusto, apegado al bloque de legalidad que debe existir en la institución.



Lo anterior pudo haber provocado que eventualmente se estén pagando los incentivos de zonaje y asignación de vivienda a funcionarios de la Unidad de manera impropia. Se debe considerar que la comisión conformada para analizar los casos recomendó, desde el 2015, la eliminación de beneficios que se siguen pagando en la actualidad.

CONCLUSIÓN

Los establecimientos de salud de la institución deben implementar acciones para capturar y facturar las atenciones médicas brindadas a la población no asegurada con capacidad de pago, riesgos excluidos y realizar los cargos al Estado, cuando se trate de personas que por su condición especial deben ser protegidas por leyes especiales.

Para estos efectos, la institución ha dotado a las unidades de las herramientas informáticas necesarias y ha creado las cuentas contables para registrar este tipo de adeudos. En este contexto, la presente evaluación permitió concluir que en la Unidad no se factura la totalidad de las atenciones médicas por riesgos excluidos registrados en el MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos), lo que impide realizar un cobro efectivo al Instituto Nacional de Seguros.

El área de salud de Cariari no ha implementado medidas de control para garantizar que las personas no aseguradas sean remitidas a la unidad de validación y facturación de servicios médicos para que se verifique su condición de aseguramiento y, de esta forma, poder facturar lo que corresponda o realizar el cargo de la atención al Estado.

La Unidad carece de auxiliares contables que permitan conocer la deuda por atenciones médicas brindadas a personas no aseguradas con capacidad de pago, previo a la implementación del actual sistema de facturación en línea. Las facturas confeccionadas se encuentran en cajas de cartón, sin ningún orden aparente, dispuestas en el segundo piso de la proveeduría, junto con documentación generada por los diferentes servicios del área de salud de Cariari en años anteriores. Estas cuentas por cobrar no se han registrado contablemente, lo que ha generado saldos anormales en la contabilidad institucional, aparentemente por los pagos recibidos.

Existen diferencias entre la cantidad de accidentes de tránsito atendidos en el área de salud de Cariari con respecto a la facturación de estos conceptos al INS. En el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019, solamente se facturó un 46.29% de los eventos atendidos, según el reporte efectuado en el Sistema de Vigilancia de la Salud.

Del mismo modo, se observan diferencias en la información estadística generada en la Unidad debido a que en el SIAC se incluye información inexacta, lo que genera incertidumbre con respecto a la cantidad real de accidentes de tránsito que se atienden.

Por otra parte, es necesario que el área de salud de Cariari mejore la planificación de sus compras e implemente un mayor control sobre los pagos programados de servicios públicos, toda vez que se observa un sobregiro en la partida 2126 "Energía eléctrica" al 31 de diciembre de 2018 y partidas sub ejecutadas debido a que no se pudieron concluir procesos de contratación administrativa por el cierre del periodo presupuestario, así como dificultades en la coordinación con los proveedores para la presentación de facturas.



En la Unidad no se revisa el pago de los incentivos de zonaje y asignación de vivienda periódicamente, y se ha omitido implementar acciones tendientes a eliminar estos beneficios a las personas que han variado las condiciones en que fue otorgado, de acuerdo con la recomendación emitida por una comisión conformada por la Dirección Médica para analizar esos casos, lo que ha provocado que eventualmente se estén pagando de manera improcedente.

RECOMENDACIONES

AL DR. HENDRICK MILES RAMSEY, EN CALIDAD DE DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD DE CARIARI, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Implementar una estrategia dirigida a garantizar que las personas no aseguradas, atendidas en el servicio de Urgencias durante el horario de atención al público en la unidad de validación de servicios médicos, sean remitidos a esta oficina, con el fin de que se verifique la condición de aseguramiento o eventualmente se facturen las atenciones o se realice el cargo al Estado (hallazgo 2).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, detalle de la estrategia implementada para garantizar la remisión de personas no aseguradas a la unidad de validación y facturación de servicios médicos y evidencia de su implementación.

2. Implementar las siguientes acciones con el fin de contribuir en la adecuada facturación, captura y reporte de los riesgos excluidos atendidos en el área de salud de Cariari:
 - a) Establecer mecanismos de control periódicos con el fin de corregir las omisiones de datos en las hojas de atención de urgencias que interfieren negativamente en la facturación efectiva de los riesgos excluidos al INS (Instituto Nacional de Seguros), según lo evidenciado en el hallazgo 5 de este informe.
 - b) Capacitar a los funcionarios de REDES y el resto de personal de salud involucrado en el proceso de atención de pacientes, con el fin de contribuir en el adecuado registro de los accidentes de tránsito atendidos en la Unidad y, de esta manera, evitar la incertidumbre con respecto a la información estadística generada, según lo evidenciado en el hallazgo 6 de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de ocho meses, la implementación de los mecanismos de control para disminuir las omisiones observadas en las hojas de atención de urgencias (inciso a) y los resultados obtenidos en las capacitaciones sobre el adecuado registro de la información (inciso b).

3. Revisar los casos de funcionarios que se mencionan en el hallazgo 8 de este informe con el fin de determinar si se debe: continuar pagando los conceptos de zonaje y asignación de vivienda, excluir beneficios y si existen sumas de dinero por recuperar, de acuerdo con las disposiciones normativas que rigen el reconocimiento de estos incentivos.



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, las conclusiones de la revisión efectuada y las acciones ejecutadas a partir de los resultados obtenidos y de conformidad con la normativa vigente.

AL LIC. JORGE OVIEDO PRADO, EN CALIDAD DE ADMINISTRADOR DEL ÁREA DE SALUD DE CARIARI, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO

4. Realizar una revisión de los 831 casos de atenciones por eventuales riesgos excluidos registrados en el MIFRE (Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos), según lo evidenciado en el hallazgo 1 de este informe, con el fin de determinar si se debe facturar la atención médica al INS o bien se debe descargar el caso de la herramienta informática (hallazgo 1).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, la evidencia sobre la depuración de los datos del MIFRE.

5. Realizar un inventario de las facturas por servicios médicos por atención de pacientes no asegurados con capacidad de pago, confeccionadas previo a la implementación del actual sistema de facturación en línea, según los alcances del oficio GF-30.633, del 2 de noviembre de 2012, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en calidad de gerente médica y el Lic. Gustavo Picado Chacón, en calidad de gerente financiero (hallazgo 3).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, los resultados del inventario realizado, el cual deberá permitir conocer el monto real de estas cuentas por cobrar.

6. Implementar las acciones para la eventual recuperación de montos pagados de más, por concepto de asignación de vivienda, a la funcionaria Angie Lucel Gómez Méndez, a quien aparentemente se le pagó este beneficio de manera errónea (hallazgo 8).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, los resultados de la gestión efectuada.

7. Diseñar e implementar un plan de supervisión constante que incluya la programación de pagos automáticos de servicios públicos y la coordinación con proveedores para no tener que cancelar obligaciones de un periodo presupuestario con recursos para atender las necesidades del siguiente y, de esta manera, evitar sobregiros y sub-ejecuciones presupuestarias, según lo evidenciado en el hallazgo 7 de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, en un plazo de seis meses, la implementación de las supervisiones efectuadas y los resultados de éstas.



COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio se comentaron con la Dra. Katterine Mora Mora, Directora Médica a.i. del área de salud de Cariari y con el Lic. Jorge Antonio Oviedo Prado, Administrador de la Unidad.

El Lic. Jorge Antonio Oviedo Prado solicita que se aclare, con relación a la recomendación 1, que la estrategia que implemente la Dirección Médica para remitir a los usuarios del servicio de Urgencias a la oficina de validación y facturación de servicios médicos se limite al horario de atención al público en esta oficina. Al respecto, se modifica la redacción de la recomendación para aclarar lo apuntado por el administrador del área de salud de Cariari.

La Dra. Katterine Mora Mora solicita que se amplíe el plazo para el cumplimiento de la recomendación 2, toda vez que se tiene conocimiento sobre la implementación del SIES en el corto plazo. Sobre este particular, se amplía el plazo otorgado para el cumplimiento de la recomendación 2 a ocho meses.

Ambos funcionarios están de acuerdo con el resto de las recomendaciones y con los plazos otorgados para su cumplimiento.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Greivin Elizondo Barrantes
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas
JEFE DE SUBÁREA

MASR/GEB/edvz



ANEXO 1 FACTURAS POR SERVICIOS MÉDICOS CUSTODIADAS

