



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

ASF-186-2015
13-08-2015

RESÚMEN EJECUTIVO

Esta Auditoría en cumplimiento al Plan Anual Operativo del Área Auditoría Servicios Financieros para el 2015, realizó el estudio denominado: “Evaluación Integral Gerencial Hospital San Rafael de Alajuela, Validación y Facturación de Servicios Médicos en Riesgos Excluidos”.

El objetivo de dicho estudio, consistió en evaluar la razonabilidad del control interno en el proceso de identificación, registro, facturación y cobro de servicios médicos brindados en Riesgos Excluidos; Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo. Dentro de los principales resultados del estudio destaca que el proceso de facturación, el cual inicia con la identificación del riesgo excluido, no es eficiente. Se observaron debilidades de control que no están garantizando que se facture el 100% de los costos que representa para la institución las atenciones médicas brindadas a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo, riesgos que por imperativo legal se encuentran excluidos del Régimen de Enfermedad y Maternidad.

Entre las debilidades de control interno más importantes y causas de que el proceso no sea eficiente, se observó que la facturación se da únicamente si el paciente llega a las Oficinas de la Subárea de Validación y Facturación, pero no se dispone de un procedimiento administrativo que garantice la identificación de pacientes provenientes de riesgos excluidos y que éstos sean trasladados a las oficinas de la Subárea de Validación para que los servicios médicos brindados sean facturados previo a que se retiren de las instalaciones del centro médico, a fin de garantizar que se cuente con su colaboración para recopilar los documentos y/o requisitos indispensables para el cobro de las facturas al Instituto Nacional de Seguros.

El hospital está destinando recursos, incluso cubriendo fines de semana con tiempo extraordinario, para brindar una mayor cobertura de la Unidad de Validación y Facturación mediante una segunda oficina situada en el Área de Emergencias, que labora los 365 días del año en 2 turnos desde las 6:00 a.m. hasta las 10:00 p.m. No obstante, dicha oficina no tiene una ubicación estratégica, no tiene comunicación con la oficina de Admisión, ni visibilidad al público, lo que aunado a que no existe un procedimiento establecido en donde la visita a la Oficina de Validación sea de carácter obligatorio e indispensable para continuar con otros trámites esenciales u otros servicios, tales como; retiro de medicamentos, rayos x, egreso, etc., aspectos que no están garantizando la facturación de la totalidad de servicios médicos brindados a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos del Trabajo.

Por otra parte, no se incentiva una cultura de control y de rendición de cuentas, no se dispone de reportes íntegros y confiables sobre la cantidad de pacientes atendidos en estos riesgos, ni sobre los exámenes o servicios médicos complementarios brindados, que faciliten ejercer control cruzado entre



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

las consultas, servicios, hospitalizaciones, etc., brindados a estos pacientes versus la facturación efectuada.

La revisión de una muestra de 36 hojas de puerta realizada por la Auditoría, correspondientes a los meses de diciembre 2014, marzo y abril 2015, evidenció que ninguna de las 36 hojas de puerta tenían el sello de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lo que significa que los pacientes no llegaron a las oficinas de esa Subárea, y 23 de estos pacientes habían puesto la denuncia o “Aviso de Accidente” en el Instituto Nacional de Seguros y/o contaban con “Orden de Atención Médica” emitida por esa entidad, y se disponía de requisitos suficientes para el efectivo cobro de los servicios médicos brindados, no obstante no habían sido facturados.

La otra prueba de análisis de la eficiencia en la facturación y recuperación de los costos de los servicios médicos brindados en riesgos excluidos, fue con respecto a los motivos de devolución de facturas, donde se contabilizó 2.035 devoluciones en los años 2013-2014, de las cuales 753 devoluciones como mínimo, son facturas que debieron ser oportunamente corregidas y reenviadas a cobro, y las demás debieron ser analizadas técnicamente para determinar si procede la presentación de reclamos a la aseguradora, la anulación y descargo contable del MIFRE, o la facturación mediante el procedimiento de un No Asegurado, etc., acciones que aproximadamente 3 años después continúan sin realizarse.

El retraso en la atención de estas devoluciones no garantiza a la institución el resarcimiento de esas cuentas por cobrar, ya que el pago de las facturas está sujeto al agotamiento de los fondos en la póliza respectiva, y en este caso es la misma institución la responsable del retraso en el pago por parte del INS. Sobre ese tema, llamó la atención que 34 facturas fueron devueltas por póliza agotada, ello a pesar de que con la nueva Ley de Tránsito se estableció que la CAJA tendrá prioridad en el pago, situación que amerita la revisión de la veracidad de tal hecho en cada caso específico a efecto de comprobar que efectivamente la cobertura está agotada y determinar la causa, si se debió a retraso en el trámite por parte de la institución ó que el INS no está cumpliendo con lo establecido en dicha Ley.

La conformidad institucional de dar por un hecho el que las pólizas están agotadas solo porque los funcionarios del INS que revisan las facturas así lo reportan en las devoluciones, sin que de parte de la CAJA se tenga acceso a verificar dicha información de una forma ágil y confiable, es una debilidad de control que fue advertida por esta Auditoría desde el 2011 mediante el Informe ASF-245-2011 del 21 de julio 2011.

Otro de los motivos de devolución que aparte de ser de impacto por la cantidad, requiere de análisis, es el “No reportado ante el INS” ó falta de denuncia del accidente, motivo por el cual fueron devueltas en los 2 últimos años 984 facturas. Hecho sorprendente debido a que el centro médico cuenta con una Plataforma del INS dentro de las Instalaciones, y según lo manifestara su Director Médico, 2 años es el tiempo aproximado que lleva dicha Plataforma en el hospital.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En relación con la Plataforma del INS en el centro médico, es conveniente resaltar que, el Hospital San Rafael de Alajuela, cedió este espacio al Instituto Nacional de Seguros sin que de previo se hubiese instrumentalizado un contrato, u otro documento formal que estableciera las condiciones bajo las cuales se otorgó el derecho y el monto respectivo que esa entidad debe reconocer a la Institución por el derecho de uso de las instalaciones. Además, sin preveer la capacidad del centro médico para otorgar tal derecho en igualdad de condiciones a cualquier otra aseguradora que comercialice seguros obligatorios y así lo solicite.

Sobre los controles contables, una de las principales debilidades es en relación con la liquidación de los depósitos que efectúa el Instituto Nacional de Seguros la cual no está siendo oportuna, lo que genera que la institución no pueda presupuestar o disponer de esos recursos aunque se encuentren en la cuenta bancaria. Al 28 de febrero 2015, la sumatoria de depósitos sin liquidar que reportó el MIFRE para el Hospital San Rafael de Alajuela, fue de $\text{Q}53.182.564.32$ (Cincuenta y tres millones ciento ochenta y dos mil quinientos sesenta y cuatro colones con treinta y dos céntimos).

A partir de MIFRE, el registro contable se realiza automáticamente en cada uno de los movimientos que se generan a través de dicho módulo, no obstante ello no exonera a la Administración del centro médico, de la responsabilidad de mantener conciliadas y actualizadas las cuentas por cobrar por riesgos excluidos.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

ASF-186-2015
13-08-2015

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

EVALUACIÓN INTEGRAL GERENCIAL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN RIESGOS EXCLUIDOS DIRECCIÓN REGIONAL SERVICIOS MÉDICOS CENTRAL NORTE

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en cumplimiento al Plan Anual Operativo 2015 del Área de Servicios Financieros.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la razonabilidad del control interno en el proceso de Facturación y Cobro de Servicios Médicos brindados a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar los controles para la facturación de los servicios médicos.
2. Evaluar los controles para la administración de las cuentas por cobrar.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión y análisis de la facturación en relación con la información registrada sobre los Servicios Médicos suministrados a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo, y de los controles implementados para la administración de las cuentas por cobrar al Instituto Nacional de Seguros (INS) por dichos conceptos.

El período de evaluación comprende desde el 01 de octubre al 31 de diciembre 2015, ampliándose en casos en que se consideró necesario. La evaluación se realizó de conformidad con el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

Es importante señalar que esta revisión se realiza selectivamente con fundamento en información y documentación aportada por la Administración Activa relacionada con el proceso de identificación y registro, facturación y cobro de los servicios médicos suministrados por el centro de salud en riesgos excluidos.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio de auditoría se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Entrevista con el Lic. José Montoya Hernández, Encargado de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital San Rafael de Alajuela.
- Entrevista y sesiones de trabajo con la Sra. Cynthia Pasos Carvajal, Encargada Trámites INS.
- Análisis de actividades del proceso de facturación y cobro con la Máster Rocío Morales Herra, Jefe Área Financiero Contable.
- Análisis de la información registrada por el Servicio de Registros médicos relacionada con los servicios médicos suministrados a pacientes provenientes de Riesgos Excluidos (Accidentes de tránsito y de trabajo) versus la facturación.
- Revisión de las causas de los depósitos pendientes de liquidar.
- Revisión de los controles sobre las cuentas por cobrar.
- Revisión del control y gestión de la facturación devuelta.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de la República de Costa Rica.
- Ley General de Control Interno 8292.
- Ley General de la Administración Pública 6227.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Convenio Caja Costarricense Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros (INS).
- Manual de Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Manual de Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.
- Manual Descriptivo de Cuentas Contables.

- Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Verificación de Derechos. (Actualizado por la Gerencia Administrativa a febrero 2006).
- Procedimiento Administrativo-Contable Convenio INS-CCSS Servicios Médicos por Riesgos Laborales y Accidentes de Tránsito Cuentas 128-00-0 y 129-00-6.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

ASPECTOS A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

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 Nº 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 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. (...)”.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROCESO ADMINISTRATIVO Y REGISTRO CONTABLE DE LA FACTURACIÓN Y COBRO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN RIESGOS EXCLUIDOS.

Cuando el padecimiento que presente el paciente sea producto de un accidente sufrido por las labores propias de su función (riesgo del trabajo), o producto de un accidente de tránsito, se está en presencia de un **riesgo excluido del Régimen de Enfermedad y Maternidad**, por lo que las Unidades de Validación de Derechos, deben realizar la facturación respectiva con cargo al Instituto Nacional de Seguros (INS). Para ello, deben aplicar las disposiciones establecidas en el documento: “Procedimiento Administrativo Contable Facturación y Cobro Servicios Médicos” y demás ordenamiento jurídico aplicable.

Para la emisión de la facturación al Instituto Nacional de Seguros, a partir del 2012, las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, están utilizando el Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), herramienta donde los funcionarios encargados de la facturación al INS, digitan la información del paciente, descripción de los servicios brindados y respectivos costos para que de forma automática la factura sea totalizada. En la actualidad el registro contable de las cuentas por cobrar, las anulaciones y los depósitos correspondientes, se está realizando mediante el MIFRE, por lo que se dispone más ágilmente de reportes que permitan rastrear la gestión administrativa y el control sobre las cuentas por cobrar servicios médicos brindados en riesgos excluidos, lo cual continúa siendo responsabilidad de cada centro médico.

Sin embargo, con respecto a la facturación manual emitida antes de la puesta en marcha de la herramienta MIFRE, el registro contable de las cuentas por cobrar al INS (Riesgos del Trabajo y Accidentes de Tránsito), de conformidad con el documento denominado “Procedimiento Administrativo–Contable Convenio INS-CCSS Servicios Médicos por Riesgos Laborales y Accidentes de Tránsito”, las Unidades de Validación de Derechos de los diferentes centros médicos de la Caja, debían enviar nota indicando el monto total y copia de las facturas tramitadas a la Subárea Contabilidad Operativa, con el objetivo de evidenciar y respaldar adecuadamente las transacciones realizadas para



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

estos efectos. Igualmente en el caso de anulaciones de facturas manuales, por póliza agotada u otros, estas deben ser solicitadas por las unidades mediante nota con un resumen de los montos a descargar, a la Subárea de Contabilidad Operativa.

Las cuentas por cobrar al Instituto Nacional de Seguros por servicios médicos, proveniente de la facturación manual antes de MIFRE, se registraban en la cuentas contables: **128-00-0 INS Serv. Méd. Riesgos Profesionales y 129-00-0 INS Serv. Méd. Accidentes de Tránsito**, siendo que a partir de la puesta en marcha de MIFRE, se están utilizando las siguientes cuentas contables:

170-00-8 CUENTA POR COBRAR INS CONVENIO SERVICIOS MÉDICOS RIESGOS PROFESIONALES (SRT)

En esta cuenta se registran las facturas emitidas en los Hospitales y Clínicas del área metropolitana, correspondientes a servicios médicos brindados a pacientes por concepto de Riesgos Profesionales; en sustitución de las cuentas 128-00-0.

171-00-4 CUENTA POR COBRAR INS CONVENIO SERVICIOS MÉDICOS RIESGOS PROFESIONALES (SRT)

En esta cuenta se registran las facturas emitidas en los Hospitales y Clínicas del área metropolitana, correspondientes a servicios médicos brindados a pacientes por concepto de Riesgos Profesionales; en sustitución de las cuentas 128-00-0.

172-00- 0 INS CONTRATO SERVICIOS MÉDICOS SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR (SOA)

En esta cuenta se registran las facturas emitidas en los Hospitales y Clínicas del área metropolitana, correspondientes a servicios médicos brindados a pacientes por concepto de accidentes de tránsito; en sustitución de las cuentas 129-00-6.

173-00-0 INS CONVENIO SERVICIOS MÉDICOS SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR (SOA)

En esta cuenta se registran las facturas emitidas en los Hospitales y Clínicas del área metropolitana, correspondientes a servicios médicos brindados a pacientes por concepto de accidentes de tránsito; en sustitución de las cuentas 129-00-6.

Para tales efectos, en cada cuenta de mayor, se asigna una subcuenta específica para cada Unidad Ejecutora. Son cuentas exclusivas del Seguro de Salud.

El Hospital San Rafael de Alajuela, para el registro de la información de pacientes que realizan los funcionarios de Registros Médicos en el Servicio de Emergencias, utiliza el Sistema MEDISYS, para la facturación al Instituto Nacional de Seguros la herramienta MIFRE, y para el registro contable de las cuentas por cobrar generadas por la facturación de servicios médicos en Riesgos Excluidos tiene asignadas las siguientes subcuentas:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Antes de MIFRE:

128-27-0 "Servicios Médicos Riesgos de Trabajo"
129-27-6 "Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor"

MIFRE:

170-27-8 "Servicios Médicos Riesgos de Trabajo"
172-27-0 "Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor"

RESULTADOS

El estudio realizado sobre la razonabilidad del control interno para la facturación y recuperación de los costos de los Servicios Médicos brindados a pacientes procedentes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo, permitió determinar las debilidades de control interno que se exponen seguidamente, las cuales requieren de la actuación oportuna de la Administración Activa, debido a la importancia que reviste la eficiente recuperación de los recursos económicos que se invierten en la atención médica de esta población.

1. CONTROL PARA LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

En el proceso de facturación de servicios médicos de riesgos excluidos se observaron debilidades de control que no coadyuvan a lograr que los costos que se invierten en la atención de esta población se recuperen, entre ellas:

- La facturación se da únicamente si el paciente llega a las Oficinas de la Subárea de Validación y Facturación, y no se dispone de un procedimiento administrativo que garantice la identificación de pacientes provenientes de riesgos excluidos y que éstos sean trasladados a las oficinas de la Subárea de Validación para que los servicios médicos brindados sean facturados.
- Ubicación no estratégica de la segunda oficina de Validación y Facturación en Emergencias y sin comunicación con la oficina de Registros Médicos. (Traslado de pacientes no es de carácter obligatorio e indispensable).

El hospital está destinando recursos, incluso cubriendo fines de semana con tiempo extraordinario, para brindar una mayor cobertura de la Unidad de Validación y Facturación mediante una segunda oficina situada en el Área de Emergencias, que labora los 365 días del año en 2 turnos desde las 6:00 a.m. hasta las 10:00 p.m. No obstante, dicha oficina no tiene una ubicación estratégica, no tiene comunicación ni visibilidad hacia la oficina de Admisión y viceversa, lo que aunado a que el paso de estos pacientes por esta oficina no es de carácter obligatorio e indispensable para continuar con otros trámites esenciales u otros servicios, tales como; retiro de medicamentos, rayos x, o egreso, no está garantizando la facturación de la

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 8 de 32

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

totalidad de servicios médicos brindados a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos del Trabajo.

- Estadísticas y/o reportes de pacientes atendidos en Riesgos Excluidos que no son íntegros ni confiables.

Se dispone de los sistemas (MEDISYS y ARCA) para la captura de datos de los pacientes en Emergencias y Admisión, pero la identificación mediante códigos de atención de aquellos casos de Accidente de Tránsito o Riesgo del Trabajo no se está haciendo de forma obligatoria y estandarizada, razón por la cual los reportes de pacientes atendidos en estos riesgos no son íntegros ni confiables, y no coadyuvan a ejercer control previo concomitante y posterior de la facturación efectuada al Instituto Nacional de Seguros.

Revisados los reportes aportados por la Jefatura de Registros Médicos del Hospital, el primero denominado "LISTADO DE EGRESOS, H.S.R.A., DICIEMBRE 2014", que según se indicó se refiere a los egresados de hospitalización, se observó que para el código de atención 201 "Seguro de Accidentes de Tránsito INS" en el mes de diciembre 2014, únicamente se reportaron 10 pacientes egresados, y el segundo denominado "PACIENTES INGRESADOS H.S.R.A., DICIEMBRE 2014" el cual se indicó contiene los pacientes atendidos en Emergencias, no se observó la utilización de un código que identifique los Accidentes de Tránsito y los Riesgos de Trabajo atendidos.

- Revisión de Hojas de Puerta, reportes de sistemas, u otros controles alternativos. La Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos no realiza un control cruzado diario entre las emergencias atendidas, los pacientes hospitalizados y lo facturado, que permita identificar servicios médicos no facturados, realizar la facturación y gestionar con los pacientes y/o familiares la presentación de la denuncia y demás requerimientos para el trámite de cobro de las facturas.
- El Área Financiero Contable no está realizando un monitoreo mensual de la facturación efectuada por la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos versus los pacientes atendidos, por cuanto se desconoce cuánto no se está facturando y no se fomenta un ambiente de rendición de cuentas.

Se seleccionó una muestra de hojas de puerta de 6 días de diciembre 2014, y se detectaron 22 pacientes de riesgos excluidos; 8 de Riesgos del Trabajo y 14 Accidentes de Tránsito, los cuales no habían sido facturados.

Con la finalidad de conocer el comportamiento más reciente de la facturación de riesgos excluidos, se incluyeron en la muestra 14 hojas de puerta más de los meses de marzo y abril 2015, para un total de 36 hojas de puerta, obteniendo los siguientes resultados:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

- a) Ninguna de las 36 hojas de puerta tenían el sello de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lo que significa que los pacientes no llegaron a las oficinas de esa Subárea.
- b) Veintitrés de los pacientes habían puesto la denuncia o “Aviso de Accidente” en el Instituto Nacional de Seguros ó habían sido atendidos con “Orden de Atención Médica” emitida por esa entidad, y se disponía de requisitos suficientes para el efectivo cobro de los servicios médicos brindados, por lo que se solicitó a la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, proceder a la facturación inmediata de los mismos. La sumatoria de las facturas emitidas con fundamento en las 23 hojas de puerta fue por la suma de: ₡9.571.841,00 (Nueve millones quinientos setenta y un mil ochocientos cuarenta y un colones).

Este procedimiento de revisión de hojas de puerta, el cual como se puede observar es uno de los controles alternos que coadyuva a hacer más eficiente el proceso de facturación, no está siendo ejecutado por la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

- Incumplimiento del “Protocolo para la atención de riesgos excluidos cubiertos por Seguros Obligatorios” aprobado por las Gerencias; Administrativa, Financiera y Médica, en agosto del 2012.

En recorrido efectuado por el Servicio de Emergencias, se constató que no se está cumpliendo con el “Protocolo para la atención de riesgos excluidos cubiertos por Seguros Obligatorios” aprobado por las Gerencias; Administrativa, Financiera y Médica en agosto 2012, cuya finalidad es la identificación de los pacientes provenientes de riesgos excluidos mediante la colocación de brazaletes color naranja que permitan una ágil localización de estos pacientes, a efectos de propiciar su estabilización y traslado al Centro Médico del Instituto Nacional de Seguros u otros que el paciente elija, y coadyuvar a despejar los Servicios y brindar una mejor atención, así como, coordinar con la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, previo al egreso o traslado, la facturación de los servicios médicos brindados y la asesoría al paciente y/o familiares para que gestionen lo requerido para hacer efectivo el cobro ante el INS, principalmente si se considera que en el caso del Hospital San Rafael de Alajuela, se cuenta con la Plataforma del INS dentro del centro médico.

La Constitución Política de la República de Costa Rica, en su artículo 73, referente a la utilización de los fondos de los seguros sociales, establece:

“[...] No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán exclusiva cuenta de los patronos y se registrarán por disposiciones especiales”.

La Ley General de Control Interno, en los siguientes capítulos, establece:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

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. (...).”*

El “Protocolo para la atención de riesgos excluidos cubiertos por Seguros Obligatorios” aprobado por las Gerencias; Administrativa, Financiera y Médica, en agosto del 2012, establece la responsabilidad del personal médico de identificar los casos de accidentes de Tránsito y riesgos del trabajo y del personal de enfermería de colocar un distintivo a estos pacientes:

“Artículo 3. DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LA CAJA

3.1 DE LA ADMISIÓN O DEL INICIO DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO O ÁREA DE EMERGENCIAS

c. La determinación de la condición de emergencia médica por riesgo excluido es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo su responsabilidad. (...)

3.2 RECEPCIÓN EN EL SERVICIO O ÁREA DE EMERGENCIAS

De acuerdo a la organización de cada unidad, se debe designar un responsable para el llenado del FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS. Una vez que está completo el formulario se debe entregar al médico responsable de la atención. (...)

En caso de carecer de una fuente confiable de los datos del asegurado (sin documento de identidad, sin informante), la unidad responsable debe utilizar todos los mecanismos legales que tenga a disposición a fin de completar la identificación del asegurado.

3.3 TRIAGE INICIAL EN EL SERVICIO O ÁREA DE EMERGENCIAS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

a. El profesional médico realiza la valoración de la condición de emergencia médica o quirúrgico del asegurado, por presunción o confirmación del riesgo excluido. (...)

d. El enfermero(a) profesional, auxiliar de enfermería o el personal que sea designado según la organización de cada unidad, debe colocar al asegurado cubierto por riesgos excluidos, un **medio distintivo de identificación (pulsera)** durante su estancia en el servicio o área de emergencia. Debe indicar el nombre, número de identificación y la leyenda “riesgo excluido”; el color oficial de la pulsera será naranja. (...)

i. **En sala de recuperación** (...)

j. En caso que no se haya confirmado en el triage inicial el riesgo excluido, se deben realizar todos los trámites para su confirmación por el médico responsable de la intervención quirúrgica. (...)

l. **En el servicio de hospitalización** (...) Durante su estancia en hospitalización, el asegurado debe portar su pulsera de identificación como riesgo excluido.

m. (...) En caso que no se haya confirmado en el triage inicial el riesgo excluido, se deben realizar todos los trámites para su confirmación por el médico responsable de la atención en el servicio de medicina. Durante su estancia en hospitalización, el asegurado debe portar su pulsera de identificación como riesgo excluido. (...)

Mediante Circular AGRE-11-2013/8525-4 “Atención de pacientes por riesgos excluidos”, suscrita por el Lic. Wven Porras Núñez, Jefe Área Riesgos Excluidos, y el Dr. Manuel Navarro Correa, ASESOR – ENLACE CCSS-INS, funcionario de la Gerencia Médica, publicada en la Web institucional el 04 de abril 2013, se solicitó a las autoridades de los centros de salud, Jefes y Encargados de las Oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, poner en práctica el procedimiento establecido para la atención y facturación de las atenciones complementarias por riesgos excluidos:

“(...) cuando una aseguradora, entendiéndose el INS o cualquiera otra que entre en el mercado, requiera que la Caja le preste atención a uno de sus pacientes que no presenta condición de urgencia o emergencia, la misma se brindará contra la presentación que del formulario en cuestión debidamente completado por la autoridad correspondiente de la aseguradora, realice el paciente de la misma.

Presentado el formulario respectivo, se procederá a dar la atención al paciente según la capacidad del centro y de conformidad con las disposiciones institucionales existentes, debiendo remitirse el formulario a la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos del centro a efecto de que se proceda con la facturación de la totalidad de las atenciones que hubieren sido brindadas al paciente de la aseguradora. (...)”

En relación con el registro de la información de pacientes atendidos en los riesgos de Accidente de Tránsito y de Trabajo, mediante oficio REDESHSRA-214-15 del 03 de junio 2015, la Licda. Yorlenni Benavides Hernández, Jefatura a.i. Registros y Estadísticas de Salud, manifestó que: “1. El egreso Hospitalario se procesa con el Sistema Automatizado ARCA, lo cual permite generar la información cuando es un



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

caso del INS. 2. En el Servicio de Emergencias se utiliza el Sistema Automatizado Medisys, generando inconvenientes para extraer la información. Lo que se realiza en los casos del INS es colocar en la Hoja de Emergencias el sello que lo identifica como tal y se pasa el caso al Área de Validación y Facturación”.

Acorde con la revisión de los reportes de pacientes atendidos en Emergencias y Hospitalización en diciembre 2014, en el Sistema ARCA de donde se obtuvo el reporte de egresos hospitalarios, solo se está utilizando un código, (201), para identificar las atenciones médicas brindadas en el “Seguro de Accidentes de Tránsito INS”, **no así las atenciones médicas producto de riesgos de trabajo**, además de que como se observó el dato reportado para el código 201, es de únicamente 10 casos, información que no aparenta ser confiable ya que la Subárea de Validación y Facturación realizó 14 facturas a pacientes de Riesgos Excluidos que estuvieron hospitalizados y fueron egresados en el mes de diciembre 2014, 8 de ellos por accidente de tránsito y 6 por riesgos de trabajo. En lo que respecta a las **atenciones médicas de riesgos excluidos brindadas en emergencias** y que no requirieron hospitalización, **no se tienen estadísticas** que permitan hacer la comparación con lo facturado.

Mediante entrevista escrita el Lic. José Montoya Hernández, Coordinador de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, explicó aquellos que se aplican para la facturación en emergencias y en hospitalizaciones, de la siguiente manera:

*“En emergencias. **Si el paciente llega a Validación entonces se le factura.** (...) en este momento realmente los funcionarios de Validación no están capacitados para realizar un cobro efectivo, no tienen la cultura de vender servicios y por consiguiente tampoco de cobrar. Esa falta de cultura se extiende hasta la parte médica y registros médicos, situación que es conocida por los pacientes que incluso en casos del INS, accidentes de tránsito y de trabajo, lo utilizan para sacar provecho personal.*

Se tiene conocimiento de casos donde el paciente tiene póliza de Riesgos del Trabajo, y no dice que la tiene para pasarlo como Accidente de Tránsito, porque tiene el parte, y lo que busca es llegar a una conciliación extrajudicial con la parte que ocasionó el accidente y obtener un beneficio económico propio, lo cual por lo general no beneficia a la CAJA en nada, porque como Accidente de Tránsito el monto de la póliza es de 3.5 millones en moto y en vehículos de 6 millones lo que por lo general no va a cubrir la totalidad de la factura por la atención médica brindada. Esto sucede en aquellos casos en que los trabajadores se accidentan viajando para sus lugares de trabajo o en horas laborales como el caso de los mensajeros. (...)

En Hospitalizaciones, la Encargada de Trámites INS si realiza visita y entrevistas. Estas visitas las realiza acompañada de un tramitador de la Plataforma del INS que está en el Hospital. Si en las entrevistas se detecta un paciente indigente que fue víctima de atropello y trasladado por la Cruz Roja, vamos al Comité de la Cruz Roja a solicitar la boleta o bitácora de traslado para poder hacer la apertura del caso en la Plataforma del INS, y así conseguir la duplicación de la cobertura de la póliza ya que sería un No Asegurado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En otros casos, como extranjeros que no cuentan con familiares que les realicen este trámite, el cual es personal en la Cruz Roja, nosotros nos encargamos de conseguirle la bitácora en la Cruz Roja, con un oficio firmado por la jefatura del Área Financiero Contable del hospital.

En los casos del INS, el traslado del paciente lo tramita los funcionarios de la Plataforma del INS, por eso es que acompañan a la funcionaria de Validación a las visitas de hospitalizados. (...)"

Las actividades de control que se llevan a cabo, no están siendo suficientes y exponen a la institución al riesgo de no recuperación de los costos invertidos en la atención riesgos excluidos, en detrimento de las finanzas del Régimen de Enfermedad y Maternidad, lo que se convierte en un desacato al mandato constitucional (artículo 73), que establece que la Caja no puede disponer de los fondos de la seguridad social para cubrir fines distintos a los definidos constitucionalmente.

Los "Protocolos para la Atención de Riesgos Excluidos cubiertos por Seguros Obligatorios" enfocados a la identificación eficiente de la totalidad de accidentes de tránsito y riesgos de trabajo que recibe el centro médico para atención, no se están cumpliendo o se cumplen parcialmente.

Según lo establecido en estos protocolos, los pacientes que son riesgos excluidos una vez que así se haya determinado, deben portar un brazalete identificador color naranja. Aunque no se evidenció el uso de este tipo de identificador, se observó al menos en las hojas de puerta revisadas, que de forma manual se está identificando cuando corresponde a un accidente de tránsito o un riesgo del trabajo mediante la colocación de un sello que así lo indica, pero esta información no está siendo registrada íntegramente con la finalidad de generar estadísticas de atenciones médicas brindadas en tales riesgos, de modo que los superiores de la Subárea de Validación y Facturación estén monitoreando mensualmente que la facturación realizada por esa Subárea, sea concordante con las atenciones médicas otorgadas según registros médicos.

Conforme con los protocolos, la determinación de que se está frente a un riesgo excluido es responsabilidad del personal médico, y la colocación del brazalete identificador, responsabilidad de Enfermería u otros funcionarios que el centro médico determine. El sello en la hoja de puerta está siendo colocado por funcionarios de Registros Médicos, se desconoce si bajo previa confirmación e indicación del médico asignado al paciente que presuntamente presenta la condición de riesgo excluido cubierto por seguro obligatorio.

A partir de MIFRE se mejoró en la estandarización de la facturación, pero ello no solucionó la problemática en cuanto a la captación y facturación de la cantidad real de pacientes que se atienden diariamente provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo. Aunque se haya avanzado en la normatividad de este proceso, la realidad es que no se factura la totalidad de los riesgos excluidos que se atienden, y para atender este riesgo, se requiere de la intervención de la Dirección Médica y la Dirección Administrativa y Financiera, para que en conjunto se analicen las acciones a implementar y las



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

actividades de control que deberán ejecutar los distintos servicios, áreas, subáreas, etc. que intervienen en el proceso de prestación de servicios médicos en riesgos excluidos, con la finalidad de brindar certeza razonable de que se factura la totalidad de los servicios médicos brindados en estas categorías y se realicen acciones eficientes tendientes a la recuperación de esas cuentas por cobrar.

2. CONTROL DE LAS CUENTAS POR COBRAR AL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

La Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos del hospital, tiene conciliadas al 31 de enero 2015, las cuentas 128-27-0 “Servicios Médicos Riesgos de Trabajo” y 129-27-6 “Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor” cuentas contables en las cuales se registró la facturación manual efectuada antes de la puesta en marcha del MIFRE.

El saldo conciliado de ambas cuentas por cobrar al 31 de enero 2015 fue de: ₡9.626.024.28 (Nueve millones seiscientos veintiséis mil veinticuatro colones con veintiocho céntimos) en Riesgos de Trabajo, y de ₡30.866.408.85 (Treinta millones ochocientos sesenta y seis mil cuatrocientos ocho colones con ochenta y cinco céntimos) en Seguro Obligatorio Automotor. Según lo normado internamente en relación con estas cuentas contables, dicha unidad tiene pendiente la emisión de la Certificación de la Deuda y el respectivo análisis del monto correspondiente exigible por concepto de intereses, para que la Dirección de Cobros proceda con los trámites administrativos y/o legales correspondientes.

No obstante se constató que las nuevas cuentas contables 170-27-8 “Servicios Médicos Riesgos de Trabajo” y 172-27-0 “Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor” utilizadas a partir de la implementación de MIFRE en el 2012, no están siendo conciliadas.

Además se observó, la existencia de un retraso de aproximadamente 3 años (2013-2014-2015) en la revisión de las devoluciones de facturas que realiza el Instituto Nacional de Seguros, y no se dispone de un auxiliar o control sobre esas devoluciones el cual permita conocer los motivos de devolución y determinar de forma ágil las acciones a seguir, sea la refacturación, la apelación ante el INS debidamente fundamentada, la anulación de aquellas que fueron declinadas o rechazadas o la facturación bajo el procedimiento de No Asegurado cuando corresponda. Analizada la información de devoluciones del Hospital San Rafael de Alajuela de los años 2014 y 2015, aportada por la Subárea Gestión de Riesgos Excluidos, se constató que durante estos 2 años dicho centro médico tuvo 2.035 facturas devueltas entre SOA y RT, para una sumatoria de ₡1.350.569.290.00 (Mil trescientos cincuenta millones quinientos sesenta y nueve mil doscientos noventa colones 00/100). Los motivos de devolución se pueden observar en el siguiente cuadro:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Cuadro 1

| ANÁLISIS FACTURAS DEVUELTAS INS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------|------------|---------------------|---------------------------|--------------|-------------|--------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|-----------------|-------------------------|-----------|
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODO 2013-2014 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGURO | MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | CANTIDAD | SUMATORIA |
| TIPO RIESGO | Aclarar días estancia | Aclarar recorrido en KM | Aclarar horas en observación | Declinado | Error de confección | Faltan datos obligatorios | Mal tarifado | No Amparado | No reportado ante el INS | Póliza Agotada | Cobro doble | Otros | (en blanco) | FACT. DEVUELTAS | FACTURAS DEVUELTAS | |
| AÑO 2013 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOA | 6 | 31 | | 94 | 26 | 1 | 34 | 10 | 98 | 19 | | 31 | 3 | 353 | | |
| RT | | 7 | | 8 | 124 | | 197 | 36 | 414 | 1 | | 8 | | 795 | | |
| SUB-TOTALES: | 6 | 38 | | 102 | 150 | 1 | 231 | 46 | 512 | 20 | | 39 | 3 | 1148 | 465.907.020,00 | |
| AÑO 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOA | 10 | 136 | 5 | 96 | 17 | 9 | 25 | | 108 | 13 | 4 | 10 | | 433 | | |
| RT | 4 | 55 | | 3 | 6 | 1 | 7 | 10 | 364 | 1 | | 3 | | 454 | | |
| SUB-TOTALES: | 14 | 191 | 5 | 99 | 23 | 10 | 32 | 10 | 472 | 14 | 4 | 13 | 0 | 887 | 884.662.270,00 | |
| TOTALES: | 20 | 229 | 5 | 201 | 173 | 11 | 263 | 56 | 984 | 34 | 4 | 52 | 3 | 2035 | 1.350.569.290,00 | |
| REENVIOS: | 20 | 229 | 5 | | 173 | 11 | 263 | | | | | 52 | | 753 | | |

Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos.

Como se puede observar al menos 753 devoluciones, son por errores o inadecuada facturación y/o reporte de la información por parte de los funcionarios de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos, además son correcciones sencillas que debieron hacerse de forma ágil para reenviarlas oportunamente a cobro, y las demás debieron ser analizadas técnicamente para determinar si procede la presentación de reclamos a la aseguradora, la anulación y descargo contable del MIFRE, o la facturación mediante el procedimiento de un No Asegurado, etc. El retraso en la atención de estas devoluciones que pueden ser corregidas y tramitadas nuevamente, no garantiza a la institución el resarcimiento de esas cuentas por cobrar, ya que después de un retraso como el evidenciado, de 3 años ó más, no existe garantía de que las pólizas aún no se hayan agotado, siendo en estos casos la Institución la responsable del no pago por parte del INS.

Sobre ese tema, llamó la atención que 34 facturas fueron devueltas por póliza agotada, ello a pesar de que con la nueva Ley de Tránsito se estableció que la CAJA tendrá prioridad en el pago, situación que amerita la revisión de la veracidad de tal hecho en cada caso específico a efecto de comprobar que efectivamente la cobertura está agotada y determinar la causa, si se debió a retraso en el trámite por parte de la CAJA ó que el INS no está cumpliendo con lo establecido en dicha Ley.

La conformidad institucional de dar por un hecho el que las pólizas están agotadas solo porque los funcionarios del INS que revisan las facturas así lo reportan en las devoluciones, sin que de parte de la CAJA se tenga acceso a verificar dicha información de una forma ágil y confiable, es una debilidad de control que fue advertida por esta Auditoría desde el 2011 mediante el Informe ASF-245-2011 del 21 de julio 2011, con la finalidad de que la institución pudiera verificar tal información, se recomendó: *"Gestione lo correspondiente para garantizarle a la institución el acceso a la información de los reclamos presentados por los asegurados o beneficiarios de los seguros obligatorios ante las aseguradoras, y la potestad de revisar las liquidaciones de dichas pólizas, ya sean estos archivos electrónicos o documentales. Entre otras, analice la conveniencia de que tal derecho para la institución quedé formalmente establecido en los contratos mercantiles de servicios médicos que se deriven"*.



"Garantiza la autenticidad e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Otro de los motivos de devolución que aparte de ser de impacto por la cantidad, requiere de análisis, es el “No reportado ante el INS” ó falta de denuncia del accidente, motivo por el cual fueron devueltas en los 2 últimos años 984 facturas al Hospital San Rafael de Alajuela. Llama la atención las devoluciones reincidentes por este motivo, debido a que el centro médico cuenta con una Plataforma del INS dentro de las Instalaciones, y según lo manifestara su Director Médico, 2 años es el tiempo aproximado que lleva la dicha Plataforma en el hospital.

En relación con los depósitos que efectúa el Instituto Nacional de Seguros, también se observó que no se liquidan en su totalidad oportunamente, lo que genera que la institución no pueda presupuestar o disponer de esos recursos aunque se encuentren en la cuenta bancaria. Al 28 de febrero 2015, la sumatoria de depósitos sin liquidar que reportó el MIFRE para el Hospital San Rafael de Alajuela, fue de $\$53.182.564.32$ (Cincuenta y tres millones ciento ochenta y dos mil quinientos sesenta y cuatro colones con treinta y dos céntimos).

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en los siguientes apartados, dispone:

“4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad (...).”

“4.4.5 Verificaciones y conciliaciones periódicas

La exactitud de los registros sobre activos y pasivos de la institución debe ser comprobada periódicamente mediante las conciliaciones, comprobaciones y otras verificaciones que se definan, incluyendo el cotejo contra documentos fuentes (...).”

El “Procedimiento Administrativo-Contable Convenio INS-CCSS Servicios Médicos por Riesgos Laborales y Accidentes de Tránsito” en el Capítulo IV “Responsabilidades”, artículo 25 “Unidades Ejecutoras”, establece:

“La Administración de los diferentes centros médicos deberá velar para que las Unidades de Validación, mantengan un adecuado control de las facturas por cobrar utilizando Auxiliares tanto para facturas pendientes de pago por parte del INS como para las canceladas, haciendo separación de los Riesgos de Trabajo y Accidentes de Tránsito, así como, de las devoluciones por error en el monto calculado en las facturas, vencimiento de pólizas o por cualquier otra razón”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Mediante Circular AGRE-31-2014, emitida por el Lic. Wven Porras Núñez, Jefe Área Gestión de Riesgos Excluidos, y la Licda. Lucía Catalina Vargas Masís, Jefe Área Gestión de Cobro a Patronos, publicada en la Web institucional el 20 de octubre 2014, se establecieron los pasos a seguir para la ejecución de gestiones de cobro administrativo y/o judicial asociadas con facturas generadas manualmente por atenciones en casos de riesgos excluidos, registradas contablemente en las cuentas 128, 129, 158 y 159, cuantas contables utilizadas antes de MIFRE:

“Para la ejecución de las gestiones de cobro administrativo y/o judicial de facturas generadas en los establecimientos de salud por atenciones brindadas en casos de siniestros cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores o por el Seguro de Riesgos del Trabajo y que se registran en las cuentas 128, 129, 158 y 159, se aplicarán de manera complementaria con las regulaciones institucionales vigentes, las siguientes reglas:

- 1. El presupuesto base para que pueda darse inicio a la gestión de cobro oportuno es que las cuentas contables del establecimiento de salud de que se trate se encuentran debidamente conciliadas tanto con saldo contable como real.*
- 2. Una vez que el Área Gestión de Riesgos Excluidos tenga noticia por parte de la Subárea de Contabilidad Operativa de que un establecimiento de salud alcanzó la conciliación tanto contable como real de sus cuentas, procederá a remitir oficio al Director Financiero – Administrativo o al Administrador, según se trate de un Hospital o de un Área de Salud, en el cual requerirá copia certificada del documento (s) en el que conste fehacientemente la recepción por parte del INS o del propio AGRE (para facturas manuales elaboradas a partir del mes de junio del 2012) de las facturas en relación con las cuales se arribó a la conclusión de que existe pendencia de pago por parte de la aseguradora.*
- 3. Recibido el documento debidamente certificado, el Área Gestión de Riesgos Excluidos, lo pondrá en conocimiento de las autoridades del INS, a las cuales emplazará por un período de 5 días hábiles, a efecto de que se pronuncien sobre el trámite dado a las mismas.*
- 4. Fenecido el plazo señalado en el punto anterior, de haberse recibido respuesta por parte del INS, la misma será hecha del conocimiento del establecimiento de salud como insumo para las acciones que le corresponde ejecutar. En caso de que el INS no brindará respuesta, el AGRE indicará al establecimiento de salud, la fecha a partir de la cual se entiende que la factura en cuestión se encuentra vencida, a efecto de que el establecimiento proceda con la determinación de la suma adeudada y el cálculo de los intereses que sobre ella se hubieren generado.*
- 5. El detalle del principal e intereses de las facturas líquidas y exigibles deberá ser remitido al AGRE mediante certificación suscrita por la jefatura administrativa del establecimiento de la salud, a la cual se acompañará la documentación de respaldo, igualmente certificada. En el caso de las Áreas de Salud la certificación deberá estar suscrita por el Administrador (a).*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

6. *El Área Gestión de Riesgos Excluidos, a partir de las certificaciones emitidas por los establecimientos de salud, trasladará al Área Gestión de Cobro a Patronos, y en apego a los lineamientos emitidos, la información necesaria para que ésta pueda proceder a remitir el respectivo “Aviso de Cobro y/o Prevención Motivada” al Instituto Nacional de Seguros, en el cual se conceden 5 días para cancelar lo adeudado.*
7. *En caso de que, derivado de la gestión del “Aviso de Cobro y/o Prevención Motivada”, el INS presentare alguna alegación que se relaciona con las actuaciones médicas o administrativas desarrolladas en el establecimiento de salud, el Área Gestión de Cobro a Patrono procederá a trasladadas al Área Gestión de Riesgos Excluidos, quién a su vez las enviara al establecimiento para su análisis y atención inmediata.*
8. *Si transcurridos los 5 días hábiles señalados en el “Aviso de Cobro y/o Prevención Motivada” no existe cancelación por parte del INS de las sumas adeudadas, no existen alegatos que se opongan a dichas sumas adeudadas o el Área Gestión de Riesgos Excluidos oficiosamente o a petición del establecimiento de salud, no ha comunicado al Área Gestión de Cobro a Patronos que detenga por alguna situación la gestión cobratoria, la Subárea de Cobro Administrativo a Patronos, procederá con base en los documentos enviados, a elaborar la certificación base para la gestión cobratoria, conforme lo ampara el artículo 53 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.*
9. *Elaborada la certificación antes señalada, la Subárea de Cobro Administrativo a Patronos, trasladará ésta a la Subárea de Cobro Judicial a Patronos, a fin de que se presente ante las instancias judiciales el proceso judicial correspondiente.*
10. *Es responsabilidad de las autoridades administrativas de los establecimientos de salud, brindar seguimiento a los casos que han sido trasladados para ser gestionados ante las instancias judiciales. Dicho seguimiento deberá realizarse cuatrimestralmente, mediante consulta electrónico al Área Gestión de Riesgos Excluido. (...)*

La Circular AGRE-15-2013 “Lineamientos en materia de riesgos excluidos”, publicada en la Web Máster el 24 de mayo 2013, entre otros aspectos, señala:

“El Área Gestión de Riesgos Excluidos comunica a los centros de salud a través de los medios electrónicos disponibles (correo e intranet), la información sobre las facturas que les son canceladas por parte de la aseguradora, a efecto de que procedan con la liquidación correspondiente.

En razón de lo anterior, se les recuerda a los funcionarios de los centros médicos que cuentan con perfil de “Supervisor” dentro de la herramienta MIFRE, su obligación de vigilar que las liquidaciones se efectúen, disponiendo en este acto que ello debe serlo dentro de un plazo no mayor a ocho días, contado desde el momento en que la unidad médica recibió la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

información.

La ejecución oportuna de la tarea señalada constituye uno de los elementos más importantes para el desarrollo posterior de un adecuado proceso de conciliación de las cuentas contables, aspecto que es responsabilidad de las unidades médicas en tanto generadoras de las cuentas por cobrar. (...)

En línea con lo anterior, se ha observado que en ocasiones las unidades proceden a generar una factura atendiendo al criterio médico como si se tratara de un riesgo cubierto por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, y posteriormente la aseguradora informa del pago de dicha factura pero habiendo recalificado el riesgo como cubierto por el Seguro de Riesgos del Trabajo, o viceversa.

Con el propósito de mantener orden a nivel de la herramienta MIFRE y no generar contratiempos en los procesos de conciliación contable, cuando la unidad médica sea informada por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos del pago de una factura cuyo régimen fue cambiado deberá proceder inmediatamente a ejecutar en el MIFRE los pasos que seguido se detallan:

- a. Verificar que el monto cancelado coincida con el monto originalmente facturado.*
- b. En la ventana de liquidaciones debe buscarse la factura cancelada y liquidarla como “NO PAGO” y en el motivo marcar la opción “ERROR DE CONFECCIÓN”.*
- c. Una vez realizado este proceso, debe la persona que posea el perfil de “Supervisor”, en la ventana de seguimiento proceder a “DESCARGAR” dicha factura para eliminar el registro contable de la misma.*
- d. Inmediatamente deberá confeccionarse un nuevo caso de estudio en el régimen correcto, completar la totalidad de los campos requeridos para esos efectos, siendo que en el caso de no conocerse el número de póliza o el número de placa deberán llenarse este campo indicando “SIN INFORMACIÓN”, sin excepción deberán respetarse las fechas de inicio y fin de la prestación del servicio consignadas en la factura original.*
- e. Una vez confeccionado el caso de estudio, deberá realizarse una factura completamente nueva a la que deberán agregarse costos idénticos a la confeccionada originalmente para que se pueda proceder con su liquidación.*
- f. Una vez finalizado el mes cuando la factura se encuentre en estado “FACTURADA” se deberá proceder a la liquidación de esta factura contra el número de documento indicando en los listados remitidos por esta Área de Trabajo.*
- g. Cuando debe remitirse la facturación mensual del AGRE, deberá indicarse de forma expresa en el oficio de envío la cantidad de facturas que no se envían por esta condición, y detallarse el número de esas facturas (Ejm: 2701201203000044444).”*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

A partir de MIFRE, el registro contable se realiza automáticamente en cada uno de los movimientos que se generan a través de dicho módulo, no obstante ello no exonera a la Administración del centro médico, de la responsabilidad de mantener conciliadas y actualizadas las cuentas por cobrar por riesgos excluidos. Ello conlleva necesariamente, control de la facturación, de las devoluciones, de las anulaciones, de la refacturación y reenvío, de los pagos parciales o totales recibidos, y de todo movimiento que se relacione y afecte el saldo real de las cuentas por cobrar.

La ausencia de control sobre los motivos por los que están siendo devueltas las facturas no facilita una eficiente gestión, ya que el no conocer de forma ágil las acciones a seguir, provoca la acumulación de éstas tal y como se evidenció. La acumulación de la facturación devuelta sin que se realicen las acciones correspondientes provoca alteración del saldo de la cuenta por cobrar al no estarse descargando oportunamente aquella facturación de la cual no existió fundamento legal para ser considerado un riesgo excluido y debía ser asumido por el Seguro de Salud, o la facturación bajo el procedimiento de un No Asegurado en los casos que así corresponda. Además, genera retraso en la recuperación de los recursos en aquellos casos en que procedían correcciones, refacturación y reenvío, ó la presentación de apelaciones en caso de existir fundamento.

Es por ello que se hace necesaria la existencia de un auxiliar de devoluciones a nivel local, que coadyuve con el control de los saldos de las cuentas por cobrar y a mejorar la eficiencia en la facturación mediante el análisis de los errores u omisiones más comúnmente cometidas, ya que la refacturación encarece el proceso de cobro y retrasa la recuperación de los costos sin que se pueda hacer efectivo el cobro de intereses, pues el tiempo transcurrido sin que se haya cancelado la factura no es responsabilidad de la aseguradora.

En el caso de la inoportunidad en la liquidación de los depósitos, además de afectar también la exactitud e integridad de las cuentas por cobrar, ello conlleva que aunque los recursos se encuentren en la cuenta bancaria, la institución no puede disponer de estos en la planificación de sus presupuestos.

Cabe resaltar, que las cuentas contables 170-27-8 “Servicios Médicos Riesgos de Trabajo” y 172-27-0 “Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor” fueron creadas a partir de la puesta en marcha de MIFRE, como parte de la estrategia para mejorar el control contable y la certeza de los saldos de las cuentas por cobrar, mientras que se asesoraba a las unidades para conciliar los saldos de las cuentas anteriores, no obstante, aunque por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos se han emitido directrices orientadas a los controles contables que deben ejecutar las Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, se observó un vacío en cuanto a la formalización y documentación del procedimiento de conciliación que oriente y concientice a las unidades en el proceso, lo que está generando incertidumbre a los funcionarios del Área, responsables del manejo de las cuentas por cobrar ahora sistematizadas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

3. SOBRE LA OFICINA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS EN EL HOSPITAL.

El Hospital San Rafael de Alajuela, cedió espacio para oficina al Instituto Nacional de Seguros, sin que de previo se hubiese instrumentalizado un contrato, u otro documento formal que estableciera las condiciones bajo las cuales se otorgó el derecho y el monto respectivo que esa entidad debe reconocer a la Institución por el derecho de uso de las instalaciones. Además, sin preveer la capacidad del centro médico para otorgar tal derecho en igualdad de condiciones a cualquier otra aseguradora que comercialice seguros obligatorios y así lo solicite.

Desde el 03 de mayo 2011, mediante el oficio DJ-2773-2011, la Dirección Jurídica había emitido criterio sobre el cambio en el sistema jurídico que originó la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos (TLC), entre ellas; la modificación del artículo 1 de la Ley del Instituto Nacional de Seguros, donde quedó claramente definido que en el caso del INS su participación en las actividades aseguradoras o reaseguradoras se produce sin ejercicio alguno de prerrogativas de poder público, y dentro del marco regulatorio común a las distintas entidades aseguradoras o reaseguradoras privadas. Al respecto, en dicho criterio quedó claro que:

“(...) aunque el INS tenga una naturaleza pública por su carácter de empresa del Estado, todas las contrataciones relacionadas con la actividad aseguradora siempre estarán regidas por el derecho mercantil (...)”.

Respecto a las plataformas del Instituto Nacional de Seguros en instalaciones de la CAJA, se tuvo conocimiento que el señor Subgerente del Instituto Nacional de Seguros (INS), MSc. Francisco Soto Soto, remitió al Lic. Luis Fernando Campos, Gerente Administrativo, una propuesta de convenio denominado “Convenio de Plataformas de Servicios del Instituto Nacional de Seguros (INS) en Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)”, la cual fue trasladada a la Gerencia Financiera y esta al Área de Gestión de Riesgos Excluidos, a efecto de que se emitiera pronunciamiento técnico sobre el contenido de la misma.

El 31 de marzo 2014, mediante oficio AGRE-0060-2014/OT-02-2014, el Área de Riesgos Excluidos se pronunció al respecto, en los siguientes términos:

“El documento enviado por el INS supone la aplicación de la figura del convenio, sin embargo esta aplica para las relaciones entre entidades públicas asociadas con competencias en las cuales ejercen prerrogativas de poder público, lo que claramente no sucede en la especie, pues la actividad aseguradora es de naturaleza mercantil y en relación con ella el INS no ejerce prerrogativas de poder público. (...)”.

Con la aprobación del TLC, Costa Rica asume las obligaciones que este le impone, propias de un esquema de libre mercado, en el que se incluyen ahora el Seguro de Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores.

Quizá la principal obligación que el tratado contiene, a los efectos de lo que aquí se está analizando, tal y



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

como lo señaló la Sala Constitucional en el Voto 16628-2012, lo es el que:

“...está prohibido un tratamiento privilegiado de alguno de los oferentes del mercado de seguros...”

La obligación de cita, supone un cuidado particular para los actores del mercado que como la Caja, entran en relación con las aseguradoras que participan del mismo, comercializando pólizas en particular los riesgos del trabajo y del seguro obligatorio para los vehículos automotores.

En la opinión técnica OT-01-2013, emitida con ocasión de una propuesta de convenio planteada igualmente por el Instituto Nacional de Seguros, se hizo hincapié a esa Gerencia acerca de la importancia que tiene el tener en cuenta, que en aplicación del principio de igualdad en el mercado, derivado de la prohibición de tratamiento privilegiado a algún oferente del mismo:

“...toda facilidad, prerrogativa, ventaja o similar, que la Caja en el ejercicio de sus competencias brinde a una aseguradora participante del mercado, deberá serlo en igual forma para todas las demás que así lo demanden...”

Aplicar lo anterior a la situación que se plantea en el documento objeto de análisis, supone que la Caja debe tener claro que en el tanto un establecimiento de salud hospitalario le conceda al Instituto Nacional de Seguros la ventaja de contar con un espacio dentro del mismo, de igual forma quedará el hospital en la obligación de hacerlo para todas y cada una de las aseguradoras que llegaren a comercializar pólizas de riesgos del trabajo o accidentes de tránsito y así lo demandaren.

En línea con lo expuesto, en caso de que la Gerencia Médica determinare acceder a lo pedido por el INS, ello a través del mecanismo jurídico que se señalare por la Dirección Jurídica como el adecuado, pues como se apuntó el Convenio no lo es, se sugiere deberá tener documentado que existe en la red de hospitales a nivel nacional, el espacio necesario para hacer frente a la exigencia que del mercado pudiere darse, por parte de las aseguradoras que entraran en el negocio de la comercialización de las pólizas de seguros obligatorios. (...)

C. Existe una obligación constitucional ineludible de recuperar todas las sumas pagadas en el desarrollo de actividades no derivadas de la protección de los riesgos comprendidos en los seguros que administra y gobierna la Caja.

En línea con lo anterior, cualquier acuerdo con una aseguradora para la utilización de aspectos que no son propios de la atención de los riesgos que administra y gobierna, exceptuados los casos de urgencias o emergencias así catalogadas por un profesional en medicina, está limitada a la utilización de capacidad ociosa institucional y a la determinación de que tal proceder no implica un desplazamiento de la atención de los asegurados del seguro de salud que ella gobierna y administra.

D. La posibilidad de que la Caja haga uso de sus recursos para la atención de aspectos que no son propios de la atención de los riesgos que administra y gobierna, exceptuados los casos de urgencias o



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

emergencias así catalogadas por un profesional en medicina, está limitada a la utilización de capacidad ociosa institucional y a la determinación de que tal proceder no implica un desplazamiento de la atención de los asegurados del seguro de salud que ella gobierna y administra.

Concordante con lo anterior, en caso de que se valore el acceder a lo pedido por la aseguradora, se recomienda solicitar a los establecimientos de salud hospitalarios, certificar que cuentan con espacio físico ocioso y que sería ese espacio el que cederían a las aseguradoras, así como que tal proceder no está afectando de modo alguno la capacidad de la atención que se brinda a los pacientes del seguro social. (...)"

Según se observó, mediante oficio GM-MDD-3538-14 del 20 de mayo 2014, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, remitió el criterio técnico emitido por el Área Gestión de Riesgos Excluidos, sobre "Convenio Plataformas de Servicios del Instituto Nacional de Seguros (INS) en Centros de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)".

De los criterios expuestos, queda claro la naturaleza mercantil que tiene la actividad aseguradora por cuanto cualquier aspecto relacionado con ello, debe darse dentro del marco del derecho privado, principalmente porque en estos casos estamos frente a una venta de servicios de salud, que es ajena a los fines dispuestos en el artículo 73, sea la prestación de los servicios de salud a los asegurados, de conformidad con lo dispuesto para el régimen de salud que administra la Caja, en donde se hace énfasis a que la Caja no puede disponer de los fondos de la seguridad social para cubrir fines distintos a los definidos constitucionalmente.

En tal sentido, el derecho de uso de instalaciones que la Dirección General del Hospital San Rafael de Alajuela otorgó al Instituto Nacional de Seguros, no fue un acto debidamente fundamentado, y en donde se hubiese materializado un contrato que estableciera las condiciones bajo las cuales se otorgó el derecho y el monto respectivo que esa entidad debe reconocer a la Institución por el derecho cedido. Además, de haberse otorgado sin preveer la capacidad del centro médico para otorgar tal derecho en igualdad de condiciones a cualquier otra aseguradora que comercialice seguros obligatorios y así lo solicite.

Al respecto es importante mencionar que dicho centro médico, a la fecha, no ha realizado un estudio que evidencie los beneficios que la institución haya alcanzado con la presencia de las oficinas de la aseguradora, y llama la atención que el análisis de motivos de devoluciones de facturas de tan solo 2 períodos 2013-2014, evidenció 984 facturas devueltas por no tener caso abierto en la aseguradora, lo que representó alrededor del 50% del motivo de devoluciones, y que son facturas que la institución no podrá cobrar.

CONCLUSIÓN

El proceso de facturación no es eficiente, se observaron debilidades de control que no están garantizando que se facture el 100% de los costos que representa para la institución las atenciones

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 24 de 32

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

médicas brindadas pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo, riesgos que por imperativo legal se encuentran excluidos del Régimen de Enfermedad y Maternidad.

El no disponerse de un adecuado sistema que automáticamente al ingresar el paciente y ser identificado como “Accidente de Tránsito” o “Accidente de Trabajo” genere la factura y consecuentemente acumule cada servicio médico brindado hasta su egreso con los respectivos costos, ni disponer de reportes y/o estadísticas íntegras y confiables sobre los pacientes atendidos en estos riesgos, no favorece la eficiencia y oportunidad del proceso de facturación ni el control cruzado de la facturación versus las consultas y hospitalizaciones por dichos conceptos.

Otro aspecto que influye en la eficiencia del proceso de facturación, es que a pesar de que el hospital está destinando recursos para brindar una mayor cobertura de la Unidad de Validación y Facturación mediante una segunda oficina situada en el Área de Emergencias, que labora los 365 días del año en 2 turnos desde las 6:00 a.m. hasta las 10:00 p.m., dicha oficina no tiene una ubicación estratégica, pues no tiene comunicación ni visibilidad hacia la oficina de Registros Médicos de Emergencia y viceversa, lo que aunado a que el paso por esta oficina no es de carácter obligatorio e indispensable, que forme parte de los trámites esenciales para continuar con otros servicios, tales como; retiro de medicamentos, rayos x, o egreso, no está garantizando la facturación de la totalidad de servicios médicos brindados a pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos del Trabajo.

Tal como queda claro en los “Protocolos para la atención de riesgos excluidos cubiertos por Seguros Obligatorios”, este es un proceso en el que intervienen muchos actores e inicia con la identificación del accidente de tránsito o de trabajo, en donde se requiere de concientización y esfuerzo por parte de los médicos. Pero no se logra mucho con únicamente identificar los casos, sino se requiere de un trabajo en conjunto de modo que se alcance la meta de que para cada uno de los casos identificados como riesgo excluido se facturare eficientemente los servicios médicos otorgados y se logró la recuperación de los costos.

Los resultados obtenidos en la revisión de una muestra de hojas de puerta y de motivos de devoluciones de las facturas, en donde para el primer análisis, de una muestra de 36 hojas de puerta correspondientes a los meses de diciembre 2014, marzo y abril 2015, ninguna de las 36 hojas de puerta tenían el sello de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lo que significa que los pacientes no llegaron a las oficinas de esa Subárea, y 23 de estos pacientes habían puesto la denuncia o “Aviso de Accidente” en el Instituto Nacional de Seguros y/o contaban con “Orden de Atención Médica” emitida por esa entidad, y se disponía de requisitos suficientes para el efectivo cobro de los servicios médicos brindados, no obstante no habían sido facturados.

La otra prueba de análisis de la eficiencia en la recuperación de los costos de los servicios médicos brindados en riesgos excluidos, fue con respecto a los motivos de devolución de facturas, donde se contabilizó 2.035 devoluciones en los años 2013-2014, de las cuales 753 devoluciones como mínimo, son facturas que debieron ser oportunamente corregidas y reenviadas a cobro, y las demás debieron ser analizadas técnicamente para determinar si procede la presentación de reclamos a la aseguradora, la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

anulación y descargo contable del MIFRE, o la facturación mediante el procedimiento de un No Asegurado, etc. y las acciones aún no se han realizado.

Llama la atención que 34 de las facturas fueron devueltas por póliza agotada a pesar de que con la nueva Ley de Tránsito, se estableció que la CAJA tendrá prioridad en el pago, situación que amerita la revisión de la veracidad de tal hecho en cada caso específico, aspecto que no se está realizando.

Con la apertura del mercado de los seguros obligatorios y la eliminación del monopolio de que gozaba el Instituto Nacional de Seguros, la preocupación por una eficiente identificación, facturación y recuperación de los costos de los servicios médicos brindados en riesgos excluidos, debe ser profunda y materializada en acciones que generen un cambio inminente en la forma en que se ha venido realizando dicho proceso, lo anterior por cuanto la Caja se encuentra inmersa en un quehacer de mercado regido por reglas propias del mismo y en el que no recuperar las sumas utilizadas en atenciones por riesgos excluidos de los Seguros Sociales, podría perjudicar a los asegurados de ésta, incumpliendo lo normado en el artículo 73 de la Constitución Política de la República de Costa Rica, y el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Salud.

RECOMENDACIONES

Con el propósito de mejorar el control interno en la gestión de ingresos por concepto de Servicios Médicos brindados a Pacientes Cubiertos con Póliza del Instituto Nacional de Seguros y No Asegurados, se someten a consideración las siguientes recomendaciones:

A LA GERENCIA MÉDICA Y GERENCIA FINANCIERA

1. Con el apoyo del Área Gestión de Riesgos Excluidos, emitir las regulaciones y/o los lineamientos necesarios para garantizar que la eventual ubicación dentro de instalaciones propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social, de centros de atención, Plataformas u otros mecanismos, de aseguradoras que comercialicen pólizas del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores y/o pólizas del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, se realice teniendo como objetivo el facilitar a la persona lesionada el ejercicio de sus derechos, en resguardo de los recursos del seguro de salud y en apego al ordenamiento jurídico y técnico.

Los lineamientos que se emitan deberán considerar al menos los siguientes aspectos:

- a. Que el funcionamiento de dichos centros de atención se extienda las 24 horas, horario homólogo al que la Institución brinda los Servicios Médicos a los pacientes provenientes de Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo, como mecanismo para facilitar la tramitología y maximizar las posibilidades de la persona lesionada para ejercer sus derechos, lo que supone al menos, el recibir de forma ágil información sobre el procedimiento a seguir para garantizar el ejercicio de sus derechos ante un riesgo excluido del seguro de salud, la interposición del aviso ó denuncia, de reclamaciones y/o apelaciones, etc.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

- b. La responsabilidad del Director Médico del centro de garantizar la existencia de controles sobre el cumplimiento estricto de las condiciones establecidas.
- c. La metodología mediante la cual se medirá al menos las siguientes variables:
 - La satisfacción de las personas con la atención recibida en aplicación de las disposiciones acordadas con la aseguradora.
 - El impacto que el efectivo y oportuno traslado de pacientes haya tenido sobre la liberación de camas en los servicios hospitalarios del centro para su uso en pacientes del Seguro de Salud,
 - Disminución de la cantidad de facturas ó casos cuyos costos la aseguradora no cancela, alegando que no ha sido interpuesto el aviso de acaecimiento del siniestro o denuncia.

Establecer la periodicidad y los responsables de ejecutar tales controles.

- d. La determinación del mecanismo por el cual se establecerá el resarcimiento de los costos en los que incurre el Seguro de Salud por el espacio para la ubicación de plataformas ó derechos de uso cedidos, considerando para ello variables factibles de aplicar por los diferentes centros médicos, que propicien la estandarización, y que se sustenten en estudios técnicos.
- e. Considerar las disposiciones que con ocasión de acuerdos marco que hubiesen sido adoptados por las autoridades superiores de la Caja con Aseguradoras públicas o privadas. Para ello deberá coordinar con la Comisión CAJA-INS.
- f. Considerar como criterio para autorizar la instalación de centros de atención ó Plataformas de Aseguradoras en los centros médicos de la institución, que éstas sean ubicadas en sitios donde haya una mayor incidencia en dichos riesgos, dando prioridad a aquellos lugares alejados y de difícil acceso para los usuarios, en concordancia con los principios de la Seguridad Social, de solidaridad, accesibilidad, y equidad, y previendo la capacidad resolutive para garantizar a futuro el trato igualitario a las aseguradoras.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

A LA GERENCIA MÉDICA

- 2. Una vez emitidos los lineamientos requeridos en la recomendación 1, la Gerencia Médica deberá proceder de inmediato con las acciones administrativas que correspondan respecto al espacio



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

cedido actualmente para oficinas o plataformas al INS en el Hospital San Rafael de Alajuela y el Hospital México, a fin de que dicha actividad esté regulada en apego al ordenamiento jurídico. Asimismo, deberá analizarse la procedencia legal de ejecutar el cobro retroactivo por el espacio que ocupan estas plataformas desde su implementación en dichos centros médicos, y revisar la proporcionalidad del espacio físico cedido.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses, contado a partir de la emisión de los lineamientos requeridos en la recomendación 1.

A LA DIRECCIÓN GENERAL Y LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL HOSPITAL

3. Analice el proceso de identificación y facturación de servicios médicos de riesgos excluidos, con la finalidad de determinar los factores de riesgo que están incidiendo en que el centro médico no esté facturando el 100% de los servicios médicos otorgados a pacientes provenientes de accidentes de tránsito y riesgos de trabajo y establezca un plan de acción que permita garantizar que la totalidad de riesgos excluidos cubiertos por seguros obligatorios, sean identificados y facturados y se recuperen los costos invertidos en los servicios médicos brindados. Entre otros aspectos en el plan de acción deberá considerarse las siguientes acciones:
 - a) Que la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos en el Servicio de Emergencias, sea ubicada estratégicamente, para que pueda tener comunicación con la Oficina de Registro Médicos en esa área, y se disponga de una ventanilla para la atención al público con amplia visibilidad de la zona.
 - b) El traslado de los pacientes identificados como riesgos excluidos, a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios médicos, debe formar parte de un procedimiento administrativo en el cual se constituya como un requisito para continuar con algunos de los otros servicios, por ejemplo; requerir de un sello de Validación para el retiro de los medicamentos o la aplicación de exámenes o rayos x. Lo anterior, sin menoscabo de aquellos pacientes que presenten una condición de salud crítica, para lo cuales se deberá establecerse otro tipo de control que garantice la facturación.
 - c) Se emitan estadísticas y reportes mensuales de pacientes y servicios médicos otorgados en Accidentes de Tránsito y Riesgos de Trabajo que permitan a la Jefatura del Área Financiero Contable, comparar la información de pacientes atendidos, con la facturación mensual realizada por la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos.
 - d) Revisión diaria de pacientes atendidos en Emergencias y/o Hospitalizados identificados como Riesgos Excluidos, sea mediante hojas de puerta ó de forma sistematizada, por parte de la Subárea de Validación y Facturación para verificar si fueron facturados, caso contrario proceder a la facturación y a gestionar con los pacientes y/o familiares, la interposición de la denuncia y demás documentos requeridos para el cobro de dichas facturas.

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 28 de 32

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

- e) Cumplimiento de los Protocolos para la atención de riesgos excluidos.
- f) Realización de visitas a los hospitalizados para la aplicación de entrevistas y coordinaciones respectivas con pacientes, familiares y personal de Enfermería, a fin de que previo a la autorización de la salida del paciente, se coordine la facturación y obtención de la denuncia y demás documentos requeridos para el efectivo cobro ante la aseguradora.
- g) Análisis de horarios requeridos de la oficina de Validación y Facturación de Emergencias, herramientas y actividades de control que deberá efectuar el personal de esta Oficina para mantener un monitoreo constante en coordinación con los funcionarios de Registros Médicos y lograr la eficiencia en la facturación y recuperación de los costos. Para ello deberá considerarse la implementación de turnos rotativos las 24 horas, los 365 días del año.
- h) Análisis y negociación de los horarios en que la Plataforma de la Aseguradora deberá brindar los servicios al usuario, de forma que se logre que el interponer la denuncia del accidente de tránsito o riesgo de trabajo sea parte del procedimiento administrativo que conlleve la prestación de los servicios médicos, durante las 24 horas, los 365 días del año.
- i) Capacitación en la materia tanto del personal de la Subárea de Validación y Facturación de Servicios Médicos, como de Jefaturas Médicas, Médicos, Enfermeras, personal de Registros Médicos y demás, que intervengan en el proceso de prestación de servicios médicos en Riesgos Excluidos.

Una vez establecido el plan de acción, determinar los responsables de dar seguimiento a su cumplimiento y monitorear los resultados para retroalimentación y mejoras continuas.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.

- 4. Realice las gestiones correspondientes para la emisión de la certificación de la deuda del Instituto Nacional de Seguros, conforme al saldo conciliado y real de las cuentas 128-27-0 "Servicios Médicos Riesgos de Trabajo" y 129-27-6 "Servicios Médicos Seguro Obligatorio Automotor", así como, la remisión de copia certificada del documento (s) en el que conste fehacientemente la recepción por parte del INS o del propio AGRE (para facturas manuales elaboradas a partir del mes de junio del 2012), de las facturas en las cuales se fundamentó la sumatoria del saldo pendiente de pago, y se cumpla con lo establecido en la Circular AGRE-31-2014, con la finalidad que la Subárea de Cobro Administrativo a Patronos y/o la Subárea de Cobro Judicial a Patronos, realicen los cobros respectivos ante las instancias correspondientes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

A LA SUBÁREA VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

5. Implemente el auxiliar de devoluciones de facturas, de modo que se facilite el control y estadísticas de los motivos por los cuales son devueltas, con la finalidad de que las acciones correctivas que deban ejecutarse, ya sea correcciones y/o aclaraciones para el reenvío a cobro, reclamos a la aseguradora, anulación y descargo contable en el MIFRE, o la facturación como no asegurado cuando corresponda, se realicen mensualmente. Una vez implementado el auxiliar, analice cuáles son mayoritariamente los errores cometidos, y con base en ello, capacite y concientice a los funcionarios relacionados con la facturación de riesgos excluidos, en aras de hacer más eficiente el proceso de recuperación de los costos invertidos.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

6. Dar seguimiento a la efectiva recuperación de la facturación emitida con fundamento en las 23 hojas de puerta extraídas de la muestra revisada por esta Auditoría, por la suma de: ₡9.571.841,00 (Nueve millones quinientos setenta y un mil ochocientos cuarenta y un colones).

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

A LA ÁREA GESTIÓN DE RIESGOS EXCLUÍDOS Y SUBÁREA CONTABILIDAD OPERATIVA

7. Documente formalmente el proceso de conciliación para las nuevas cuentas por cobrar en riesgos excluidos que se utilizan a partir de la puesta en marcha del MIFRE y brinde la asesoría y capacitación necesaria a los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, encargados de las cuentas por cobrar en riesgos excluidos.

Para efectos del seguimiento al cumplimiento de esta recomendación, además del documento del procedimiento de conciliación debidamente aprobado, se deberá aportar actas que evidencien las capacitaciones efectuadas.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.

AL ÁREA GESTIÓN DE RIESGOS EXCLUIDOS

8. Implementar un proceso periódico de revisión de una muestra de facturas devueltas por "Póliza Agotada", a fin de monitorear el cumplimiento de la nueva Ley de Tránsito por parte de la

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 30 de 32

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

Aseguradora, en lo relativo a que la CAJA tendrá prioridad en el pago, situación que en primera instancia amerita la revisión de la veracidad de que la póliza está agotada, además determinar la causa, si se debió a retraso en el trámite de la factura por parte de la CAJA ó que el INS no está cumpliendo con lo establecido en dicha Ley.

En consenso con la Administración, el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 3 meses.

En relación con las recomendaciones expuestas, en un plazo de quince días a partir del recibido de este informe, se deberá remitir a esta Auditoría el cronograma de implementación de las acciones que correspondan para su cumplimiento acorde con los plazos previamente establecidos en la comunicación de resultados, y posteriormente informar lo ejecutado.

COMENTARIO DEL INFORME

El presente informe fue comentado el 14 de julio 2015 en la Dirección General del Hospital San Rafael de Alajuela, en donde estuvieron presentes los siguientes funcionarios del centro médico: Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Director General, Lic. Francisco Castro Madrigal, Director Administrativo y Financiero, Licda. Rocío Morales Herra, Jefe Área Financiero Contable y la Sra. Cynthia Pasos Carvajal, Encargada a.i. de la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos, quienes estuvieron de acuerdo con los hallazgos evidenciados y las recomendaciones emitidas.

El Dr. Pérez, Director General, hizo algunas observaciones en relación con algunas de las causas de la problemática con los Riesgos Excluidos, entre ellas; que la CAJA es muy mala cobradora, que las Oficinas de Validación y Facturación no funcionan en horas de la noche y madrugada, por lo que considera que estas Oficinas deben fortalecerse con más funcionarios y ampliar los horarios las 24 horas. En cuanto al tema de la Plataforma del INS, mencionó que el objetivo es que los pacientes de riesgos excluidos sean trasladados al Hospital del Trauma una vez estabilizados, y disminuir las hospitalizaciones, no obstante indica que si llama la atención que el reporte de Registros Médicos señale solo 10 egresos de pacientes de accidentes de tránsito en el mes de diciembre 2014, al observar los resultados que evidencia el Informe Estadístico Mensual según el cual el centro médico realizó 14 facturas por hospitalizaciones en ese mes.

En cuanto a la ubicación de la Oficina de Validación y Facturación en Emergencias, señaló el Dr. Pérez, que lo tomará en consideración al momento de la remodelación del Servicio de Emergencias, y tratará de que esté junto a la Oficina de Registros Médicos.

El 16 de julio 2015, se comunicaron los resultados a la Gerencia Financiera, en donde estuvieron presentes, el Lic. Wven Porras Núñez, Jefe Área Gestión de Riesgos Excluidos (AGRE), Licda. Evelin Hernández Pereira, Funcionaria del AGRE, encargada de los aspectos administrativos, y el Ing. Junior Solís Alvarado, Funcionario del AGRE, encargado de la administración de la herramienta MIFRE. El Lic. Wven Porras, realizó observaciones únicamente en relación con las recomendaciones 1 y 6, las cuales fueron

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 31 de 32

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel. 2539-08-21 Fax. 2539-08-88
Apdo. 10105

analizadas en consenso y consideradas dentro de las mejoras realizadas a dichas recomendaciones.

El 27 de julio, fueron comunicados los resultados a la Gerencia Médica, con la presencia del Dr. Javier Céspedes Vargas, quien manifestó estar de acuerdo con las recomendaciones dirigidas a esa instancia y no emitió observaciones.

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

Licda. Mayela Castro Sandoval
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Randall Jiménez Saborío
JEFE SUBÁREA

Lic. Fernando Barahona Montero
JEFE

FBM/RJS/MCS/wnq