

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA FINANCIERA
DIRECCIÓN DE COBERTURAS ESPECIALES



Informe Final de Gestión

Lic. Miguel Cordero García

Noviembre 2023

Tabla de contenido

• Presentación	4
• Introducción	4
• ACCIONES DESARROLLADAS POR EJES	5
• EJE NORMATIVO	6
Protocolo para la atención de Riesgos Excluidos Cubiertos por Seguros Obligatorios	6
Contrato para la venta de servicios de salud por atención de emergencias, urgencia u otras atenciones complementarias.....	6
Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado	6
Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales	7
Reglamento de Riesgos Excluidos	8
Artículos 66 Ley de Tránsito: Certificaciones SOA No Asegurados:	9
Manual Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con capacidad de pago.....	10
Reforma inclusión del Artículo 11 BIS “Seguro por el Estado” Reglamento Seguro de Salud	11
Nueva Versión del “Manual de Normas y Procedimientos Aseguramiento por Cuenta del Estado”.	12
Aprobación de la Reforma al Reglamento de Seguro de Salud y Aprobación del Reglamento para la Protección Familiar en la Caja Costarricense del Seguro Social.	13
Instructivo para la aplicación Reglamento Protección Familiar	13
• EJE TECNOLÓGICO	14
Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos.....	14
Módulo de Validación de Derechos en Línea.....	14
Módulo para la Facturación de Servicios Médicos a No Asegurados	15
Digitalización del Proceso de Facturación al INS.....	16
Requerimientos para brindar trazabilidad, posterior al agotamiento de la póliza SOA.	17
Requerimientos MIFRE-Plan de innovación	18
MIFRE-02-2022, Integración y adecuaciones al MIFRE como parte de la implementación del ERP.....	18
Requerimiento MIFRE-01-2023 Interfaz SAP-SICERE-MIFRE para carga de las tarifas mensuales	18
• EJE DE GESTIÓN	20
Gestión de Recuperación de Costos por Atenciones de Riesgos Excluidos.	20
Reclamos administrativos de Facturas Riesgos Excluidos presentados por el Área Gestión de Riesgos Excluidos	24
Casos No Reportados de accidentes de tránsito y riesgos del trabajo ante el INS.....	24
Casos Prescritos por accidentes de tránsito y riesgos del trabajo	24
Conciliación depósitos bancarios INS.....	25

Capacitación	26
Depuración Base de Datos – Aseguramiento por el Estado:	27
Desarrollo Solución Automatizada Base de Datos Seguro por el Estado	28
Participación en la Estrategia Puente al Desarrollo.....	30
Redefinición Conceptual Protección Familiar	30
Convenio entre la Caja y el Ministerio de Justicia y Paz.....	33
Aplicación evaluaciones para la correcta aplicación de la Gestion de Riesgos Excluidos en los Establecimientos de Salud.....	34
Eliminación del documento impreso de la Factura por Servicios Médicos de Riesgos Excluidos.....	35
Atención Programa de Gestión Ambiental.	36
Generando cultura en la nueva dinámica en Ciberseguridad y seguridad de la información.....	38
• GESTIÓN ESTRATÉGICA	42
Traslado de Seguros Obligatorios a la Caja Costarricense de Seguro Social.....	42
Acción de Inconstitucionalidad artículo 73 “Incapacidades Temporales” de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078	44
Propuesta proyecto de Ley “Eliminación del monto básico para una cobertura total de prestaciones médicas y económicas en la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores”.	45
• ATENCIÓN DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA	47
Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Concluidos:	47
Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Revisados:	62
Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Activos:	63
• ATENCIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA	65
Detalle del avance Informes de Auditoría Interna:	66
• CUMPLIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFORMES DE AUDITORÍA EXTERNA	80
Detalle del avance Cartas de Gerencias:	81
• APARTADO ESPECIAL:	88
Problemática actual de financiamiento del Programa Aseguramiento por Cuenta del Estado por parte del FODESAF, y sus repercusiones sociales y financieras en el Seguro de Salud	88
1. ANTECEDENTES	88
1.1. Del Programa Asegurados por Cuenta del Estado y su fundamento legal	88
1.2. Competencia de la CCSS en la asignación del Aseguramiento por cuenta del Estado....	89
1.3. Dirección de Coberturas Especiales como unidad rectora	89
1.4. Déficit presupuestario	90
1.5. Suspensión de pagos y deuda acumulada	91
1.6. Variación población meta por parte del FODESAF	92

2.	GESTIONES REALIZADAS.....	93
2.1.	Para el cumplimiento de nuevos requerimientos técnicos.....	93
2.2.	Sobre decisión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de trasladar recursos del programa Asegurados por Cuenta del Estado a otros programas.	98
2.3.	Criterios técnicos e informes emitidos por la Dirección de Coberturas Especiales	105
3.	CONSIDERACIONES FINALES	107

- **Presentación**

En cumplimiento de lo dispuesto en el inciso e) del artículo 12 de la Ley General de Control Interno 8292 y de la directriz D-1-2005-CO-DFOE, ambas emanadas de la Contraloría General de la República (CGR), con agrado se presenta ante el superior jerárquico inmediato, administración activa de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y terceras personas interesadas, el informe final de la gestión por el periodo comprendido entre el 2 enero de 2012 al 4 de diciembre de 2023 en mi condición de Director de la Dirección de Coberturas Especiales de la CCSS, ello como mecanismo de rendición de cuentas respecto de las funciones sustantivas asignadas.

- **Introducción**

Como parte de los servicios de salud que brinda a la población nacional, corresponde también a la Caja Costarricense de Seguro Social atender los casos relacionados con los accidentes y enfermedades laborales, accidentes de tránsito, y aquellas otras coberturas especiales que protegen a la población en condición de vulnerabilidad, la cual no cuenta con los recursos económicos necesarios para acceder a alguna de las modalidades de aseguramiento contributivo establecidas por la Institución.

De acuerdo con la Constitución Política, la Ley de Tránsito y el Reglamento del Seguro de Salud de la Institución, los riesgos del trabajo y los accidentes de tránsito se encuentran excluidos de la cobertura del seguro de Salud, por lo que al amparo de la normativa citada, los servicios médicos otorgados por estos conceptos son facturados al Instituto Nacional de Seguros, por ser en la actualidad la única entidad que comercializa este tipo de seguros obligatorios en el país, pese a que con la entrada en vigor a partir de 1 de enero del 2009 del Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Panamá, del cual forma parte Costa Rica, se rompió el monopolio de los seguros hasta ese momento en poder del INS, con lo cual toda aseguradora privada del país debidamente autorizada por la Superintendencia General de Seguros SUGESE, puede vender y comercializar este tipo de productos.

Por su parte, las coberturas especiales encuentran sustento jurídico en una serie de Leyes y Decretos que a través del tiempo se han aprobado, con la intención de garantizar cobertura en salud con cargo al Estado, para aquella parte de la población que no cuenta con las condiciones económicas para cubrir el aseguramiento contributivo, pero que

requieren de atención médica en razón de ciertas condiciones socio económicas o patologías entre las cuales se encuentran el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley de Protección a la Madre Adolescente Embarazada, la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, los Decretos Ejecutivos relacionados con el Cáncer de Cuello de Útero y la Ley General sobre VIH SIDA, entre otras.

- **ACCIONES DESARROLLADAS POR EJES**

Seguidamente se hará un breve recuento de los logros más relevantes alcanzados durante el período 2021 a 2023, durante la gestión del suscrito como Director de Coberturas Especiales, separados a saber en tres ejes de trabajo identificados como de alta relevancia dentro del accionar de la Dirección de Coberturas Especiales, a saber: Eje Normativo, Eje Tecnológico y Eje de Gestión.

- EJE NORMATIVO

Protocolo para la atención de Riesgos Excluidos Cubiertos por Seguros Obligatorios

En el año 2012 se aprobó el **“Protocolo para la atención de Riesgos Excluidos Cubiertos por Seguros Obligatorios”**, y se emitieron las directrices tendentes al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la nueva Ley de Tránsito N° 9078 publicada en octubre del 2012, acciones que fueron acompañadas de un fuerte proceso de capacitación y sensibilización de los funcionarios de los establecimientos de salud en todo el territorio nacional.

Contrato para la venta de servicios de salud por atención de emergencias, urgencia u otras atenciones complementarias.

En el apartado de la relación de mercado en la que está inmersa la Caja, la Junta Directiva aprobó en marzo del 2012, artículo 11° de la sesión N° 8564, el **“Contrato para la venta de servicios de salud por atención de emergencias, urgencia u otras atenciones complementarias a estas, producto de riesgos cubiertos por el seguro obligatorio automotor y por el seguro de riesgos del trabajo”**, como instrumento base que fija las condiciones de venta de servicios por parte de la Caja a las aseguradoras que comercialicen pólizas de seguros obligatorios, y en el mes de marzo del 2013, artículo 25° de la sesión N° 8625, giró instrucciones para que se le presente una propuesta de “Reglamento de Riesgos Excluidos” como mecanismo para regular la manera en que la Caja desarrollará su accionar en el mercado de los seguros.

Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado

En diciembre 2012, se concretó la elaboración del **“Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado”**, mismo que fue aprobado por la Gerencia Financiera y avalado por la Gerencia Médica en agosto de 2013, a partir de ese momento se inició una capacitación mediante talleres en las direcciones regionales de servicios de salud y los hospitales nacionales y especializados.

Dicho Manual fue un instrumento que estableció las normas para el acceso a los servicios médicos de la población en condición de indigencia médica, de conformidad con lo

establecido en el artículo 10 del Decreto Ejecutivo 17898-S, publicado en el diario oficial La Gaceta el miércoles 6 de enero de 1988.

Contemplo los procedimientos que debían aplicar los funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos para el otorgamiento del beneficio, y demás funcionarios que participan en el proceso.

El Manual estaba conformado por una serie de apartados en los que se establecieron los objetivos, la base legal, la normativa, los procedimientos tanto del aseguramiento como de la aplicación de las diferentes normas que dan cobertura en salud con cargo al Estado, así como los requisitos correspondientes.

También se incorporaron en el documento, los diagramas de flujo y un glosario de términos, su estructura se diseñó conforme los lineamientos establecidos en el Instructivo para la elaboración de Manuales, confeccionado por la Dirección de Desarrollo Organizacional.

Su contenido, fue el resultado de la labor de un equipo de trabajo conformado por funcionarios de: las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de todo el país, Direcciones Regionales de Servicios de Salud, Dirección Red de Servicios de Salud, Dirección de Servicios Institucionales, Área de Regulación de Seguro de Salud, Sub Área de Control y Evaluación de la Dirección Proyección Servicios de Salud y el Área de Coberturas del Estado de la Dirección de Coberturas Especiales.

Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales

En agosto del 2014, se aprobó la **“Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales”**, según acuerdo de Junta Directiva en artículo 7º de la sesión N° 8728, celebrada el 07 de agosto del año 2014.

Dicha política tiene como principal objetivo fortalecer los procesos de atención a la población no cubierta por los seguros, cuya administración le ha sido constitucionalmente conferida a la Caja, ello a través del desarrollo de una estrategia global para brindar atención y recuperar en forma íntegra y oportuna la totalidad de los costos en los que se hubiere incurrido.

Para el desarrollo de esta política, la Dirección de Coberturas Especiales fundamentó y seccionó este instrumento normativo en cinco pilares específicos, los cuales son:

- Política Específica: Regulación y Normalización.
- Política Específica: Recurso Humano.
- Política Específica: Sistema de información.
- Política Específica: Control y Evaluación.
- Política Específica: Divulgación y Comunicación.

De manera que a través de un instrumento integral regulatorio se facilite el cumplimiento de la disposición constitucional, de recuperar las sumas que se hubieren erogado en la atención de pacientes que han estado cubiertos por los seguros sociales administrados por la Caja.

Reglamento de Riesgos Excluidos

De conformidad con lo resuelto por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en resolución No. 2012-016628, dictada a las dieciséis horas y treinta minutos del veintiocho de noviembre del dos mil doce, al declarar, Sin Lugar, la Acción de Inconstitucionalidad promovida en contra de la apertura del mercado de los seguros, operada por virtud de la Ley No. 8622, la aprobación del Tratado de Libre Comercio implica cambiar el sistema jurídico que venía operando desde hace muchos años en nuestro país.

Aunado a lo anterior, el párrafo tercero del artículo 73° Constitucional se deriva una obligación ineludible de recuperar todas las sumas utilizadas en el desarrollo de actividades no derivadas de la protección de los riesgos comprendidos en los seguros que administra y gobierna la Caja Costarricense de Seguro Social, razón por la cual es necesario y oportuno emitir una reglamentación en la que se establezca el marco de acción de la Caja Costarricense de Seguro Social, de frente al mercado de los seguros y en línea a la recuperación de los recursos del Seguro de Salud por ella administrado y gobernado, que se hubieren gastado en la atención de personas que hayan sufrido siniestros cubiertos por pólizas comercializadas en dicho mercado.

En vista de lo anterior, se realiza el Reglamento de Riesgos Excluidos, el cual fue aprobado por la Junta Directiva, en artículo 27° de la sesión N° 8806, celebrada el 22 de octubre del año 2015, con el objetivo de regular lo concerniente a la forma en la que la Caja cobra y presta servicios a personas lesionadas que han sufrido siniestros, cuyo riesgo se encuentra

excluido de las coberturas que ofrecen los seguros administrados por la Caja. Además, comprende lo relativo a las negociaciones que se desarrollen con las entidades autorizadas para la comercialización de las pólizas que cubren dichos riesgos, a efecto de definir los aspectos operativos de dicha prestación.

Ventajas o beneficios para la Institución

Contar con normativa que respalde los procesos regulatorios, tecnológicos y de capacitación para la facturación por servicios de diagnóstico y tratamiento brindados a personas víctimas de accidentes de tránsito y riesgos del trabajo, que permita la mayor recuperación de los costos que invierte la institución en dichos servicios.

Artículos 66 Ley de Tránsito: Certificaciones SOA No Asegurados:

La Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial (9078), establece:

“...ARTÍCULO 66.- Cobertura del seguro de vehículos automotores

El límite de cobertura por persona es individual e intransferible según se establece a continuación:

a) Hasta un monto básico para cubrir de forma combinada las prestaciones médicas o económicas.

b) El monto dispuesto en el inciso anterior se duplicará, a efectos de cubrir, exclusivamente, prestaciones médicas, en presencia de alguna de las siguientes situaciones:

***i. El lesionado no sea asegurado al Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)...”** (Lo resaltado en negrita es nuestro)*

En esa línea, con el objetivo de cumplir con lo indicado en el inciso i del citado artículo, se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Instituto Nacional de Seguros, para definir el formato para la confección de la certificación de No Asegurado para duplicidad póliza SOA, la cual debe ser confeccionada por los establecimientos de salud posterior a la atención brindada a la persona lesionada por accidente de tránsito.

Como complemento a lo anterior y en apego al Decreto Ejecutivo N° 43665-MP-MEIC Celeridad de los Trámites Administrativos en las Entidades Públicas, el Departamento Gestión Operativa y SOA del INS y el Área Gestión de Riesgos Excluidos acuerdan contar con funcionarios enlace por parte de esta última, para coordinar con los establecimientos de salud y que estos suministren la certificación de No Asegurado ante la eventualidad de lesionados internados en el Hospital de Trauma, evitando con ello el atraso en la duplicidad de dicha póliza.

Como resultado de lo anterior y de conformidad con información brindada por la Aseguradora mediante oficio GOSOA-01408-2023, para el periodo agosto 2022 a junio 2023, se duplicó la cobertura ordinaria del Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores a un total de 472 lesionados, por concepto de no estar asegurados por la Caja Costarricense del Seguro Social, en promedio mensual se atiende 43 casos. El costo total de aumentos de cobertura por casos no asegurados por la CCSS para el citado periodo fue de ₡2 832 000 000.00, con un promedio mensual de ₡ 257 454 545,45.

Ventajas o beneficios para la institución

Como resultado de las gestiones realizadas, se tiene que para el periodo de agosto 2022 a julio 2023, un total de 472 personas lesionadas por accidentes de tránsito pudieron continuar recibiendo los servicios en las instalaciones de la Aseguradora, lo cual se presume un alivio en los servicios de salud en la Caja, con una posible disminución de los gastos en estas atenciones en un monto total de ₡2 832 000 000.00.

Así mismo, al permanecer la persona lesionada por accidente de tránsito en los servicios de salud de la Aseguradora hospitalizados durante la duplicidad de la cobertura, esto implica que no se brinde la atención a esta población en los servicios de emergencia y hospitalarios de la Caja, beneficiando en gran medida en las listas de espera hospitalarias.

Manual Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con capacidad de pago

En octubre del 2016, mediante oficio GF-54.059 se aprobó el ***“Manual Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con capacidad de pago”***.

El objetivo es proporcionar un instrumento con la descripción clara de la normativa institucional y los procedimientos relacionados con la facturación, recaudación, contabilidad y cobro, de los servicios de salud, brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, con el fin de permitir la continuidad y la eficiencia de dichos servicios.

Los objetivos específicos son proporcionar una guía a los funcionarios que participan en facturación, recaudación, contabilidad y cobro de los servicios, para la correcta aplicación de la normativa vigente en relación con servicios de salud que se otorgan a las personas no aseguradas con capacidad de pago.

Dotar de los procedimientos de control (formularios, informes, plazos) a las unidades que facturan, recaudan, registran contablemente y cobran servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

Establecer responsabilidades a las unidades de trabajo que intervienen en el proceso de facturación, recaudación, contabilidad y cobro de los servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

Reforma inclusión del Artículo 11 BIS “Seguro por el Estado” Reglamento Seguro de Salud

En febrero del 2020; se aprobó la **“Reforma inclusión del Artículo 11 BIS “Seguro por el Estado” Reglamento Seguro de Salud”**. Según acuerdo de Junta Directiva artículo 24º de la sesión número 9079 del 13 de febrero del 2020.

Como parte de los esfuerzos que la Institución ha venido realizando en materia de Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites, en los cuales la Dirección de Coberturas Especiales participa directamente entre otros con el tema del Seguro por el Estado, se elaboró la propuesta de adición del Artículo 11Bis dentro del Reglamento del Seguro de Salud, a través de la cual se incorporaron los requisitos que deberán presentar los posibles beneficiarios de esta modalidad de aseguramiento, cumpliendo así con las disposiciones emanadas del MEIC.

Nueva Versión del “Manual de Normas y Procedimientos Aseguramiento por Cuenta del Estado”.

En agosto del 2020 mediante oficio DCE-ACE-0172-2020 se divulgó mediante el Webmaster Institucional, la nueva versión del **“Manual de normas y procedimientos Aseguramiento por Cuenta del Estado”**.

Este manual constituye una guía interna de trabajo, la cual establece la secuencia de actividades que deben realizar los funcionarios de las unidades de Validación y Facturación de Servicios y Médicos y otros funcionarios que participan en el proceso, en relación con la aplicación del beneficio de Aseguramiento por Cuenta del Estado. Asimismo, define el orden, los tiempos, y los responsables de las actividades que serán desempeñadas.

Esta nueva versión del instrumento incorpora entre otros cambios y como aspecto medular, la adecuación de dicho documento en respuesta a la adición al Reglamento del Seguro de Salud del Artículo 11 Bis denominado Aseguramiento por Cuenta del Estado, la cual fue aprobada por la Junta Directiva de nuestra Institución en el Artículo 24 de la Sesión No. 9079 celebrada el 13 de febrero de 2020, y publicada en el periódico oficial La Gaceta No. 42 del martes 3 de marzo de 2020.

Dicha reforma traslada el proceso de calificación de la condición de pobreza de las personas solicitantes de este beneficio de aseguramiento, labor hasta entonces realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, al Instituto Mixto de Ayuda Social a través del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), con lo cual se busca centralizar y uniformar el manejo de uno de los más importantes componentes sociales del Gobierno en materia de combate a la pobreza, en la Institución rectora y especializada en el tema social en Costa Rica.

La estructura del documento está diseñada de conformidad con los lineamientos establecidos en el Instructivo para la elaboración de Manuales emitido por la Dirección de Desarrollo Organizacional, y el mismo de conformado de una serie de apartados en los que se establecen los objetivos, el fundamento legal, las normas y procedimientos que regulan la aplicación del beneficio del Aseguramiento por el Estado, e igualmente se incorporan los diagramas de flujo y un glosario de términos.

Finalmente, su contenido cumple también con las disposiciones vigentes en materia de mejora regulatoria y simplificación de trámites contenidos en la Ley N° 8220 “Protección al Ciudadano contra el Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, y lineamientos relacionados emanados del Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC).

Aprobación de la Reforma al Reglamento de Seguro de Salud y Aprobación del Reglamento para la Protección Familiar en la Caja Costarricense del Seguro Social.

En octubre del 2021, se aprobó el **“Reglamento para la Protección Familiar en la Caja Costarricense del Seguro Social”**, según acuerdo de Junta Directiva en artículo 2º de la sesión N° 9213, publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°223 del jueves 18 noviembre 2021.

El reglamento establece las disposiciones generales para el trámite y otorgamiento de la modalidad especial de aseguramiento denominada Protección Familiar, a que se refieren los artículos 11° y 12° del Reglamento de Salud.

La Protección Familiar está orientada por los principios de universalidad y solidaridad de los Seguros Sociales, eficiencia en la gestión administrativa, y protección especial que la Constitución Política de la República garantiza a las personas menores de edad, así como las personas adultas mayores por parte del Estado, en el tanto sea procedente esta protección. En ningún caso las disposiciones contenidas en esta normativa, o las que de ella se deriven, podrán ser interpretadas o aplicadas de forma tal que en la práctica supongan menoscabo de la dignidad de la persona, condición de la cual deriva el derecho a la vida y a la salud.

Instructivo para la aplicación Reglamento Protección Familiar

Por medio del oficio GM-3090-2022/ GF-0802-2022 de fecha 01 de marzo del 2022, suscrito por los Gerentes en su momento, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y el Dr. Randall Álvarez Juárez, Gerente Médico, se oficializó la instrucción para operativizar el Reglamento de Protección Familiar mediante el documento **“Instructivo para la aplicación Reglamento Protección Familiar”**.

Este instructivo tiene como alcance instruir operativamente la aplicación del Reglamento en los establecimientos de salud de la CAJA (Áreas de Salud o EBAIS) incluyendo aquellos cuyos servicios son administrados por terceros, así como los servicios financieros cuando se requiera de un mayor análisis si se detectan en la Declaración Jurada dudas sobre la obligatoriedad contributiva de la solicitud de protección familiar.

- **EJE TECNOLÓGICO**

Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos

En materia de automatización de procesos, a partir de marzo del año 2012 inició la puesta en producción de la herramienta denominada **“Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos”** (MIFRE), a través de la cual se estandariza la captura, registro y facturación de las atenciones médicas, centralizando además la comunicación de cobro oportuno a la aseguradora (actualmente Instituto Nacional de Seguros). La etapa de implementación de esta herramienta inició en producción en octubre 2012 de manera satisfactoria, con 111 centros de Salud distribuidos a lo largo y ancho del territorio nacional, que iniciaron en producción con la herramienta MIFRE para la facturación de riesgos excluidos, incluyendo los 29 Hospitales Nacionales y Regionales, así como 82 Áreas de Salud para un 96% de cobertura nacional.

Al finalizar el año 2014, se alcanzó un 100% de cobertura en el uso de la herramienta MIFRE para la facturación de riesgos excluidos, por parte de Hospitales Nacionales, Regionales y Áreas de Salud administradas por la Institución.

Módulo de Validación de Derechos en Línea

En marzo del 2014, la Dirección de Coberturas Especiales, con el apoyo técnico del Área de Coberturas del Estado y en estrecha coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, impulsaron y desarrollaron un aplicativo denominado **“Módulo de Validación de Derechos en Línea”**, el cual tiene como objetivo validar el derecho de los asegurados por medio de una plataforma web, que puede ser utilizada desde cualquier navegador o dispositivo móvil con acceso a internet.

Dicha herramienta puede ser consultada por usuarios de la Institución, tanto internos como externos, a su vez posibilita a los mismos asegurados consultar -desde cualquier dispositivo o computador con acceso a internet-, si se encuentran reportados por sus respectivos patronos ante la Caja, sin tener que desplazarse a ninguna sucursal o dependencia de la Institución para realizar dicho trámite.

El Módulo de Validación de Derechos en Línea, viene a cambiar radicalmente y de forma innovadora la verificación de la condición de aseguramiento, pues cualquier funcionario de la institución podrá corroborar la misma.

Asimismo, con este desarrollo se estaría simplificando la tramitología y facilitando a nuestros usuarios el acceso ordenado y controlado a los servicios de salud, cumpliendo así con la normativa establecida en diferentes Leyes y recomendaciones de órganos fiscalizadores, entre los que se pueden citar:

- Ley No.8220 “Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites”.
- Artículo 74 del Reglamento del Seguro de Salud “Agilización de la validación de derechos para la atención en los servicios de salud”.
- Informes de Auditoría SATIC-12-451-01-2013 y ATIC-451-2012 referentes a “Evaluación de los Sistemas que Automatizan la Gestión de Validación y Facturación de Servicios Médicos a Nivel Institucional”.

Módulo para la Facturación de Servicios Médicos a No Asegurados

En junio del 2017, inició la puesta en producción de la herramienta denominada **“Módulo para la Facturación de Servicios Médicos a No Asegurados”**. Este es sistema para la gestión de cobro oportuno de servicios médicos, brindados a personas no amparadas bajo ninguna modalidad de aseguramiento en el Seguro de Salud y cuenten con capacidad de pago.

En el siguiente cuadro se muestra un detalle de los montos facturados y recaudados por este concepto, desde el año 2017 a mayo del 2023:

**Monto Facturados y Recaudados
Monto en millones de colones**

Servicios Médicos a No Asegurados			
Años 2017 al 2023			
Año	Monto Facturado	Monto Recaudado	Valor Relativo
2017	3,328.45	788.86	24%
2018	7,058.47	1,186.21	17%
2019	6,955.86	1,426.49	21%
2020	5,713.67	1,180.04	21%
2021	7,220.94	3,792.74	53%
2022	4,054.77	715.91	18%
2023*	1,260.55	400.14	32%
Total	35,592.71	9,490.40	27%

* A mayo 2023

Fuente: Base de datos Area Coberturas del Estado

Digitalización del Proceso de Facturación al INS

Desde la implementación del MIFRE en el año 2012, hasta el mes de marzo 2019, las facturas confeccionadas en este módulo eran impresas por los funcionarios (as) de cada unidad y entregadas mensualmente en el Área Gestión de Riesgos Excluidos, para ser remitidas al Instituto Nacional de Seguros, el total impreso por mes era de aproximadamente 9 mil facturas, mismas que se acompañaban de sus respectivos casos de estudio y otros documentos anexos, lo que implicaba altos costos, entre los que destacan: gastos en suministros de oficina, horas hombre y gastos relacionados al traslado de la documentación.

Por lo anterior, con el fin de eliminar la impresión del documento factura por servicios médicos de riesgos excluidos y así automatizar y simplificar los procesos operativos relacionados con la facturación y cobro oportuno del costo asociado a los servicios brindados por atenciones derivadas de un riesgo excluido y además contribuir con el medio ambiente, se ejecutó una estrategia por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, para llevar a cabo este importante proyecto.

Además, se determinó realizar requerimiento de actualización al Módulo Informático Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE) y mejoras para la Eliminación del documento de las facturas por servicios médicos, entre las que se destacan la creación de un reporte

en el MIFRE con el consolidado de facturas visibles en un solo documento y además poder adjuntar documentos a la factura.

Ventajas o beneficios para la Institución

La eliminación del documento de la factura permitió la reducción de gastos y contribuir con el medio ambiente, además mejoró el proceso del registro de la información de la gestión realizada a cada una de las facturas.

Así mismo, se minimizó el riesgo de errores humanos relacionados a la gestión manual del proceso y permitió fortalecer los niveles de control sobre la información de los registros.

Requerimientos para brindar trazabilidad, posterior al agotamiento de la póliza SOA.

El requerimiento AGRE-1077-11-2019/MIFRE-02-2019: Integración SIES-MIFRE-Trazabilidad SOA, tiene como objetivo el costeo de servicios de diagnóstico y tratamiento, además de la conectividad con el RCPI para la cuantificación de las incapacidades del SEM, así mismo, se desarrolló el requerimiento conectividad MIFRE-SIP, el cual permitirá brindar el costo de cada una de las pensiones otorgadas por invalidez a causa de accidentes de tránsito.

Lo anterior, se encuentran en etapa de desarrollo por parte de los Analistas de Sistemas, quienes comunicarán el inicio para realizar las pruebas por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos, previo a su puesta en producción.

Ventajas o beneficios para la Institución

Brindar trazabilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento brindados a personas lesionadas por accidentes de tránsito, posterior al agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores, así como el registro de los montos de las pensiones otorgadas a dichas personas por invalidez a causa de un accidente de tránsito, información relevante que permitirá al Poder Ejecutivo actualizar el límite del monto básico de conformidad con el Artículo 4 del Reglamento a la Ley de Tránsito.

Requerimientos MIFRE-Plan de innovación

A solicitud del Plan de Innovación se realizaron los siguientes requerimientos al MIFRE, mismos que se encuentran en etapa de desarrollo por parte de los Analistas:

MIFRE-02-2022, Integración y adecuaciones al MIFRE como parte de la implementación del ERP.

Dicho requerimiento permitirá desarrollar en el MIFRE las funcionalidades para adecuar la recopilación, registro y traslado de la información contable, que se derive de la gestión de los riesgos excluidos, entre el citado módulo y la solución tipo ERP.

Ventajas o beneficios para la Institución

La implementación de una solución tecnológica tipo ERP desde el componente contable permitirá a la CCSS una administración más eficaz y eficiente de la información financiera para la correcta y oportuna toma de decisiones en la ejecución de controles internos.

Requerimiento MIFRE-01-2023 Interfaz SAP-SICERE-MIFRE para carga de las tarifas mensuales

El requerimiento Interfaz SAP-SICERE-MIFRE para carga de las tarifas mensuales, tiene como objetivo desarrollar en el MIFRE funcionalidades que permitan la actualización de manera mensual de las tarifas de los servicios y procedimientos médicos que genere cada Centro de Costos (CECOS), según lo establecido por el Plan de Innovación.

Lo anterior, permitirá contar con un modelo de costos único para los procesos de facturación realizados en el Sistema de Registro de Facturas por Servicios Médicos, por parte de los establecimientos de salud

Ventajas o beneficios para la Institución:

La automatización del proceso de carga de las tarifas permitirá contar con las mismas de forma oportuna para su aplicación en las facturas por servicios médicos por parte de los Establecimientos de Salud. Además, disminuirá significativamente el riesgo de posibles errores humanos presentes en la actualidad, para la conversión y carga de archivos de manera manual que se realizan en el MIFRE, por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos.

- **EJE DE GESTIÓN**

Gestión de Recuperación de Costos por Atenciones de Riesgos Excluidos.

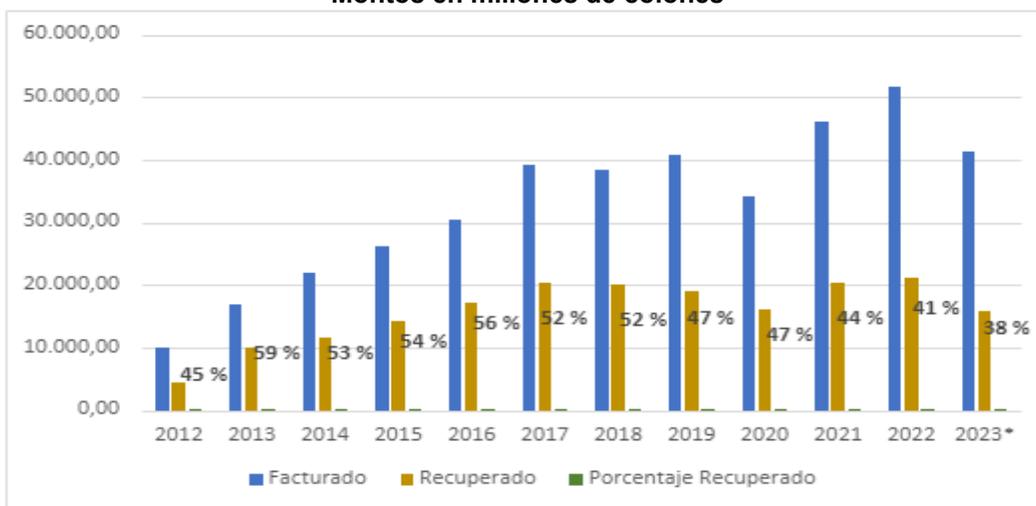
Desde la implementación del MIFRE en el año 2012 al mes de agosto 2023, la Institución recuperó ₡189.905,77 millones de colones por servicios brindados a personas víctimas de accidentes de tránsito y riesgos del trabajo, para los años 2020, 2021 y 2022, se observa un leve descenso en el porcentaje de recuperación, esto a consecuencia de las restricciones implementadas a raíz de la pandemia por COVID-19. El detalle de los montos facturados, recuperados, no recuperados y el porcentaje de recuperación por año se muestra en el siguiente cuadro y gráfico:

**Facturación SRT-SOA
Periodo 2012-Agosto 2023
Montos en millones de colones**

Año	Facturado	Recuperado	No Recuperado	Porcentaje Recuperado
2012	9.999,69	4.532,89	5.466,80	45 %
2013	16.959,58	9.964,97	6.994,61	59 %
2014	21.911,71	11.599,20	10.312,51	53 %
2015	26.229,16	14.108,61	12.120,55	54 %
2016	30.515,16	17.062,87	13.452,29	56 %
2017	39.090,74	20.218,80	18.871,94	52 %
2018	38.394,39	20.077,54	18.316,85	52 %
2019	40.749,22	19.037,63	21.711,58	47 %
2020	34.258,96	16.030,00	18.228,96	47 %
2021	46.095,80	20.436,39	25.659,41	44 %
2022	51.672,08	21.012,02	30.660,06	41 %
2023*	41.190,97	15.824,84	25.366,13	38 %
Total	397.067,45	189.905,77	207.161,69	48 %

*Facturación Periodo 2012-agosto 2023
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos

**Facturación SRT-SOA
Periodo 2012-Agosto 2023
Montos en millones de colones**



*Facturación Periodo 2012-agosto 2023
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos

Del total recuperado detallado 77.342,10 millones de colones corresponden a facturas por riesgos del trabajo. Según cuadro y gráfico N°2, los montos recuperados vienen en aumento desde el año 2022 a agosto 2023. En los años 2020 y 2021, se tiene los porcentajes menores de recuperación, como consecuencia de las restricciones por la pandemia por COVID-19.

**Facturación Riesgos del Trabajo
Periodo 2012-agosto 2023
Monto en millones de colones**

Año	Facturado	Recuperado	No Recuperado	Porcentaje Recuperación
2012	3.643,06	2.728,06	915,00	75 %
2013	5.387,28	4.613,60	773,67	86 %
2014	5.810,97	4.916,34	894,63	85 %
2015	6.094,04	5.129,63	964,41	84 %
2016	7.153,15	5.749,67	1.403,48	80 %
2017	8.805,30	7.005,50	1.799,80	80 %
2018	9.263,61	7.526,51	1.737,10	81 %
2019	9.088,66	7.153,39	1.935,27	79 %
2020	9.895,29	6.935,51	2.959,78	70 %
2021	13.837,54	9.997,23	3.840,31	72 %
2022	12.673,44	9.392,39	3.281,05	74 %
2023*	8.252,07	6.194,27	2.057,80	75 %
Total	99.904,40	77.342,10	22.562,30	77 %

***Facturación Periodo 2012-agosto 2023**
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos



***Facturación periodo 2012-agosto 2023**
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos

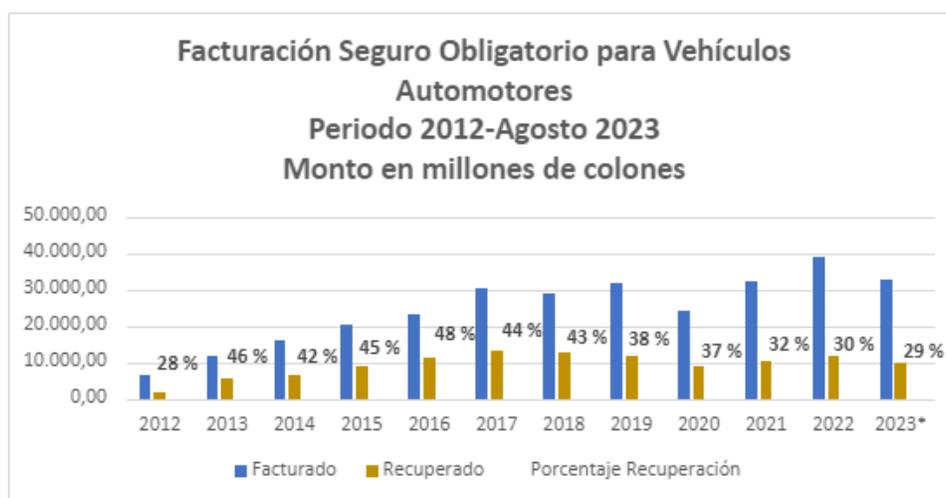
Del año 2012 al mes de agosto 2023, la Institución recuperó 112.563,66 millones de colones del total facturado por atenciones brindadas a causa de un accidente de tránsito, el detalle por año se muestra en el siguiente cuadro y gráfico:

Facturación Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores
Periodo 2012-agosto 2023
Monto en millones de colones

Año	Facturado	Recuperado	No Recuperado	Porcentaje Recuperación
2012	6.356,64	1.804,83	4.551,81	28 %
2013	11.572,30	5.351,37	6.220,93	46 %
2014	16.100,74	6.682,86	9.417,88	42 %
2015	20.135,12	8.978,98	11.156,14	45 %
2016	23.362,01	11.313,20	12.048,81	48 %
2017	30.285,44	13.213,30	17.072,14	44 %
2018	29.130,78	12.551,03	16.579,75	43 %
2019	31.660,56	11.884,24	19.776,31	38 %
2020	24.363,67	9.094,49	15.269,18	37 %

2021	32.258,26	10.439,16	21.819,10	32 %
2022	38.998,64	11.619,63	27.379,01	30 %
2023*	32.938,90	9.630,57	23.308,33	29 %
Total	297.163,05	112.563,66	184.599,39	38 %

*Facturación periodo 2012-agosto 2023
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos



*Facturación periodo 2012-agosto 2023
Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos

El comportamiento en los porcentajes de recuperación en la facturación SOA, son bajos en comparación con el total facturado, esto por cuanto los accidentes de tránsito van en aumento, razón por la cual la Institución debe invertir más recursos y el tope de la póliza es por seis millones de colones, siendo un monto bajo para cubrir el total de servicios que se deben brindar a causa de un accidente de tránsito.

Ventajas o beneficios para la Institución:

Los montos recuperados por atenciones de riesgos excluidos son de gran beneficio para el fortalecimiento de las finanzas de la Institución, así mismo, nos permite garantizar la continuidad de los servicios que se brindan a nuestros usuarios.

Reclamos administrativos de Facturas Riesgos Excluidos presentados por el Área Gestión de Riesgos Excluidos

Con el propósito de mejorar el proceso de recuperación de las facturas devueltas, se realizaron los siguientes reclamos administrativos ante la Aseguradora:

Casos No Reportados de accidentes de tránsito y riesgos del trabajo ante el INS

Para el seguimiento de facturas devueltas no pagadas del Seguro Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores devueltas bajo el argumento “No Reportado ante el INS”, se presentó reclamo administrativo ante la Aseguradora, logrando recuperar un total ₡404,480,819.04.

Ventajas o beneficios para la Institución:

Recuperar parte de los montos de facturas devueltas por la Aseguradora, como mecanismo de control y de disminución de los riesgos, coadyuvando a la Institución en sus finanzas.

Casos Prescritos por accidentes de tránsito y riesgos del trabajo

De conformidad con el criterio emitido por la Dirección Jurídica mediante oficio DJ-03337- en relación con el plazo de prescripción de facturas presentadas por la Caja Costarricense de Seguro Social al Instituto Nacional de Seguros tanto por accidentes laborales como de tránsito, indicado en lo conducente: “...*Con fundamento en lo anterior, se considera que el plazo de prescripción que debe aplicarse al cobro de servicios facturados por la Caja Costarricense de Seguro Social, tanto por accidentes laborales como de tránsito, por tratarse de una atención que se brindó en virtud de un riesgo excluido, y que corresponde a un servicio prestado por la Caja, es de 10 años según lo dispuesto en el párrafo final del artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja.*”

En esa línea mediante oficio DCE-AGRE-0070-20233, el Área Gestión de Riesgos Excluidos, procedió a solicitar a la Dirección Jurídica el trámite de cobro judicial contra el Instituto Nacional de Seguros por la no cancelación de 2.512 facturas por servicios médicos

por un monto total de ¢584.744.932,86, otorgados a pacientes en atención a un accidente de tránsito y riesgo del trabajo, contraviniendo lo estipulado en el artículo 73 de nuestra Carta Magna, y en consecuencia un posible daño patrimonial. Actualmente se encuentra pendiente de resolución por parte del Tribunal de Justicia correspondiente.

Ventajas o beneficios para la Institución:

En caso de que la sentencia del Tribunal de Justicia sea favorable para la Caja, se estaría recuperando un monto considerable, para la atención de nuestros usuarios amparados por el seguro de enfermedad y maternidad, coadyuvando con las finanzas institucionales a través de los controles y disminución de riesgo en esta materia.

Conciliación depósitos bancarios INS

Como fruto del esfuerzo realizado por el Área Gestión de Riesgos Excluidos en conjunto con la Subárea de Conciliaciones Bancarias, se logró en setiembre 2020, finiquitar la conciliación de un saldo de ¢1,066.518,452.51, correspondientes a depósitos realizados por el INS entre el 2012 al 2016, en la cuenta bancaria BNCR-173-95- para el pago de servicios médicos con nexo causal a un riesgo excluido del SEM.

En esa línea, mediante análisis conciliatorio de los saldos pendientes de liquidación en dicha cuenta posteriores a setiembre 2016, se identificó una serie de inconsistencias en los depósitos realizados por la Aseguradora y las liquidaciones realizadas por los establecimientos de salud, para efectos de subsanar los primeros se requirió la elaboración del documento normativo, denominado: *“GUÍA PARA LA CORRECTA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CONTABLE, PARA LAS DEVOLUCIONES DE DINEROS COBRADOS DE MANERA IMPROCEDENTE AL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (FACTURAS SOA, RT)”*, aprobado en julio 2021, por las unidades técnicas involucradas de la Dirección de Coberturas Especiales, Dirección Financiero Contable y Dirección de Presupuesto.

A partir de este insumo y de la recopilación de información por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos, establecimientos de Salud y el Departamento de Gestiones Económicas del INS, se han venido realizando los ajustes contables y administrativos, así mismo, la debida coordinación con la Subárea de Conciliaciones Bancarias de los saldos de estos depósitos conciliados.

Producto de lo anterior, a la fecha únicamente existe un saldo pendiente de liquidar de los señalados depósitos que asciende a ₡1,725,670.74, monto del cual se está tramitando un reintegro al INS por sumas pagadas de más, por un total de ₡996,920.00, según consta en oficio DCE-AGRE-421-2023, del 28 de setiembre anterior, en el cual se solicitó a la Subárea de Contabilidad Operativa el registro de la cuenta por pagar, para realizar el respectivo reintegro durante el presente mes, lo que disminuiría el citado monto a tan solo ₡728,750.00, pendientes de conciliar en los próximos meses.

En esa línea, se muestra a continuación la evolución de estos saldos del 2021 al presente:

**Evolución conciliación depósitos
INS-Pagos Riesgos Excluidos
Cuenta Bancaria BNCR 17395-5
Saldos en colones**

Periodo	Monto pendiente liquidar
01/01/2021	₡32,345,625.63
01/06/2021	₡18,129,129.32
01/01/2022	₡17,474,593.32
01/12/2022	₡3,376,449.82
01/06/2023	₡2,110,259.65
01/08/2023	₡1,725,670.74

Fuente: Área Gestión de Riesgos Excluidos

Ventajas o beneficios para la Institución:

Solventar inconsistencias derivadas de errores de facturación que han dado pie a la necesidad de reintegrar dineros cobrados de manera improcedente al INS, o en su defecto sumas giradas de manera errónea por la Aseguradora a la CCSS, lo que permite evitar la alteración de los estados financieros de la Institución y contar con datos exactos para la toma de decisiones.

Capacitación

Del año 2018 a agosto 2023, el Área Gestión de Riesgos Excluidos en conjunto con la Gerencia Médica han realizado 80 capacitaciones, mediante videoconferencias o de forma presencial, dirigidas a todos los establecimientos de salud, con la participación de 5.154 funcionarios (as), donde se expuso temas relacionados a la normativa de Riesgos Excluidos y la facturación realizada en el Módulo Informático Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE).

Importante indicar que, producto del ataque cibernético sufrido en el año 2021, no se cuenta con el respaldo de la información correspondiente a las capacitaciones brindadas para el periodo 2012 al 2017.

Ventajas o beneficios para la Institución:

Del año 2012 a agosto 2023, se logró cumplir con los procesos de capacitación dirigidos a los Profesionales en Medicina, Administradores, Financieros Contables y Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de los establecimientos de salud, sobre la relevancia que tiene la correcta y oportuna identificación, registro, facturación y control de este proceso, de los casos de pacientes que hubieren sufrido un riesgo del trabajo y/o accidente de tránsito.

Lo anterior, permite que el proceso de facturación de riesgos excluidos se realice de forma oportuna y correcta, para la recuperación de costos invertidos en atenciones a causa de estos siniestros, administrados por la Aseguradora.

Depuración Base de Datos – Aseguramiento por el Estado:

A partir del inicio formal de operaciones de la Dirección de Coberturas Especiales, alrededor de marzo del año 2011, se retomó la base de datos que se había construido dentro del sistema integrado de agendas y citas (SIAC), en la cual se inició el registro de la información institucional en la plataforma WEB, con relación al seguro por el estado y sus beneficiarios.

Entre 2011 y 2013 se han introducido importantes mejoras y validaciones de control dentro del Sistema Identificación Agendas Citas (SIAC) módulo Seguro por el Estado, lo cual ha

permitido aumentar el grado de confiabilidad y oportunidad en la generación de la información.

Adicionalmente, todos los meses se ejecutan procesos individualizados de filtración de información de la base de datos del módulo Seguro por el Estado, relacionándola con otras bases de datos institucionales, con el fin de minimizar los errores de registros repetidos, personas con duplicidad de modalidades de aseguramiento, personas fallecidas, entre otros

Desarrollo Solución Automatizada Base de Datos Seguro por el Estado

La Dirección de Coberturas Especiales, mediante la Subárea Gestión Administrativa y Logística emprendieron el proyecto de desarrollar con el acompañamiento de representantes de la Subárea Servicios Digitales Estratégicos de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, un método tecnológico que permite a la Institución generar de manera oportuna y efectiva, la información correspondiente a los asegurados directos por el Estado y aquellos atendidos al amparo de Leyes Especiales o del Código de la Niñez y la Adolescencia.

El objetivo de dicho proyecto fue buscar una solución para automatizar el proceso de generación y depuración de los registros de la Base de Datos del Módulo Seguro por el Estado del Sistema SIAC, los cuales constituyen la base para la facturación de las sumas por cobrar tanto a la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares DESAF, como al Ministerio de Hacienda.

Como resultado de lo anterior, se desarrolló una solución automatizada, con el propósito principal de acelerar el tiempo total que se duraba para comunicar los resultados de la cantidad de registros a cobrar al Estado.

Para ello, se utilizó la plataforma tecnológica existente de soluciones de inteligencia de negocios ya utilizada por la Subárea de Servicios Digitales Estratégicos del Área de Ingeniería de Sistemas, quienes poseen conocimiento y experiencia en esta plataforma, la cual además por las características del desarrollo por realizar, era la que mejor se posicionaba para ejecutarlo.

Resultados:

a. Reducción tiempo entrega de la información a la Dirección Actuarial.

Con el procedimiento manual, el tiempo de duración para la entrega del oficio a la Dirección Actuarial, demoraba en promedio un total de 100 días, no obstante, con la implementación de la nueva plataforma tecnológica, la duración en la entrega de esta información es de 23 días posteriores al mes de cobro, como se muestra en el cronograma (Anexo 6) que se adjunta al presente oficio, donde se realiza una comparación de la duración en días entre el procedimiento manual y el proceso automático.

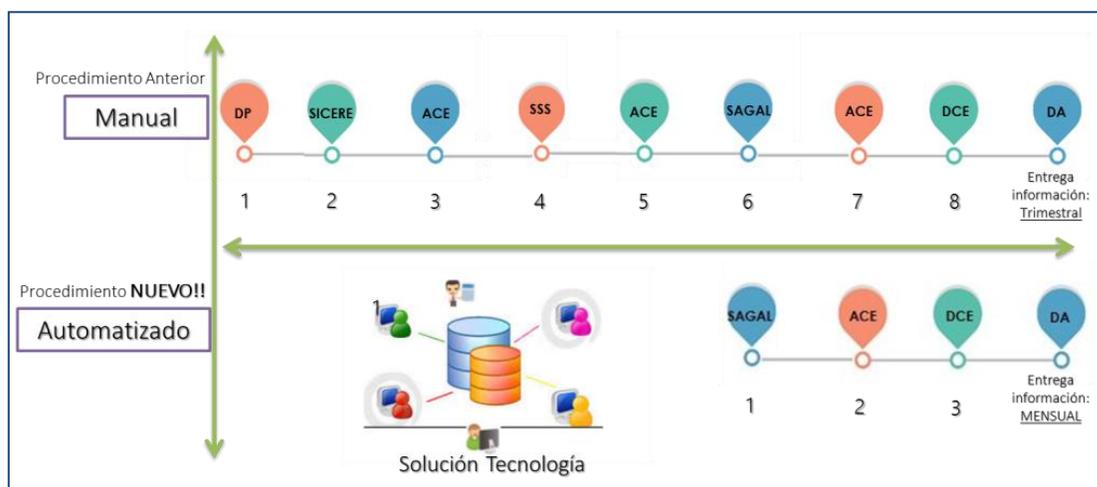
b. Cambio en la periodicidad de cada entrega de Trimestral a Mensual.

Con el uso de la nueva plataforma tecnológica, la información de las bases de datos se carga automáticamente una vez terminado el mes de cobro, lo que permite que la información sea procesada cada mes y no como antes cada trimestre.

c. Reducción en la cantidad de unidades involucradas en el proceso.

A manera de ejemplo, en el caso de los Registros de Aseguramientos Directos por Cuenta del Estado, el número de unidades que intervenían en el procedimiento de envío de información a la Dirección Actuarial disminuyó, pasando de 8 unidades involucradas a solo 3 con el nuevo procedimiento automatizado, como se muestra en la siguiente imagen:

Cantidad de Unidades involucradas en el proceso de envío Registros Aseguramiento por Cuenta del Estado a la Dirección de Actuarial



Esta solución fue puesta en producción en el mes de octubre 2017 mediante oficio DCE-0239-10-2017/SAGAL-072-10-2017, suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, Director de

Coberturas Especiales y la suscrita, en el cual de acuerdo a las pruebas realizadas y la revisión de los resultados, se da el aval para la puesta en producción de la solución informática.

Participación en la Estrategia Puente al Desarrollo.

Como estrategia en el pilar de combate a la pobreza extrema, el Área de Coberturas del Estado y la Dirección de Planificación Institucional han coordinado en conjunto con la Segunda Vicepresidencia de la República y el IMAS, identificar núcleos familiares en pobreza y pobreza extrema que califiquen para el beneficio del Aseguramiento por cuenta del Estado.

Este programa que inició en octubre de 2015 ha beneficiado a más de veinte mil núcleos familiares en pobreza y pobreza extrema a nivel nacional, mediante el otorgamiento de Aseguramientos por Cuenta del Estado.

Redefinición Conceptual Protección Familiar

En relación con el proceso relacionado con Beneficio Familiar, la Gerencia Financiera dentro de todo un proceso de reordenamiento del Modelo Financiero de Aseguramiento, ha confirmado un equipo de trabajo que ha abordado de manera integral este tema, sentando las bases que funde la realización de cambios importantes en aspectos, regulatorios, organizacionales, normativos, operativos y de soluciones tecnológicas, con un enfoque centrado en el usuario.

En este proceso se ha gestado la participación de todos los actores involucrados, principalmente los del nivel local y regional. Asimismo, la adición a la reforma Reglamentaria de la emisión de un Reglamento de Protección Familiar supone una visión más amplia del componente operativo, cuyo insumo primario proviene del ejercicio de socialización que se despliegue con los niveles locales y regionales; así como, las unidades técnicas del nivel central.

Se estableció una línea de tiempo para el desarrollo y la implementación de la “Reforma para brindar la Protección Familiar”, cuyo último componente está programado a corto plazo, según el siguiente detalle:

1. Aprobación del Reglamento de Protección Familiar y Reforma de Reglamento del Seguro Salud, así como la aprobación del Manual de Protección Familiar: para lo cual se requiere de la construcción y validación con los niveles locales; así como los criterios técnicos por parte de: el Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, Dirección Jurídica, Dirección Actuarial, Dirección de Calificación de la Invalidez, Gerencia Médica, Gerencia Financiera, entre otras unidades involucradas.
2. Ajustes Manual de Organización y otros temas relacionados con competencias y responsables del proceso de Protección Familiar: para esta actividad se requiere la coordinación con la Dirección de Desarrollo Organizacional, a fin de establecer de manera formal las responsabilidades y las competencias dentro del proceso.
3. Implementación del Sistema de Aseguramiento en Salud: se requiere el desarrollo de la solución tecnológica que permita la consolidación de distintas bases de datos, así como el análisis de la posible obligación contributiva de los solicitantes de la protección.
4. Plan educación, comunicaciones y divulgación en las unidades locales y regionales: Proceso de capacitación de las unidades locales, regionales y centrales, así como la divulgación, en coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional, de la propuesta de Protección Familiar a nivel institucional.

Por medio de oficio GF-DCE-0047-2021 del 24 de febrero 2021, se solicitó a la Gerencia Financiera la reactivación de la plaza No. 658 de Profesional 3, con el objetivo de “considerar las razones de oportunidad y conveniencia institucional a la luz del desarrollo del proyecto de Protección Familiar, cuya rectoría ha sido asignada a esta Dirección, consideramos que sin lugar a duda resultaría de mayor relevancia y utilidad el uso de dicha plaza en este nuevo proceso, al cual, por su volumen y complejidad necesariamente habrá que dotar de recurso humano especializado y suficiente que le permita ejecutarlo de manera adecuada”. La misma fue reactivada, y por medio de un concurso interno, se realizó la selección y asignación de la plaza a la Lic. María de los Angeles Arce Solís.

En oficio GF-4143-2021 del 02 de diciembre de 2021, el señor gerente financiero, el licenciado Gustavo Picado, suscribió oficio con asunto “Criterio técnico relacionado con la instancia competente de la regulación y administración de las actividades relacionadas con la modalidad de aseguramiento especial por Protección Familiar.” En el cual informó que “mediante el oficio GG-AEOR - 0108- 2021, del 19 de noviembre de 2021 se atendió lo solicitado y se concluye del análisis efectuado lo siguiente:

“(…) De acuerdo con el análisis realizado y en respuesta a lo solicitado en el oficio GF-3628-2021, es nuestro criterio que la Dirección de Coberturas Especiales es la instancia de Sede de la Gerencia Financiera que cuenta con la competencia para la regulación y administración del Reglamento para la Proyección Familiar de la CCSS aprobado por la Junta Directiva, disponiendo del Área Cobertura del Estado como la unidad técnica competente para la normalización, implementación, seguimiento, evaluación, ejecución y coordinación, mediante el desarrollo de acciones que permitan la aplicación de dicho marco reglamentario a nivel institucional(…)” Lo resaltado es propio.

CCSS
Total de Personas adscritas con aseguramiento por Protección Familiar
según sexo y región
Año 2023

Región	Total general	MUJER	HOMBRE	INTERSEXO	INDEFINIDO
Total general	1,721,253	1,098,364	622,852	5	32
0-SIN DEFINIR	3	1	2	0	0
1-BRUNCA	121,701	78,216	43,484	0	1
2-CHOROTEGA	154,282	97,492	56,788	2	0
3-HUETAR NORTE	97,892	61,627	36,265	0	0
4-HUETAR ATLANTICO	153,911	97,593	56,317	0	1
5-CENTRAL NORTE	446,341	287,075	159,262	1	3
6-CENTRAL SUR	654,369	417,040	237,302	2	25
7-PACIFICO CENTRAL	91,725	58,803	32,920	0	2
8-GRAN AREA METROPOLITANA	1,029	517	512	0	0

a/ Datos consultados el 30 de octubre 2023

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud(EDUS).

Fuente: CCSS. Cubo de Adscripción

CCSS
Total de Personas adscritas con aseguramiento por Protección Familiar
según nacionalidad y región
Año 2023

Región	Total	Nacional	Extranjero
Total general	1,721,253	1,605,238	116,015
0-SIN DEFINIR	3	3	0
1-BRUNCA	121,701	118,730	2,971
2-CHOROTEGA	154,282	142,650	11,632
3-HUETAR NORTE	97,892	88,837	9,055
4-HUETAR ATLANTICO	153,911	144,349	9,562
5-CENTRAL NORTE	446,341	413,222	33,119
6-CENTRAL SUR	654,369	611,613	42,756
7-PACIFICO CENTRAL	91,725	84,885	6,840
8-GRAN AREA METROPOLITANA	1,029	949	80

a/ Datos consultados el 30 de octubre 2023

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

Fuente: CCSS. Cubo de Adscripción

Convenio entre la Caja y el Ministerio de Justicia y Paz.

Desde el año 1993 la CCSS y el Ministerio de Justicia y Paz suscribieron un convenio de aseguramiento para proteger a la población privada de libertad, cuyo costo fue, hasta diciembre 2018, asumido por el Ministerio de Salud.

A partir del año 2019, el Ministerio de Justicia y Paz asumiría el costo del aseguramiento de dicha población, motivo por el cual las autoridades jerárquicas de ambas instituciones instruyeron a sus instancias técnicas competentes, la revisión y actualización conjunta del Convenio vigente que regula dicha materia.

La Gerencia Financiera, delegó en la Dirección de Coberturas Especiales, la coordinación de un equipo de trabajo multidisciplinario que contó con representantes de las distintas unidades técnicas que participan en el proceso, a saber; Gerencia Financiera, Dirección Actuarial y Económica, Dirección de Presupuesto, Dirección Financiero Contable y Subárea

de Normalización Técnica y Normativa, con el fin de ajustar dicho Convenio únicamente desde el ámbito financiero y de aseguramiento, toda vez que los aspectos propiamente médicos de la prestación de los servicios de salud a dicha población, serían abordados por otro grupo de especialistas en el campo médico bajo la figura de un protocolo u otro instrumento similar.

Para elaborar la propuesta de convenio, se llevaron a cabo múltiples sesiones de trabajo multidisciplinarias e interinstitucionales con la participación de funcionarios expertos en su campo, en las cuales se analizó y discutió a profundidad los diversos temas relacionados hasta encontrar puntos de concordancia ajustados a las normas y procedimientos vigentes en cada Institución.

El 04 de junio de 2019, la Gerencia Financiera elevó la propuesta a la Presidencia Ejecutiva para su valoración y aprobación, acompañada del aval técnico del equipo multidisciplinario así como el aval de la Dirección Jurídica, misma que fue aprobada y firmada por ambas instituciones en ese mismo mes, para lo cual la Gerencia Financiera designa a la Dirección de Coberturas Especiales, la responsabilidad de la ejecución, monitoreo y seguimiento de los derechos y obligaciones que derivan del mismo, así como la vigencia, de manera tal, que deberá desde ese momento establecerse un cronograma que permita negociar en forma oportuna su eventual renovación.

La suscripción de este convenio ha permitido a la Institución percibir más de 8 mil millones de colones por concepto de aseguramiento a esta población correspondientes al periodo de enero a octubre del año 2019.

Aplicación evaluaciones para la correcta aplicación de la Gestion de Riesgos Excluidos en los Establecimientos de Salud.

Como parte de las funciones del Área Gestión de Riesgos Excluidos y con el objetivo de conocer el grado de cumplimiento del marco técnico y normativo, además coadyuvar a los establecimientos de salud en la correcta toma de decisiones y mejora continua en la identificación, captura de la información, registro, facturación, y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos, a inicios del presente año se elaboró el Instrumento de Evaluación para la correcta aplicación de la gestión de riesgos excluidos en los Establecimientos de Salud.

Por lo anterior, a partir del mes de febrero del 2019, se inició el proceso de evaluaciones a nivel nacional, el cual es realizado por funcionarios de esta Área mediante visitas a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Durante el año 2019, se aplicaron 58 evaluaciones en las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lo que permitió identificar las debilidades y fortalezas de los Establecimientos de Salud en el proceso de recuperación de costos por atenciones de riesgos excluido, para buscar estrategias, con el fin de mejorar el proceso.

El resultado de esta evaluación, permitió conocer al Área Gestión de Riesgos Excluidos, el grado de cumplimiento del marco técnico y normativo de los funcionarios(as) de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en la gestión de Riesgos Excluidos, situación que ha permitido ayudar a los Establecimientos de Salud en la correcta toma de decisiones y mejora continua en la identificación, captura de la información, registro, facturación y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos.

Eliminación del documento impreso de la Factura por Servicios Médicos de Riesgos Excluidos.

A partir del año 2012, las facturas de servicios médicos por riesgos excluidos realizadas en los Establecimientos de Salud se generan mediante el Módulo Informático Facturación Riesgos Excluidos (MIFRE), las cuales hasta el mes de marzo 2019 eran impresas por los funcionarios de cada unidad y entregadas mensualmente en el Área Gestión de Riesgos Excluidos, para ser remitidas al Instituto Nacional de Seguros. El total de facturas impresas por mes era de aproximadamente 9 mil, mismas que se acompañaban de sus respectivos casos de estudio y otros documentos anexos, lo que implicaba altos costos, entre los que destacan: gastos en suministros de oficina, horas hombre y gastos relacionados al traslado de la documentación.

Por lo anterior y con el fin de eliminar la impresión del documento factura por estos servicios médicos, así como automatizar y simplificar los procesos operativos relacionados además de contribuir con el medio ambiente, se ejecutó una estrategia por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros.

Para llevar a cabo este importante proyecto se conformó un equipo de trabajo con representantes del Área Gestión de Riesgos Excluidos (unidad adscrita a esta Dirección) y el Departamento de Gestiones Económicas Obligatorias del Instituto Nacional de Seguros, en cuyas sesiones de trabajo se identificó la información necesaria que se debía incluir en los archivos, por medio de los cuales se remitiría la información detallada de las facturas a utilizar por ambas instituciones.

Se acordó iniciar el proyecto con un Plan Piloto por tres meses, con probabilidad de extenderse hasta por seis meses máximo, con fecha de inicio el 01 de mayo de 2019, para lo cual desde el mes de marzo del presente año, funcionarios del Área Gestión de Riesgos Excluidos capacitaron a funcionarios del INS en el uso del módulo informático utilizado por nuestra Institución (MIFRE) y demás aspectos relacionados en el tema, además, de igual forma los representantes del INS explicaron el proceso que se desarrolla desde su ámbito de competencia. Producto de lo anterior se realizó una videoconferencia facilitada a los Establecimientos de Salud, la cual contó con la exposición de funcionarios de ambas Instituciones.

Este proyecto permitió tomar decisiones y acuerdos de gran relevancia para ambas Instituciones. La eliminación del documento de la factura permitió la reducción de gastos y contribuir con el medio ambiente, además mejorará el proceso del registro de la información de la gestión realizada a cada una de las facturas. Además, permitió minimizar el riesgo de errores humanos relacionados a la gestión manual del proceso y permite fortalecer los niveles de control sobre la información de los registros

Atención Programa de Gestión Ambiental.

En atención al tema Programa de Gestión Ambiental Institucional, por medio del oficio GF-3406-2017, de fecha 25 de setiembre del mismo año la Gerencia Financiera procede con el traslado del oficio PE-14339-2017; por medio del cual se solicita a cada una de las Gerencias Institucionales, la colaboración para que se conformen equipos interdisciplinarios de gestión ambiental.

Lo anterior, con el objetivo de que se recopile y analice la información que sea requerida por parte del Programa de Gestión Ambiental Institucional, según sean las competencias de las Unidades adscritas a cada una de las Gerencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En línea con lo anterior, en fecha 24 de octubre del 2017, mediante misiva DCE-236-10-2017; se informa al Lic. Gustavo Picado Chacón, en su momento Gerente Financiero, que por parte de la Dirección de Coberturas Especiales, se designa a la colaboradora Licda. Adriana Gutiérrez Coto como titular y a la Licda. Sandra Zamora Lobo como suplente. Actualmente se mantiene como suplente el Lic. Javier Hidalgo Sibaja, designado y comunicado a la Gerencia Financiera por medio del oficio GF-DCE-0095-2021.

Importante mencionar, que a partir del año 2017 al año 2023, la Dirección de Coberturas Especiales ha cumplido en tiempo y forma con la entrega de la información requerida, misma que contempla dentro de su ámbito de competencia, el llenado de las siguientes matrices:

- ✓ Matriz de Registro y Consumo de Papel.
- ✓ Matriz Inventario Energía Eléctrica.
- ✓ Matriz Compras Sostenibles.
- ✓ Matriz Control de Equipos y Recargas.

Adicionalmente, para el año 2022, se implementó el llenado del documento denominado Plan de Gestión Ambiental Local, mismo que a la fecha fue debidamente entregado y aprobado por parte del Ing. Alexander Navarro Chavarría, colaborador de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Coordinador DAPE, Gestión Ambiental y Seguridad Humana.

Otro aspecto importante para resaltar son las charlas virtuales que se han llevado a cabo a nivel de la Dirección de Coberturas Especiales, las cuales tienen por objetivo sensibilizar al personal en cuanto al uso correcto de los recursos institucionales, el reciclaje y como contribuir a combatir la contaminación y a reducir el efecto invernadero.

Conformación Comisión Gestión Ambiental Dirección de Coberturas Especiales

La Comisión de Gestión Ambiental Local / Equipo de Trabajo en Gestión Ambiental y los superiores jerárquicos de la unidad, están conformados por los siguientes funcionarios:

Nombre Completo (tal y como aparece en el correo electrónico institucional)	Plaza (Tipo de plaza que ocupa en la CCSS)	Cargo (Funciones sustanciales que ejecuta en breve)	Correo electrónico	Estudios afines a la Gestión Ambiental (carreras, diplomados, cursos de capacitación)	Firma
Miguel Cordero García	Director Institucional de Sede	Licenciado en Administración de Negocios. Director Coberturas Especiales	mcordero@ccss.sa.cr	No Aplica	MIGUEL ANGEL CORDERO GARCIA (FIRMA) Firmado digitalmente por MIGUEL ANGEL CORDERO GARCIA (FIRMA) Fecha: 2023.10.06 11:35:49 -06'00'
Adriana Gutiérrez Coto	Profesional 3	Licenciada en Administración de Empresas. Asistente Dirección Coberturas Especiales	amgutierc@ccss.sa.cr	No Aplica	ADRIANA GUTIERREZ COTO (FIRMA) Firmado digitalmente por ADRIANA GUTIERREZ COTO (FIRMA) Fecha: 2023.10.06 10:55:47 -06'00'
Javier Hidalgo Sibaja	Profesional 3	Lic. en Administración de Negocios. Asistente Subárea Gestión Administrativa y Logística	jfhidalgo@ccss.sa.cr	No Aplica	JAVIER FRANCISCO HIDALGO SIBAJA (FIRMA) Firmado digitalmente por JAVIER FRANCISCO HIDALGO SIBAJA (FIRMA) Fecha: 2023.10.06 10:26:27 -06'00'

Generando cultura en la nueva dinámica en Ciberseguridad y seguridad de la información.

En atención a lo indicado por el Foro Económico Mundial (FMI), en el informe de los resultados de la Encuesta 2021 de Percepción de Riesgos Globales (GRPS, por sus siglas en inglés) y la Contraloría General de la República en el informe DFOE-CAP-SGP-00003-2022, donde determinan que la Caja Costarricense de Seguro Social se ubica en un nivel básico en temas de Ciberseguridad en los estudios realizados, lo cual permite emprender acciones para *“superar las brechas relacionadas con ese nivel; así como para gestionar un plan de acción que permita el fortalecimiento de la seguridad de la información, aplicar prácticas para el manejo y custodia de la información institucional, gestionar la continuidad y recuperación institucional”*.

Sobre el particular, se identificaron temas que deben ser gestionados por todas las personas que conforman la Gerencia Financiera, bajo el liderazgo de los Directores y Jefaturas, a saber:

- Todo usuario en teletrabajo con equipo institucional debe presentarse al menos una vez al mes a la unidad para la aplicación de políticas en los equipos asignados.

- Cada unidad debe aplicar las medidas correctivas en los equipos cada vez que se emitan los reportes con las salidas no conformes (reinicio pendiente, parches pendientes, agentes no instalados).
- Toda jefatura deberá velar por que los usuarios realicen el cambio de contraseña de acceso a la red de manera inmediata, cada vez que se solicite ejecutar el cambio.

Para tener un control del seguimiento de estos lineamientos, se generan reportes desde el System Center Configuration Manager (SCCM), los cuales son tabulados y organizados por el Centro de Gestión Informática de esta Gerencia (coordinado con los CGI regionales y personal de informática local en el nivel central), estos informes serán el insumo que permiten evidenciar por sitio los casos pendientes para el control del proceso y rendición de cuentas.

En ese sentido, la Dirección de Coberturas Especiales en coordinación con las Áreas y Subárea adscritas a esta Dirección, elaboramos un plan de trabajo con el fin de establecer e implementar los mecanismos y actividades preventivas en cuanto a los riesgos tecnológicos y posibles ciberataques a los que la Institución se encuentra expuesta.

En cuanto a la ejecución de este plan se realizaron las siguientes acciones:

- **Actualización Equipos de Cómputo:**

Se determinaron los procesos tecnológicos para la debida actualización mensual de los sistemas institucionales en cada uno de los equipos de cómputo. Lo anterior, remitiendo vía correo electrónico a todos los funcionarios (as) de la Dirección, manuales y guías detallando los pasos para la correcta actualización de los software y antivirus utilizados en la Institución acción coordinada por parte de la Subárea Gestión Administrativa y Logística DCE

En conjunto con el Centro de Gestión Informática de la Gerencia Financiera se realizaron las labores de consulta y asesoría para que todos los equipos de la Dirección de Coberturas Especiales estuvieran debidamente actualizados.

- **Cumplimiento meta indicador en materia de actualización:**

Para el Despacho de la Gerencia Financiera y las Direcciones adscritas, se estableció una meta para medir la cantidad de equipos actualizados, con cumplimiento de 80% para el año 2023 y 90% para el año 2024 en materia de actualización, cuyo margen de tolerancia es de 20% en esta primera etapa y de 10% en una segunda etapa.

Los esfuerzos de actualización de equipos de cómputo de manera remota y presencial, aunado de la coordinación y comunicación de los procesos de actualización de software, dio como resultado el involucramiento de todos los funcionarios de la Dirección de Coberturas Especiales. Lo cual ha repercutido positivamente en los resultados de las estadísticas en del System Center Configuration Manager (SCCM).

Este sistema es administrado por la Dirección de Tecnologías Información y Comunicación, y brinda las estadísticas de los equipos actualizados en cada Unidad, durante este periodo 2023, el porcentaje de cumplimiento ha sido superior al 90%, actualmente este dato se mantiene en 100% por parte de esta Dirección.

- **Renovación de los equipos de Cómputo**

Al inicio del año 2023, 12 de los 19 funcionarios de esta Unidad realizaban sus labores con computadores de escritorio, lo cual dificultaba el traslado de estos funcionarios a Oficinas Centrales.

Debido a lo anterior, la Subárea Gestión Administrativa y Logística realizó las coordinaciones y gestiones necesarias en conjunto con el CGI-GF, la Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable y la Dirección de Presupuesto, para adquirir por medio de contratación Administrativa y donación el equipo portátil necesario para reemplazar todas las computadoras de escritorio en la Dirección.

Esta labor dio sus frutos y actualmente el 100% de los funcionarios de la Dirección poseen equipo portátil para desempeñar sus labores.

- **Alternativas para el respaldo de la información:**

Si bien es cierto, actualmente todos los funcionarios de esta Unidad poseen acceso a la nube de almacenamiento OneDrive, consideramos importante poseer en la Dirección dispositivos de almacenamiento alternativos como discos duros externos.

En cumplimiento con lo anterior, se realizaron las consultas con el CGI, mismos que emitieron el criterio GF-CGI-0315-2022, donde se emite la recomendación para de adquirir dos discos duros externos con el objetivo que sean utilizados únicamente para resguardo de la información que se considere pertinente para restaurar la operativa en caso de ser necesario.

Una vez que se obtiene el aval por parte del CGI se procedió a realizar la compra de los discos, los cuales fueron entregados a las Áreas adscritas a esta Dirección para los respaldos de información que permitan continuar con la operativa de cada unidad.

- **Capacitación en Ciberseguridad**

Mediante la coordinación de los representantes en la Comisión de Ciberseguridad Institucional de la Dirección de Coberturas Especiales, se realizaron las capacitaciones y acompañamiento para que todos los funcionarios (as) de esta Dirección, fueran parte del Curso Introducción a la Ciberseguridad, impartido de manera Virtual por la compañía Cisco Networking Academy.

Para no obstruir con el funcionamiento operativo de la Dirección, se segmentó en dos grupos de funcionarios. A la fecha el 100% de los funcionarios concluyó satisfactoriamente este curso.

Lo propuesto en el Plan de Trabajo *“Generando cultura en la nueva dinámica en ciberseguridad en la Gerencia Financiera y sus Direcciones – Dirección Coberturas Especiales”*, ha permitido concientizar a nuestros funcionarios con el fin de proteger los sistemas institucionales y resguardar la información relevante con el fin de prevenir alguna eventualidad informática sin que repercuta en la operativa de la Dirección.

- **GESTIÓN ESTRATÉGICA**

Con el objetivo fortalecer las finanzas de la Institución, se trabajó en las siguientes propuestas:

Traslado de Seguros Obligatorios a la Caja Costarricense de Seguro Social

Con el fin de atender lo dispuesto por Junta Directiva de la Institución en acuerdo tercero, artículo 17°, sesión 8727 del 31 de julio de 2014:

“... solicitar a la Gerencia Financiera que, en un plazo de dos meses, se realice un estudio exploratorio en el que se determine cual es la mejor opción para que la Caja interactúe en cuanto al manejo de esos seguros, en fin, que se analice si se debe o puede técnica y jurídicamente la Caja “tomar liderazgo” en el manejo de esos seguros en el mercado (Seguro obligatorio para Vehículos Automotores y Seguro de Riesgos del Trabajo) ...”

Así como el informe de seguimiento de la Auditoría Interna ASS-90-2017 de fecha 11 de setiembre del 2017, Auditoría de Carácter Especial sobre la prestación de servicios de salud a pacientes producto de accidentes de tránsito indico al respecto:

“ obtener una mayor articulación y uso eficiente de los recursos disponibles para la atención de pacientes que han sufrido accidentes de tránsito, se debe valorar la viabilidad jurídica, técnica, financiera y política de que la Institución asuma la administración del Seguro Obligatorio de Automóviles, considerando que es la Caja Costarricense de Seguro Social quien dispone de la mayor red de servicios y establecimientos de salud en el país, y que es responsable de atender, estabilizar y rehabilitar a los pacientes traumatizados por un accidente de tránsito, principalmente cuando son heridos de gravedad y la vida se encuentra en peligro, así como cuando se agotan los recursos de la póliza que cubren dicho riesgo.”

En esa línea, se procedió a solicitar los criterios técnicos correspondientes por parte de la comisión creada para la atención de lo citado, conformada por el MSC. Juan Piedra Montero, Jefe del Área Gestión de Riesgos Excluidos, el Dr. Donald Alfonso Corella

Elizondo y el Dr. Manrique Manuel Sandí Arias, de la Gerencia Médica, quienes elaboraron el informe GF-DCE-0362-2020 relacionado al criterio para el traslado de los seguros obligatorios a la Caja.

Dicho informe, así como los informes de la Dirección Actuarial DAE-0100-2020 y Dirección Jurídica DJ-3164-2019, se remitieron a la Gerencia Financiera mediante oficio GF-DCE-0038-2022 para su presentación ante Junta Directiva, con el objetivo que se recomiende dar por recibido el informe GF-DCE-0362-2020 e instruir a la Gerencia General para que conforme un equipo de trabajo de alto nivel con la representación de las Gerencias Financiera, Médica, Administrativa y Dirección Actuarial y Económica, bajo la coordinación de la primera, quienes tendrían a su cargo el análisis detallado y la realización de los estudios pormenorizados definitivos y concluyentes a la luz de los alcances y especificidades de la propuesta, que permita externar un criterio y amplitud de los pro y los contra de la misma, así como llevar a cabo todos los estudios necesarios para determinar con exactitud aspectos tales como el impacto en la demanda de los servicios hospitalarios, y las reformas normativas y legales específicas necesarias para su eventual materialización.

Ventajas o beneficios para la Institución:

La administración de estos seguros por parte de la Caja permitiría dar la atención inmediata a las personas lesionadas por accidente de tránsito sin límite de cobertura de póliza hasta su recuperación bajo la modalidad del pago de una prima o de cuota tripartita (Patrono, Trabajador y Estado) así establecido en el artículo 73 de la Constitución Política, lo cual sería definido por la Caja. Además, actuaría de forma directa en la atención de la persona trabajadora, por lo que la institución tendría un control en sus finanzas como administradora de estos seguros.

En cuanto a las facilidades para el usuario, la atención se brindaría en la red de servicios de la Caja, evitando requisitos y traslados de pacientes hacia la asegurada como se hace actualmente, donde en muchos casos la cobertura de SOA es insuficiente para su intervención quirúrgica y demás tratamiento en el ente asegurador.

La Caja es la unidad sanitaria por excelencia con capacidad instalada que actualmente atiende las situaciones de emergencia en accidentes de tránsito y riesgo del trabajo,

situación que no variaría si se traslada los seguros obligatorios a la Institución. Una vez agotada la cobertura de la póliza SOA, la aseguradora traslada el paciente a la Caja para continuar su atención, por lo que, con el traslado de estos seguros a la Caja, no se requeriría tal traslado, beneficiando al usuario tal situación.

Acción de Inconstitucionalidad artículo 73 “Incapacidades Temporales” de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078

La Dirección Jurídica en los Oficios DJ -0375-20 y DJ-1 543-2018 indica que el subsidio económico en caso de incapacidad temporal es complementario al que brinda la Caja de acuerdo con el artículo 73 de la Ley No. 9078, presenta roces de constitucionalidad y legalidad, por ser un riesgo no cubierto por los seguros sociales que administra y gobierna la Caja, según lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política ni por los artículos 1 y 3 de la Ley Constitutiva.

En esa línea, la presentación de la Acción de Inconstitucionalidad en contra del Artículo 73 de la Ley de Tránsito N° 9078 por parte de la Institución, es necesario por cuanto existe un roce de legalidad con el numeral 73 de la Constitución Política y la Caja no puede disponer de sus fondos para fines distintos a los que fueron creados, siendo entonces que no es posible desde una óptica legal, que la institución destine partidas presupuestarias a la atención y pago de incapacidades temporales generadas con ocasión de un accidente de tránsito, ya que ese campo es competencia exclusiva del Instituto Nacional de Seguros, entidad que debe mediante ajustes en las primas del SOA o bien por los mecanismos que mejor estime convenientes, procurar los recursos necesarios que le permitan cubrir la totalidad de las incapacidades temporales que se generen con motivo de este tipo de riesgos.

Por lo anterior, mediante una Comisión Intergerencial representada por la Subárea Asesoría Prestaciones en Dinero, Dirección Jurídica y bajo la coordinación del Área Gestión de Riesgos Excluidos presentaron ante la Gerencia Administrativa el informe final *“Requerimiento de acuerdo de Junta Directiva, para plantear Acción de Inconstitucionalidad al artículo 73 “Incapacidades Temporales” de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078”*.

Actualmente, la citada comisión se encuentra revisando y ajustando el documento en mención de conformidad con las observaciones emitidas por la Dirección Jurídica mediante oficio GA- DJ-2271-2023 en respuesta al oficio GF-1126-2023, enviado por la Gerencia Financiera.

Posteriormente, se remitirá a la Dirección Jurídica para su revisión y una vez se cuente con el visto bueno, deberá trasladarse para acuerdo de Junta Directiva, esto por cuanto para plantear la acción de inconstitucionalidad contra el artículo 73 de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078, se requiere un acuerdo de Junta Directiva que autorice al Presidente Ejecutivo en dicho sentido.

Ventajas o beneficios para la Institución:

Con el fallo de la Acción de Inconstitucionalidad al artículo 73 “Incapacidades Temporales” de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078, la Caja dejará de cancelar el 60% en el pago de subsidios por incapacidades otorgadas a causa de accidentes de tránsitos, el cual deberá ser asumido por la Aseguradora, lo que permitirá la utilización de estos recursos para la adquisición de bienes y servicios para nuestros asegurados.

[Propuesta proyecto de Ley “Eliminación del monto básico para una cobertura total de prestaciones médicas y económicas en la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores”.](#)

En el marco de la búsqueda de alternativas para fortalecer el financiamiento del Seguro de Salud, las Direcciones de Coberturas Especiales y Financiero Contable, han realizado un análisis respecto a la atención de pacientes por concepto de accidentes de tránsito, el pago de incapacidades subsecuentes y la recuperación institucional de los costos derivados de dichas atenciones.

Donde se tiene que para el año 2022, la Institución superó los ¢15 mil millones no recuperados, producto de la existencia de un tope en la cobertura para las prestaciones médicas y económicas de la póliza del Seguro obligatorio para los vehículos automotores

(SOA), motivo por el cual, se elaboró el proyecto de ley denominado “Eliminación del Monto Básico para una Cobertura total de Prestaciones Médicas y Económicas en la Cobertura de la Póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, el cual se trasladó por parte de la Gerencia Financiera a Junta Directiva mediante oficio GF-3353-2023 de fecha 07 de setiembre 2023.

Ventajas o beneficios para la Institución:

La propuesta permitiría que exista mayor certeza en la atención de pacientes que enfrentan accidentes de tránsito, para lo cual el INS utilizaría su capacidad instalada y las estrategias correspondientes para cada caso, especialmente cuando superen el monto de tope actual o bien, se trasladarían por situaciones excepcionales a la CCSS compensando su costo de atención.

Además, se pretende en gran medida con el citado proyecto, una reducción del gasto en vista de que la Aseguradora estaría asumiendo la totalidad de las prestaciones médicas y económicas de sus asegurados permitiendo a la institución una posible mejoría en la capacidad instalada institucional, un razonable cumplimiento de la programación de salas de operaciones, de procedimientos y consultas, así como el uso de los recursos del Seguro de Salud en los pacientes que corresponden al alcance constitucional encomendado a la Caja.

- **ATENCIÓN DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA**

Desde el año 2012 en la Dirección de Coberturas Especiales, se ha gestionado la atención de un total de 55 Acuerdos de Junta Directiva, como se detallan a continuación:

**Total de Cantidad de Acuerdos de Junta Dirección
Dirección de Coberturas Especiales**

Descripción	Cantidad	Observaciones
Acuerdos Concluidos	47	Concluidos con avance 100%. Ver Cuadro #1
Acuerdos en Estado de Revisados	3	Con avance del 75%. Pendientes de revisión a la espera de lo que resuelva la Junta Directiva con el proceso de depuración de acuerdos. Ver cuadro #2.
Acuerdos en Fase Depuración	1	Con avance del 75%. Acuerdo en estado de revisión de la Fase II de Depuración de Acuerdos.
Acuerdos Pendiente Aprobación Junta Directiva	1	Con avance del 75%. Pendiente de presentación ante Junta Directiva.
Acuerdos en revisión por la Gerencia Financiera	2	Pendientes de revisión por la Gerencia Financiera, concluidos por parte de la Dirección.
Acuerdo en Proceso de Atención	1	Se está trabajando en la atención de lo solicitado. Coordinación delegada a la Dirección Financiero Contable
Total de Acuerdos Junta Directiva	55	

Fuente: Sistema GESC – Dirección de Coberturas Especiales.

Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Concluidos:

**Detalle de Acuerdos de Junta Directiva Concluidos
Del año 2011 a la actualidad.**

1. Número Sesión: 8505 Fecha: 28-04-2011					
Número Artículo: 2					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1105000004	I	Presentar el respectivo estudio en que se analice la posibilidad de que se solicite una prórroga del convenio entre la Caja y el Instituto Nacional de Seguros (INS)	04-05-2011	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
2. Número Sesión: 8506 Fecha: 05-05-2011					
Número Artículo: 5					

Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1105000015	I	Presentar informe sobre que se ha trabajado hasta ahora la Dirección de Coberturas Especiales.	11-05-2011	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
3. Número Sesión: 8516 Fecha: 07-07-2011					
Número Artículo: 43					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1107000082	I	Sobre el oficio JS-HM-0010-2011 de fecha 22 de junio del año 2011, suscrito por la MSc. María de los Ángeles Ramos Rojas, Presidenta y Sra. Cecilia Sandoval Molina, Secretaria, Junta de Salud del Hospital México, en la que comunica su opinión respecto al caso del guatemalteco Monzón del Cid Otto, se traslada a la Gerencia Médica, para su análisis, así como a la Gerencia Financiera para la revisión de lo que concierne la recuperación de la erogación en que ha incurrido la Caja.	01-08-2011	GESC-GF-Dirección Cobros, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
4. Número Sesión: 8517 Fecha: 11-07-2011					
Número Artículo: 9					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1107000066	I	En vista de que ya se cumplió un año de gestión, se acuerda solicitar a los señores Gerentes que presenten un informe de lo actuado a la fecha. Se les pide que dicho informe contemple, entre otros aspectos, lo realizado respecto de lo planificado; qué no ha sido factible ejecutar en cuanto a lo programado y la razón, de qué apoyo se requeriría para poder ejecutarlo y qué quedaría pendiente.	05-08-2011	GESC-GF-Dirección Cobros, GESC-GF-Dirección de Inspección, GESC-GF-Dirección de Presupuesto, GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección FRAP, GESC-GF-Dirección SICERE, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
5. Número Sesión: 8531 Fecha: 13-09-2011					
Número Artículo: 13					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance

1109000061	I	Atender el oficio N° P.E. 41.236-11, que remite el oficio N°FOCASS-19-2011, que se refiere al tema de las incapacidades, entre otros.	06-10-2011	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1110000033	I	Atender el oficio N° P.E. 41.236-11, que remite el oficio N°FOCASS-19-2011, que se refiere al tema de las incapacidades, entre otros.	11-10-2011	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
6. Número Sesión: 8534 Fecha: 29-09-2011					
Número Artículo: 11					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1110000021	I	Informar sobre lo actuado con respecto a nota suscrita por el MSc. Eduardo Flores Castro, mediante la cual, en su carácter de Jefe de Área de Sede, sobre situación con la Dirección de Coberturas Especiales.	05-10-2011	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
7. Número Sesión: 8545 Fecha: 10-11-2011					
Número Artículo: 10					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1111000111	I	Presentar informe sobre la recomendación N°R.13A, con respecto al Informe rendido por los expertos de la Organización Panamericana de la Salud /Informe de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la Caja Costarricense de Seguro Social sobre la situación financiera del Seguro de Salud/.	02-02-2012	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1111000113	I	Presentar informe sobre la recomendación N°R.13B, con respecto al Informe rendido por los expertos de la Organización Panamericana de la Salud /Informe de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la Caja Costarricense de Seguro Social sobre la situación financiera del Seguro de Salud/.	27-01-2012	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1111000123	I	Presentar informe sobre la recomendación N°R.71, con respecto al Informe rendido por los expertos de la Organización Panamericana de la Salud /Informe de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la Caja Costarricense de Seguro Social sobre la situación financiera del Seguro de Salud/.	25-11-2011	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
8. Número Sesión: 8554 Fecha: 23-01-2012					
Número Artículo: 1					

Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1203000196	VI	Respecto a la Recomendación R.79.Informe del Equipo de Especialistas, presentar informe de avance sobre el proceso de definición y aprobación de la política y los mecanismos de cobros al INS y otras aseguradoras.	23-03-2012	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1212000678	VI	Respecto a la Recomendación R.79.Informe del Equipo de Especialistas, presentar informe de avance sobre el proceso de definición y aprobación de la política y los mecanismos de cobros al INS y otras aseguradoras.	07-01-2013	GESC-GF-Gestor de Planificación	100
9. Número Sesión: 8557 Fecha: 02-02-2012					
Número Artículo: 23					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1202000024	I	Revisar con un experto la propuesta de contrato marco de adhesión para el suministro y cobro de servicios médicos (aseguradoras que ofrecen pólizas de riesgos excluidos del Seguro de Salud)	08-02-2012	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
10. Número Sesión: 8566 Fecha: 08-03-2012					
Número Artículo: 28					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1203000092	I	Presentar un informe técnico y de carácter legal, en relación con la situación que se ha dado a conocer por la prensa, en relación con el pago de la deuda del Estado y el pago de intereses, y el convenio firmado en el año 2007.	14-03-2012	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
11. Número Sesión: 8569 Fecha: 22-03-2012					
Número Artículo: 36					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1303000375	I	Solicitar a la Dirección Actuarial que conjuntamente con la Dirección Jurídica y la Gerencia Financiera analicen el Informe DFOE-SO-28-2002, de la Contraloría Gral.República, la disposición "f)Ordenar que el costo de aseguramiento de la población indigente	10-05-2013	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección	100

		se calcule con base en la cantidad de núcleos familiares debidamente identificados y no con base en las estimaciones que se realizan actualmente...”,y el acuerdo adoptado en el art.15º sesión N°8168,y que se presenten los escenarios que se deriven.		Coberturas Especiales	
12. Número Sesión: 8577 Fecha: 03-05-2012					
Número Artículo: 26					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1205000094	I	Respecto a la recomendación N° 69 del Informe del Equipo de Especialistas, se instruye a las Gerencias para que continúen con el proceso de implementación del proyecto. Para efectos del proceso de seguimiento de las recomendaciones, se deben presentar informes trimestrales conforme lo establecido anteriormente. (punto 11)	12-07-2012	GESC-GF- Dirección de Presupuesto, GESC-GF- Dirección Financiero Contable, GESC-GF- Dirección SICERE, GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
13. Número Sesión: 8583 Fecha: 07-06-2012					
Número Artículo: 20					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1206000580	I	Proceder de conformidad respecto al caso del MSc. Eduardo Flores Castro, según criterio jurídico.	29-06-2012	GESC-GF- Comisión de Impugnaciones Patronales, GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
14. Número Sesión: 8584 Fecha: 11-06-2012					
Número Artículo: 1					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1206000790	III	Respecto al informe ejecutivo final recomendaciones R13a y R13b en atención al Informe Equipo de Especialistas, ver las instrucciones sobre el 1) Fortalecimiento del Control Interno en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos y 2) Actualización de costos de las coberturas del Estado y Traslado de la	05-07-2012	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100

		base de datos al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)			
15. Número Sesión: 8625 Fecha: 28-02-2013					
Número Artículo: 25					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1303000196	I	Presentar la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, así como el informe de la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los estados financieros.	16-05-2013	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1303000197	I	Encomendar a las Gerencias Médica y Financiera que presenten la propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos.	14-03-2013	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
1303000214	I	Presentar la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, así como el informe de la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los estados financieros.	10-05-2013	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
16. Número Sesión: 8648 Fecha: 04-07-2013					
Número Artículo: 22					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1405001226	I	Realizar presentación a la Junta Directiva respecto de los resultados y conclusión del análisis conjunto realizado en relación con la metodología para el cobro del costo del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.	16-05-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-Gestor de Planificación	100
Número Artículo: 31					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1307000931	I	Presentar un avance sobre la atención de los acuerdos pendientes del sistema anterior, con el fin de que sean conocidos por la Junta Directiva y para su posterior integración en el sistema de información actual. Además, atender las disposiciones emitidas por Junta Directiva y brindar el apoyo necesario a la Dirección de Planificación Institucional, con el propósito de lograr los resultados deseados.	08-08-2013	GESC-GF-Dirección Cobros, GESC-GF-Dirección de Presupuesto, GESC-GF-Dirección Regional Sucursales Chorotega, GESC-GF-	100

				Dirección Coberturas Especiales	
17. Número Sesión: 8652 Fecha: 01-08-2013					
Número Artículo: 5					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1308000417	I	Presentar informe en cuanto a la situación real de los cobros al Instituto Nacional de Seguros Sociales, por concepto de servicios médicos prestados.	15-08-2013	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
18. Número Sesión: 8660 Fecha: 12-09-2013					
Número Artículo: 29					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1309001290	I	Con respecto al punto VII b) y VIII, dar fiel cumplimiento como en derecho corresponde al Fortalecimiento del Control Interno en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos	17-10-2013	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
19. Número Sesión: 8670 Fecha: 17-10-2013					
Número Artículo: 9					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1310001426	I	Presentar un informe sobre las estrategias de trabajo de la Dirección de Coberturas Especiales y en particular en lo que concierne a al tema de validación de derechos. Asimismo, se le pide que presente el informe correspondiente en lo que compete al empadronamiento y la labor que en ese sentido desarrolla la Inspección.	03-11-2013	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-Gestor de Planificación, GESC-GF-Gestor de Acuerdos-Claudio	100
20. Número Sesión: 8694 Fecha: 13-02-2014					
Número Artículo: 25					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1402002295	II	Respecto al pendiente de pago por parte del Instituto Nacional de Seguros, por concepto de prestación de servicios médicos en el caso de la atención de pacientes que han sufrido accidentes de tránsito, presentar un informe a la Junta	13-03-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100

		Directiva respecto de las acciones que se están tomando para recuperar ese adeudo.			
21. Número Sesión: 8707 Fecha: 03-04-2014					
Número Artículo: 12					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1404001244	I	Continuar mejorando los procesos y acciones cobratorias de los servicios prestados al INS de tal manera que la Institución logre la recuperación de la totalidad de recursos invertidos en las atenciones de los riesgos excluidos del Seguro de Salud e instruir para que, a través del Área de Contabilidad Financiera, Subárea de Contabilidad Operativa y Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, se concluya a más tardar el 31 diciembre 2014, con procesos (puntos 1 y 2)	11-12-2014	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
22. Número Sesión: 8718 Fecha: 22-05-2014					
Número Artículo: 10					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1406001803	II	Respecto a las reformas aprobadas a los artículos 10° y 12° del Reglamento del Seguro de Salud, evaluar de forma integral las normas asociadas con esta cobertura, incluido un análisis exhaustivo de los procedimientos e instrumentos de ingreso, permanencia y suspensión en esta modalidad, así como los mecanismos de control y evaluación periódicas de su evolución en el tiempo. El análisis señalado deberá presentarse ante la Junta Directiva en un plazo de tres meses.	14-08-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
23. Número Sesión: 8727 Fecha: 31-07-2014					
Número Artículo: 17					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1408000798	I	Realizar y presentar un estudio exploratorio en el que se determine cuál es la mejor opción para que la Caja interactúe en cuanto al manejo de esos seguros en fin que se analice si debe o puede técnica y jurídicamente la Caja tomar el liderazgo en el manejo de esos seguros en el mercado (Seguro Obligatorio para los Vehículos	25-09-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-Gestor de Planificación	100

		Automotores y Seguro de Riegos del Trabajo).			
24. Número Sesión: 8728 Fecha: 07-08-2014					
Número Artículo: 7					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1408002374	I	Solicitar a las Gerencias que, para el mes de setiembre próximo, preparen un plan de acción respecto de la implementación de la <i>"Política integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la CCSS"</i> , que se les instruye ejecutar y divulgar, y, además, que se informe con periodicidad a la Junta Directiva sobre los avances de la ejecución.	25-09-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
25. Número Sesión: 8744 Fecha: 09-10-2014					
Número Artículo: 36					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1410001126	IV	Presentar un informe referente a la atención que se ha dado a las observaciones hechas por el señor Auditor respecto a la reforma a los artículos 10 y 12 en su inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud (extensión Seguro de Salud en el caso de parejas del mismo sexo).	23-10-2014	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
26. Número Sesión: 8755 Fecha: 11-12-2014					
Número Artículo: 11					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1501001240	I	Presentar el respectivo informe en relación con la aplicación de la reforma a los artículos 10 y 12 del Reglamento del Seguro de Salud y la emisión del Manual de adscripción y beneficio familiar.	29-01-2015	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
27. Número Sesión: 8771 Fecha: 16-04-2015					
Número Artículo: 6					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1504001198	I	Analizar y recomendar sobre el oficio N°02584-2015-DHR-[GA], Expediente N° 156746-2014-SI-MG, del 26 de marzo del año 2015, suscrita por la	23-04-2015	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100

		licenciada Montserrat Solano Carboni, Defensora de los Habitantes, remite el informe final con recomendaciones respecto de una investigación de oficio que realizaron, con el fin de identificar las causas y responsabilidades por las cuales el Convenio Institucional CCSS-INS para la Prestación de Servicios Médicos Asistenciales(...)			
28. Número Sesión: 8781 Fecha: 08-06-2015					
Número Artículo: 5					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1506000918	I	Trasladar el oficio N°04255-2015-DHR-[GA], Expediente N° 93782-2012-SI WD,suscrito por la Defensora de los Habitantes, en que remite el Informe final con recomendaciones respecto de la apertura de una investigación de oficio, referente una situación que se presenta con los seguros médicos que gozan los funcionarios diplomáticos consulares del Servicio Exterior. Se acuerda trasladar para el análisis pertinente y en el caso de que se considere la posibilidad de plantear un recurso de reconsideración.	02-07-2015	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
29. Número Sesión: 8787 Fecha: 02-07-2015					
Número Artículo: 32					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1507001261	I	Presentar informe sobre lo actuado recomendar y presentar propuesta respecto a oficio N 04840-2015-DHR-NA (expedientes N 161182-2014-SI 163695-2014-SI; 166021-2014-SI; 167663-2014-SI; 176073-2014-SI; 176391-2014-SI) suscrito por la licenciada Montserrat Solano Carboni Defensora de los Habitantes respecto a diversas quejas en contra de distintas dependencias de la Caja por no atención a menores de edad por carecer un seguro de salud.	30-07-2015	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	100
30. Número Sesión: 8806 Fecha: 22-10-2015					
Número Artículo: 27					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1510002494	II	Proceder con la divulgación, capacitación e implementación del	26-11-2015	GESC-GF-Dirección	100

		Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social.		Coberturas Especiales	
31. Número Sesión: 8816 Fecha: 10-12-2015					
Número Artículo: 21					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1601000808	I	Informar a la Junta Directiva respecto a lo actuado sobre el oficio N° 10838-2015-DHR, Expediente N° 160828-2014-SI MG,suscrito por la MSc. Montserrat Solano Carboni, Defensora de los Habitantes, mediante el cual remite recordatorio en cuanto a la recomendación que se detalla en adelante (problema que enfrentan los y las habitantes con el pago del 60% correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito).	28-01-2016	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
32. Número Sesión: 8822 Fecha: 28-01-2016					
Número Artículo: 8					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1602000568	I	Informar sobre lo actuado, referente al oficio N°12758-2015-DHR-GA (fax),Expediente N° 160828-2014-SI MG,que firma el Lic.Juan Manuel Cordero González,Defensor Adjunto de los Habitantes, en el que informa que inició una investigación de oficio en cuanto al problema que enfrentan los y las habitantes con el pago del 60% correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito.	11-02-2016	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
33. Número Sesión: 8827 Fecha: 25-02-2016					
Número Artículo: 19					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1603000250		Trasladar el oficio 01049-2016-DHR- GA solicitud de Intervención N 160828-2014-SI MG suscrita por la MSc. Hazel Díaz Meléndez Directora de Control de Gestión Administrativa Defensoría de los Habitantes mediante el cual comunica el cierre de expediente en seguimiento N 160828-2014 sobre el pago del 60% correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito.	24-03-2016	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
34. Número Sesión: 8841 Fecha: 05-05-2016					
Número Artículo: 24					

Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1605000473	I	Acuerdo informe sobre el impacto de la reforma (reforma a los artículos 10° 12° y 13° del Reglamento del Seguro de Salud (parejas en convivencia) aprobada en el artículo 36° de la sesión N° 8744) población que se ha adscrito al seguro familiar y su comportamiento	19-05-2016	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
35. Número Sesión: 8897 Fecha: 30-03-2017					
Número Artículo: 8					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1704000310	I	AC. I: Trasladar para lo que corresponda el oficio N° 02966-2017-DHR (expediente N° 156746-2014-SI- MG), investigación de oficio, con el fin de identificar las causas y responsabilidades por las cuales el Convenio Institucional CCSS-INS para la Prestación de Servicios Médicos Asistenciales que crea el funcionamiento de la Comisión CCSS-INS, no se encuentra activa desde el 3 de mayo del año 2012, así como las posibles afectaciones de esta inacción en la calidad y oportunidad (...)	27-04-2017	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
36. Número Sesión: 8943 Fecha: 30-11-2017					
Número Artículo: 16					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1801002258		AC.I ACUERDA instruir a las Gerencias Médica, Administrativa, Financiera, de Pensiones, de Logística, de Infraestructura y Tecnologías, y a la Licda. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe Área de Estadística en Salud, para que cada una en el ámbito de su competencia analice el informe, defina las prioridades, así como las acciones que corresponda desarrollar y se elabore un informe y se presenten a la Junta Directiva, en un plazo de quince días. Se solicita a la Gerencia Administrativa coordinar lo co	06-02-2018	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
37. Número Sesión: 8952 Fecha: 18-01-2018					
Número Artículo: 22					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance

1805000552		AC. II. " Oficial de Simplificación de Trámites"	11-05-2018	GESC-GF- Dirección SICERE, GESC- GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF- Gestor de Acuerdos-Ailyn	100
38. Número Sesión: 8957 Fecha: 08-02-2018					
Número Artículo: 5					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1805000559		AC. I. Denuncias relacionadas con la denegación del aseguramiento por el Estado y elaboración de facturas por atención prenatal a mujeres embarazadas, que se encuentran morosas con alguna categoría de aseguramiento en la Caja	11-05-2018	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
39. Número Sesión: 8986 Fecha: 23-08-2018					
Número Artículo: 190					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1907001320	I	AC.I: Sr. Mario Fernando Rodríguez Bonilla, requiere conocer el procedimiento realizado por los diversos centros de atención para la atención de personas extranjeras en condición de "turista".	26-07-2019	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
40. Número Sesión: 9020 Fecha: 28-02-2019					
Número Artículo: 10					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1903000951	I	AC. I: Trasladar para su atención y respuesta el oficio N° SGS-0078-2019 suscrito por el Superintendente de Seguros (SUGESE), se refiere al procedimiento a utilizar cada año para revisar el monto básico de cobertura del Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA).	28-03-2019	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
41. Número Sesión: 9031 Fecha: 09-05-2019					
Número Artículo: 29					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance

1906000056	I	AC. I: Trasladar el oficio N° SGS-0473-2019 suscrito por el Sr. Tomás Soley Pérez, Superintendente de Seguros (requiere información para efectos de evaluar la suficiencia de la cobertura del Seguro Obligatorio Automotor (SOA), para el período 2020), para su atención y respuesta, en concordancia con lo acordado en el artículo 10° de la sesión N°9020, celebrada el 28 de febrero del año 2019.	20-06-2019	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
42. Número Sesión: 9079 Fecha: 13-02-2020					
Número Artículo: 24					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2003000986		AC.I. "En virtud de lo anterior, la CMRST recomienda a esta Oficialía dar el visto bueno a la reforma en estudio desde el punto de vista de la Ley N° 8220, "Protección al Ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos",	26-03-2020	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
43. Número Sesión: 9088 Fecha: 26-03-2020					
Número Artículo: 19					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2004001198		AC.I. Dar seguimiento y respuesta al Sr. Manuel Antonio Brenes Corrales, en la solicitud de seguro social.	30-04-2020	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	100
44. Número Sesión: 9090 Fecha: 02-04-2020					
Número Artículo: 37					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2004001623		AC.IV. Se instruye para que, en un plazo de cuatro meses a partir de la aprobación de la propuesta de Reglamento para la Protección Familiar, se emitan los lineamientos técnicos que regulen los aspectos operativos necesarios para la aplicación del presente Reglamento.	20-08-2020	GESC-GF- Dirección SICERE, GESC- GF-Dirección Coberturas Especiales	100
2004001642		AC.V. Se instruye para que, en un plazo de nueve meses contados a partir de la publicación en el Diario Oficial La Gaceta del Reglamento para Protección Familiar, se realicen los desarrollos tecnológicos, los ajustes administrativos, el proceso de sensibilización y capacitación	14-01-2021	GESC-GF- Dirección SICERE, GESC- GF-Dirección Coberturas Especiales	100

		relacionados con la aplicación del citado Reglamento.			
45. Número Sesión: 9107 Fecha: 25-06-2020					
Número Artículo: 10					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2007000637		AC.II. Implementar medidas de ahorro y mantener la cultura de control del gasto sin afectar la prestación de los servicios.	30-07-2020	GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-SubArea Administración y Logística	100
46. Número Sesión: 9130 Fecha: 01-10-2020					
Número Artículo: 38					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2010000840		AC. I. II. Prórroga para el plazo de conciliación de la Deuda del Estado.	31-12-2020	GESC-GF-Dirección Financiero Contable, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-Gestor Asuntos Económicos	100
47. Número Sesión: 9213 Fecha: 05-10-2021					
Número Artículo: 2					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2110000539	V	"Propuesta de Reformas al Reglamento de Seguro de Salud, al Reglamento de Aseguramiento Voluntario y Propuesta de Reglamento para la Protección Familiar en La Caja Costarricense de Seguro Social"	03-11-2021	GESC-GF-Dirección SICERE, GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF-SubArea Administración y Logística, GESC-GF-Gestor de Acuerdos-Ailyn	100

Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Revisados:

Detalle de Acuerdos de Junta Directiva Revisados Del año 2011 a la actualidad

1. Número Sesión: 8891 Fecha: 02-03-2017					
Número Artículo: 7					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1703000632	I	AC. I: Trasladar el oficio N ACODIMED-0084-2016 en que remiten documento denominado Propuesta Solicitud y Financiamiento Plazas para el Fortalecimiento Sub-Áreas Validación y Facturación Servicios Médicos para su atención cada una en el ámbito de su competencia y en forma coordinada y que presenten a la Junta Directiva un informe en un plazo de tres semanas; la coordinación de este asunto está a cargo de la Gerencia Financiera.	23-03-2017	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	75
2. Número Sesión: 8920 Fecha: 07-08-2017					
Número Artículo: 4					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1708000513	II	AC. II: Presentar un informe en cuanto al Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, su funcionamiento y cuál es la situación actual.	07-09-2017	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	75
3. Número Sesión: 8926 Fecha: 14-09-2017					
Número Artículo: 13					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1711001821		AC:I. Se acuerda solicitar a la Gerencia Financiera que presente a la Junta Directiva un informe en cuanto a la cobertura de los riesgos excluidos y la relación de la Caja con el Instituto Nacional de Seguros (INS) en ese campo."	07-12-2017	GESC-GF-Dirección Coberturas Especiales	75

Detalle de los Acuerdos de Junta Directiva Activos:

Detalle de Acuerdos de Junta Directiva Activos Del año 2011 a la actualidad

1. Número Sesión: 9004 Fecha: 03-12-2018					
Número Artículo: 8					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
1903001747	III	AC.III: Atender lo instruido en el artículo 17°, sesión N° 8727 , en un plazo de 60 días (realice un estudio exploratorio en el que se determine cuál es la mejor opción para que la Caja interactúe en cuanto al manejo de esos seguros, en fin, que se analice si debe o puede técnica y jurídicamente la Caja "tomar el liderazgo" en el manejo de esos seguros en el mercado (Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, y Seguro de Riegos del Trabajo).	12-04-2019	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	75
2. Número Sesión: 9178 Fecha: 18-05-2021					
Número Artículo: 1					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2105001055	II	AC. II.: Oficio GG-1511-2021), de fecha 18 de mayo de 2021, suscrito por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, mediante el cual presenta la solicitud de autorización para la suscripción convenio de colaboración y coordinación operativa entre la caja costarricense de seguro social y el instituto nacional de seguros, para la atención de lesionados en accidentes de tránsito ante el escenario de saturación hospitalaria en la CCSS debido a la pandemia COVID-19.	24-06-2021	GESC-GF- Dirección Financiero Contable, GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	25
3. Número Sesión: 9183 Fecha: 03-06-2021					
Número Artículo: 31					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2106000250	I	AC. I: Presentar los resultados de la revisión de la normativa que se indica en el apartado 1 de las recomendaciones del oficio 04710-2021-DHR-NA (aseguramiento de menor de edad).	02-09-2021	GESC-GF- Dirección Cobros, GESC-GF- Dirección de Inspección, GESC-GF- Dirección Financiero Contable,	25

				GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF- Gestor de Acuerdos- Karla Corrales	
4. Número Sesión: 9203 Fecha: 31-08-2021					
Número Artículo: 5					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2109000771	I	AC. I: Presentar respecto al informe final de conclusiones de la Defensoría de los Habitantes, la urgente necesidad de realizar las acciones necesarias que permitan analizar la incorporación en la norma interna de la CCSS, de una extensión de la modalidad de aseguramiento.	14-10-2021	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales, GESC-GF- Gestor de Acuerdos- Karla Corrales	25
5. Número Sesión: 9354 Fecha: 13-07-2023					
Número Artículo: 61					
Id Tarea	Acuerdo	Tema	Vencimiento	Responsables	% Avance
2307000304	I	AC: Brindar seguimiento al cumplimiento del acuerdo 19° de la sesión N° 9088 e informar a esta Junta Directiva sobre las acciones realizadas en el plazo de 5 días, caso del Sr. Manuel Antonio Brenes Corrales.	24-07-2023	GESC-GF- Dirección Coberturas Especiales	75

- **ATENCIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA**

Para el periodo comprendido entre el año 2010 al 31 de setiembre del 2023, la Dirección de Coberturas Especiales, gestionó un total de 31 informes de Auditoría Interna:

Cantidad de Informes	Recomendaciones Cumplidas	Recomendaciones En Proceso	Recomendaciones Sin Seguimiento.
31	43	13	2

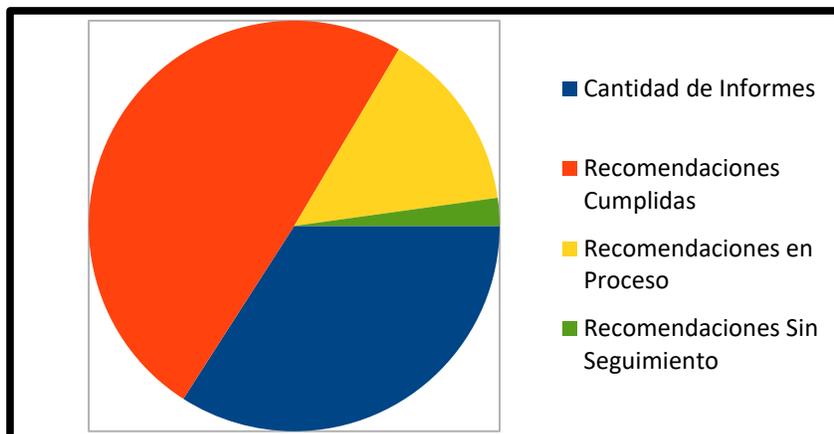
De dichos informes se han tramitado un total de 58 recomendaciones dirigidas a la Dirección de Coberturas Especiales, de las cuales se han cumplido un total de 43 recomendaciones, lo que representa un 74,14% del total.

Recomendaciones	Total	Porcentaje
Cumplidas	43	74.14%
En proceso	13	22.41%
Sin seguimiento	2	3.45%
Total Recomendaciones	58	100%

Se tienen además un total de 13 recomendaciones en Proceso de Atención, para un 22.41%, del total. Dichas recomendaciones se encuentran en un proceso continuo de seguimiento, con un plan de trabajo y cronograma de actividades para su correspondiente cumplimiento.

Finalmente, se tienen 2 recomendaciones sin seguimiento; esto es, que se trata de informes que ingresaron a la Dirección de Coberturas Especiales en fechas relativamente recientes, para un total de 3.45%. Sobre estas dos recomendaciones, para su atención se están elaborando los planes de trabajo para su respectiva atención.

Gráfico #1. Composición porcentual de Informes de Auditoría Interna.



Detalle del avance Informes de Auditoría Interna:

1. ATIC-274 - Año del Informe: 2010		
Tema: Informe referente a la evaluación del sistema de información para identificar las personas aseguradas por el estado.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
7. Crear e implementar un procedimiento de control y supervisión de la información registrada en la tabla de seguros por el Estado del SIAC, por las áreas de salud, administradas por proveedores externos, para detectar posibles inconsistencias en la administración y traslado de la información de seguros por el Estado a nivel central.	Mediante oficio AI-49176, la Auditoría Interna remitió el informe de seguimiento SATIC-10-274-05.2016, por medio del cual informa que la mencionada recomendación, se da por Atendida.	Atendida
2. ATIC-311 – Año del Informe 2011		
Tema: Evaluación sobre la gestión de la automatización de la facturación generada producto de los servicios brindados en la atención de accidentes de tránsito y riesgos laborales, Gerencia Financiera.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
2. Que el Comité de Usuarios del sistema para la facturación de los riesgos excluidos implemente procedimientos relativos a identificación, planificación, análisis y priorización de requerimientos (correctivos y evolutivos), así como control de cambios, resolución y seguimiento a la implementación de éstos, lo cual permitiría fortalecer la metodología existente para la atención de los requerimientos de este sistema.	Recomendaciones cumplidas por parte de la Auditoría Interna en fecha 16 de noviembre del 2011	Atendida
3. Que el Comité de Usuarios del sistema para la facturación de los riesgos excluidos solicite los requerimientos necesarios para la automatización del proceso mencionado a la Subárea de Sistemas Financiero Administrativos según el mecanismo definido de conformidad con la recomendación dos del presente informe, y además, que esa actividad se realice con fundamento en el estándar definido y comunicado en la atención de la recomendación uno	Recomendaciones cumplidas por parte de la Auditoría Interna en fecha 16 de noviembre del 2011	Atendida
3. ASF-245– Año del Informe 2011		

Tema: Evaluación de la gestión de la Unidad de Validación de Derechos relacionada con los ingresos por concepto de servicios médicos brindados a pacientes provenientes de accidentes de tránsito y riesgo del trabajo en el Hospital San Juan de Dios

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. Gestione lo correspondiente para garantizarle a la Institución, el acceso a la información de los reclamos presentados por las aseguradoras 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 otros, analice la conveniencia de que tal derecho para la Institución quede formalmente establecido en los contratos mercantiles de servicios médicos que se deriven	Mediante oficio 65622, la Auditoría Interna remite el informe de seguimiento SASF-11-245-5-2016, por medio del cual da por Atendida la recomendación mencionada.	Atendida

4. ASS-130– Año del Informe 2012

Tema: Evaluación de la Gestión Gerencial del Hospital Los Chiles

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
Elaborar un mecanismo o procedimiento que permita a las Unidades a nivel nacional, ejecutar las acciones pertinentes para que se proceda al cobro efectivo de los servicios médicos brindados a pacientes no asegurados con capacidad de pago, con el objetivo de recibir los ingresos generados por este servicio en beneficio de las finanzas institucionales	Mediante oficio 48160, la Auditoría Interna remite el seguimiento SASS-12-130-5-2017, por medio del cual da por Atendida la recomendación mencionada.	Atendida

5. ASAAI-82– Año del Informe 2013

Tema: Evaluación sobre la gestión de cobro de servicios médicos por concepto de riesgos excluidos

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
3. En el plazo de seis meses se lleven a cabo las acciones correspondientes con la finalidad de que se puedan facturar servicios médicos que ante las siguientes situaciones no se han podido cobrar: • Existen exámenes y procedimientos que no se encuentran contemplados en el modelo tarifario. • No se pueden facturar servicios médicos a extranjeros que carecen de un documento de identificación que pueda ser validado. Para lo anterior, la Gerencia Financiera deberá efectuar las coordinaciones correspondientes con el Área de Contabilidad de Costos, así como con cualquier otra unidad técnica requerida para tales efectos. La Gerencia Médica deberá proporcionar a la Gerencia Financiera el detalle de los exámenes y procedimientos que se efectúan a los usuarios por riesgos excluidos que no se encuentran incluidos en el modelo tarifario. Para lo anterior, es pertinente que la Administración realice a nivel nacional un sondeo con las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.	En proceso	En Proceso
4. A partir de la aprobación de la reglamentación que emita la Institución en materia de riesgos excluidos, en el plazo de dos meses la Gerencia Financiera plantee ante la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías requerimiento, para que de manera automatizada se puedan realizar en el Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), las acciones tendientes al cobro de los servicios médicos que se vienen facturando a través de este sistema. De resultar viable la inclusión del requerimiento antes expuesto, realizar en un lapso de seis meses las acciones correspondientes para implementarlo. Lo anterior, en vista a que actualmente el sistema antes mencionado únicamente permite realizar la	En Proceso	En proceso

identificación, captura y facturación de los servicios médicos por riesgos excluidos.		
6. AOPER-82– Año del Informe 2013		
Tema: Evaluación sobre la gestión de cobro de servicios médicos por concepto de riesgos excluidos		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
6. En coordinación con la Gerencia Médica y con la asesoría técnica y jurídica correspondiente, en el plazo de 6 meses diseñar y presentar a conocimiento de la Junta Directiva un reglamento con el fin de regular la gestión del cobro de servicios médicos por concepto de riesgos excluidos.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 09 de octubre del 2013	Atendida
7. AFINPE-211– Año del Informe 2013		
Tema: Evaluación del costo de la atención por parte del Seguro de Salud de los Estudiantes sin Seguro.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
3. Con la participación del Área Coberturas del Estado y la Dirección de Actuarial y Económica, efectuar los estudios pertinentes en aras de presentar la propuesta a la Junta Directiva, para la derogación del acuerdo establecido en el artículo 25 de la sesión 6899 del 07 de febrero de 1995; en razón de la existencia de la Ley 7739, la cual cubre a la población establecida en este acuerdo. El estudio debe de ser respaldado jurídicamente y desde el punto de vista financiero y administrativo	En proceso.	En proceso
4. En coordinación con la Dirección Actuarial y Económica y la Dirección Financiero Contable, proceder, previo análisis y revisión de los registros, con la cuantificación, registro y gestión de cobro al Estado de los asegurados con el código "800-Seguro Estudiantil".	En proceso.	En proceso
5. Establecer un cronograma de capacitación en las diferentes Áreas de Salud en materia de validación de derechos, con el fin, que las unidades responsables de llevar a cabo esta labor conozcan los parámetros para el otorgamiento de las diferentes modalidades de aseguramiento y la metodología de registro en el SIAC.	Recomendación Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 25 de Mayo del 2014.	Cumplida
6. En conjunto con la Subárea Normalización y Regulación Técnica, incorporar en la normativa existente en materia de validación de derechos un detalle con los diferentes códigos de "Modalidad de aseguramiento", que establezca específicamente en qué casos se debe utilizar cada uno de estos códigos, con el fin de evitar que se utilicen para otorgar seguros que no corresponden.	Recomendación Cumplida por parte de la Auditoría en fecha 25 de Mayo del 2014.	Cumplida
7. En coordinación con la Subárea Sistemas de Salud AIS y el Comité de Usuarios del SIAC, valorar si es factible incorporar en el SIAC los requisitos indispensables que se deben cumplir en cada una de las Leyes, Decretos u otra normativa aplicable para el otorgamiento de las diferentes protecciones por el Estado, que sirvan de validación previo a su otorgamiento, buscando evitar un uso incorrecto de los mismos.	Recomendación Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 25 de Mayo de 2014.	Cumplida
8. Con base en la propuesta definida en la recomendación 3, realizar las gestiones y procedimientos necesarios para valorar que se deshabilite el código "800-Seguro Estudiantil" del Sistema de Información de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), con el fin que el mismo no sea utilizado por las unidades de validación de derechos.	Recomendación Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 25 de enero de 2014	Cumplida

8. AFINPE-286– Año del Informe 2013		
Tema: Evaluación del costo de la atención en salud de los Adultos Mayores y Mujeres Menores de Edad Embarazadas sin Seguro.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
8. Establecer un cronograma de capacitación en las diferentes Áreas de Salud en materia de validación de derechos, con el fin, que las unidades responsables de llevar a cabo esta labor conozcan los parámetros para el otorgamiento de las diferentes modalidades de aseguramiento y la metodología de registro en el SIAC.	Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 25 de agosto del 2014.	Cumplida
9. Incorporar en la normativa existente en materia de validación de derechos un detalle con los diferentes códigos de “Modalidad de aseguramiento”, que establezca específicamente en qué casos se debe utilizar cada uno de estos códigos, a fin de evitar que se utilicen para otorgar seguros que no corresponden.	Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 25 de agosto del 2014.	Cumplida
10. Valorar que se realice la exclusión de la Ley 7935 “Ley Integral para la Persona Adulta Mayor” del SIAC, como una modalidad de aseguramiento, en virtud del criterio externado por el Área Coberturas del Estado, donde establece que esa ley no indica que se deben de brindar servicios de salud por parte de la Caja, y del requerimiento técnico solicitado para su eliminación.	Mediante oficio 48728, la Auditoría Interna, remite el informe de seguimiento SASF-13-286-05-2017, por medio del cual se da por Atendida la recomendación mencionada.	Atendida
11. Crear el procedimiento escrito donde se definan las variables, validaciones y periodicidad que se debe considerar al momento de requerir la información de los registros de los asegurados por el Estado y las protecciones con cargo al Estado, con el fin que quede debidamente regulado y aprobado.	Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 25 de mayo del 2014.	Cumplida
9. AOPER-173– Año del Informe 2013		
Tema: Estudio Especial sobre la facturación y cobro de Servicios Médicos al paciente Widall Bodden Benless, en el Área Salud Pital, Hospital San Carlos y Hospital México.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. Agilice los trámites para la regulación normativa y publicación de los procedimientos aplicables a la gestión de cobro de servicios médicos a pacientes no asegurados, para lo cual se deberá garantizar su aplicación en las diferentes Unidades institucionales.	Mediante oficio 48904, la Auditoría Interna, remitió el informe de seguimiento SAGO-13-173-03-2016, por medio del cual la Auditoría Interna, da por atendida la recomendación mencionada.	Atendida
2. De acuerdo con el criterio emitido por la Dirección Jurídica, relacionado con la interpretación del artículo 74 del Reglamento del Seguro de Salud y demás normativa, según lo solicitado en el oficio DCE-361-06-2013 del 20 de junio 2013 (citado en este informe), es necesario que hagan el planteamiento a los superiores jerárquicos, para que se establezca el respectivo procedimiento de facturación de los servicios médicos a extranjeros no asegurados, así como el consecuente cobro a la instancia gubernamental que corresponda, por parte de los diferentes centros médicos y administrativos de la institución.	Mediante oficio 48904, la Auditoría Interna, remitió el informe de seguimiento SAGO-13-173-03-2016, por medio del cual la Auditoría Interna, da por atendida la recomendación mencionada.	Atendida
10. ASF-32– Año del Informe 2014		
Tema: Evaluación Deuda del Estado por Ley 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia.		

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>2. Conformar una comisión de alto nivel, con el fin de determinar la metodología de cálculo que debe emplear la Caja para el cobro de las obligaciones que le ha creado el Poder Legislativo en los artículos 41 y 42 de la Ley 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia”, así como en otras leyes y decretos (las cuales son registradas en el SIAC bajo los códigos 921 y 000), si corresponde emplear la “Modalidad de Aseguramiento”, o si por el contrario se debe ver como una venta de servicios (tal y como lo había interpretado la Contraloría General de la República en su informe DFOE-50-28-2002); la cual debe garantizar el cumplimiento de los principios de la Seguridad Social.</p> <p>Dicho grupo de trabajo debe estar conformado por lo menos un representante de la Dirección de Coberturas Especiales, Gerencia Financiera, Gerencia Medica (Área de Estadística en Salud de la Dirección de Proyección Servicios de Salud, Subárea Sistemas de Salud), Dirección Jurídica y la Dirección de Actuarial y Económica.</p> <p>Para lo cual este grupo de trabajo debe:</p> <p>2.1. Efectuar un análisis de cada una de las leyes y decretos que ha emitido el Poder Legislativo y que le imponen una obligación a la Caja en materia de salud.</p> <p>2.2. Preparar y solicitar el correspondiente criterio jurídico a la Dirección Jurídica de la Caja.</p> <p>2.3. Efectuar un análisis del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) del módulo de asegurados por el Estado, con el propósito de verificar la información que están ingresando las Unidades de Validación de Derechos de los diferentes centros de Salud; así como corroborar que todos los establecimientos de salud estén ingresando la información que corresponda.</p>	<p>Mediante oficio AI-393-2021, la Auditoría Interna, emite el informe de seguimiento SASF-14-32-05-2021, por medio del cual da por Atendida la mencionada recomendación.</p>	<p>Atendida</p>

11. AFINPE-84– Año del Informe 2014

Tema: Evaluación referente a la información enviada por la CCSS y Asignaciones Familiares (DESAF) en relación con los registros registrados y la estimación del costo y el cobro por concepto de ejecución del programa Asegurados por cuenta del Estado.

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>3. Que la Jefatura del Área de Cobertura del Estado proceda a solicitar a la instancia competente, efectuar la depuración de los registros beneficiarios del “Programa de Asegurados por cuenta del Estado” en la base de datos correspondiente, por cuanto en los registros de enero 2013 se detectó 10.176 casos inconsistentes y 702 registros con código 6 lo cuales presentan duplicaciones de nombres y apellido con diferentes códigos de asegurados, situación que pondría en duda la identificación debida de los beneficiarios de este seguro y con ello la integridad y confiabilidad de la información. (Plazo 6 meses).</p>	<p>Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 22 de enero del 2015.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>4. Instruya a la Jefatura del Área de Cobertura del Estado que al remitir a DESAF los reportes en CD en relación con la información mensual de los beneficiarios del “Programa de Asegurados por cuenta del Estado”, incluya únicamente la información relacionada con el listado de beneficiario y el cuadro de resumen atinente a ese programa y omita el envío de los registros beneficiarios por aseguramiento de Leyes especiales, por cuanto no es de interés para la DESAF esa información, dado que no es de su competencia su financiamiento sino el Ministerio de Hacienda. Asimismo, debe</p>	<p>Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 22 de enero de 2015.</p>	<p>Cumplida</p>

de reportar a la Dirección Actuarial de forma separada el total de registros de asegurados directos por aseguramiento del Estado y los aseguramientos de los beneficiarios por Leyes Especiales, con el fin que esa Dirección realice el cálculo de costos de ambos aseguramientos e informar a la Dirección Financiero Contable para informar a DESAF sobre el pago a cancelar por concepto del "Programa de Asegurados por cuenta del Estado", así como del registro contable institucional. (Plazo 6 meses).		
12. AFINPE-12- Año del Informe 2014		
Tema: Revisión efectuada a la gestión Institucional relacionada con la recuperación de los costos de los Servicios Médicos brindados a pacientes No Asegurados.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
11. Coordine con la Gerencia Médica lo necesario para emitir una directriz a los responsables del control interno en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos y a los responsables de estos procesos en aquellos centros médicos que no tienen dicha oficina, para que les recuerde la utilización de los formularios FORM. 4-70-02-0390 "COMPROBANTE RECIBO INGRESOS DE CAJA" para la recepción de los dineros en la oficina, y el formulario FORM. 4-70-02-0380 "COMPROBANTE DE INGRESO" se utilice únicamente para los depósitos y de esta forma no se vea interrumpido el consecutivo numérico, y procedan a implantar controles eficientes en el proceso de emisión de facturas y comprobantes de ingreso, anulaciones, y registro contable, entre ellos:	Cumplida por la Auditoria Interna en fecha 17 de junio del 2014.	Cumplida
12. Coordine con la Gerencia Médica lo necesario para emitir una directriz a los responsables del control interno en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos y a los responsables de estos procesos en aquellos centros médicos que no tienen dicha oficina, para que les recuerde la utilización de los formularios FORM. 4-70-02-0390 "COMPROBANTE RECIBO INGRESOS DE CAJA" para la recepción de los dineros en la oficina, y el formulario FORM. 4-70-02-0380 "COMPROBANTE DE INGRESO" se utilice únicamente para los depósitos y de esta forma no se vea interrumpido el consecutivo numérico, y procedan a implantar controles eficientes en el proceso de emisión de facturas y comprobantes de ingreso, anulaciones, y registro contable.	Cumplida por la Auditoria Interna en fecha 17 de junio del 2014.	Cumplida
13. Coordine lo necesario con la Subárea de Contabilidad Operativa y la Gerencia Médica para cerciorarse que en el nuevo sistema de no asegurados todos los centros médicos de la institución, tengan abierta la cuenta por cobrar por servicios médicos, y demás cuentas que a partir del nuevo sistema intervendrán en el proceso tales como las cuentas de intereses por cobrar y de los arreglos ó convenios de pago, etc. y que las unidades dispongan del módulo informático y reciban la asesoría contable e informática requerida para la facturación y el registro contable.	En proceso	En proceso
13. AFINPE-13- Año del Informe 2014		
Tema: Implementación del Cobro de Servicios Médicos a No Asegurados mediante tarjeta (Débito y Crédito) como herramienta para agilizar la recaudación. Ger. Médica - Ger. Financiera.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
4. Coordine con cada uno de los centros médicos incluidos en el convenio con el Banco Nacional que no están haciendo uso	Cumplida por la Auditoria Interna en fecha 17 de marzo de 2015.	Cumplida

del mecanismo de cobro con tarjetas, para que se realicen las gestiones correspondientes para su implementación y divulgación, y asegúrese que reciban la capacitación correspondiente en el uso de la herramienta y los controles que deben aplicarse.		
5. Analice la conveniencia de ampliar la lista de unidades incluidas en el convenio, considerando la totalidad de centros médicos que tiene la institución a nivel nacional, inclusive los centros médicos administrados por terceros, y de igual forma coordine con cada uno ellos la instalación de los datáfonos o máquinas manuales que se requiera y la capacitación correspondiente en el uso de la herramienta y los controles que deben aplicarse.	Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 17 de marzo de 2015.	Cumplida
6. Coordine con la Contabilidad y Tesorería un Plan de Capacitación y Concientización, para los centros médicos que actualmente tienen implementado y están utilizando el cobro de servicios médicos mediante tarjetas, en relación con la aplicación del congelamiento de fondos y los controles en general que deben llevar, entre ellos, lo relacionado con la bitácora de transacciones, los cierres en cada transacción o cómo mínimo diarios, los reportes a la Tesorería, el control y conciliación de los saldos, y el procedimiento a seguir con los contracargos bancarios.	Cumplida por la Auditoría Interna en fecha 17 de setiembre de 2014.	Cumplida
14. AFINPE-293– Año del Informe 2015		
Tema: Informe sobre estudio integral gerencial Hospital de Ciudad Neilly, área: validación y facturación de servicios médicos para pacientes con patrono moroso, no asegurados y riesgos excluidos.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
5. En relación con el contrato suscrito entre el Banco Nacional de Costa Rica y la institución, a través del cual se habilita el cobro de servicios médicos mediante tarjeta (crédito o débito), y dado que este Órgano Fiscalizador determinó que este mecanismo de recaudación está siendo subutilizado, se reiteran las recomendaciones 4 y 5, del Informe ASF-13-2014 referente "Implementación del cobro de servicios médicos a no asegurados mediante tarjeta (débito y crédito) como herramienta para agilizar la recaudación", máxime que en el primer seguimiento efectuado por este Órgano Fiscalizador en noviembre 2014, se estimó reiterar todas las recomendaciones.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 09 de febrero del 2016.	Cumplida
15. AFINPE-180– Año del Informe 2015		
Tema: Estudio Integral Gerencial Hospital México U.E. 2104, Sub-área Validación y Facturación de Servicios Médicos para Pacientes de Riesgos Excluidos.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
6. Para que la Sub-área de Riesgos Excluidos, 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 CAJA, quedé formalmente establecido en los contratos o instrumentos que se formulen para regular este tipo de servicios médicos que se deriven.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 03 de marzo de 2016.	Cumplida

7. Acorde con las debilidades determinadas en el desarrollo de este estudio, implementar una capacitación con el personal del centro médico que se relacione con este proceso, incluyendo, entre otros aspecto que determine el ente rector: a. Manejo de Sistema MIFRE b. Marco normativo vigente	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 03 de marzo de 2016.	Cumplida
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------

16. AFINPE-186– Año del Informe 2015

Tema: Evaluación efectuada en la Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital San Rafael de Alajuela, en el proceso de Riesgos Excluidos

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
7. Documento 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.	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 03 de diciembre de 2015	Cumplida
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 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.	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 03 de marzo de 2016.	Cumplida

17. AFINPE-186– Año del Informe 2016

Tema: Informe de Auditoría de Carácter Especial relacionado con la calidad de la información contable de la Deuda del Estado.

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. Coordinar con las unidades “dueñas de la Información” del SIAC las acciones necesarias, orientadas a remitir en los primeros quince días de cada mes a la Dirección Actuarial, la información correspondiente a los asegurados directos por el Estado y aquellos atendidos al amparo de Leyes Especiales o del Código de la Niñez y la Adolescencia, con el fin de que la Institución disponga en forma oportuna con la información contable correspondiente.	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 15 de junio del 2017	Cumplida
2. En coordinación con la Gerencia Médica, realice una revisión de las acciones que realizan los centros médicos que tienen instalado el Sistema de Agendas y Citas (SIAC) para el registro de la población atendida con cargo al Estado e identifique las causas de la omisión de dicho registro, con el fin de que se adopten las acciones necesarias, de manera que los costos por servicios médicos por el Estado, sean registrados en el cien por ciento de los centros que disponen del Sistema de Agendas y Citas, procurar la exactitud y confiabilidad de la información y con ello evitar pérdidas patrimoniales para la CAJA.	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 15 de junio del 2017.	Cumplida
3. En coordinación con la Dirección del Proyecto EDUS, implementar un programa de seguimiento al proceso de instalación del Sistema de Agendas y Citas (SIAC), que incluya la respectiva capacitación, de manera que se aseguren que una vez instalado, se inicie en forma inmediata el registro de la información de los pacientes que se le brinda atención médica con cargo al Estado.	Cumplida por parte de la Auditoria Interna en fecha 15 de junio del 2017.	Cumplida

18. ASF-180– Año del Informe 2016		
Tema: Estudio Integral Gerencial Hospital México UE 2104, Subárea Validación y Facturación de Servicios Médicos para pacientes de Riesgo Excluido.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
7. Acorde con las debilidades determinadas en el desarrollo de este estudio, implementar una capacitación con el personal del centro médico que se relacione con este proceso, incluyendo entre otros aspectos que determine el ente rector: manejo de sistema MIFRE, Marco Normativo Vigente.	Mediante oficio 65659, la Auditoría Interna, remite el informe de seguimiento SASF-15-180-2-2016, por medio del cual comunica que la citada recomendación se da por Atendida.	Atendida
19. AFINPE-241– Año del Informe 2016		
Tema: Auditoría Financiera del Registro de Transacciones en la Subcuenta 105-03-8 “Banco Nacional de Costa Rica Subvenciones Cuenta Corriente 17395-5		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
Deberá iniciar el desarrollo del requerimiento relacionado con el mejoramiento del Sistema M.I.F.R.E. y el Área de Gestión de Riesgos Excluidos prestará toda la colaboración que sea requerida para que el requerimiento pueda ser debidamente implementado. Lo anterior, con base en lo recomendado por la Auditoría en el informe ASAAI-82-2013 referente a automatizar la totalidad del proceso de facturación y cobro realizado mediante el M.I.F.R.E. y lo acordado por Junta Directiva instruido en el artículo 12° de la sesión No. 8707 del 03 de abril de 2014 donde ordenó elaborar una solución tecnológica que comprendiera lo requerido por este Órgano de Fiscalización y Control y los procesos efectuados por la Dirección de Cobros.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 23 de agosto de 2017.	Cumplida
3- El Área Gestión de Riesgos Excluidos con la colaboración de la Subárea de Sistemas Administrativos Financieros, deberá elaborar un reporte trimestralmente, donde se indique cuáles son los centros de salud y el monto que tienen pendiente de registrar en M.I.F.R.E. por concepto de facturas canceladas por el Grupo Financiero I.N.S. Para el cumplimiento de este apartado se dispone de un plazo de un mes.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 23 de agosto de 2017.	Cumplida
20. AFINPE-82– Año del Informe 2016		
Tema: Sobre la Evaluación Integral Gerencial Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla: Área: Subárea Facturación y Validación de Servicios Médicos.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. En coordinación con la Dirección de Cobros, en relación a la condición de los asegurados voluntarios con cuotas atrasadas, solicitar criterio a la Dirección Jurídica, con el fin de que esta defina la condición que presentaría esa población para efectos de la prestación de servicios médicos, para lo cual debe considerarse lo regulado en el artículo 14 del Reglamento para la afiliación de los Asegurados Voluntarios y las consecuencias que dicho numeral podría representar si se trataran como “morosos”, así como lo señalado por esta Auditoría en el oficio 55534 del 18 de marzo 2016.	En proceso	En Proceso
21. AFINPE-112– Año del Informe 2017		
Tema: Estudio especial referente al cumplimiento del Marco Normativo Técnico aplicable para el financiamiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.		

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>3. Conforme un equipo de trabajo para actualizar el "Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado" a fin de incorporar los procedimientos y controles administrativos requeridos para la facturación y el registro contable de las cuentas por cobrar a FODESAF que origina la ejecución del programa de atención médico-hospitalaria a la población asegurada por cuenta del Estado.</p> <p>Para tales efectos, analizar lo descrito en el hallazgo 1, en relación con los controles para el registro de beneficiarios directos del Seguro por Cuenta del Estado y sus núcleos familiares, el proceso y los controles para la determinación de la contribución media y el ingreso de referencia, estableciendo la periodicidad con que se realizaran los estudios actuariales para el monitoreo de la suficiencia y respaldo técnico de la cuota para el financiamiento del programa de Asegurados por Cuenta del Estado, conforme con lo expuesto en el hallazgo 2, a fin de fomentar la transparencia en el uso de los recursos destinados por ley para dicho fin, y proveer a Junta Directiva de información financiera-actuarial que le permita tomar decisiones sobre las cuotas y las prestaciones de conformidad con el costo de los servicios, tal como lo establece el artículo 23º del Reglamento del Seguro de Salud, y se garantice el cumplimiento de la normativa técnica aplicable.</p>	<p>Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 13 de abril del 2018.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>4. Documenten un análisis legal y administrativo sobre lo expuesto en el hallazgo 4, a fin de determinar con adecuado sustento, la necesidad de gestionar la derogación y/o modificación de los articulados citados del Decreto 17898-S del 2 de diciembre de 1987, denominado: "Reglamento del Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado", dado que en apariencia no resultan de utilidad en la actualidad, son confusos o están desactualizados, y además aclarar o incluir aquellos que así se requiera para garantizar el cumplimiento de la responsabilidad impuesta a la CCSS de brindar atención médico hospitalaria a la población en indigencia médica y garantizar la sostenibilidad financiera de dicho programa. En consenso con la Administración el plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 6 meses.</p> <p>Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá remitirse a esta Auditoría, copia del análisis requerido en la recomendación con el respectivo plan de acciones a ejecutar y evidencia de las gestiones efectuadas a fin de implementarlo.</p>	<p>Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 13 de abril del 2018.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>22. ASS-90– Año del Informe 2017</p>		
<p>Tema: Auditoría de carácter especial sobre la prestación de servicios de salud a pacientes producto de accidentes de tránsito.</p>		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>2. Promover a través de las unidades técnicas pertinentes, el desarrollo y/o revisión de los procesos, procedimientos y/o actividades, asociados con la identificación, registro, facturación y seguimiento de las atenciones otorgadas a pacientes que sufren accidentes de tránsito y gestión de seguros, de forma tal que se constituya en una política o instrumento frente a ese mercado, que a su vez permita de manera proactiva prepararse ante los posibles impactos de las variaciones en el mercado de seguros, que puedan incidir sobre la oferta en la prestación de servicios que brinda la Institución, debido al traslado de los riesgos excluidos del Seguro de Salud (obligatorio de automóviles y riesgos del</p>	<p>En Proceso</p>	<p>En proceso</p>

<p>trabajo) por parte del INS y otras operadoras a los centros médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tecnología para el registro, seguimiento y control de los pacientes atendidos. •Coordinación Interinstitucional para el abordaje de la atención de los accidentes de tránsito (prevención y promoción de la salud y atención directa, entre otros en los tres niveles de atención). •Determinación de los costos operativos posterior al agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles. •Capacitación al personal relacionado directamente con el proceso (operativo y de gestión). <p>El documento a establecer, debe ser claro en cuanto a la estructura interna y coordinación necesaria para la prestación y registro de los pacientes, así como la estimación de los costos incurridos en la atención. Para acreditar el cumplimiento de la recomendación ambas Gerencias deben remitir a la Auditoría un informe que contenga las acciones desarrolladas y la documentación relacionada que evidencie su cumplimiento.</p>		
<p>4. Solicitar a la Dirección Jurídica realizar un análisis de todos los componentes técnicos y legales en relación con los artículos de la Ley General de Tránsito que involucran el subsidio con recursos del Seguro de Salud para pacientes que requieren pago de subsidio por incapacidad en razón de haber sufrido un accidente de tránsito y se encuentran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Automóviles, considerando que podría estar rozando con lo establecido en el artículo 73 de la Constitución Política, en cuanto al uso adecuado del Seguro de Salud por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>	<p>En Proceso.</p>	<p>En Proceso.</p>

23. AFINPE-238– Año del Informe 2018

Tema: Auditoría de Carácter Especial sobre el registro de información (financiero- técnico) del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC)

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>1. Evaluar, en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, la realización del cálculo del costo de aseguramiento en forma automatizada para los aseguramientos y cargos al Estado, con el fin de reducir los plazos del proceso y con ello garantizar la eficiencia y eficacia de éste. A la vez, valorar la viabilidad técnica y administrativa para el desarrollo de un requerimiento que permita realizar la depuración de la información contenida en la base de datos del SIAC, incluida la vinculación con el SICERE, específicamente los datos relacionados al Código de la Niñez y la Adolescencia.</p>	<p>Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 21 de setiembre del 2019.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>2. Analizar en coordinación con el Área de Estadísticas en Salud, la viabilidad técnica y administrativa de incorporar en el sistema SIAC, en el módulo reportes, un tabulado que permita verificar la calidad de los datos, orientado a que los establecimientos de salud revisen y corrijan la información ingresada en el sistema, con el fin de contribuir a que todos los centros médicos puedan garantizar la calidad de la información.</p>	<p>Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 21 de junio del 2019.</p>	<p>Cumplida</p>

24. ATIC-38– Año del Informe 2019

Tema: Evaluación de carácter especial referente a la utilización de tecnologías de información y comunicaciones en la gestión de riegos excluidos en la CCSS

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>1. De acuerdo con lo evidenciado en el presente estudio, integrar un equipo de trabajo con representación de las instancias que estime pertinente con el fin de realizar una</p>	<p>Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 06 de diciembre del 2019.</p>	<p>Cumplida</p>

revisión integral de lo evidenciado por esta Auditoría con respecto al MIFRE en los hallazgos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 del presente informe.		
2. En atención a los aspectos evidenciados en el hallazgo 8, instruir al Área de Gestión de Riesgos Excluidos para que, en coordinación con la Gerencia Médica, en caso de requerirlo, efectúen una revisión de los usuarios autorizados a fin de que lo indica en el hallazgo sea corregido de acuerdo con las necesidades reales de los establecimientos de Salud.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 06 de octubre del 2019.	Cumplida
3. De conformidad con lo identificado en el hallazgo 10, instruir a las unidades correspondientes para que realicen las gestiones necesarias a fin de que se efectúe su actualización del valor del Sistema de Registro y Facturación de Servicios Médicos en sus módulos correspondientes a esa Dirección, en el Sistema de Control de Bienes Inmuebles a fin de que refleje su valor actual.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 06 de diciembre del 2019.	Cumplida
25. AFINPE 11– Año del Informe 2020		
Tema: Auditoría de carácter especial sobre la verificación de los alcances en materia contable del borrador del Manual sobre el procedimiento para la facturación, recaudación y cobro de facturas por Riesgos Excluidos del Seguro de Salud.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1- El Área de Gestión de Riesgos Excluidos deberá incluir en el Borrador del Manual de Facturación, Recaudación y Cobro de Facturas por Riesgos Excluidos, todos los procesos operativos – administrativos que componen las actividades descritas en dicho documento e incorporar la descripción del tratamiento contable que cada numeral o proceso requiera o se esté realizando en la actualidad.	En proceso.	En proceso
26. AFINPE-77– Año del Informe 2020		
Tema: Auditoría Financiera sobre el análisis y revisión de los Estados Financieros No Auditados y de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, periodo 2018-2019.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
9. Continuar fortaleciendo las medidas relacionadas con un oportuno y adecuado proceso de facturación, de los casos tramitados como riesgos de trabajo, robusteciendo el control interno para lograr con eficacia del 100% de la facturación de las atenciones y los servicios médicos brindados a estos pacientes, considerando fundamental una recuperación eficaz de las sumas que deba reintegrar el Instituto Nacional de Seguros (INS) a la Caja, un aspecto de gran relevancia ante la considerable cantidad de recursos que la Institución está destinando para la atención de la pandemia.	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 22 de marzo del 2021.	Cumplida
27. ASALUD-144– Año del Informe 2020		
Tema: Auditoría de Carácter Especial sobre la Gestión del Presupuesto, Validación y Facturación de Servicios Médicos en el Hospital Dr. Max Terán Valls.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. De conformidad con lo expuesto en el hallazgo 4, sobre seguros por el Estado otorgados, en coordinación con la jefatura del Área de Coberturas del Estado, se instruya a todas la unidades de Validación y Facturación Servicios Médicos, sobre la obligatoriedad de efectuar revisiones periódicas a los beneficios de seguro por el Estado otorgados en los diversos	Cumplida por parte de la Auditoría Interna en fecha 16 de febrero del 2021..	Cumplida

centros médicos, estableciendo las consultas que se deben priorizar en base de datos de acceso público.		
28. AOPER-128– Año del Informe 2021		
Tema: Auditoría de Carácter Especial sobre el Control Interno en las Gestiones de Facturación y Cobro de servicios de Salud, así como del otorgamiento.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>2. Efectuar un análisis correspondiente a la viabilidad de implementación de nuevos requerimientos en los sistemas de Facturación de Servicios Médicos, así como en los Módulos de Aseguramiento por el Estado y Adscripción del SIAC, con el objetivo de fortalecer los mecanismos de control interno en los procesos, así como generar mayor eficiencia y eliminar duplicidad de tareas, considerando, como mínimo, lo siguiente:</p> <p>a) Incluir en el reporte “Detalle Anulado” del Sistema de Facturación de Servicios Médicos, el detalle de la razón de anulación de la factura, en atención a lo evidenciado en el hallazgo 1.3 del presente informe.</p> <p>b) Integración del Módulo de Aseguramiento por el Estado con el SINIRUBE en caso de existir viabilidad técnica y legal, con el objetivo de garantizar que las personas beneficiarias cumplan con los requisitos para otorgarles el seguro por el Estado, de acuerdo con lo señalado en los hallazgos 3.1 y 3.3 del presente informe.</p> <p>c) Mecanismo que controle y restrinja, de ser necesario, que el aseguramiento por el Estado sea otorgado desde el módulo de Adscripción por funcionarios que no están autorizados para asignar esa modalidad de aseguramiento, de acuerdo con lo señalado en el hallazgo 3.1 del presente informe.</p> <p>d) Restricción automática de los aseguramientos por el Estado provisional en caso de que anteriormente ya se le haya otorgado al beneficiario, en atención a lo descrito en el hallazgo 3.1 del presente informe.</p> <p>e) Creación de reportes en el módulo de Aseguramiento del Estado que le permita, al superior jerárquico de los funcionarios de las Subáreas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, verificar el detalle de los seguros por el Estado aprobados en rangos de fechas específicos; asimismo, la pertinencia de que exista un mecanismo de refrendo una vez que el encargado otorgue el beneficio a nivel de sistema; lo anterior, de acuerdo con lo evidenciado en el hallazgo 3.2 del presente informe.</p>	En proceso	En proceso
29. ASALUD-80– Año del Informe 2022		
Tema: Estudio de carácter especial referente a la gestión y aplicación de programas dirigidos a la atención de servicios de salud a personas que se encuentran en situación de calle.		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>1. Diseñar un plan de capacitación y socialización con el propósito que el personal involucrado en el proceso de otorgamiento de seguros por el Estado, para personas en situación de calle, así como su facturación, conozca y ejecute de manera estandarizada la normativa y procedimientos relacionados con el tema, tal y como se ha desarrollado en el presente informe. (Hallazgos 4)</p> <p>Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el plan de capacitación solicitado, cronograma de aplicación, responsables de brindar dicha capacitación, así como las medidas de acción pertinentes en caso de negativas para presentarse a dichas capacitaciones</p>	En proceso	En proceso

o incumplimientos a la norma, lo anterior tiene como propósito de estandarizar el proceso a nivel nacional.		
2. Valore la inclusión de un requerimiento en el EDUS que permita distinguir y/o identificar a las personas en la situación de calle, en el momento de su ingreso a la red de servicios de salud, que permita recopilar la información de las atenciones realizadas a las personas en situación de calle, así como de los diagnósticos, en el que se registre entre otros, clasificación de la atención, servicios recurrentes, servicios que participaron en el trámite y atención, así como datos de la facturación, con el propósito de disponer de insumos para el análisis de los diferentes eventos y riesgos asociados a esta temática, además dicha herramienta debe permitir determinar las lecciones aprendidas en razón de los eventos y las medidas de acción en caso de incumplimientos a las normas. (Hallazgos 1, 2, 3, 5 y 6).	En proceso	En proceso
3. Revisar y de ser procedente, actualizar la información incluida dentro del módulo de valoración del riesgo del sistema NOVAPLAN, o bien, actualizar la "Matriz de Valoración de Riesgos", que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que realizan el Área de Coberturas Especiales del Estado, propiamente relacionado al aseguramiento y facturación de servicios de la población en situación de calle, y que se vinculen con el "Catálogo Institucional de Riesgos" considerando los riesgos determinados en el presente informe, así como lo señalado en la "Guía Institucional de Valoración de Riesgos". Asimismo, se establezcan los controles mínimos para mitigarlos y la metodología para monitorear de forma periódica su cumplimiento y eficacia. De conformidad con el hallazgo 7, de este informe.	En proceso	En proceso

30. ASALUD-57– Año del Informe 2023

Tema: Auditoría de Carácter Especial sobre la gestión de los establecimientos de salud para la identificación y facturación de los Riesgos de Trabajo en la Región Huetar Atlántica".

Detalle recomendación	Observaciones	Estado
1. Con fundamento en lo evidenciado en el hallazgo 2 del presente informe, realizar las siguientes acciones: a) Proceder a identificar y analizar la lista de casos atendidos y facturados por Seguros de Riesgos del Trabajo, que fueron devueltos por el Instituto Nacional de Seguros, en los casos que el trabajador y/o patrono no generaron el reporte del accidente laboral ante el INS. De conformidad con los resultados obtenidos, solicitar ante el Consejo de Salud Ocupacional (CSO) una sesión de trabajo, con el propósito de brindarles la información e insumos que le permitan en calidad de rector, impulsar las acciones y decisiones que correspondan según la normativa aplicable. b) Adicionalmente, se analice la pertinencia de presentar denuncia formal ante el Ministerio de trabajo, sobre los aspectos identificados y documentados en el punto a de la presente recomendación, de tal manera que esa instancia le brinde el seguimiento y el abordaje que corresponda. c) Definir un informe periódico sobre las devoluciones de facturas por SRT que son devueltas por el Instituto Nacional de Seguros, bajo el motivo de no reporte del accidente laboral por parte del trabajador y/o patrono, con el propósito que este sea socializado ante el CSO y se gesten las acciones correspondientes ante el Ministerio de Trabajo y el INS.	Para su atención se están gestionando acciones mediante planes de trabajo.	En proceso

<p>Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, la Gerencia Financiera deberá aportar certificación donde se haga constar la presentación del análisis solicitado en el punto 1 ante el Consejo de Salud Ocupacional (punto 1 y 2), además, donde se informe sobre las acciones gestadas respecto a determinar la viabilidad de presentar denuncia ante el Ministerio de Trabajo (punto 2), asimismo, aportar evidencia que permita constatar la creación y formalización del informe periódico sobre las devoluciones de facturas por parte del INS (punto 3).</p>		
31. AFINPE-0044– Año del Informe 2023		
Tema: Auditoría de Carácter Especial Auditoría de carácter especial sobre cumplimiento del “Convenio de colaboración y coordinación operativa entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, para la atención de lesionados en accidentes de tránsito, ante el escenario de saturación hospitalaria en la CCSS debido a la pandemia (COVID-19).		
Detalle recomendación	Observaciones	Estado
<p>1. Efectuar un análisis bajo la coordinación de la Gerencia Financiera en conjunto con la Gerencia Médica y unidades involucradas directamente en el proceso a la luz de la “Guía para la Correcta Gestión Administrativa y Contable, para el Pago de Facturas de Personas Lesionadas por Accidente de Tránsito que Continuaron la Atención en el Instituto Nacional de Seguros Posterior al Agotamiento de la Póliza o por Póliza Insuficiente del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA). GF-DCE-AGRE-GT-001”, de las gestiones que a la fecha se encuentran pendientes de atención en relación con temas jurídicos, financieros y médicos, con el fin de efectuar el pago bajo el marco de legalidad al Instituto Nacional de Seguros en amparo del convenio suscrito con la Institución y asegurar que la cancelación de los costos asociados a los servicios médicos brindados se encuentre debidamente fundamentados. En este análisis se deberá considerar, al menos, los siguientes aspectos:</p> <p>a) Emitir un criterio jurídico por parte de las asesorías legales de las Gerencias Financiera y Médica referente al alcance de la revisión de facturas por servicios médicos desde el componente médico – financiero que se desprenden del fenecido convenio, a fin de elevarlo a consideración final de la Dirección Jurídica para la emisión del criterio correspondiente.</p> <p>b) Valorar en conjunto con la aseguradora la estrategia a utilizar de aquellos procedimientos, medicamentos e insumos que no se encuentren identificados en los tarifarios médicos de ambas instituciones, en caso de resultar jurídicamente procedente.</p> <p>c) Analizar si procede solicitar a la aseguradora el expediente de salud certificado para finalizar la revisión de los casos de atenciones médicas pendientes de aclaración.</p>	<p>Para su atención se están gestionando acciones mediante planes de trabajo.</p>	<p>En proceso</p>

- CUMPLIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFORMES DE AUDITORÍA EXTERNA.**

En el periodo 2014 al 31 de diciembre de 2020, se presentaron un total de 6 Cartas de Gerencia, para un total de 9 hallazgos para que la Dirección de Coberturas Especiales en coordinación con otras Gerencias y Unidades, gestionen lo pertinente para dar por atendido las observaciones dadas por este Ente Fiscalizador.

Es importante indicar por su naturaleza, de carácter Institucional de trabajo de campo por la Auditoría Externa, resulta que los hallazgos planteados son de alta complejidad, lo cual requiere de una coordinación constante con las Unidades de Validación de Derechos y Desarrollo de mayores y mejores sistemas de información de los que actualmente posee la institución.

A continuación, se presenta el cuadro número 2, con el resumen de los hallazgos de Cartas de Gerencia planteados por la Auditoría Externa, a la Dirección de Coberturas Especiales, Área Coberturas del Estado y Área de Gestión de Riesgo Excluidos.

Tabla # 2
Informes de Auditoría Externa
Periodo 2014 al 31 de diciembre del 2023

Carta de Gerencia	Cantidad por Periodo	Estado Actual
CG-1-2014	1	Cumplido
CG-2-2017	3	En Proceso
CG-1-2018	1	En Proceso
CG-2-2018	2	En Proceso
CG-2-2019	1	En Proceso
CG-1-2020	1	En Proceso

Detalle del avance Cartas de Gerencias:

Carta de Gerencia CG-1-2014	
Número de Hallazgo: 14. El procedimiento administrativo de Servicios Médicos No Asegurados, se encuentra desactualizado.	
Acciones Realizadas	Estado
En atención al presente hallazgo, se informa que mediante oficio DCE-0021-01-2016, de fecha 19 de enero del 2016, se informó a la Dirección Financiero Contable, que por medio del oficio DCE-0306-2016/DFC-1447-2016/DCO-924-2016, se remitió a la Gerencia Financiera, la versión final del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a personas No Aseguradas con Capacidad de Pago.	Cumplida

Una vez revisado el documento, la Gerencia Financiera por medio del oficio GF-54.059, emite el aval y la aprobación del Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a personas No Aseguradas con Capacidad de Pago, y fue publicado mediante la WebMaster Institucional, el 21 de noviembre del año 2016, por medio del oficio DCE-0411-11-2016/DFC-2095-2016/DCO-01301-2016.	
Carta de Gerencia CG-2-2017	
Número de Hallazgo: 42. Falta de estudio de recuperabilidad de las cuentas por cobrar por servicios médicos.	
Acciones Realizadas	Estado
<p>DCE-AGRE-0217-2021 DCE-ACE-0180-2021 18 de octubre 2021, El Máster Eduardo Flores Castro indica lo siguiente: Realizado el análisis del documento SAD-ASF-21-486-01-2021 con asunto: "Seguimiento al oficio de advertencia AD-ASF-486-2021 referente a la gestión de cobro de los servicios médicos a pacientes no asegurados", mismo que está en la misma línea del Hallazgo 42 de la CG-2-2017, se evidencia que el mismo por el fondo, no tiene relación con las competencias técnicas del Área, por cuanto el proceso que se desarrolla en esta unidad corresponde a la rectoría en la facturación por parte de los establecimientos de salud hasta el cobro oportuno. No obstante, el tema es conocido pues se ha apoyado a la Dirección de Cobros, mediante sesiones de trabajo, brindando la información correspondiente a la facturación para que se contemple en la herramienta informática, para que realice los cobros correspondientes en acciones relacionadas al Cobro Administrativo y Judicial de las facturas por servicios médicos a No Asegurados con capacidad de pago. Se llama la atención que el tema del cobro de servicios médicos a los Asegurados Voluntarios Morosos, no se ha tratado con la celeridad que sí se ha tratado los otros cobros. En oficio DCE-ACE-0142-2022/ DCE-AGRE-0252- 2022 del 12 de julio, 2022, se indica lo siguiente: "CG-2-2017: 42. Falta de estudio de recuperabilidad de las cuentas por cobrar por servicios médicos. Por parte del Área Coberturas del Estado, se procedió con el análisis del documento SAD-ASF-21-486-01-2021, el cual mantiene la misma línea del presente hallazgo, producto de dicho análisis, se determinó que el mismo no tiene relación con las competencias técnicas de dicha Área, por cuanto el proceso que se desarrolla en esta unidad corresponde a la rectoría en la facturación por parte de los Establecimientos de Salud, inclusive el Cobro Oportuno. No obstante, el tema es conocido pues se ha apoyado a la Dirección de Cobros, mediante sesiones de trabajo, brindando la información correspondiente a la facturación para que la misma sea contemplada dentro de la herramienta informática que actualmente se encuentra desarrollando la Dirección de Cobros, misma que deberá de realizar lo correspondiente al Cobro Administrativo y Judicial de las facturas por servicios médicos a No Asegurados con Capacidad de Pago. Mediante el DCE-AGRE-0217-2021/DCE-ACE-0180-2021 se está solicitando el traslado de este Hallazgo a la Dirección de Cobros.</p>	En Proceso
Número de Hallazgo: 48. Pagos en efectivo realizados en la sección de validación y facturación de servicios médicos área de salud Los Santos	
Acciones Realizadas	Estado
<p>En oficio DCE-ACE-0004-2021 el Mba. Eduardo Flores Castro indica: "...a que para el Área Coberturas del Estado está claro lo instruido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a personas No Aseguradas con Capacidad de pago, referente a recaudar únicamente mediante tarjeta de débito tarjeta de crédito, según las instrucciones giradas por el Área Tesorería General en oficio ATG-1525-2018 del 03 de octubre de 2018, asunto que es del conocimiento de todos los centros de salud por las divulgaciones que permanentemente realiza el Area Coberturas del Estado, razón por la cual se solicita que este hallazgo sea analizado por parte de la Auditoría Externa a fin de que sea dado por atendido..." En oficio DCE-AGRE-0215-2021 DCE-ACE-0177-2021 del 20 de octubre de 2021 dirigido al Lic. Randall Jiménez Saborío, Sub auditor, en lo referente a este hallazgo incluido en el informe AI-2142-2021, se indica: "...Conclusión: El hallazgo refiere a situación puntual relacionada a la gestión cobratoria en los establecimientos de salud, de atenciones médicas prestadas a pacientes no asegurados con capacidad de pago, proceso de resorte exclusivo del Área de Coberturas del Estado, por lo tanto, no procede por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos, la ejecución de acciones para</p>	En Proceso

<p>subsanan las inconsistencias identificadas por el órgano auditor externo. Si bien este hallazgo incluye al Área de Coberturas Especiales, entiéndase Coberturas del Estado, desde la aprobación en diciembre de 2010 del Modelo Funcional y Organizacional de las Áreas Financiero Contable, la gestión de cobro en efectivo no corresponde a las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos. En razón con lo anterior, se solicita a la Dirección Financiero Contable instruya a la administración del Área de Salud Los Santos sobre los controles que deben tener cuando reciban pagos de las facturas registradas en la cuenta 137-XX-X. En oficio DCE-ACE-142-2022 / DCE-AGRE-0252-2022, del 12 de julio, 2022 dirigido al Lic. Iván Guardia Rodríguez director de la Dirección Financiero Contable, se reiteró: "...a la Dirección Financiero Contable instruya a la Administración del Área de Salud Los Santos sobre los controles que deben tener cuando reciban pagos de las facturas registradas en la cuenta 137-XX-X.."</p>	
<p>Número de Hallazgo: 59.Saldos inusuales en la cuenta bancaria N° 105038 que presenta movimientos del INS</p>	
<p>Acciones Realizadas</p>	<p>Estado</p>
<p>El pasado 23 de Julio del año 2018, según consta en oficio AGRE-1115-07-2018, se conformó el equipo de trabajo por parte del Área Gestión de Riegos Excluidos, mismo al que posteriormente se incorporó la Licenciada Olga Durán Marín, funcionaria de la Subárea de Conciliaciones Bancarias (Designada por el Área de Contabilidad Operativa), con el objetivo de depurar y conciliar la citada cuenta bancaria, esto con el fin de atender la recomendación número 4 del informe de auditoría interna ASF-241-2020, que solicitaba el registro de la totalidad de depósitos efectuados por la aseguradora del año 2012 al 2016.</p> <p>Producto del esfuerzo, el pasado 02 de setiembre 2020 según consta, oficio DCE- AGRE- 0141-2020, el equipo de trabajo brindo un informe detallado de las acciones ejecutadas que dieron como resultado la depuración y registro del 100% de los depósitos efectuados por el INS, durante dicho periodo de tiempo, concluyendo:</p> <p>" A partir del estudio realizado por esta unidad, de la reconstrucción de los auxiliares de facturas MIFRE y de la colaboración prestada por funcionarios del Instituto Nacional de Seguros, Subárea de Conciliaciones Bancarias, Subárea de Contabilidad Operativa y Plan de Innovación para la Mejora de la de los depósitos bancarios realizados por el INS, para el pago de facturas de riesgos excluidos, comprendidos entre el periodo de julio 2012 a diciembre 2016, según lo recomendado por el Órgano Auditor y según consta en la información de la conciliación bancaria correspondiente al mes de junio 2020...." Como complemento a lo expuesto, es importante señalar que, según el último informe de conciliación suministrado por la Subárea de Conciliaciones Bancarias, correspondiente al periodo enero 2022, el saldo en la cuenta bancaria BNCR17395-5, correspondiente a depósitos INS, pendiente de registro contable en la cuenta 105-03-8, ascendía a ¢17,474,594.24, y no se identifican en la misma saldos contrarios a su naturaleza según el detalle de saldos que se muestra a continuación: Es importante señalar además que del citado saldo ¢9,046,303.00, correspondiente al depósito 74712337 de diciembre 2021, no corresponden al pago de facturas de riesgos excluidos, sino al pago de subsidios por incapacidad, realizados por la CCSS a pacientes diagnosticados con Covid- 19 y que posteriormente fueron aceptados por el INS como casos de Riesgo del Trabajo, por lo tanto, según el PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO - CONTABLE, PARA EL COBRO DE DINEROS AL INS, POR CONCEPTO DE SUBSIDIOS, CANCELADOS POR LA CCSS A TRABAJADORES EXTERNOS, AMPARADOS BAJO LA COBERTURA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO, se deberá proceder a realizar una liquidación manual (asientos de diario), de dicho monto en los próximos días, por lo que se concluye que el monto pendiente de liquidación de depósitos INS correspondientes al pago de facturas de riesgos excluidos únicamente asciende a la fecha a la suma de ¢8,428,291.24 y que además no se observan dentro de estos saldos según el cuadro anterior remitido por la Subárea de Conciliaciones Bancarias el pasado 16 de enero del presente, sumas o montos pendientes de liquidar contrarios a su naturaleza (acreedores), como señalo en su momento en Órgano Auditor Externo y que dio origen a la presente recomendación. Asimismo, debemos ser enfáticos en el compromiso de esta unidad en alcanzar con la mayor prontitud posible la conciliación de estos saldos pendientes, como parte de las acciones ejecutadas en aras de alcanzar esto, el pasado 21 de setiembre del presente año, se solicitó mediante oficio DCE- AGRE- 0200- 2021, colaboración al Departamento de Gestiones Económicas del INS, para identificar con total claridad las facturas canceladas con los depósitos que presentan saldos contables a la fecha, según el cuadro anterior, en respuesta a esta petitoria, el INS mediante oficio GEO-02844-2021, de fecha 13 de octubre 2021, remitió un tracto de dicha información y se comprometió a facilitar el resto de la información en plazos según sus posibilidades. En virtud de los resultados obtenidos producto del esfuerzos realizado por esta unidad, en procura de establecer mecanismos de control eficientes que permitan el oportuno y</p>	<p>En proceso</p>

correcto registro contable de los dineros cancelados por el INS por este concepto, y en el entendido de que el hallazgo se refería a saldos contables contrarios a su naturaleza en las cuentas de bancos, consideramos tal y como se expuso a Deloitte & Touch S.A. en los DCE AGRE 0304 2020 , DCE AGRE 0009 2021 y DCE- AGRE- 0109- 2021, de noviembre 2020, enero y junio 2021 respectivamente, se debe consignar como cumplida la recomendación del órgano auditor externo.		
Carta de Gerencia CG-1-2018		
Número de Hallazgo: 25. Pagos en efectivo y no depositados		
Acciones Realizadas	Estado	
En oficio ACE-014-01-2020 se indica: "...teniendo como punto de referencia lo anteriormente expuesto, indica el Área Coberturas del Estado, que en materia de No Asegurados, específicamente el Manual de No Asegurados con Capacidad de Pago, en el punto 5.7 "De la Gestión de Recaudación y Cobro", indica que los Establecimientos de Salud, solamente podrán recibir pagos mediante datáfono (tarjeta de débito o crédito), no así las Sucursales, que podrán recibir pagos en efectivo, tarjeta de crédito o débito o por transferencia bancaria. Cabe indicar los criterios dados en los oficios ATG-1809-2017 este emitido por el Área de Tesorería General donde explica el costo-beneficio de recibir dinero en efectivo y DFC-0447-2018 donde la Dirección Financiero Contable, indican el no recibir dinero efectivo en los Establecimientos de Salud. Mediante DCE-AGRE-0215-2021/DCE-ACE-0177-2021 se indica: Como se observa en el texto de la Carta de Gerencia CG 2-2020, el hallazgos 10.46 se refieren a situaciones puntuales relacionadas a la gestión cobratoria en los establecimientos de salud, de atenciones médicas prestadas a pacientes no asegurados con capacidad de pago, proceso de resorte exclusivo del Área de Coberturas del Estado, por lo tanto no procede por parte del Área Gestión de Riesgos Excluidos, la ejecución de acciones para subsanar las inconsistencias identificadas por el órgano auditor externo. En oficio DCE-ACE-0105-2021 se indicó lo siguiente: "...Desde la aprobación en diciembre de 2010 del Modelo Funcional y Organizacional de las Áreas Financiero Contable, la gestión de cobro en efectivo no corresponde a las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos. En oficio ACE-004-01-2021 el Mba. Eduardo Flores Castro indica que para el Área Coberturas del Estado está claro lo instruido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a personas No Aseguradas con Capacidad de pago, referente a recaudar únicamente mediante tarjeta de débito tarjeta de crédito, según las instrucciones giradas por el Área Tesorería General en oficio ATG-1525-2018 del 03 de octubre de 2018, asunto que es del conocimiento de todos los centros de salud por las divulgaciones que permanentemente realiza el Área Coberturas del Estado. En razón con lo anterior, se solicita a la Dirección Financiero Contable instruya a la administración del Área de Salud Puriscal-Turrubares y Hospital Carlos Luis Valverde Vega sobre los controles que deben tener cuando reciban pagos de las facturas registradas en la cuenta 137-XX-X	En proceso	
Carta de Gerencia CG-2-2018		
Número de Hallazgo: 5. Deficiencia en el proceso operativo de facturación al Instituto Nacional de Seguros		
Acciones Realizadas	Estado	
Oficio DCE AGRE 0224 2020, de fecha 14 de agosto 2020: "Durante el año 2019, el Área Gestión de Riesgos Excluidos desarrolló en conjunto con el Departamento de Gestiones Económicas del Instituto Nacional de Seguros un plan piloto para la digitalización del traslado de información referente a la facturación, pagos y devoluciones de las atenciones por riesgos excluidos, según consta en los oficios AGRE 944 07 2019, de fecha 23 de julio 2019, esto con el objetivo de incrementar la oportunidad de los registros contables y los controles necesarios, para garantizar información financiera y estadística de calidad, esta medida se implementó a partir de la facturación de abril 2020, como parte de los resultados obtenidos a la fecha, se observa la reducción de los plazos de registro de los pagos efectuados por la aseguradora, de un promedio de 3 meses (12 mil millones de colones) en el primer semestre 2019, a un monto de ¢4,525,297,730.86 en el mes de enero 2022, dentro del cual, se contemplan las facturas en trámite de cobro oportuno correspondientes a ese periodo, que ascienden a suma de ¢4,309,394,809.00 (¢4,296,125,137.00 facturación de enero 2022 y ¢13,269,672.00 reclamos facturas de periodos anteriores), por lo tanto, del saldo registrado en libros como cuenta por cobrar	En proceso	

<p>al INS, un 95.23% corresponde a un adeudo en trámite de cobro oportuno y apenas un 4.7% a facturas pendientes de seguimiento por parte de los establecimientos de salud.</p> <p>“... es importante señalar que el proceso de digitalización permite el envío de la información de las devoluciones en un menor plazo y de, manera digital a las unidades médicas, responsables del descargo de las mismas o de su re-facturación, así mismo mensualmente al remitirles dicha información se les recuerda su obligación y la importancia de efectuar dentro de los plazos establecidos el análisis y las acciones pertinentes para la depuración de las cuentas por cobrar.”</p> <p>Aunado a la anterior y como medida complementaria, esta unidad emitió el pasado mes de marzo 2021, la circular DCE AGRE 049 2021, detallando en el documento las fuentes de información y los pasos requeridos para lograr un correcto seguimiento y conciliación de estas cuentas por cobrar. Lo anterior en apego a lo que establece el Reglamento de Riesgos Excluidos en su Artículo 20 “De la evaluación de la gestión de los riesgos excluidos”, que señala:</p> <p>“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”</p> <p>Conforme lo anterior y en apego a lo normado, el Área Gestión de Riesgos Excluidos dentro del marco de legalidad, no debe proceder de oficio a descargar estos adeudos como lo sugiere el ente fiscalizador externo, ya que no cuenta con los elementos probatorios, ni recurso humano profesional en el campo de la salud, para determinar la procedencia de dicha acción, además como expone el citado texto normativo, es responsabilidad de los establecimientos de salud realizar este seguimiento.</p> <p>Bajo esa línea como lo demuestran las acciones y datos presentados, las deficiencias señaladas por la auditoría Deloitte te & Touche S.A., en relación a los procesos operativos y plazos relacionados a la gestión de riesgos excluidos, han sido corregidas, en la actualidad, los registros contables asociados a los montos cancelados por la Aseguradora, se realizan en el mismo mes calendario en que el Instituto Nacional de Seguros efectúa el respectivo depósito y por lo tanto los saldos en las cuentas bancarias y por cobrar asociadas a este proceso han sufrido una reducción significativa.</p> <p>Del mismo modo el saldo de la cuenta por cobrar en libros se ha venido reduciendo en el tiempo gracias a una gestión más oportuna en el traslado de la información (ahora digital) de las facturas devueltas a los establecimientos de salud y al constante seguimiento de esta unidad en procura de que dichas unidades procedan de conformidad con la normativa de dar seguimiento a estas facturas devueltas.</p> <p>Con respecto a los saldos pendientes de depuración (descargo de facturas devueltas), se mantiene el criterio de esta unidad remitido a Deloitte & Touch S.A. mediante los oficios DCE AGRE 0304 2020, DCE AGRE 0009 2021 y DCE- AGRE- 0109- 2021, de noviembre 2020, enero y junio 2021 respectivamente, sobre la consideración de que la recomendación debe dirigirse a los establecimientos de salud que mantengan facturas en esta condición, acción que coadyuvaría con la gestión que desarrolla esta unidad administrativa</p>	
<p>Número de Hallazgo: 11. Existencia de cuentas contables que no cuentan con un registro auxiliar</p>	
<p>Acciones Realizadas</p>	<p>Estado</p>
<p>Se observa un error material en la elaboración del documento, las cuentas 155, 156 y 225 03 0, no corresponden a cuentas por cobrar a la aseguradora INS por concepto de servicios médicos con nexos causales a un riesgo excluido del Seguro de Salud, por lo tanto, el Área Gestión de Riesgos Excluidos, no tiene responsabilidad alguna sobre las mismas.</p>	<p>En proceso</p>
<p>Carta de Gerencia CG-2-2019</p>	
<p>Número de Hallazgo: 14. Falta de atención sobre oficio ACE-269-1-2014, Respecto a un sistema que control de las facturas de Asegurados Voluntarios</p>	
<p>Acciones Realizadas</p>	<p>Estado</p>
<p>En oficio DCE-ACE-0105-2021 se indicó lo siguiente: “Con relación a este hallazgo se mantiene lo propuesto en el oficio DCE-ACE-004-2021 que la Gerencia Financiera nombre y coordine un grupo de trabajo con miembros de las Direcciones de Inspección, Cobros, Financiero Contable y Coberturas Especiales, para que presente un cronograma para el desarrollo de los</p>	<p>En proceso</p>

<p>procedimientos de afiliación de los AV, de forma tal que si entran en morosidad se pueda desarrollar los procedimientos de facturación por servicios médicos, el registro contable y la recuperación real de esas atenciones en los servicios médicos de conformidad a lo indicado en el artículo 36 de la Ley Constitutiva.” Lo anterior, con el fin de que sea la Gerencia propiamente la que lidere en razón que el tema involucra muchos actores técnicos administrativos y el liderazgo en el Área Coberturas del Estado queda bastante limitada para dirigir un grupo de trabajo grande y variado en técnicas conocimiento.</p> <p>DCE- AGRE-0215-2021 DCE-ACE-0177- 2021 del 20 de octubre de 2021 se indica: “...Con relación a este hallazgo se ha propuesto la Gerencia Financiera en oficio DCE-ACE-0004-2021 que nombre y coordine un grupo de trabajo con miembros de las Direcciones de Inspección, Cobros, Financiero Contable y Coberturas Especiales, para que presente un cronograma para el desarrollo de los procedimientos y requerimientos técnicos que permita mejorar la afiliación de los Asegurados Voluntarios, de forma tal que si entran en morosidad se pueda desarrollar los procedimientos de facturación por servicios médicos, el registro contable y la recuperación real de esas atenciones en los servicios médicos de conformidad a lo indicado en el artículo 36 de la Ley Constitutiva.</p> <p>Con base en el oficio GG-1034-2021 fecha 16 de abril 2021, donde comunica el sistema integral de la CCSS, se va a proponer a los compañeros del Plan de Innovación incluir dentro del sistema de facturación el de servicios médicos a los asegurados voluntarios moroso.</p> <p>Ciertamente, las competencias técnicas de esta Área tienen relación con la facturación de servicios médicos por morosidad o por falta de una modalidad de aseguramiento, pero es necesario levantar otros procedimientos complementarios que permitan cobrar los costos facturados por servicios médicos, por lo que este tema no es exclusivo de esta Área, sería de la Dirección de Cobros tanto en el desarrollo de la herramienta informática para los procedimientos de cobro como de la Dirección Financiero Contable con los procedimientos contables correspondientes...”</p> <p>DCE-ACE-142-2022 / DCE-AGRE-0252-2022 del 12 de julio, 2022 se indica: “...CG-2-2019: 14. Falta de atención sobre oficio ACE-269-1-2014, Respecto a un sistema que controle las facturas de Asegurados Voluntarios</p> <p>Con relación a este hallazgo se mantiene lo propuesto en el oficio DCE-ACE-004-2021, por medio del cual se solicita a la Gerencia Financiera, nombre y coordinar un grupo de trabajo con miembros de las Direcciones de Inspección, Dirección de Cobros, Dirección Financiero Contable y la Dirección de Coberturas Especiales, para que presente un cronograma de trabajo para el desarrollo de los procedimientos de afiliación de los Asegurados Voluntarios, de forma tal que si entran en morosidad se pueda desarrollar los procedimientos de facturación por servicios médicos, el registro contable y la recuperación real de esas atenciones en los servicios médicos de conformidad a lo indicado en el artículo 36 de la Ley Constitutiva.</p> <p>Con base en el oficio GG-1034-2021 fecha 16 de abril 2021, donde comunica el Sistema Integral de la Caja Costarricense de Seguro Social, se va a proponer a los compañeros del Plan de Innovación incluir dentro del sistema de facturación, los servicios médicos a los Asegurados Voluntarios...”</p> <p>DCE-ACE-0277-2022 del 9 de diciembre 2022 con Asunto: Atención oficio DC-ACM-0877-2022 – Observaciones propuesta requerimiento “Facturación de servicios médicos a asegurados voluntarios morosos”, se indica: “...Al respecto, luego de analizado dicho requerimiento por parte de esta unidad técnica, nos permitimos brindarle las siguientes observaciones: 1. Se recomienda que la facturación de los servicios brindados a los Asegurados Voluntarios morosos y sus protegidos familiares debe ser para todo aquel asegurado voluntario que quede moroso a partir del día siguiente al vencimiento de su cuota mensual, independientemente de si su facturación ha sido bloqueada, de conformidad a lo estipulado en el artículo 13 del Reglamento de Aseguramiento Voluntario y Aseguramiento de Migrantes y según lo indicado en criterio jurídico DJ-7149-2013 (adjunto). 2. Se sugiere sustituir el término Beneficio Familiar por Protección Familiar en todo el documento, dado que este es el término correcto según la normativa vigente...”</p>	
<p>Carta de Gerencia CG-1-2020</p>	
<p>Número de Hallazgo: 9. Inadecuado registro contable de descargos (Facturas devueltas) facturación de riesgos excluidos "MIFRE"</p>	
<p>Acciones Realizadas</p>	<p>Estado</p>

Con respecto a esta recomendación, es conveniente primero señalar, que el Área de Gestión de Riesgos Excluidos, es la unidad encargada del proceso de cobro oportuno a la aseguradora INS. Si por alguna situación relacionada al incumplimiento de plazos u otro particular, se presente la necesidad de realizar un proceso de cobro administrativo y/o judicial contra la aseguradora, corresponde a la Dirección de Cobros, a través de los procedimientos y herramientas que dispongan para tales efectos, incluidos dentro de los mismos mecanismos para la declaratoria de difícil recuperación de adeudos y por ende las estimaciones de incobrabilidad, según lo establecido en el Reglamento de Riesgos Excluidos y en el oficio del Área de Contabilidad Financiera ACF 0568-2020 del 04 de mayo del 2020.

Aunado a lo anterior, mediante oficio DCE-AGRE-0008-2021, de fecha 08 de enero 2021, se realizó consulta al Área de contabilidad Financiera, con el fin de determinar a partir de su criterio experto, cual o cuales cuentas contables deberán afectar los descargo de las facturas de riesgos excluidos, para una vez obtenida la respuesta y determinar si es procedente el cambio, solicitar a la Subárea de Sistemas Financieros administrativos las modificaciones correspondientes en el Módulo informático de Facturación de Riesgos Excluidos "MIFRE". Se remitió además el pasado 6 de octubre 2021, como seguimiento a este asunto, el oficio DCE- AGRE- 0208- 2021.

Mediante oficio DFC-ACF-0208-2022 de fecha 2 de febrero 2022. el Área Contabilidad Financiera refiriéndose a los oficios DCE-AGRE-0008-2021 y DCE-AGRE-0208-2021 indica:

En observancia a lo expresado anteriormente, el suscrito dentro del ámbito de competencia contable en la atención de esta recomendación no es recomendable utilizar las cuentas contables de estimación de incobrables. Ahora bien, una vez ejecutado el capítulo 1 punto C y capítulo 2 punto A, al borrador del Procedimiento Contable-Gestión de Riesgos Excluidos Cobro Oportuno, si por motivo alguno el proceso se elevara a cobro administrativo; y este previo a realizar un análisis determine la incobrabilidad de estas, se debe utilizar las cuentas descritas en la siguiente tabla:

Cuenta contable	Cuenta contable Estimación	Descripción
170-00-8	270-16-5	Cuenta por cobrar INS Conv. Serv. Med. R. Profesionales SRT
171-00-4	270-17-3	Cuenta por cobrar INS Conv. Serv. Med. R. Profesionales SRT
172-00-0	270-18-1	INS Contrato Servicio Médico Seguro Obligatorio Automotor SOA
173-00-0	270-19-0	INS Contrato Servicio Médico Seguro Obligatorio Automotor SOA

En conclusión, al ser el Área Gestión de Riesgos Excluidos responsable según lo señalado por el Reglamento supra citado, únicamente del proceso de cobro oportuno de las facturas al INS derivadas de la atención de pacientes con nexo causal a un riesgo excluido, no es procedente en esta etapa cobratoria según el criterio experto del Área de Contabilidad Financiera la utilización de cuentas de estimaciones de incobrabilidad, razón por la cual solicitamos re direccionar la recomendación a la Dirección de Cobros, unidad institucional encargada de los procesos de cobro administrativo y/o judicial, para que a partir de su criterio y normativa aplicable en la materia, determinen la viabilidad de la aplicación de estas cuentas, todo lo anterior tiene asidero en el artículo 73 del Reglamento del Seguro de Salud, que dispone:

"...Del cobro de servicios por atención de riesgos excluidos Cuando los establecimientos de salud de la Caja prestaren atenciones en casos de siniestros cuyos lesionados están cubiertos por pólizas de riesgos excluidos de las coberturas del seguro de salud, conforme lo establecido en el artículo 16° del presente reglamento, deberán desplegarse en concordancia con lo establecido en el artículo 73°, párrafo tercero de la Constitución Política, todas las acciones necesarias para la recuperación de los recursos del Seguro de Salud invertidos en la prestación de tales atenciones. Corresponde a la Dirección de Cobros de la Gerencia Financiera el ejercicio de las acciones de Cobro Administrativo y Judicial que resulten necesarias..."

En proceso

- **APARTADO ESPECIAL:**

Problemática actual de financiamiento del Programa Aseguramiento por Cuenta del Estado por parte del FODESAF, y sus repercusiones sociales y financieras en el Seguro de Salud

1. ANTECEDENTES

1.1. Del Programa Asegurados por Cuenta del Estado y su fundamento legal

Mediante Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973, se materializa la universalización del seguro de enfermedad y maternidad, traspasando todos los hospitales a la CCSS, y facultándola a prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de tales servicios. Un mes después, se emite la Ley 5395 del 30 de octubre de 1973, que es la Ley General de Salud, la cual en su artículo 3, reconoce el derecho de “*todo habitante*” a la prestación de los servicios de salud, así como la obligación del Estado de garantizarla”.

En relación con lo anterior, el artículo 2 de la Ley No. 5349, de 24 de setiembre de 1973, señala a la Institución el deber de prestar asistencia médico – hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de la atención médica:

“... la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias...”

Posteriormente, se emitió el Decreto Ejecutivo 17898 del 2 de diciembre de 1987, que viene a regular el régimen de protección no contributiva denominado como **Asegurados por Cuenta del Estado**, el cual en sus artículos 1 y 2 expresamente indica:

“ARTÍCULO 1.-Con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, se reconoce el derecho de los "Asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su parte, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro (...)”

“ARTÍCULO 2.-Se define como "Asegurado por cuenta del Estado", el usuario de los servicios de salud que no está comprendido en algún o de los regímenes categorías y convenios propios de la Caja y que además no tenga capacidad de pago, conforme con las disposiciones de este Reglamento”.

Como consecuencia de aplicar el Aseguramiento por el Estado como un aseguramiento no contributivo, es obligación del Estado de dotar y girar a la CCSS las rentas necesarias para cubrir los referidos aseguramientos. El referido financiamiento se cubriría a partir de la vigencia de la Ley No. 7374 con recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), por corresponder dicho programa de protección al aseguramiento de la población que se encuentra en pobreza extrema o pobreza, tal como lo define el decreto ejecutivo No 17898-S.

1.2. Competencia de la CCSS en la asignación del Aseguramiento por cuenta del Estado

A la CCSS le compete asignar el Aseguramiento por cuenta del Estado a aquellas personas declaradas en condición de pobreza o pobreza extrema por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), o encontrarse incluidas en la base de datos del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), con el fin de que esta población tenga acceso a la asistencia médico-hospitalaria que brinda la CCSS.

Lo anterior como apoyo para la ejecución de programas de interés social en la lucha contra la pobreza y pobreza extrema, que corresponden a procesos sustantivos a cargo de otras instituciones del Estado, sin que este se considere obligada a brindar financiamiento, toda vez que la CCSS no está autorizada por Ley a financiar programas no contributivos, al estar su competencia determinada por el artículo 73 de la Constitución Política que estipula lo siguiente:

“ARTÍCULO 73.

Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

*La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. **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 de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales. (Así reformado por Ley No. 2737 del 12 de mayo de 1961.)” La negrita y el subrayado es nuestro.

1.3. Dirección de Coberturas Especiales como unidad rectora

En el contexto indicado, la Dirección de Coberturas Especiales, a través del Área Coberturas del Estado, como unidad rectora en materia de Aseguramiento por cuenta del Estado y como parte de sus actividades sustantivas, brinda asesoría técnica y capacitación a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, encargadas de asignar el beneficio de este aseguramiento en cada uno de los establecimientos de salud, con el propósito de divulgar la normativa vigente que rige la materia así como velar por su correcta aplicación.

Asimismo, el Área Coberturas del Estado se encarga de generar las bases de datos mensuales que sustentan el cobro al FODESAF por concepto de este aseguramiento, con las cuales la Dirección Actuarial y Económica calcula el costo del programa y la Dirección Financiero Contable remite al FODESAF las respectivas facturaciones.

De igual forma, el Área Coberturas del Estado remite al FODESAF el detalle mensual individualizado según lo solicitado por ellos como administradores del programa, así

también prepara y remite la documentación presupuestaria que anualmente es requerida por dicha entidad para efectos del financiamiento.

1.4. Déficit presupuestario

Como se ha señalado en ocasiones anteriores, desde el año 2015 el FODESAF arrastra una significativa deuda con el Seguro de Salud, producto de la presupuestación deficitaria que anualmente realizan y transfieren a nuestra Institución, de los dineros correspondientes al financiamiento del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 6 de la Ley 7374 Aprobación de los Contratos de Prestamos Suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica, tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Programa Atención Asegurados por cuenta del Estado Ley No. 7374
Costos Anuales del Programa Versus Asignaciones Presupuestarias FODESAF
Periodo 2015 al 2024
(Montos en millones de colones o porcentajes según se indica en cada columna)

Año	Costo Anual del Programa	Monto Asignado por FODESAF	Déficit Presupuestario	% Déficit Presupuestario
2015	45,353	34,000	-11,353	-25.0%
2016	55,942	35,000	-20,942	-37.4%
2017	65,047	36,715	-28,332	-43.6%
2018	76,149	36,715	-39,434	-51.8%
2019	89,084	36,715	-52,369	-58.8%
2020	103,258	36,715	-66,543	-64.4%
2021	102,537	36,715	-65,822	-64.2%
2022	111,601	36,715	-74,886	-67.1%
2023	126,249	36,715	-89,534	-70.9%
2024	91,640	1,000	90,640	98.9%
Total	866,860	327,005	-539,855	-57.9%

Fuente: Bases de datos Área de Coberturas del Estado, Dirección de Coberturas Especiales

Como bien puede observarse, las sumas anuales presupuestadas por el FODESAF resultan muy inferiores a los costos reales del programa calculados por nuestra Dirección Actuarial para cada período, así como llama la atención que desde el año 2017 el FODESAF estableció una suma anual fija para este programada por un monto de 36,715 millones de colones, indistintamente de que en el Plan Presupuesto Anual que para cada ejercicio se elabora en esta Institución y se remite al FODESAF, ahí se consigna claramente cuáles son los costos reales del programa.

Para el periodo presupuestario 2024, la situación es aún más crítica, ya que según consta en oficio MTSS-DMT-OF-629-2023, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social destinó únicamente 1.000 millones de colones para el programa Asegurados por cuenta del Estado, lo que representa apenas un 1% del costo total del programa estimado por la Dirección Actuarial y Económica, que para dicho periodo asciende a 91,640 millones de colones, según lo indicado en su oficio PE-DAE-0623-2023.

1.5. Suspensión de pagos y deuda acumulada

Tal y como se ha informado anteriormente, hasta el ejercicio presupuestario del 2020, el FODESAF transfirió a la CCSS el 100% de los recursos presupuestados, sumas que si bien insuficientes conforme lo indicado en los párrafos precedentes, al menos hasta ese momento el Seguro de Salud recibía dichos recursos para alivianar un poco la carga financiera que dicho programa anualmente le genera.

No obstante, mediante copia del oficio GF-DP-2306-2022 fechado 15 de Setiembre de 2022 suscrita por el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto, mediante la cual remite al entonces Director General del FODESAF, Lic. Greivin Hernández González, el Informe de Liquidación Presupuestaria del Programa Asegurados por Cuenta del Estado (ACE) correspondiente al ejercicio 2021, conocemos que desde el cuarto trimestre del año 2021 y hasta la fecha, el FODESAF ha suspendido el giro de recursos a la CCSS.

Asimismo, el documento de cita indica que en lo que respecta al ejercicio 2021, el FODESAF solamente giró la suma de 16,812.1 millones de colones, que corresponde a tan sólo un 45,8% de los 36,715.0 millones de colones presupuestados, y aunado a ello tenemos conocimiento que para los periodos 2022 y 2023 el FODESAF tampoco ha realizado los respectivos pagos, situación que agrava aún más el déficit financiero que presenta este programa, cuya deuda acumulada por ese concepto alcanza la suma de 542,5 mil millones de colones, tal y como que se detalla en el siguiente cuadro:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Programa Atención Asegurados por cuenta del Estado Ley No. 7374
Costos Anuales del Programa Versus Sumas Pagadas por FODESAF
Periodo 2015 al 2023
(Montos en millones de colones)

Año	Costo Anual del Programa	Sumas Pagadas por FODESAF	Saldo pendiente por pagar
2015	45,353	34,000	11,353
2016	55,942	35,000	20,942
2017	65,047	36,715	28,332
2018	76,149	36,715	39,434
2019	89,084	36,715	52,369
2020	103,258	36,715	66,543
2021	102,537	16,812	85,725
2022	111,601	0	111,601
2023	126,249	0	126,249
Total	775,220	232,672	542,548

Fuente: Bases de datos Área de Coberturas del Estado, Dirección de Coberturas Especiales

Por lo anterior, en su momento procedimos a revisar exhaustivamente nuestros expedientes y registros internos de correspondencia relacionados con esta materia, en busca de algún comunicado oficial por parte de dicha entidad a través de la cual informaran a la Caja sobre la suspensión del giro de recursos a la Caja, sin ningún resultado positivo.

Lo más cercano que se logró ubicar en relación con el presupuesto del ejercicio 2021, es el oficio MTSS-DESAF-OF- 238-2021 de fecha 19 de febrero de 2021 dirigido al Máster Juan Piedra Montero, quien en esa fecha se encontraba a cargo del Área Coberturas del Estado por vacaciones del titular, a través del cual el señor Greivin Hernández Gonzáles, entonces Director General de DESAF, en lo de interés indica:

“...Me dirijo a usted, en relación con su oficio de referencia, para comunicarle que esa Institución, cumplió parcialmente con la presentación de los requerimientos solicitados de orden programáticos para la aprobación del Plan Presupuesto 2021 del Programa Asegurados por cuenta del Estado – CCSS, recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, Fodesaf, no así, con la presentación del módulo presupuestario. ...”

“...Por lo anterior, y visto que a la fecha aún no han presentado la información requerida en el oficio MTSS-DESAF-OF 597-20202, se le insta a la presentación de la misma, y así evitar complicaciones en el giro de recursos...”

Cabe señalar que dicha información faltante, fue debidamente remitida al señor Hernández González mediante oficio DCE-ACE-0047-2021 del 17 de marzo de 2021, con lo cual de nuestra parte quedó debidamente atendida esa situación.

1.6. Variación población meta por parte del FODESAF

Se conoce que en junio de 2021 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mediante documento MTSS-DMT-OF-776-2021, planteó consulta a la Procuraduría General de la República relacionada con el aporte que realiza el FODESAF al programa Asegurados por cuenta del Estado, a fin de conocer la obligación y los alcances jurídicos que tiene el FODESAF frente a los beneficiarios del citado programa, esto por cuanto según criterio jurídico de la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF), el FODESAF debía financiar únicamente la atención de personas indigentes en condición de calle, y no así a la población en condición de pobreza y pobreza extrema tipificada en el “Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado” de la CCSS.

Ante dicha consulta, la Procuraduría confirió audiencia a la CCSS para que esta diera su criterio al respecto, de lo cual la Institución mediante oficio PE-2666-2021 brindó respuesta adjuntando criterio emanado por nuestra Dirección Jurídica, que concluye lo siguiente:

“Con fundamento en lo antes expuesto, se estima que teniendo en consideración que a través del programa Asegurados por el Estado se otorga el aseguramiento en el Seguro de Salud a la población en pobreza o pobreza extrema, que no se encuentra obligada a contribuir ante la Caja, es procedente la utilización de recursos del Fondo de Asignaciones Familiares de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 5662, Ley de Asignaciones Familiares y otras leyes especiales que brindan dicha protección con financiamiento del Fondo, así como con fundamento en los distintos decretos que han establecido programas del Estado que otorgan dicho beneficio financiado con recursos del FODESAF, y de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 7374, sin que esta última norma se pueda interpretar que con los recursos del FODESAF solo se puede brindar el Aseguramiento por el Estado a la población indigente.”

La Procuraduría General de la República, una vez analizado lo señalado por la DESAF y por la CCSS referente a la consulta planteada, en noviembre de 2021 mediante documento PGR-C-311-2021 emitió su criterio al respecto, del cual se desprenden las siguientes conclusiones:

“1.- FODESAF debe financiar los costos de aseguramiento de las personas que se encuentren en “indigencia médica”, en los términos en que la define el artículo 10 del decreto n.º 17898, siempre que esas personas estén en una situación de pobreza o de pobreza extrema, requisito indispensable para tener acceso a los recursos de dicho Fondo.

2.- El decreto n.º 17898 y el concepto de “indigencia médica” tenían ya varios años de existir cuando se aprobó la ley n.º 7374, por lo que es posible presumir que cuando el artículo 6 de esa ley hace referencia a la obligación de FODESAF de cubrir los costos de atención de la “población indigente” se refería a las personas que se encontraban en estado de “indigencia médica”.

3.- De conformidad con el artículo 3 de la ley n.º 5662, con los recursos de FODESAF puede también brindarse ayuda complementaria para el financiamiento del seguro de salud de personas que no se encuentren en estado de “indigencia médica”, siempre que estén en condición de pobreza o de pobreza extrema.”

En vista de lo anterior, la Procuraduría avaló el proceder de la CCSS con la definición de la población meta del programa Aseguramiento por cuenta del Estado, no obstante, tal y como se detalla más adelante en el presente informe, el FODESAF mantuvo su posición de financiar únicamente la atención de personas indigentes en condición de calle, y no así a la población en condición de pobreza y pobreza extrema definida en el Decreto 17898.

2. GESTIONES REALIZADAS

2.1. Para el cumplimiento de nuevos requerimientos técnicos

A partir del Plan Presupuesto 2022, el FODESAF presentó una serie de observaciones y recomendaciones a la formulación del presupuesto para ese ejercicio que en años anteriores no habían sido presentadas, y que dado su volumen y complejidad de algunas de ellas, exigió al Área Coberturas del Estado a realizar un análisis detallado de los ajustes y recomendaciones solicitadas, para así buscar cumplir con aquellos aspectos que técnica y jurídicamente fueran factibles. A manera de ejemplo, en una de las recomendaciones emitidas por el FODESAF, y que obviamente no fue acogida por ser contraria a los principios técnicos y jurídicos que regulan esta materia, FODESAF solicitaba que el Plan Presupuesto presentado tenía que ajustarse a los 36,715.0 millones de colones por ellos presupuestados, y no las cifras de costos anuales del programa calculadas por nuestra Dirección Actuarial, que es lo que de nuestra parte todos los años se refleja en dicha formulación.

Es importante indicar también, que aprovechando que en el momento que FODESAF presentó sus observaciones y recomendaciones para el Plan Presupuesto 2022, de una

vez incorporamos dichos ajustes dentro del diseño Plan Presupuesto 2023 que en ese momento nos encontrábamos elaborando.

Las observaciones antes indicadas fueron presentadas formalmente al Máster Eduardo Flores Castro, Jefe del Área Coberturas del Estado, mediante oficio MTSS-DESAF-OF-507-2022 de fecha 7 de junio de 2022 suscrito por el Lic. Juan Cancio Quesada Picado, entonces Director a.i. del FODESAF, oficio que fue respondido por parte de la Licda. Elizabeth Zamora Gómez, en ese momento Jefatura a.i del Área Coberturas del Estado por vacaciones del titular, a través de nota DC-ACE-0141-2022 del 15 de julio 2022.

En respuesta a lo anterior, posteriormente se recibió el oficio MTSS-DESAF-OF-775-2022 de fecha 8 de septiembre de 2022 suscrito por el Lic. Luis Alberto Ávalos Rodríguez, actual Director General de FODESAF, mediante el cual en lo de interés indica:

“...Me dirijo a usted, en relación con su oficio de referencia, mediante el cual se remite a esta Dirección General, los documentos y requerimientos solicitados para la aprobación del diseño del plan presupuesto 2022 del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, en respuesta a nuestro oficio MTSS-DESAF-OF-507-2022, de fecha 07 de junio de 2022...”

“...En particular, para comunicarle que luego de realizar la revisión de los documentos presentados por la Unidad Ejecutora en el que se le incluyeron los cambios requeridos, se pudo corroborar que el Programa cumple con los requerimientos solicitados de orden programático para la elaboración del Plan Presupuesto 2022...”

“...No obstante, lo anterior, se indica que la Unidad Ejecutora continúa incorporando en el diseño del programa lo relacionado al Aseguramiento por Cuenta del Estado Provisional, específicamente en los siguientes apartados: “Población beneficiaria”, “Metodología para la selección de la población beneficiaria” y “Periodo para recibir los productos del programa por parte de la población beneficiaria...”

“...Ahora bien, con el fin de continuar con el proceso de análisis y aprobación del plan presupuesto y en aras de contribuir con la población beneficiaria de los recursos del Fondo, se le solicita, presentar a esta Dirección General, el detalle de los beneficiarios y monto de recursos Fodesaf, que estarían destinados al Aseguramiento por Cuenta del Estado Provisional, para proceder a determinar el monto total de recursos que podrán ser utilizados para la ejecución del Programa en el presente período 2022...”

Con fecha 13 de setiembre 2022 y mediante oficio DCE-ACE-0191-2022, el Máster Eduardo Flores Castro, Jefe del Área Coberturas del Estado, brindó la respuesta correspondiente a la nota MTSS-DESAF-OF-775-2022, explicando en detalle los aspectos relacionados con los Aseguramientos Provisionales, tanto en lo que respecta a su fundamento jurídico desde antes de la entrada en vigencia del Artículo 11Bis del Reglamento del Seguro de Salud, como en lo correspondiente a la no inclusión de ese tipo de casos de aseguramientos temporales dentro de la presupuestación que anualmente se remite al FODESAF.

En respuesta de eso, se recibe oficio MTSS-DESAF-OF-792-2022 14 de setiembre 2022, suscrito por el Lic. Luis Avalos Rodríguez, Director del FODEAF, el cual en lo de interés incluye tres recomendaciones con indicación expresa de que dicha información debe ser presentada, a más tardar el 21 de setiembre ante esa Dirección, a saber:

- I. *Presentar el documento de plan presupuesto debidamente actualizado, eliminando lo correspondiente al “Aseguramiento por Cuenta del Estado Provisional” de los apartados anteriormente indicados.*
- II. *Adicionar, en el caso de que la Unidad Ejecutora considere que dicho tipo de aseguramiento se debe mantener en el diseño del programa, en cada uno de los apartados en los cuales se hace referencia al citado aseguramiento, una nota indicando que: “Los subsidios otorgados a personas beneficiarias con un Aseguramiento por Cuenta del Estado Provisional, no serán cobrados al Fodesaf ni reportados como parte de la ejecución del programa. El subsidio a pagar con cargo a los recursos del Fodesaf será, únicamente, el correspondiente al Aseguramiento por Cuenta del Estado Definitivo.*
- III. *Adjuntar, a la solicitud de cobro presentada a la Desaf, documento mediante el cual se certifique que toda la población beneficiaria con recursos del Fodesaf, corresponde al tipo de “Aseguramiento por Cuenta del Estado Definitivo” y por lo tanto cumplen con la condición de pobreza y pobreza extrema establecida en el artículo 2 de la Ley 5662 y sus reformas; así como las disposiciones contenidas en la ley 9137 (Crea Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), y lo establecido en la Directriz Presidencial N°060-MTSS-MDHIS “Priorización de atención de la pobreza mediante la utilización del sistema nacional de información y registro único de beneficiarios del Estado dirigida a la Administración Central y Descentralizada del sector social” del 15 de octubre del 2019, la cual dispone la herramienta SINIRUBE, como la fuente de información socioeconómica y como registro único de beneficiarios de programas sociales.*

Con indicación expresa de que dicha información debe ser presentada, a más tardar el 21 de setiembre ante esa Dirección.

Con fecha 21 de setiembre de 2022 y mediante oficio DCE-ACE-0190-2022 el Máster Eduardo Flores Castro, Jefe del Área Coberturas del Estado, brinda en tiempo y forma la respuesta correspondientes, de la cual en relación con el punto 3 sobre la certificación solicitada, y tratándose de un requerimiento de mayor complejidad, totalmente nuevo e imprevisto toda vez que nunca antes en el tiempo FODESAF había solicitado ese tipo de certificación, el Master Flores Castro señala que para la atención de dicha recomendación:

“...Sobre esta recomendación, actualmente se encuentra en proceso el desarrollo de un requerimiento técnico que permita certificar que las solicitudes de cobro al Desaf, correspondan únicamente a la población con el beneficio “Aseguramiento por Cuenta del Estado Definitivo...”

En este punto, es importante hacer notar que hasta ese momento en ninguno de los oficios emanados del FODESAF, se indica expresamente que la transferencia de los recursos a la CCSS por concepto de Asegurados por el Estado quede condicionado al envío de la certificación antes señalada.

Con fecha 27 de setiembre 2022, el Área Coberturas del Estado recibe oficio MTSS-DMT-OF-1314-2022 suscrito por el Señor Luis Paulino Mora Lizano, Ministro a.i. de Trabajo y Seguridad Social, mediante el cual comunica al Máster Eduardo Flores Castro lo siguiente:

“...el total de beneficiarios registrados como habitantes de la calle, según registros del sistema Sinirube, corresponde a 1612 personas. Siendo 804 personas beneficiarios del programa que cumplen a cabalidad con las condiciones establecidas en el programa y debidamente registradas por Sinirube.

*Esta población debidamente identificada, será cubierta con recursos Fodesaf sin que exista inconveniente alguno lo cual equivale a un total de 418.679.784 según el cálculo enviado de por su persona (804 personas validadas en Sinirube * 43.395.50 [Calculo pendiente de recibir la certificación actuarial de la CCSS]* 12 meses)*

Debe informarse que dada la discrecionalidad que tiene el Fodesaf para financiar la población con estrato socioeconómico de pobreza o pobreza extrema, pero fuera de la condición de calle, según se concluye del criterio de la Procuraduría General de la República PGR-C-311-2021 del 18 de noviembre del 2021 y además de la obligación de garantizar una efectiva ejecución de los recursos destinados a la atención social, debiendo evitar al máximo la ociosidad de los mismos, del total de recursos asignados al programa Asegurados por cuenta del Estado, se dispondrán un total de ¢8.000.000.000 (OCHO MIL MILLONES DE COLONES), que serán remitidos al Imas para dar cobertura a personas en condición de pobreza y pobreza extrema mediante el decreto ejecutivo N° 43670 de la creación del Beneficio temporal por inflación.

En cuanto al remanente correspondiente a lo asignado al programa Asegurados por cuenta del Estado (28.296.320.216.00), se trasladarán los recursos correspondientes según se logren certificar la cantidad de beneficiarios que estén registrados en Sinirube, respaldando la condición de habitantes de la calle o en su defecto asegurados que estén registrados correspondientemente en pobreza y pobreza extrema en Sinirube.

Ante dicha comunicación, inmediatamente se gestionó por nuestra parte una reunión con el Lic. Luis Avalos Rodríguez, Director del FODESAF, para que nos aclararan algunas dudas y conceptos sobre el contenido de dicho oficio, ya que lo externado por el Señor Ministro de Trabajo no solamente establece nuevas condiciones para el manejo de la información que nunca antes hasta esa fecha habían sido requeridas y menos comunicadas previamente a nuestra Institución, tal es el caso de la certificación emanada de SINIRUBE sobre la totalidad de nuestra base de datos de Asegurados por el Estado, sino que además incumplen la normativa vigente que por todos estos años ha regido el tema del financiamiento del Aseguramiento por el Estado, tomando la decisión de pagar únicamente a la CCSS sobre la población que vive en condición de calle, dejando como una potestad facultativa de ellos el pagar o no sobre la demás población que vive en condición de pobreza o pobreza extrema, así como la potestad que se arrogan de recortar el presupuesto anual para este programa, y trasladar a su discrecionalidad dichos recursos para la atención de otros programas que no tienen relación directa con el Aseguramiento por el Estado.

Con fecha 30 de setiembre de 2022 se llevó a cabo la reunión solicitada con el señor Director de FODESAF, en la cual por parte de nuestra Institución participamos la señora Carolina Gonzalez Gaitán y el señor Marvin Quirós Valerio, ambos de nuestra Dirección Actuarial, así como los señores Eduardo Flores Castro, Bryan Castillo Martínez y el Lic. Miguel Cordero García por parte de la Dirección de Coberturas Especiales. En dicha reunión, además de exponer los suscritos nuestras dudas y preocupaciones sobre el particular, el señor Avalos Rodríguez fue muy concreto en externar que efectivamente a

partir del oficio MTSS-DMT-OF-1314-2022, en materia de administración y financiamiento del Programa Asegurados por cuenta del Estado las cosas serían tal cual las exponía el Señor Ministro en su nota, y más aún, es en dicha reunión donde formalmente se nos comunica que el pago de los recursos correspondientes para el año 2022 y en adelante, se hará únicamente contra certificación emanada del SINIRUBE respecto de la información contenida en nuestra base de datos de Asegurados por el Estado, para lo cual y poder cancelar al menos un poco de recursos remanentes que tiene disponibles, nos concedían plazo máximo al 15 de octubre de 2022 para entregarles dicha certificación.

A raíz de lo anterior, el lunes 3 de octubre y con la intermediación del Lic. Luis Rivera Cordero, Director del SICERE, a quien solicitamos su colaboración dada la estrecha relación que en el tiempo ellos han establecido con el SINIRUBE, logramos concertar para ese mismo día dos reuniones con la Licda. Irene Hernández Carazo, Actual Directora a.i. de dicho Órgano, a quien expusimos nuestra urgencia dado el requerimiento imprevisto planteado por el FODESAF de certificar nuestra base de datos de Asegurados por el Estado, y a quien solicitamos valorar opciones para tratar mediante un proceso automatizado, cruzar la información nuestra con los registros del SINIRUBE y generar así la información indicada.

Afortunadamente la Licda. Hernandez Castro se mostró muy accesible y anuente a colaborarnos, indicándonos que ellos podían internamente hacer ese cruce de información y generar los resultados correspondientes, para lo cual era necesario que les trasladáramos nuestras bases de datos lo antes posible para ellos proceder de conformidad.

Así las cosas, conteste con el requerimiento de certificación y con los acuerdos adoptados en la reunión del 30 de setiembre 2022, esta Dirección mediante oficio GF-DCE-0188-2022/DCE-ACE-0223-2022 fechado 14 de octubre 2022, remite la certificación emanada por SINIRUBE, cumpliendo en tiempo y forma lo requerido para el traslado de los recursos correspondientes al año 2022.

A partir de ese momento y hasta la fecha, las bases de datos mensuales que el Área de Coberturas del Estado remite al FODESAF para sustentar el cobro del programa Aseguramiento por cuenta del Estado, llevan adjuntas las certificaciones emanadas por el SINIRUBE, respaldando la condición de pobreza y pobreza extrema.

Sobre este aspecto cabe señalar que llevamos a cabo reuniones con la Directora Ejecutiva del SINIRUBE en su momento, con el fin de definir de manera conjunta un proceso automatizado que permita cruzar la información nuestra con los registros del SINIRUBE y generar así la información indicada, sin embargo esto no fue posible, ya que nos indicaron que una solución tecnológica de esa naturaleza se podría desarrollar únicamente en el marco de una adenda al convenio vigente entre la CCSS y el SINIRUBE, misma que no se ha podido concretar por razones ajenas a nuestra competencia.

Por lo anterior, para obtener las certificaciones emanadas por SINRUBE requeridas por el FODESAF, desde octubre 2022 y hasta la fecha, se realiza un proceso que consiste en que la Dirección de Coberturas Especiales solicite colaboración a la Dirección SICERE, como representante institucional en el convenio vigente entre la CCSS y el SINIRUBE, para que esta traslade formalmente nuestra solicitud de cruce de información al SINIRUBE, que para tales efectos el SINIRUBE ha brindado acceso a la jefatura del Área Coberturas del Estado, a una carpeta FTP creada por ellos, con en fin de que ahí se carguen los archivos CCSS y se descarguen los archivos generados por el SINIRUBE.

Este nuevo proceso ha influido en el tiempo que tardamos en enviar la información mensual a la Dirección Actuarial y al FODESAF, ya que dependemos del tiempo de respuesta de SINIRUBE, que en ocasiones ha tardado semanas en dar respuesta y en otras ocasiones ha tardado meses.

2.2. Sobre decisión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de trasladar recursos del programa Asegurados por Cuenta del Estado a otros programas.

Dada la relevancia de lo expuesto por el Ministro de Trabajo en cuanto a la decisión de pagar únicamente a la CCSS sobre la población que vive en condición de calle, y recortar el presupuesto anual de este programa para trasladar los recursos a otros programas, y considerando el impacto que eso puede implicar en la cobertura en salud para las poblaciones vulnerables, que vienen contando con el derecho de acceder a las atenciones en salud ya sea como beneficiario directo o a través del derecho a la protección familiar, la Gerencia Financiera y Dirección de Coberturas Especiales mediante oficio conjunto GF-3095-2022/GF-DCE-0187-2022 fechado 24 de octubre 2022, dan respuesta a ese Ministerio brindando un análisis del tema, señalando ampliamente la obligación que tiene establecida FODESAF en otorgar financiamiento al Programa Asegurados por Cuenta del Estado.

Asimismo, en el citado oficio se le planteó a dicho Ministerio una serie de consultas las cuales fueron respondidas mediante oficio MTSS-DMT-OF-1614-2022 fechado 01 de noviembre 2022, según se muestra en el siguiente detalle:

- 1) Según se desprende de su atento oficio ¿A partir de qué momento, el FODESAF cancelará a la Caja Costarricense de Seguro Social por concepto de Aseguramiento por el Estado, únicamente los recursos correspondientes a la población que estrictamente vive en condición de calle, según los registros del SINIRUBE?**

R/ Es importante indicar que el FODESAF tiene la obligación legal de financiar la población del programa ACE, cuya condición se certifique en indigencia médica, situación que por el riesgo social que genera tiene el resguardado del FODESAF.

Respecto a los demás beneficiarios del programa ACE, el Reglamento de Salud, en el artículo 62, punto 4 establece:

“Artículo 62.-De las contribuciones...

(...) 4. Asegurados a cargo del Estado

La contribución para financiar el aseguramiento de esta población y la cubierta por el Estado por diversas leyes como Código de la Niñez y la Adolescencia, Internos en Centros Penales y otras Leyes Especiales existentes más las que a futuro llegaren a crearse, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Además, el aporte del Estado como tal de 0,25% se aplicará sobre toda la masa cotizante (totalidad de los ingresos de referencia sobre los

cuales se calcula la cotización), derivada de las poblaciones de asegurados a cargo del Estado, Internos en Centros Penales y la cubierta por el Código de la Niñez y la Adolescencia y otras Leyes Especiales existentes más las que a futuro llegaren a crearse.”

La normativa citada es clara en establecer un financiamiento específico del programa ACE, mediante leyes especiales, por lo que la asistencia adicional que el FODESAF brinde tendrá la condición de ayuda complementaria.

Ahora bien, en el ámbito de la ejecución de los programas complementarios financiados con recursos FODESAF, las unidades ejecutoras, sin excepción, deben de cumplir requisitos legales que establece la DESAF, a efecto de resguardar el destino de los recursos a favor de los beneficiarios en pobreza básica y pobreza extrema.

Para ese año, la DESAF analizó el programa ACE y detectó cuatro factores de incumplimiento:

- 1. Declarar Fuentes de financiamiento principales y adicionales*
- 2. Falta de validación del SINIRUBE respecto a la población seleccionada.*
- 3. Inconsistencia en el diseño del programa, al no aclarar el beneficiario temporal*
- 4. Incumplimiento en la firma del Convenio DESAF/CCSS*

La falta de estos factores inhibe al programa ACE de ser considerado como programa complementario del FODESAF.

- 2) ¿A partir de qué momento, FODESAF comunicará la suspensión del aseguramiento por el Estado respecto a aquellas personas vulnerables que se encuentran en condición de pobreza o pobreza extrema, pero no en condición de calle, y las cuales hasta la fecha siempre han tenido la posibilidad de optar por un Aseguramiento por el Estado bajo el financiamiento del FODESAF e incluso mantiene vigente tal cobertura en salud? ¿Operará alguna disposición transitoria para el cierre del financiamiento y para la desafiliación de las personas que vienen con la cobertura del Aseguramiento por el Estado?**

R/ Conforme a la Ley 5349, Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el órgano competente en la administración y ejecución del programa ACE.

Respecto a la DESAF, su competencia se limita a la administración de los recursos del FODESAF, verificando que los programas sociales, sin excepción, cumplan con las formas legales, con el fin de que los beneficios lleguen a la población en pobreza.

Si la CCSS tiene la necesidad de que se le considere dentro del presupuesto de programas complementarios, debe atender los factores señalados por la DESAF como “incumplimiento”, para que se analice nuevamente el diseño del programa; considerando adicionalmente la programación presupuestaria de cada año y sus limitaciones.

- 3) Con respecto a los recursos anualmente presupuestados por el FODESAF para la atención del Programa Asegurados por el Estado, se interpreta que**

no existe obligación del FODESAF de transferir recursos a la Caja sobre la población no habitante de calle, ¿será entonces una decisión exclusiva del FODESAF, tomar recursos de esos fondos anuales presupuestados, para destinarlos a otros programas no relacionados, tal es el caso de los 8,000 millones de colones indicados en su oficio, que serán trasladados al IMAS para la atención del decreto ejecutivo N° 43670 de la creación del Beneficio temporal por inflación?

R/ La DESAF tiene el deber inexorable de atender con prontitud la necesidad de las personas en pobreza, por lo que la distribución de los recursos complementarios se asigna conforme a las prioridades establecidas en la política social vigente, partiendo claramente en el cumplimiento cabal de los requisitos legales por parte de la unidad ejecutora respectiva.

- 4) Finalmente, se requiere conocer a raíz de las decisiones últimas que a lo interno del FODESAF y de ese estimable Ministerio se han adoptado en relación con el financiamiento del Programa Asegurados por el Estado, al cual desde el mes de octubre del año 2021 no se le han girado los recursos por Ley establecidos, ¿si ambas dependencias han valorado el impacto negativo que tales decisiones conllevan sobre una población con un alto grado de vulnerabilidad social y económico, la cual de no contar con esta modalidad de aseguramiento como la relacionada en el abordaje, no podrán tener acceso a los servicios de salud, representando un enorme impacto social y el retroceso que ello implica en los esfuerzos gubernamentales que se han venido desarrollando en materia de combate a la pobreza.”**

R/ La CCSS de conformidad con la normativa ampliamente citada, es el órgano responsable en la administración y ejecución del programa ACE; y dispone de forma ordinaria de fuentes directas de recursos para su financiamiento; cualquier análisis del impacto que pueda generar este programa social es competencia exclusiva de la CCSS, por lo que se reitera que de considerar cualquier ayuda complementaria del FODESAF, lo primero es atender los

Ante las respuestas emitidas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre las consultas planteadas, la Gerencia Financiera y Dirección de Coberturas Especiales a través de oficio GF-3843-2022/GF-DCE-213-2022 fechado 12 de diciembre 2022, evidencian a ese Ministerio que no existe incumplimiento por parte de la CCSS con respecto a los factores indicados por DESAF, por los argumentos que se detallan a continuación:

I. Declarar Fuentes de financiamiento principales y adicionales

Sobre este aspecto, cabe señalar lo estipulado en el en **Convenio de apoyo a la consolidación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro entre el Ministerio de Hacienda, la Caja Costarricense de Seguro Social, y el Ministerio de Trabajo**, firmado en junio del 2011, el cual en su cláusula 5 establece lo siguiente:

“Cláusula 5: De la inclusión del pago por asegurados por cuenta del estado en el Presupuesto de FODESAF

*Corresponderá a FODESAF incluir presupuestariamente el pago de atención de la población indigente a partir del presupuesto del 2012. Para tal fin, DESAF contará con los sistemas de información que permitan estimar el monto preciso del costo a cancelar a la CCSS por este concepto. El pago correspondiente se realizará gradualmente de la siguiente forma: el primer año DESAF cubrirá el 25%, el segundo año el 50%, el tercer año el 75%, y para el cuarto año **el DESAF asumirá el costo total de la población indigente**, correspondiendo al Gobierno Central mediante una transferencia específica asumir el saldo al descubierto. Estos porcentajes podrán variar dependiendo del nivel recaudatorio del fondo...” La negrita es nuestra.*

Como se indica en la citada cláusula, el FODESAF debe asumir el costo total del programa Aseguramiento por Cuenta del Estado, como única fuente de financiamiento y garantizando el pago completo de dicho programa.

Asimismo, es de recibo considerar lo señalado por la Dirección Jurídica de la CCSS en el criterio GA-DJ-5087-2021, emitido por la Procuraduría General de la República, sobre la consulta formulada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en relación con los alcances del Artículo 6 de la Ley N.º 7374, el cual dispuso en el apartado de conclusiones:

“Con fundamento en lo antes expuesto, se estima que teniendo en consideración que a través del programa Asegurados por el Estado se otorga el aseguramiento en el Seguro de Salud a la población en pobreza o pobreza extrema, que no se encuentra obligada a contribuir ante la Caja, es procedente la utilización de recursos del Fondo de Asignaciones Familiares de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 5662, Ley de Asignaciones Familiares y otras leyes especiales que brindan dicha protección con financiamiento del Fondo, así como con fundamento en los distintos decretos que han establecido programas del Estado que otorgan dicho beneficio financiado con recursos del FODESAF, y de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 7374, sin que esta última norma se pueda interpretar que con los recursos del FODESAF solo se puede brindar el Aseguramiento por el Estado a la población indigente.”

Conteste con lo anterior, la Procuraduría General de la República en su criterio PGR-C-311-2021, avala lo señalado por la CCSS, según se observa en lo conducente, en el apartado de conclusiones de dicho criterio:

*“... 1.- **FODESAF debe financiar los costos de aseguramiento de las personas que se encuentren en “indigencia médica”, en los términos en que la define el artículo 10 del decreto n.º 17898**, siempre que esas personas estén en una situación de pobreza o de pobreza extrema, requisito indispensable para tener acceso a los recursos de dicho Fondo.*

*2.- El decreto n.º 17898 y el concepto de “indigencia médica” tenían ya varios años de existir cuando se aprobó la ley n.º 7374, por lo que es posible presumir que cuando el artículo 6 de esa ley hace referencia a la obligación de FODESAF de cubrir los costos de atención de la “población indigente” se refería a las **personas que se encontraban en estado de “indigencia médica”**. La negrita es nuestra.*

Por lo expuesto, se evidencia que no existe ningún incumplimiento por parte de la CCSS, en cuanto a la identificación de la fuente de financiamiento de este programa, toda vez que

desde el año 1993, a tenor de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 7374 del 3 de diciembre de ese año, se estableció claramente que el costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares, situación que fue ratificada en junio del año 2011 a través de la suscripción entre el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo y Caja Costarricense del Seguro Social, del Convenio de Apoyo a la Consolidación Financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, citado en párrafos anteriores.

II. Falta de validación del SINIRUBE respecto a la población seleccionada.

De conformidad con lo resuelto por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, según consta en el artículo 24° de la sesión N°9079, celebrada el 13 de febrero de 2020, se aprobó la adición Reglamentaria del Artículo 11 Bis “*Seguro por el Estado*” dentro del Reglamento de Seguro de Salud, el cual incorpora la definición de Aseguramiento por el Estado, así como los requisitos para optar con el beneficio de esta modalidad, los cuales son los necesarios, simples, y que no generan duplicidad de requerimientos de normativa interna y externa, cumpliendo así con los requisitos de celeridad, simplificación, legalidad, transparencia, coordinación interna y articulación entre instituciones pública a la luz del a Ley 8220 y su Reglamento.

En ese orden de ideas, la citada reforma reglamentaria señala textualmente en su inciso b), y en lo que respecta al otorgamiento del Aseguramiento por el Estado, lo siguiente:

“b. Del otorgamiento:

Para optar por el Aseguramiento por Cuenta del Estado, el núcleo familiar debe haber sido declarado en condición de pobreza por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), o encontrarse incluido en la base de datos del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE)”. (El destacado no corresponde al texto original).

Como puede apreciarse, más bien por iniciativa propia la Caja Costarricense de Seguro Social, desde principios del año 2020, propuso y modificó su normativa interna relacionada con el Aseguramiento por el Estado, con la finalidad de precisamente ajustarla respecto al uso de la consulta al SINIRUBE para otorgar este beneficio.

De esta forma, y a partir de la entrada en vigencia de dicha reforma reglamentaria, cuando un usuario se presenta a algún establecimiento de salud de la CCSS y solicita la aplicación del Aseguramiento por cuenta del Estado, los funcionarios de las Unidades de Validación de Derechos de nuestros Centros Médicos, verifican a través de alguno de los 670 accesos de consulta autorizados a nuestra Institución por el Consejo Directivo de SINIRUBE, la clasificación que ostenta esa persona en los registros oficiales del SINIRUBE, y con base en ello asigna o rechaza el aseguramiento según corresponda.

Por otro lado, tal y como se indica anteriormente, el FODESAF emitió requerimiento contenido en su oficio MTSS-DESAF-OF-792-2022 fechado 14 de setiembre 2022, de adjuntar a la solicitud de cobro presentada a la DESAF, la certificación que indique que toda la población beneficiaria con recursos del FODESAF, corresponde al tipo de “Aseguramiento por cuenta del Estado Definitivo” y por lo tanto cumplen con la condición de pobreza y pobreza extrema, para lo cual se usó los registros de SINIRUBE, como la fuente de información socioeconómica y registro único de beneficiarios de programas sociales.

Asimismo, mediante oficio MTSS-DMT-OF-1314-2022 de fecha 27 de setiembre de 2022, el Ministerio de Trabajo señala que se trasladarán los recursos correspondientes al programa Aseguramiento por cuenta del Estado según se logren certificar la cantidad de beneficiarios que estén registrados en SINIRUBE, respaldando la condición de habitantes de la calle o en su defecto asegurados que estén registrados correspondientemente en pobreza y pobreza extrema en dicho sistema.

Reiteramos que para valorar el cumplimiento de los dichos requerimientos solicitados a la CCSS para el pago del programa Aseguramiento por cuenta del Estado, el 30 de setiembre 2022 se llevó a cabo una reunión presencial en la Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, en la que el Lic. Luis Alberto Ávalos Rodríguez, director de esa unidad, concedió un plazo máximo al 15 de octubre de 2022 para que la CCSS entregará la certificación solicitada y así poder realizar los pagos del programa correspondientes al año 2022.

Mediante el oficio GF-DCE-0188-2022/DCE-ACE-0223-2022 fechado 14 de octubre 2022, la Gerencia Financiera a través de la Dirección de Coberturas Especiales, atiende la recomendación, el requerimiento de certificación y los acuerdos adoptados en la reunión del 30 de setiembre 2022, y adjunta la certificación emitida por SINIRUBE, cumpliendo en tiempo y forma con lo requerido para el traslado de los recursos correspondientes al año 2022.

Así las cosas, se evidencia que la CCSS no ha sido omisa en sus actuaciones y que por lo tanto tampoco ha incurrido en incumplimientos relacionados con falta de validación del SINIRUBE respecto a la población seleccionada para la asignación del Aseguramiento por cuenta del Estado.

III. Inconsistencia en el diseño del programa, al no aclarar el beneficiario temporal

El beneficio temporal fue incluido en el artículo 11 bis del Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, en razón que así fue instruido en el Decreto Ejecutivo No. 17898-S de enero de 1988, y corresponden a aquellos usuarios que se presentan a los servicios de salud en una necesidad eminente con aparente vulnerabilidad económica o social y no cuentan con los registros correspondientes de pobreza y pobreza extrema en el sistema de información SINIRUBE, para lo cual se les concede un plazo tres meses para que se realicen los estudios correspondientes ya sea por parte del IMAS o la actualización de registros en el SINIRUBE, con que se determine o acredite la calificación de pobreza o pobreza extrema y de esta manera asignarles el beneficio definitivo.

Bajo esa misma línea, el IMAS en su oficio IMAS-PE-0154-2021 del 18 de febrero de 2020, solicita colaboración a la CCSS para que aquellas personas que no tienen registro socioeconómico en SINIRUBE y se presentan a los establecimientos de salud a solicitar el Seguro por cuenta del Estado, puedan ser captadas en ese momento, conforme a la capacidad resolutoria que tiene el IMAS. De manera que, con la asignación del aseguramiento temporal y con el claro propósito de migrar esa información al IMAS, este procedería a realizar el levantamiento de información para la determinación de la condición socioeconómica de dichas personas y la calificación correspondiente.

IV. Incumplimiento en la firma del Convenio DESAF/CCS

Cabe indicar que en lo que conoce el suscrito, así como de la revisión efectuada en nuestros registros, expedientes, así como de consultas a otros funcionarios institucionales, no se evidencia en el pasado la existencia de ningún tipo de convenio entre el FODESAF y la Caja que regule el financiamiento y ejecución, respectivamente, del programa Asegurados por Cuenta de Estado; no es sino hasta el 20 de noviembre de 2023 recién pasado, que a través de un correo electrónico, fuimos enterados de una propuesta de Convenio presentada por la DESAF ante nuestra Institución.

En ese sentido, llama la atención el supuesto incumplimiento que el FODESAF pretende atribuir a esta Institución por la no firma del Convenio DESAF-CCSS, ya que para el momento de esa nota, no existía ni siquiera una propuesta en ese sentido.

No obstante, se hace saber que de parte de esta Dirección, nos encontramos con toda la apertura y en la mejor disposición para valorar cualquier proyecto de convenio o bien reunirnos para construir una propuesta con alcances y obligaciones atinentes a las partes suscribientes en el marco de las competencias establecidas por Ley. Así las cosas y bajo lo aquí mencionado, no podría apuntarse un incumplimiento por parte de la Caja.

En cuanto a la respuesta del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre la segunda consulta, referente a la posible suspensión del aseguramiento por el Estado respecto a aquellas personas vulnerables que se encuentran en condición de pobreza o pobreza extrema, pero no en condición de calle, y sobre la cual dicho ministerio indicó que si la CCSS tiene la necesidad de que se le considere dentro del presupuesto de programas complementarios, debe atender los factores señalados por la DESAF como “incumplimiento”, para que se analice nuevamente el diseño del programa. Al respecto y según lo señalado en los puntos anteriores, la Gerencia Financiera y esta Dirección señalaron:

- No existe incumplimiento por parte de la CCSS con respecto a los factores indicados por DESAF por las razones antes apuntadas.
- La CCSS no está autorizada por Ley a financiar programas no contributivos dado que su competencia está determinada por el artículo 73 de la Constitución Política que estipula lo siguiente:

“ARTÍCULO 73.

Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

*La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. **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 de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales. (Así reformado por Ley No. 2737 del 12 de mayo de 1961.)” La negrita y el subrayado es nuestro.

- La CCSS ha coadyuvado en la lucha contra la pobreza y pobreza extrema mediante el apoyo para la ejecución de programas de interés social que corresponden a procesos sustantivos a cargo de otras instituciones del Estado.
- El apoyo brindado por la CCSS no es de índole financiero, sino en la asignación de aseguramientos con base en las calificaciones de pobreza realizadas por el IMAS o según los registros del SINIRUBE.

De acuerdo a lo anteriormente referido, si DESAF no gira los fondos requeridos para mantener los aseguramientos aplicados a poblaciones que se encuentran en pobreza y pobreza extrema y sólo va a cubrir a la población indigente (habitante de calle) **se tendría que suspender los aseguramientos por cuenta del Estado** y es por ello que se solicitó a ese Ministerio defina la fecha a partir de la cual ya no se financiará esta modalidad de aseguramiento no contributivo, para que desde la CCSS se realicen las acciones pertinentes.

En cuanto a la respuesta de las últimas dos consultas dadas por ese Ministerio genera confusión por cuanto por una parte afirma que *“La DESAF tiene el deber inexorable de atender con prontitud la necesidad de las personas en pobreza”* sin embargo, ha indicado que únicamente va a financiar el aseguramiento por el Estado de habitantes de Calle (Indigencia).

Es importante reiterar que para el ejercicio presupuestario 2023, la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS proyectó un costo del Programa Asegurados por Cuenta del Estado, por un monto de 126,249 millones de colones correspondientes a una población de 228,027 beneficiarios directos, de los cuales el FODESAF, tal y como ha sido su práctica desde el año 2015, ha presupuestado una suma fija de 36,715 millones de colones; es decir, apenas un 29,0% del costo total de dicho aseguramiento, por lo que en esa línea se le consultó a ese Ministerio, si una vez que se tenga aprobado dicho Presupuesto por parte de la Asamblea Legislativa, al menos se respetará el destino originalmente definido para tales recursos, o si los mismos serán asignados para cubrir otras necesidades que defina el FODESAF en el transcurso del año, tal como ha sucedido en el ejercicio presupuestario 2022.

De lo anteriormente expuesto y consultado al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en oficio GF-3843-2022/GF-DCE-213-2022 fechado 12 de diciembre 2022, a la fecha no se ha recibido respuesta por parte de ese Ministerio.

Finalmente en este apartado, mediante oficio MTSS-DESAF-OF-1011-2023 del 27 de setiembre de 2023, el FODESAF informa que para el periodo 2023 nuevamente han quitado recursos asignados al programa Aseguramiento por cuenta del Estado para trasladarlos a otros programas, en esta ocasión recortaron la suma de 34 mil millones de colones. En el citado oficio también solicita a la CCSS elaborar y remitir a la DESAF; el documento presupuestario donde reflejen la disminución de dichos recursos, lo cual reiteramos no es procedente según la normativa institucional vigente.

2.3. Criterios técnicos e informes emitidos por la Dirección de Coberturas Especiales

Sobre la problemática de financiamiento que viene presentando el programa Aseguramiento por cuenta del Estado, esta Dirección ha emitido diversos criterios técnicos e informes sobre el particular. A continuación se muestra un resumen cronológico de ellos:

- **GF-DCE-0164-2021/ DCE-ACE-0135-2021** del 3 de agosto de 2021, dirigido a la Gerencia Financiera con el criterio técnico sobre audiencia conferida a la CCSS por parte de la Procuraduría General de la República, referente a la consulta planteada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social relacionada con el programa Aseguramiento por cuenta del Estado.
- **GF-DCE-0070-2022/DCE-ACE-0064-2022/DCE-SAGAL-0053-2022** del 22 de marzo de 2022, dirigido a la Gerencia Financiera con el criterio técnico sobre un estudio de verificación del proceso de selección de beneficiarios del programa Asegurados por Cuenta del Estado realizado por el FODESAF.
- **GF-DCE-0174-2022** del 04 de octubre 2022, dirigido a la Gerencia Financiera informando sobre la suspensión de pago del programa Aseguramiento por cuenta del Estado por parte del FODESAF, su impacto en la deuda que viene arrastrando, nuevos requisitos impuestos por FODESAF y las gestiones realizadas por esta Dirección al respecto.
- **GF-3095-2022/GF-DCE-0187-2022** del 24 de octubre 2022, dirigido al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de forma conjunta con la Gerencia Financiera, en respuesta al MTSS-DMT-OF-1386-2022, en el que se comunica el traslado de un alto porcentaje de los montos asignados al programa Asegurados por cuenta del Estado que serán destinados a otros programas, así como la imposición de nuevos requisitos para el traslado de los recursos. Ante esto, se le advierte a dicho ministerio sobre el impacto social que conlleva esa decisión, el incumplimiento de la normativa vigente y por último se le realizan una serie de consultas.
- **GF-3843-2022/GF-DCE-213-2022** del 12 de diciembre de 2022, dirigido al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de forma conjunta con la Gerencia Financiera, en respuesta al MTSS-DMT-OF-1614-2022 en el que indica una serie de supuestos incumplimientos por parte de la CCSS sobre el programa Aseguramiento por cuenta del Estado. Ante esto, se le evidencia detalladamente a dicho ministerio que no existen tales incumplimientos.
- **GF-DCE-0074-2023/DCE-ACE-0089-2023/DCE-AGRE-0125-2023** del 29 de marzo de 2023, dirigido a la Gerencia Financiera con un informe de situación del programa Aseguramiento por cuenta del Estado, detallando las gestiones realizadas hasta ese momento y sugiriendo la participación estratégica de la Presidencia Ejecutiva y Dirección Jurídica dada la relevancia del tema.
- **GF-DCE-0088-2023/DCE-ACE-0109-2023/DCE-AGRE-0162-2023** del 03 de mayo de 2023, dirigido a la Gerencia Financiera con un nuevo informe detallado de la problemática que viene presentando el programa Aseguramiento por cuenta del Estado, elaborado conforme algunas recomendaciones de la Gerencia Financiera.

Dicho informe fue elevado a Presidencia Ejecutiva mediante oficio GF-1823-2023 de fecha 09 de mayo de 2023.

- **DCE-ACE-0284-2023/GF-DCE-0198-2023** del 04 de setiembre de 2023, dirigido a la Gerencia Financiera con criterio técnico sobre lo expuesto en documento MTSS-DESAF-OF-834-2023 de fecha 09 de agosto del 2023, referente al programa Aseguramiento por cuenta del Estado.
- **GF-4104-2023 recibido el 13 de noviembre de 2023** con asunto Devolución del oficio DCE-ACE-0284-2023 / GF-DCE-0198-2023 sobre nota MTSS-DESAF-of-834-2023 referente al financiamiento al Programa Asegurados por Cuenta del Estado
- **GF-DCE-0271 2023** del 14 de noviembre de 2023 dirigido a la Máster Gabriela Artavia Monge, Gerente Financiera, con asunto Atención oficio GF-4104-2023 REF. DCE-ACE-0284-2023 / GF-DCE-0198-2023

3. CONSIDERACIONES FINALES

Es importante reiterar nuestra preocupación ante la decisión que el FODESAF ha tomado unilateralmente de suspender, desde el tercer trimestre del año 2021, el financiamiento del programa Aseguramiento por el Estado para la población con estrato socioeconómico de pobreza o pobreza extrema, con lo cual estaría despojando sin ningún fundamento legal sólido, sino basados en meras interpretaciones jurídicas acomodadas, a una población social y económicamente vulnerable de la posibilidad de acceder a los servicios de salud que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social, afectando así a cerca de 300 mil personas entre jefes de hogar y sus beneficiarios que actualmente cuentan con un aseguramiento por el Estado, y más bajo el preocupante escenario socio económico del país, donde las proyecciones a corto y mediano plazo no prevén descensos en los índices de pobreza, sino todo lo contrario.

Debe recordarse que si de por sí, la parte que anualmente pagaba el FODESAF a la Caja desde el año 2015 y hasta el 2020 no alcanzaba para cubrir siquiera un 50% del costo anual del programa calculado por nuestra Dirección Actuarial, con la decisión unilateral que adoptó dicho Fondo de interrumpir por completo los pagos a la Caja a partir del tercer trimestre 2021, ello sin duda viene a agravar la situación de las personas que dependen de esta modalidad de aseguramiento para cubrir sus necesidades fundamentales de salud y derecho a la vida, ya que en delante de mantenerse dicha negativa para costear lo que por ley les corresponde, esta población solamente podrá recibir servicios de salud bajo situaciones de urgencia o emergencia, sin posibilidad de que puedan obtener asistencia sanitaria integral que comprende acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, por lo que tratándose dicha situación de un tema que toca sensiblemente aspectos delicados de salud pública que corresponden al Estado asumir, es por ello que la misma debe ser analizada y resuelta a la brevedad posible por el grave impacto social que de ella se producirá.

Asimismo. lo anterior conlleva también un impacto negativo en las finanzas de la CCSS, dado que se incrementarían considerablemente las atenciones por situación de urgencia y emergencia, cuyos servicios suelen ser mucho más costosos y además de difícil recuperación para la Institución, ya que dichas atenciones deberán ser facturadas

directamente a las personas bajo la modalidad de no asegurados, con lo cual las personas de bajos recursos como son la totalidad de esta población, no podrán hacer frente al pago de dichas facturas.

Finalmente, con ocasión de la posición asumida por DESAF de que solo financiarán para el Programa Asegurados por Cuenta del Estado los costos correspondientes a las personas que según el SINIRUBE califiquen como “ciudadano de calle”, existe el riesgo de un impacto directo en la salud pública de la demás población que vive en condición de pobreza y pobreza extrema residente en el país, así como ya se dijo anteriormente, en las finanzas del Seguro de Salud de la CCSS, el cual desde el año 2015 y hasta el 2023 ha registrado en sus estados financieros, un faltante por cobrar al FODESAF por dicho concepto, por la suma de 542 mil millones de colones.

Sobre el particular, cabe señalar que, en lo referido a la garantía del derecho a la salud, en Res. N° 2015008384 emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, señalo al respecto:

*“...VI. - **DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental. Los entes, órganos y funcionarios públicos se deben a los usuarios con una clara e inequívoca vocación de servicio, puesto que, esa ha sido la razón de su creación y existencia...”*

Partiendo de la obligación legal por parte del Estado de velar por la salud pública, conforme a los artículos 1 y 2 de la Ley General de Salud, las autoridades tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para su protección, ante lo cual es un imperativo constitucional que los servicios de salud sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celer. Además, se debe procurar dar fiel cumplimiento a los principios de adaptabilidad y continuidad de los servicios públicos, previstos en la Ley General de la Administración Pública, Ley N° 6227 del 02 de mayo de 1978, la cual en su artículo 4 dicta:

“...La actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios...”

Congruente con ello, por medio de la Resolución No. 2012-1799 de las 10:50 horas del 10 de febrero del 2012, la jurisprudencia constitucional ha expresado:

*“...VII.- **La continuidad supone que la prestación de los servicios no se debe interrumpir**, razón por la que cualquier actuación –por acción u omisión- de los funcionarios o **imprevisión de éstos en la organización racional de los recursos que propenda a interrumpir un servicio público es abiertamente antijurídica.** [...] La adaptación a todo cambio en el régimen legal o a las necesidades impuestas por el contexto socioeconómico **significa que los entes y órganos administrativos deben tener capacidad de previsión y, sobre todo, de programación o planificación para hacerle frente a las nuevas exigencias y retos impuestos...**”* La negrita y subrayado es nuestra

Por otra parte, no podemos dejar de lado la obligación de los entes del Estado de buscar la satisfacción del interés público como se puede apreciar en el presente caso, donde existe una amplia población vulnerable con aseguramiento por cuenta del Estado que acuden a diario a los establecimientos de salud de la Institución a recibir los respectivos servicios.

Lo anterior, encuentra asidero en los artículos 10 y 113 de la Ley General de la Administración Pública:

*“...Artículo 10.- 1. La norma administrativa deberá ser interpretada en **la forma que mejor garantice la realización del fin público a que se dirige**, dentro del respeto debido a los derechos e intereses del particular. 2. Deberá interpretarse e integrarse tomando en cuenta las otras normas conexas y la naturaleza y valor de la conducta y hechos a que se refiere.*

(...)

*Artículo 113.- 1. El servidor público deberá desempeñar sus funciones de **modo que satisfagan primordialmente el interés público**, el cual será considerado como la expresión de los intereses individuales coincidentes de los administrados. 2. El interés público prevalecerá sobre el interés de la Administración Pública cuando pueda estar en conflicto. 3. En la apreciación del interés público se tendrá en cuenta, en primer lugar, **los valores de seguridad jurídica y justicia para la comunidad y el individuo**, a los que no puede en ningún caso anteponerse la mera conveniencia” -lo resaltado es nuestro...”*

Aunado a lo anterior, la Dirección Jurídica a través de oficio GA-DJ-5087-2021 el 27 de julio de 2021, emite criterio con relación a la audiencia otorgada por la Procuraduría General de la República, sobre la consulta formulada por la señora Ministra de Trabajo en relación con los alcances del artículo 6 de la ley No. 7374 de 3 de diciembre de 1993, denominada “PRÉSTAMO BID PROGRAMA SERVICIOS SALUD Y CONSTRUCCIÓN HOSPITAL ALAJUELA”.

En esa línea, la Dirección Jurídica dentro de los aspectos relevantes en el citado criterio, indica:

“...Con fundamento en lo anterior se infiere, para la atención de la audiencia otorgada lo siguiente:

1.- La protección vía Asegurados por Cuenta del Estado no es creada ni definida por la Caja mediante el Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado, sino que dicho aseguramiento tiene su origen en la ampliación que se hace vía Constitución Política de la atención en salud que brinda la Caja a toda la población del país, y que se inició mediante lo dispuesto en la Ley Ley 5349 que establecía el deber de la Institución de brindar los servicios en salud a la población que no podía sufragar los gastos de aseguramiento, y que posteriormente es regulado en el decreto ejecutivo No. 17898-S que no solo viene a crear el programa de aseguramiento por cuenta del Estado, sino que señala que sus beneficiarios con los que se encuentran en indigencia médica (condición de pobreza extrema) o bien en condición de pobreza que no les permite hacer frente al costo de aseguramiento con la Institución.

2.- Con la promulgación de la Ley 5662 y sus reformas se crea el Fondo de Asignaciones Familiares (FODESAF), con el fin de financiar los programas o

servicios a las poblaciones en pobreza extrema y pobreza, entre los cuales se encuentra el Aseguramiento por el Estado, régimen de protección no contributiva que tiene como objetivo que la población en pobreza extrema o pobreza pueda recibir atención en salud por parte de la Caja, mediante el aseguramiento del núcleo familiar que requiere dicha protección debido a su vulnerabilidad y escasez de recursos económicos.

3.- Lo señalado en el artículo 6 de la Ley 7374 no puede interpretarse como que dicha norma indique que solo corresponde la protección como asegurados por cuenta del Estado a la población indigente, porque de una simple lectura de la norma ni tan siquiera se lee que dicha población corresponde a un aseguramiento por cuenta del Estado, sino que únicamente señala que “El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares”, con lo cual como se ha indicado es parte de las poblaciones que vía ley e inclusive decretos, muchos de los cuales han sido promulgados por el propio Ministerio de Trabajo órgano consultante, se les ha otorgado no solo la protección vía aseguramiento por el Estado, sino también el financiamiento de dicho beneficio a través de recursos del Fodesaf...”

Asimismo, en su parte conclusiva, señala:

“...III. CONCLUSION.

Con fundamento en lo antes expuesto, se estima que teniendo en consideración que a través del programa Asegurados por el Estado se otorga el aseguramiento en el Seguro de Salud a la población en pobreza o pobreza extrema, que no se encuentra obligada a contribuir ante la Caja, es procedente la utilización de recursos del Fondo de Asignaciones Familiares de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 5662, Ley de Asignaciones Familiares y otras leyes especiales que brindan dicha protección con financiamiento del Fondo, así como con fundamento en los distintos decretos que han establecido programas del Estado que otorgan dicho beneficio financiado con recursos del FODESAF, y de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 7374, sin que esta última norma se pueda interpretar que con los recursos del FODESAF solo se puede brindar el Aseguramiento por el Estado a la población indigente...”

Finalmente cabe indicar que la situación anteriormente descrita ha superado por completo el ámbito técnico administrativo de esta Institución, trascendiendo al ámbito político, por lo que es a ese nivel donde deberán adoptarse las acciones y soluciones correspondientes, o en su defecto, asumir las responsabilidades sociales y financieras derivadas de esta decisión del FODESAF de no financiar el Programa de Asegurados por cuenta del Estado en su totalidad.