

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

GERENCIA FINANCIERA

DIRECCIÓN DE COBERTURAS ESPECIALES

ÁREA DE COBERTURAS DEL ESTADO



INFORME FINAL DE GESTION DE ENERO 2011 A OCTUBRE 2012

Róger Solórzano Alfaro

OCTUBRE 2012



Tabla de contenido

INFORME FINAL DE GESTION.....	1
OCTUBRE 2012	1
PRESENTACIÓN:.....	3
INTRODUCCION	3
SEGURO POR EL ESTADO:.....	5
Proceso filtrado base de datos	6
Mejoras a la base de datos.....	8
Reforma integral al Manual Seguro por el Estado.....	9
Capacitación	11
Acceso a los sistemas de información.....	12
Acercamiento y coordinación con DESAF	12
Recomendaciones de los notables.....	13
NO ASEGURADOS	15
Facturación servicios a no asegurados:	15
Capacitación	19
OTRAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIONES	19
PLAN PILOTO VALIDACIÓN 24 HORAS	20
Objetivo general del plan:	20
ATENCIÓN CONSULTAS CENTROS DE SALUD.....	21
ACCIONES REFERIDAS A PROVEEDORES DE SERVICIO	22
RECURSO HUMANO:	22
CONVENIO CAJA-MINISTERIO JUSTICIA Y PAZ:.....	23
OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:	23
COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES:	25
PARTICIPACION EN TEMAS MIGRATORIOS:	26
Comisión para atender el tema de aseguramiento de extranjeros.....	26
Comisión Fondo Social Migratorio	27
Participación en el proyecto rutas de Integración.....	27
Participación implementación Dimex en la Caja.....	28
Recopilación normativa sobre extranjeros	28
LIMITACIONES:	28
ASUNTOS PENDIENTES:	29
OBSERVACIONES FINALES:.....	30
ANEXOS.....	31
Cumplimiento de metas incluidas en los PAOS 2011-2012	32




PRESENTACIÓN:

El suscrito Róger Solórzano Alfaro, cédula de identidad 2-0289-0568, vecino de Alajuela, quien fue nombrado a partir del 17 de enero del 2011 como Jefe del Área de Coberturas del Estado, en la Dirección de Coberturas Especiales, adscrita a la Gerencia Financiera, de conformidad con el oficio DCE-422-10-2012 del 11 de octubre del 2012 y en cumplimiento con el artículo 12, inciso e) de la Ley de Control Interno N° 8992, me permito rendir informe de mi gestión del período del 17 de enero del 2011 al 17 de octubre del 2012, fecha de inicio y de separación del cargo indicado. Se presenta un sumario general de las principales gestiones realizadas durante el periodo citado.

INTRODUCCION

El presente documento es una rendición de cuentas que pretende consolidar el esfuerzo realizado durante el periodo enero 2011 octubre 2012, a fin de someterlo al escrutinio institucional y público.

Mediante resolución adoptada por la Junta Directiva de la Caja, en el artículo 3ª de la sesión N° 8477 celebrada el 6 de noviembre de 2010, se aprobó la estructura de la Dirección de Coberturas Especiales, según los términos del documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Organizacional, que se titula “Manual de Organización de la Dirección de Coberturas Especiales”. Esta nueva estructura contempla el Área de Coberturas del Estado, a la cual se le encomendó como actividades sustantivas fundamentales las siguientes:

-  Dirección, planificación, coordinación, control, evaluación y retroalimentación de la gestión interna.
-  Asesoría técnica y capacitación a nivel institucional en materia de validación de derechos, seguro por el Estado, no asegurados, población en condición de pobreza, entre otros.
-  Proposición y actualización de la normativa que regula la validación de derechos.

- ✚ Divulgación de la normativa vigente en su ámbito de competencia.
- ✚ Elaboración de los manuales de procedimientos y otros instrumentos técnicos relacionados con su ámbito de competencia.
- ✚ Control y evaluación de la aplicación de la normativa institucional correspondiente a la Validación de Derechos, Seguro por el Estado, No asegurados, entre otros.
- ✚ Participación en foros con organizaciones nacionales e internacionales, relacionados con las coberturas especiales del Seguro de Salud y el aseguramiento y protección por el Estado.
- ✚ Consulta de los sistemas de información relacionados con la facturación de los servicios médicos con Cargo al Estado.
- ✚ Formulación al nivel superior de reformas a la regulación y la normativa técnica en su ámbito de competencia.

Adicionalmente, al Área se le asignaron otras actividades sustantivas propias de la administración como, coordinación y participación en comisiones de trabajo, formulación del plan operativo, administrar el sistema de control interno, establecer equipos de trabajo, simplificación de trámites, desarrollo de la cultura organizacional, administración de los recursos, entre otros.

Para desarrollar las actividades encomendadas, la Junta Directiva mediante el artículo 4º de la Sesión N° 8485, celebrada el 16 de diciembre del 2012, aprobó la modificación presupuestaria 08-10 en el cual se incluyen una serie de plazas para la Dirección, entre ellas dos de Jefe de Área de Sede, de la cual la N° 44924 fue asignada al Área de Coberturas del Estado.

Para el inicio de operaciones se desarrollaron los planes de trabajo pertinentes, los cuales fueron revisados y ajustados en el transcurso del periodo, asimismo se contó con el mismo equipo de trabajo interdisciplinario proveniente de la antigua Sub Área Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos, compuesto de tres profesionales, dos asistentes técnicos y una secretaria, todos con un alto grado de experiencia, compromiso y motivación, aspecto que ha sido un factor relevante de éxito.

A nivel del Plan Anual Operativo se incluyeron aquellas metas de mayor relevancia, sin embargo a nivel del Área se contemplaron una serie de metas adicionales, necesarias para el mejoramiento y desarrollo de las funciones y tareas que debe desempeñar la Unidad en el corto, mediano y largo plazo.

SEGURO POR EL ESTADO:

Con el inicio de operaciones del Área de Coberturas del Estado se elaboró un Plan de Trabajo contemplando una serie de líneas de acción tendentes a ordenar y mejorar los aspectos relativos al Seguro y Protecciones con cargo al Estado, con el fin de alcanzar un estado de organización y operacionalización de seguridad, garantía y calidad, en este contexto se expone gráficamente los componentes principales de la estrategia a desarrollar:

Cuadro N° 1



Los componentes de la estrategia ilustrada se han venido implementando, algunos se encuentran con grados mayores de avance que otros, pero todos son de suma importancia para alcanzar las metas deseadas, a continuación se expone cada elemento en forma resumida, lo cual será ampliado a través del desarrollo del informe.

- 1- **Depuración de la base de datos:** se pretende generar información consistente y de calidad, que genere confianza en las entidades involucradas en la materia.
- 2- **Optimizar la base de datos para garantizar su información:** se requiere una evaluación y seguimiento para el mejoramiento continuo de la herramienta informática, hasta alcanzar el grado de madurez requerido que permita la confiabilidad de los datos y la oportunidad de la información.
- 3- **Acceso a sistemas de información:** deben crearse las condiciones para que las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos tengan los insumos necesarios que les permita una adecuada toma de decisiones y minimizar el error.
- 4- **Mejorar los procedimientos:** estos requieren una revisión y mejora continua que garanticen la estandarización, la mejora en el servicio al usuario y la oportunidad del proceso, así como la simplificación de los trámites.
- 5- **Fortalecer programas de capacitación continua:** se requiere elevar los conocimientos, habilidades y actitudes de los funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.
- 6- **Reportes y trámite de facturación oportuna:** las autoridades centrales y locales requieren de información oportuna para la toma de decisiones, asimismo, para la salud económica del Seguro de Salud, la Institución necesita realizar la facturación en forma periódica.

Proceso filtrado base de datos

En un inicio los centros médicos enviaban al Área de Regulación del Seguro de Salud, la información de los beneficiarios de las coberturas del Estado, esta Área mantenía un repositorio de los datos mediante un archivo independiente creado para tal efecto, posteriormente la Sub Área de Sistemas de Salud, de la Dirección de Tecnologías de Información, desarrolló en el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) un módulo de Seguro por el Estado al cual migraron los datos contenidos en el repositorio antes mencionado, a partir de este momento los funcionarios de los centros de salud encargados del registro de datos ingresan la información al sistema, en forma directa desde sus puestos de trabajo y "...a partir del mes de setiembre 2010 se genera el archivo únicamente con la información registrada en el SIAC." (Oficio AIS-SSS-0038-2011-N Sub Área de Sistemas de Salud). Con el afán de evitar inconsistencias y

repercusiones negativas en el proceso de facturación y cobro al Estado, se solicitó a la Sub Área de Sistemas de Salud una depuración del archivo del 2010, aplicando filtros de las bases de datos de trabajadores asalariados, independientes, asegurados voluntarios, pensionados del Régimen no Contributivo y el Registro Civil, esta última con el afán de excluir posibles casos por fallecimiento.

Como resultado de lo anterior, se detectó que la base de datos contenía registros inconsistentes excluyéndose en promedio 35.177 mensuales. Adicionalmente se segregaron los datos por tipo de registro con el fin de que la facturación se realizara solamente con base en aquellas cifras integradas por los jefes de familia y otros miembros mayores de edad que viviendo bajo el mismo techo conformaban un núcleo familiar aparte. Los menores, cónyuges, compañera (o) que integran el núcleo familiar, son considerados beneficiarios dentro de la cobertura del mismo aseguramiento del cabeza del familia. Este proceso de filtrado iniciado a partir del 2011 permite garantizar que la información generada no contenga: registros repetidos, doble modalidad de aseguramiento ni personas fallecidas. Para el segundo semestre del 2011 se adicionó la base de datos de IVM en el proceso de filtrado.

El proceso señalado, demandó importantes coordinaciones con las Direcciones de SICERE y Pensiones para el suministro de cada una de las bases de datos, el filtrado no es un proceso de aplicación automático, por cada base de datos se debe generar un archivo, una vez que se tengan los archivos se procede al filtrado uno a uno, en forma separada con cada base de datos, ello implica una inversión importante de tiempo traducidos en muchos días de trabajo, es un proceso lento que ha consumido muchas horas de coordinación y análisis de información, estas acciones se repitieron en forma trimestral.

Se tiene entendido que es la primera vez que se realiza un procedimiento detallado de filtrado a la base de datos del Seguro por el Estado, igualmente por primera vez se genera información de carácter trimestral para facturar al Estado, con la perspectiva en el corto plazo de poder realizar un filtrado automático y así tener la información en forma mensualmente, situación que redundaría en una mejora sustancial de la gestión.

Mejoras a la base de datos

La herramienta informática que contiene la base de datos del Seguro por el Estado, al ser de reciente creación requiere de revisiones y ajustes constantes, se detectaron algunas debilidades en el sistema: no tenía “salidas” que permitieran la exclusión o la indicación de pasivo de los beneficios por vencimiento o suspensión, no se pueden emitir reportes en los puestos de trabajo de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos o del Área de Coberturas del Estado, solamente se pueden obtener solicitando su emisión a la Sub Área de Sistemas de Salud, para lo cual deben aplicar los procesos señalados en párrafos anteriores, esta situación implica depender de otra unidad para el acceso a la información y que la misma no sea oportuna, lo que a su vez dificulta la toma de decisiones, tampoco se puede determinar la cantidad de registros a una fecha dada en forma retroactiva, por cuanto el sistema no mantiene un histórico.

Con el fin de mejorar lo señalado en el párrafo anterior, se organizaron tres sesiones de trabajo, con la participación de funcionarios representantes de Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de Áreas de Salud y Hospitales, para analizar aspectos procedimentales y de la base de datos, como resultado se elaboraron propuestas de mejoras al sistema:

- Se plantearon requerimientos para definir salidas
- La elaboración de reportes desde los puestos de trabajo, los cuales ya están en la etapa de revisión y aprobación para que en los próximos días se pongan en producción. Las unidades de Validación en el nivel local y el Área de Coberturas del Estado podrán realizar sus propios reportes.
- Incorporación de controles automáticos y mejoramiento de búsqueda.
- Captura de la información a través de la conexión con otros sistemas.
- Eliminación de Códigos 525, 526, 527 y 529 correspondientes a padre, madre, hermanos mayores y cónyuges separados para ser registrados como 511, asegurados directos, por considerarse que conforman su propio núcleo familiar, tomando en cuenta el concepto aplicado en del Decreto Ejecutivo 17898-S.

Es relevante señalar que con las mejoras al sistema, se ha agilizado la obtención de la información y la mejora en la calidad de la misma. Cabe anotar que esto es un proceso de mejora continua hasta lograr la madurez de la herramienta.

Se creó un Comité de Usuarios con integrantes de Áreas de Salud y Hospitales para dar seguimiento al mejoramiento de la herramienta informática, también se creó una Comisión compuesta por funcionarios de la Sub Área Sistemas de Salud de la Dirección de Tecnologías de información y Comunicaciones y el Área de Coberturas del Estado, con el objeto de realiza una evaluación de la herramienta, detectar inconsistencias y realizar los planteamientos de mejora correspondientes. Esta evaluación se planteó en tres puntos específicos:

- Adscripciones con modalidades de Aseguramiento por el Estado
- Estudios de Aseguramiento por el Estado
- Atenciones a Cargo del Estado

A la fecha ya se tiene un documento borrador, el cual está en revisión por parte de los miembros de la comisión y se espera concluirlo en los próximos días.

Reforma integral al Manual Seguro por el Estado

La comisión integrada por representantes de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y el Área de Coberturas del Estado trabajaron en la elaboración de una propuesta de reforma al Manual de procedimientos de Seguro por el Estado, inicialmente el trabajo se concibió en tres etapas: 1- elaboración de la propuesta de reforma al Manual 2- redefinición de los formularios utilizados en el proceso de calificación del beneficio, elaboración de requerimientos de cambios en el sistema. En julio del 2011 la Dirección de Coberturas Especiales entrega a las Gerencias Médica y Financiera la propuesta de reforma integral al Manual de Procedimientos del Seguro, ésta última lo envía a la Auditoría para su revisión y recomendaciones. El 17 de enero de 2012, el Área de Coberturas del Estado recibe las observaciones realizadas por la Auditoría, entre las cuales se plantea la elaboración de formularios y su incorporación en los anexos del Manual. La comisión procede al análisis e incorporación de los aspectos atinentes,

actualmente la Ingeniera Industrial, miembro de la comisión realiza ajustes a los Diagramas de Flujo, concluida esta parte el documento deberá ser entregado a los superiores.

Cabe indicar que esta revisión se aprovechó para replantear algunos aspectos con el fin de fortalecer la aplicación del procedimiento de aseguramiento por el Estado versus la aplicación de normas de protecciones específicas, en síntesis, la propuesta lleva implícita el fomentar el otorgamiento de beneficios como aseguramientos por el Estado, sobre la base de los núcleos familiares y no como una protección a partir de la aplicación de alguna de las normas específicas existentes, dado que algunas de estas normas son ambiguas en sus alcances, no indican fuentes de financiamiento y el otorgamiento de dichos beneficios generan cuestionamiento por parte de autoridades responsables del financiamiento del programa de Seguro por el Estado.

El replanteamiento de la nueva propuesta de Manual se elabora partiendo del principio que todas las personas beneficiarias se encuentran en condición de pobreza o indigencia médica, por consiguiente la cobertura debe ser mediante el aseguramiento por el Estado y solo por la vía de la excepción mediante norma específica, esto en razón del orden y la estandarización de los conceptos y los procedimientos aplicados en esta materia. También se incorporaron en la propuesta de reforma, nuevos apartados para los procedimientos de anulación del beneficio y el control interno.

Como parte de los anexos, al documento se le incorporan los formularios a utilizar en las diferentes etapas del proceso, sobre esta base se tendrán que elaborar los requerimientos correspondientes para plantear las modificaciones en el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), Módulo Seguro por el Estado. Se plantea una mejora sustancialmente en la información que se debe recopilar, datos que son el fundamento para una mejor calificación de los potenciales beneficiarios. A la fecha de emisión del presente informe, la propuesta de Manual está concluida en todos sus apartados, solamente restan los ajustes pertinentes en el Diagrama de Flujo, lo cual está en ejecución.

Otro aspecto importante que se trabaja es la determinación de parámetros de calificación de los beneficiarios del Seguro por el Estado, se coordina con la Dirección Actuarial la

elaboración de propuestas que permitan ordenar y estandarizar el proceso de calificación, a la vez dar seguridad a DESAF, como ente financiador del programa, de que el proceso de calificación se realiza con seguridad y altos estándares de calidad.

Capacitación

Con el objetivo de elevar los conocimientos, habilidades y actitudes de los funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos se elaboró un proyecto de capacitación, el cual a su vez se orientaría al mejoramiento de la gestión y el servicio al usuario.

Las capacitaciones que anteriormente se brindaban a los funcionarios de las unidades indicadas por lo general eran cortas, de cuatro a seis horas, en actividades muy magistrales. Por primera vez se logra desarrollar un proyecto de capacitación con planificación en todos sus aspectos, formulación, preparación de los temas, contenidos, metodología, recursos económicos, materiales, humanos, coordinaciones, evaluación.

Entre setiembre y noviembre del 2011 se implementaron 10 talleres de 16 horas cada una, con una metodología práctica y muy participativa, con análisis de casos. Un taller por región en las áreas rurales y en la zona metropolitana dos por región para culminar con una actividad dirigida a hospitales nacionales y especializados, participaron un total de 185 funcionarios a nivel nacional. En lo que respecta a los beneficios que otorga el Estado, los temas versan sobre el Seguro por el Estado, las normas especiales y una sesión de técnicas de entrevista, este último tema en el especial interés de fortalecer las destrezas de los funcionarios, que les permita identificar de la mejor manera las condiciones socioeconómicas de las personas y con ello mejorar la calificación de los beneficios.

Las acciones anotadas han sido reforzadas con la publicación de circulares, así como la distribución vía correo electrónico de instrucciones, criterios jurídicos y técnicos, resoluciones de la Sala Constitucional y otros de temas relacionados. Se fomenta la creación de una red a partir de la coordinación con las Direcciones Regionales.

Acceso a los sistemas de información

Esta es una de las acciones de mayor dificultad para su implementación, ya que depende de la voluntad y de los recursos en manos de otras dependencias. En el caso del SIPO, el IMAS le otorgó unas claves al Área de Coberturas del Estado para el acceso desde el nivel central, sin embargo son los niveles locales los que requieren el insumo, pero en este momento el proceso se encuentra interrumpido. Las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos tienen acceso a la información del Registro Civil y de la Propiedad vía web, como cualquier usuario, pero lo ideal es que la información pueda cargarse directamente en los sistemas institucionales para agilizar las consultas, aspecto que no se vislumbra resolverlo a corto plazo.

Por otro lado, como parte del convenio suscrito entre la Caja y Racsa, en coordinación con el Área de Riesgos Excluidos y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se ha logrado que al menos 15 hospitales en diferentes zonas del país tengan acceso al registro de extranjeros de la base de datos de la Dirección General de Migración y Extranjería, información que ha sido de alto valor agregado para dichos centros. Este acceso inició con la implementación del Plan de Fortalecimiento de la Unidades de Validación en el segundo y tercer turno, del cual se expone más adelante.

Acercamiento y coordinación con DESAF

Se han desarrollado coordinaciones con la Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF), que facilitan el trabajo entre ambas instituciones, se realizaron sesiones de trabajo para el análisis de información, intercambio de conceptos, se suministra trimestralmente los registros de los beneficiarios del Seguro por el Estado y un cuadro estadístico de los mismos, en cumplimiento a la Reforma a la Ley 8783 Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares N° 5662, se elaboró una ficha técnica del programa, se preparó el documento de formulación presupuestaria, con la colaboración de la Dirección Actuarial se incorporó las estimaciones de cobertura y de financiamiento correspondientes con proyección al 2013.

También se participó en un taller organizado por DESAF e IMAS, de cinco sesiones de trabajo (1 por semana), con el fin de conocer la funcionalidad del SIPO.

Actualmente se coordina con la Dirección de Planificación el análisis interinstitucional de una meta en el Plan Nacional de Desarrollo planteada por el Ministerio de Bienestar Social para ser ejecutada por la Caja en el 2011-2014, la cual refiere que el *“100% de familias con transferencias directas por medio de programas financiados por FODESAF, incorporadas al Sistema Nacional de Información Social (SINAIS), como registro común de la población objetivo y de los beneficiarios”*, cuyo aspecto de fondo es que la Caja actualice los registros del SIPO, lo cual desde el punto de vista técnico, material y legal no es viable para la Institución, ya que significaría destinar recursos del Seguro de Salud a finalidades distintas, además de la imposibilidad material de ejecutar dicho proceso.

Recomendaciones de los notables

En setiembre del año 2011, el grupo de profesionales nombrado por la Junta Directiva en el artículo 6º de la sesión número 8520 del 21 de julio del año 2011, para realizar un análisis de la situación del seguro de salud, presentó el informe respectivo, entre las recomendaciones vertidas se encuentra la R.13 a y la R13b, la primera recomendaba realizar una evaluación externa a la base de datos y de los procedimientos seguidos por la Dirección de Coberturas Especiales y las Unidades de Validación de Derechos, además se indicó que a finales del 2012 la base de datos y el sistema deberían estar operando en forma óptima. Por su parte la segunda recomendación es referida a que el IMAS debe ser la Institución responsable de crear la base de datos de la población indigente asegurada por el Estado.

Sobre dichas recomendaciones la Junta Directiva de la Caja en sesión 8545 artículo 10º acordó instruir a la Gerencia Financiera para que funja como contraparte institucional en lo correspondiente a la creación y gestión de la base de datos de los asegurados por cuenta del estado y a través de la Dirección de Coberturas Especiales y en coordinación con la Gerencia Médica, establecer una propuesta de fortalecimiento de los controles internos referentes a las unidades de Validación de Derechos en todos los centros de salud del país.

Las recomendaciones de los especialistas, así como el acuerdo de Junta Directiva, en lo que respecta a los procedimientos aplicados en materia de Seguro por el Estado, el control interno y la optimización de la base de datos, fueron muy concordantes con los planes de trabajo que venía desarrollando el Área de Coberturas del Estado, sin embargo adquieren una relevancia por cuanto propician mejores condiciones y respaldo para la coordinación con otras dependencias internas y externas involucradas en esta materia, elevando el nivel de conciencia y compromiso en procura de soluciones en la temática planteada.

En coordinación con la Dirección de Coberturas Especiales, la Dirección de Planificación y la Gerencia Financiera se trabajó el informe para ser presentado por esta Gerencia a la Junta Directiva, en junio del 2012, el documento contiene las propuestas de mejora, las cuales se concentran en la herramienta informática, el acceso a los sistemas de información, los procedimientos y la capacitación continua. También se establecieron en el informe, las recomendaciones de:

- Continuar con las acciones descritas, tendentes a fortalecer el control interno de las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, y de la gestión de los asegurados por el Estado en general.
- El Área de Coberturas del Estado como ente rector en esta materia, definirá indicadores de gestión y realizará evaluaciones periódicas para determinar el logro de los objetivos planteados, como resultado de las acciones adoptadas.
- Establecer alianzas estratégicas y propiciar la suscripción de convenios con entes públicos que administren información que pueda servir de insumo en la ejecución del programa de cobertura en salud de la población indigente: IMAS, TSE, Registro Nacional, Dirección de Migración y Extranjería, entre otras.

NO ASEGURADOS

Facturación servicios a no asegurados:

Para el iniciar operaciones, como Área de Coberturas del Estado, primeramente se abordó el tema de Seguro por el Estado, por cuanto era un asunto de mucha urgencia en pro de la salud de las finanzas institucionales, ello demandaba la inversión de un importante esfuerzo, por consiguiente, el tema de la facturación por servicios médicos a las personas no aseguradas con capacidad de pago se proyectó como parte del plan de trabajo para el año 2012.

Esta facturación se ha venido realizando a nivel nacional en forma manual, no articulada, al amparo de procedimientos establecidos en el año 1992, la debilidad más fuerte de este proceso se manifiesta en la falta de herramienta informática que permita el seguimiento de la factura, la imposibilidad de realizar acciones sistemáticas de cobro administrativo y judicial y la falta de una definición de competencias claras en la responsabilidad de la ejecución de dichas acciones. A través del tiempo se emitieron una serie de directrices que no lograron resolver la problemática.

Por la urgencia de analizar el tema, en el 2011 se realizaron algunas actividades en ese sentido. Se organizaron varias sesiones de trabajo con funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos para determinar debilidades en el proceso y distinguir las buenas prácticas con el fin de recopilarlas y promover su aplicación. El desarrollo del trabajo permite destacar entre otras, las siguientes debilidades:

- Normativa desactualizada
- Procedimiento aplicado no estandarizado
- Ausencia de una herramienta informática.

También se compartieron sesiones de trabajo con funcionarios de Auditoría para analizar el abordaje de esta temática, se evidenció que la problemática era generalizada a nivel nacional, de ahí la importancia de generar soluciones también de ámbito nacional. Es evidente la urgencia de soluciones en este tema que contribuyan al fortalecimiento financiero de la Institución, por un lado para mejorar el ingreso y por otro para evitar el no pago de servicios por parte de personas que teniendo capacidad de pago no quieren contribuir al sistema, en franco detrimento del principio de solidaridad. En este contexto el siguiente cuadro resume la estrategia planteada en esta materia.

Cuadro N° 2



Los componentes de la estrategia ilustrada se han venido implementando, algunos se encuentran con grados mayores de avance que otros, pero todos son de suma importancia para alcanzar las metas deseadas, a continuación se expone cada elemento en forma resumida, lo cual será ampliado a través del desarrollo del informe.

- 1- Conformación Grupo de Trabajo: la facturación por servicios médicos a no asegurados es un tema en el que se involucran varios actores en el nivel central, de ahí la importancia de la participación de cada sector como factor clave del éxito.
- 2- Cronograma de Trabajo: se planteó un plan de trabajo con su respectivo cronograma, compromiso adquirido con Auditoría, en la búsqueda de soluciones en la materia.
- 3- Diagnóstico: si bien se conocían algunas debilidades relevantes, era importante conocer con más detalle la situación real en los niveles locales, información que se convierte en insumo importante para el grupo de trabajo.
- 4- Actualización de procedimientos: estos requieren un replanteamiento con el fin de ajustarlos a las nuevas condiciones garantizando la estandarización, el control interno y la protección de los recursos institucionales.
- 5- Elaboración requerimiento sistemas de información: en la actualidad todo proceso de facturación requiere de una herramienta informática, que permita dar seguimiento a cada factura elaborada y ejercer el control interno correspondiente. La elaboración de los requerimientos es base fundamental para el desarrollo de la herramienta.
- 6- Capacitación e implementación: una vez superados los puntos 4 y 5, y elaborada la herramienta informática, se deberá realizar una capacitación a nivel nacional e implementar el funcionamiento de dicha herramienta.

En razón de lo anterior, la Gerencia Financiera en octubre de 2011 conforma un grupo de trabajo integrado por las direcciones de: Cobros, Financiero Contable y Coberturas Especiales, con el propósito de actualizar la normativa, el procedimiento y promover la creación de herramienta informática para mejorar la ejecución de la labor.

A continuación las acciones desarrolladas por el grupo de trabajo, bajo la coordinación del Área de Coberturas Especiales:

- **Diagnóstico situacional:** Consistió en la realización de dos encuestas a nivel nacional, una dirigida a los funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos y otra a las Jefaturas. El proceso de aplicación y

recolección de formularios, así como la tabulación, digitación, procesamiento y análisis de la información se realizó en el Área de Coberturas del Estado. El documento elaborado se encuentra en revisión en la Contabilidad Financiera, para posteriormente ser entregado a los señores Directores.

- **Manual de procedimientos:** se elaboró un documento que contempla todo el proceso, desde la acción de confeccionar la factura hasta la acción de conciliación contable, pasando por el cobro administrativo y judicial. Al igual que el documento de diagnóstico situacional, la propuesta de Manual está siendo revisada en su parte contable para posteriormente entregarla a los señores Directores.
- **Herramienta informática:** se promueve la elaboración de una herramienta en el SICERE, sobre la base de las ya existentes de facturación por patrono moroso y riesgos excluidos, se elaboraron los requerimientos cuyo documento se entregó a las Direcciones involucradas, y se está a la espera de la reunión de presentación del contenido.
- **Censo:** Se realizó un censo para determinar qué centros de salud realizan acciones de recaudación por facturación a no asegurados con capacidad de pago, cuyo propósito es contar con insumos para orientar el proceso de elaboración de la herramienta informática.
- **Sesiones de trabajo:** dada la sensibilidad del tema, para lograr la propuesta de Manual de Procedimientos se realizaron 30 sesiones de trabajo, algunas de jornada completa, otras de media jornada.

Al establecer un nuevo procedimiento para la facturación por servicios médicos a personas no aseguradas con capacidad de pago, uno de los propósitos era hacer un corte a determinada fecha para que de ahí en adelante los centros médicos enviaran la certificación de deuda a la unidad gestora de cobro, con el fin de que se iniciara con los tramites de cobro administrativo y judicial, simultáneamente se solicitaría un inventario a cada centro, para analizar el estado de lo acumulado y determinar lo procedente con las facturas pendientes al corte. Sin embargo, la Dirección de Cobros planteó que los gestores de cobros no estaban en la capacidad real de realizar control interno con la aplicación de un procedimiento manual, aspecto que fue analizado en reunión de Directores involucrados, el 27 de julio y el 27 de agosto de 2012, llegando al acuerdo que

el proceso de cobro administrativo y judicial se llevará a cabo por las unidades gestoras de cobro una vez concluida la herramienta informática, a fin de establecer los controles y seguimientos del caso.

Capacitación

En la capacitación realizada entre setiembre y noviembre del 2012, se incorporó un módulo de facturación por servicios médicos a personas no aseguradas, promoviendo la sensibilización y la aplicación de las buenas prácticas en la materia. Se elaboró un documento con el procedimiento de facturación que permitiera a los funcionarios mejorar los aspectos técnicos de la confección de la factura.

OTRAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIONES

Adicionalmente se impartieron otras capacitaciones, las cuales se describen a continuación.

Cuadro N° 3
**Otras actividades de capacitación
2011-2012**

Lugar	Tema	Participantes
Dir. Regional Huetar Atlántica (2 act.)	Seguro por el Estado	57
Funcionarios Hosp. y Área Salud de San Ramón	Seguro por el Estado y Fact. No Asegurados	
Área Estadística en Salud (3 sesiones)	Afiliación	5
Hospital Chacón Paut	Seguro por el Estado	11
Dir. Reg. Central Norte (2)	Seguro por el Estado	18
Hospital la Anexión	Seg. X Estado, No Asegurados	11

PLAN PILOTO VALIDACIÓN 24 HORAS

La Gerencia Financiera impulsó la implementación de un plan piloto para el “Fortalecimiento de las Unidades de Validación en el Segundo y Tercer Turno y Fines de Semana”. Este proyecto se financia con presupuesto extraordinario en la partida de horas extras. Se seleccionaron los Hospitales San Juan de Dios, Escalante Pradilla, Calderón Guardia, Max Peralta, San Rafael de Alajuela y La Anexión de Nicoya, posteriormente se incorporó el Hospital México. La selección se realizó entre otras variables, la cantidad de atenciones en los servicios de emergencias. El Plan está a cargo de la Dirección de Coberturas Especiales, específicamente en forma coordinada entre las Áreas de Coberturas del Estado y Riesgos Excluidos.

Objetivo general del plan:

Aumentar la cobertura contributiva de la Institución, mediante una adecuada identificación y tramitación de los tipos de aseguramiento que corresponden a los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias y emergencias de los Hospitales indicados en horarios no hábiles, permitiendo con ello una correcta e inmediata facturación de los servicios médicos otorgados para su efectiva y pronta recuperación.

También se espera obtener información relevante de los servicios médicos otorgados, costos incurridos e ingresos obtenidos, que permita mediante el análisis y combinación de estas y otras variables, determinar la factibilidad técnica, operativa y financiera de extender este proyecto a otros Hospitales y centros médicos. Para ello se definieron indicadores de evaluación.

En la implementación de este plan se han desarrolla las siguientes acciones:

- Se realizó sesión de trabajo con Directores y Administradores de los Hospitales seleccionados en el plan de acción.
- Se coordinó con los Hospitales participantes diversas acciones para la implementación del plan.

- Se elaboró la matriz Producción según tipo de función realizada en Validación y Facturación por Servicios Médicos, la cual recopilará los datos que permitirán medir y evaluar el impacto del plan.
- En agosto del 2012 se capacitó once funcionarios preseleccionados por la administración del Hospital la Anexión, en los temas de Coberturas del Estado, No Asegurados, Patrono Moroso, Registro de Información, Técnicas de Entrevista, riesgos Excluidos y uso de los sistemas MIFRE y Módulo de Seguro por el Estado del SIAC, en éste último se contó con la colaboración de los funcionarios del Área de Sistemas en Salud.
- Se coordinó con la Dirección de Tecnologías, la instalación Interdata (consulta base de datos de Migración y Extranjería) en los hospitales participantes del plan. Actualmente esta consulta se ha extendido a 10 centros más en diferentes partes del país (zona sur, zona norte, chorotega y el Área de Coberturas del Estado)
- Recientemente se solicitó a cada centro hospitalario el primer informe para determinar los avances del proyecto, se está a la espera de dicha información.

ATENCIÓN CONSULTAS CENTROS DE SALUD

Como parte de la actividad asesora del Área, se tienen asignados dos puestos de trabajo para la atención permanente de soporte técnico a los centros de salud mediante consultas telefónicas y vía correo electrónico. En el cuadro anexo se consigna la producción realizada de enero a octubre del 2011.

Cuadro N° 4

Producción atención consultas de centros de salud*

Enero 2011- Setiembre 2012

Consultas telefónicas evacuadas	19051
Coreos electrónicos	27471

*Nov 2011, ag y set 2012 estimados

ACCIONES REFERIDAS A PROVEEDORES DE SERVICIO

Se coordinó con la Dirección de Red de Servicios algunas acciones relativas a los procedimientos que deben aplicar los Proveedores de Servicios Integrales de Salud en materia de Seguro por el Estado y facturación por servicios médicos a personas no aseguradas con capacidad de pago. De conformidad a lo establecido en el cartel y el contrato de compra de servicios se estableció el procedimiento para la resolución y registro de los casos de Seguro por el Estado.

Se recomendó plantear una modificación a la cláusula de aprobación de dicho Seguro, con el fin de que el Proveedor siguiera resolviendo los casos, tal y como se hacía anteriormente, en concordancia con la economía del proceso y la simplificación de trámites. Adicionalmente se recomendó analizar la posibilidad para que el Proveedor consultara los sistemas de información de la Caja y registrara los datos en forma directa. En cuanto a facturación de servicios médicos a no asegurados están pendientes aspectos competencia de otras unidades.

Se ha pretendido que el Área de Coberturas del Estado sea la dependencia “fiscalizadora” del contrato con los Proveedores indicados, en materia de Validación de Derechos, con el fin de emitir las certificaciones para el pago mensual y la eventual aplicación de sanciones derivadas del Cartel y el Contrato. En este sentido el Área ha manifestado puntos de divergencia con los fundamentos del caso.

RECURSO HUMANO:

Tal y como se indicó anteriormente, el Área de Coberturas del Estado se conformó con el mismo recurso humano proveniente de la antigua Sub Área Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos, excepto el cambio de secretaria. En general se conformó un equipo de trabajo comprometido y dedicado, resaltando muy especialmente la labor de las profesionales, sobre quienes recayó gran parte de la sobrecarga de trabajo y pese a ello y al estrés, siempre mantuvieron una actitud positiva, proactiva, de excelente criterio técnico y una gran disposición al trabajo en equipo, aspectos que fueron factores de éxito,

permitiendo lograr lo señalado en el presente informe. Como parte del desarrollo del recurso humano tendente a fortalecer sus capacidades laborales se logró la participación de todos los funcionarios en uno o varios cursos, lo cual contribuye al fortalecimiento del equipo de trabajo. En el cuadro N° 5 se describen los cursos referidos.

Cuadro N° 5

Cursos recibidos funcionarios Área Coberturas del Estado, 2011

CURSO	PARTICIPANTES	HORAS/PARTICIPANTES
Seguridad Social (Retos y Perspectivas en C.R)	4	30
Expresión Oral	1	16
El Derecho a la Salud	1	60
Uso Sistema Integrado de Agendas y Citas	6	6
Taller Unidades Validación y Facturación Servicios Médicos	3	16
Salud Ocupacional	1	32

CONVENIO CAJA-MINISTERIO JUSTICIA Y PAZ:

Se participó en la Comisión que negocia el Convenio Ministerio Justicia y Paz-Caja Costarricense de Seguro Social, aportando la experiencia y el conocimiento en la materia competente del Área de Coberturas del Estado. Se propuso considerar la facturación y cobro de los servicios médicos cuando el privado de libertad haya sido dado de alta por los médicos de la Institución y que por razones ajenas a los criterios emitidos por los médicos de la Caja el paciente debe permanecer hospitalizado.

OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Adicionalmente a las actividades descritas anteriormente se desarrollaron una serie de acciones que demandaron un esfuerzo importante del Área, algunas de ellas en apoyo a gestiones que se realizan en otras dependencias. Entre las principales se indican las siguientes:

- 1- Se han realizado acciones de análisis y coordinación con los líderes usuarios del sistema de facturación por servicios médicos a Patronos Morosos, para lograr congruencia en la información de los diferentes sistemas de consulta que tiene la institución, a saber SIAC, SICERE, SIP.
- 2- Aportes a la comisión que negoció el Convenio de aseguramiento Caja – Universidades Estatales.
- 3- Censo sobre acceso de los Funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos a herramientas informáticas para consulta de información.
- 4- Levantamiento y consolidación de normativa atinente al tema de Afiliación, con el fin de suministrarla como insumo de trabajo al Área Estadística en salud.
- 5- Participación en el levantamiento de procesos sustantivos de la Dirección de Coberturas Especiales.
- 6- Asignación números de Asegurados a Extranjeros como apoyo a los Proveedores de Servicios Integrales en Salud.
- 7- Realizar modificaciones en el sistema a los datos de asegurados de extranjeros incluidos como erróneos.
- 8- Coordinar con el Administrador de los contratos con los Proveedores de Servicios Integrales en Salud, los procedimientos a aplicar en materia de validación y facturación de servicios médicos.
- 9- Cotejo y análisis base datos IMAS versus base Datos Seguro por el Estado.
- 10- Participación Taller INAMU
- 11- Participación en definición de indicadores para compromisos de gestión
- 12- Coordinación con el Área Estadística en Salud en temas atinentes para ambas Unidades.
- 13- Apoyo Área Gestión Recursos Humanos para definición de perfil y cargas de trabajo, Validación y Facturación Servicios Médicos.
- 14- Modificación registros extranjeros
- 15- Elaboración de planes (Plan Anual Operativo, Presupuesto del Área, Plan Estratégico)

16-Revisión y análisis de leyes y reglamentos atinentes a la materia.

17-Coordinación e informes para respuesta a Recursos de Amparo

18-Se creo una cuenta de correo electrónico para consulta y asesoría de los centros de salud.

COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES:

El Área de Coberturas del Estado tiene relación con una serie de organismos nacionales e internacionales con los cuales coordinan acciones tendentes a mejorar los servicios que se brindan a las personas usuarias. Conjuntamente con la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios se representa a la Institución en el Foro de Migrantes, órgano adscrito a la Defensoría de los Habitantes y que reúne a representantes de Instituciones del Estado y organismos de la sociedad civil involucrados en el tema migratorio.

También se sostiene un importante vínculo con organizaciones como el Fondo de Población de Naciones Unidas, la Organización Internacional de Migraciones, la Dirección General de Migración y Extranjería, el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Relaciones Exteriores y el Trust-OEA, con quienes se ha compartido en talleres que buscan coordinar acciones interinstitucionales para la mejora de procedimientos, en materia migratoria, trabajo y acceso al sistema de salud. A partir de algunas de estas actividades se han coordinado acciones a lo interno de la Institución, fundamentalmente con la Dirección de Inspección y el Área de Estadísticas en Salud. En el cuadro siguiente se indican la cantidad de eventos en las que ha participado el Área de Coberturas del Estado aportando los conocimientos y la experiencia en la materia a su cargo.

Cuadro N° 6

Aportes en actividades de otras Instituciones

Organismo	Tema	Nº Talleres
Foro de Migrantes	Migración – aseguramiento -acceso a la salud	10
Fondo Población	Salud sexual y reproductiva – VIH-SIDA – Violencia y género	4
Dirección de Migración	Aplicación procedimientos interinstitucionales – Caja de Herramientas para la integración migratoria	3
Ministerio de Trabajo Trust OEA	Procedimientos en trabajadores temporales migrantes	2
Organización Internacional de las Migraciones	Procedimientos migratorios - Aseguramiento indígenas recolectores de café	2

PARTICIPACION EN TEMAS MIGRATORIOS:

La entrada en vigencia de la reforma a la Ley General de Migración y Extranjería, marzo 2010, generó un replanteamiento a nivel institucional sobre los requisitos que deben de cumplir los migrantes para incorporarse al sistema que administra la Caja, esto dio como resultado la realización de diferentes actividades en las que el Área de Coberturas del Estado ha sido designada a participar.

Comisión para atender el tema de aseguramiento de extranjeros.

Se aportó conocimiento técnico para las siguientes directrices:

- En febrero de 2012, se emite la circular GF-13452, sobre Lineamientos para la formalización de aseguramientos en las modalidades de Seguro Voluntario, Trabajador Independiente, Seguro por el Estado así como Beneficios Familiares.

- En abril de 2012, se realiza una adición al lineamiento anterior oficio GF-14577/GM.2428/GA-9170 Adición de los lineamientos para el aseguramiento de migrantes como Asegurados Voluntarios y Trabajadores Independientes, conforme la Ley No. 8764, Ley General de Migración y Extranjería.
- En junio de 2012, se emite la circular GF-28954/GM-24224/GA-33203 Afiliación y prestación de servicios de salud a los asegurados extranjeros no habilitados legalmente para trabajar en el país.
- En setiembre de 2012, se emite la circular GF-30324-12/GM-24224-12/GA-33023-12 Renovación de carné de asegurado a trabajadores extranjeros no habilitados legalmente para trabajar en el país.

También se realizaron coordinaciones para sesiones de trabajo con representantes de la Dirección General de Migración y Extranjería, para la elaboración de procedimientos que simplifiquen los trámites de los usuarios extranjeros en ambas instituciones.

Comisión Fondo Social Migratorio

El Fondo Social Migratorio, establecido en la Ley General de Migración y Extranjería, conformado por el canon que pagan los extranjeros que realizan trámites migratorios. Un 25% de este Fondo debe ser distribuido entre el sector salud. Con el aval de la Gerencia Médica se estableció una alianza estratégica con el Ministerio de Salud, con el fin de presentar un proyecto conjunto para su financiamiento. El Proyecto consiste en la construcción de establecimientos de control de salud en puestos fronterizos como Paso Canoas, Peñas Blancas, Sabalito, Los Chiles, entre otros. La mareiz correspondiente fue entregada para análisis de la Gerencia Médica por parte de la Comisión.

Participación en el proyecto rutas de Integración

Consistió en la elaboración de herramientas didácticas para la capacitación de migrantes, con la información necesaria para que esta población acceda las diferentes modalidades de aseguramientos y a los servicios de salud, con el detalle de los requisitos respectivos. Este proyecto se finalizó y se divulgó. En agosto de 2012 se realizó una sesión de seguimiento.

Participación implementación Dimex en la Caja

Se participa en un grupo interdisciplinario de trabajo, coordinado por SICERE, para analizar el impacto de este documento de identificación en los sistemas que tiene la institución, así como en el proceso de pruebas en la implementación del Dimesx en algunos sistemas institucionales.

Recopilación normativa sobre extranjeros

Se realizó un documento que contempla toda la normativa de consulta y aplicación en el campo de conocimiento y competencia del Área Coberturas del Estado.

LIMITACIONES:

Se considera que el periodo de vida del Área Coberturas del Estado, de enero 2011 a octubre 2012, ha sido de un intenso esfuerzo para cumplir con las competencias otorgadas en el Manual de Organización de la Dirección de Coberturas Especiales, la creación del Área fue una oportunidad de concentrar los recursos y esfuerzos en temas de gran impacto institucional como el Seguro por el Estado y la Facturación a no asegurados, lo cual se ha descrito a través de este informe, sin embargo se debe dejar constancia que también se tuvieron algunas barreras o inconvenientes, que limitaron el desarrollo de la labor. A continuación se citan algunas de esas situaciones.

- 1- El Área de Coberturas del Estado ha tenido que dedicar esfuerzos importantes en algunas actividades transversales o al margen de las sustantivas, esto implica una carga extra de trabajo y la dedicación de muchas horas en tareas no programadas que deben ser resueltas con el mismo recurso humano del Área.
- 2- En el caso de Seguro por el Estado, hay un avance notorio en el tema, sin embargo se mantiene una dependencia de la Sub Área de Sistemas en Salud para la obtención de información requerida y para promover cambios en la herramienta, lo cual hace que las acciones se desarrollen con menos rapidez y oportunidad.

- 3- En lo que respecta al proceso de Facturación a no Asegurados, al cambiar las condiciones a partir de las nuevas propuestas, se percibe grados de resistencia importante, aspecto que requiere trabajar hacia un cambio de cultura y de preparación hacia las nuevas responsabilidades.
- 4- La situación actual de la Institución repercutió en la labor del Área, incrementando la demanda de información y de actividades de corto plazo no contempladas en la planificación, aspecto que limitaba el avance en la consecución de las metas fundamentales.
- 5- Se labora bajo un ambiente de gran presión, hay una expectativa para que se resuelvan en el corto plazo situaciones que no han sido atendidas adecuadamente durante muchos años, además se demanda la atención de diversos temas en forma simultánea.
- 6- La designación en muchas comisiones de trabajo (doce), involucran al equipo de trabajo en general y provocan una sobrecarga de esfuerzos, disminuye las posibilidades de investigación y análisis en el tratamiento de los temas sustantivos del Área y en ocasiones desvían la atención de los mismos, dado que las comisiones demandan resultados de corto plazo.
- 7- Las sobre cargas de trabajo limitan una planificación adecuada de las vacaciones y generan agotamientos con propensión a riesgos de salud.

ASUNTOS PENDIENTES:

- 1- Analizar el proceso de atención médica de personas detenidas a cargo del Instituto Costarricense sobre Drogas, para el eventual cobro de dichas atenciones.
- 2- Levantamiento de un procedimiento que contemple:
 - a. El proceso de filtrado de la base de datos del Seguro por el Estado
 - b. La entrega de la información filtrada al Área Coberturas Especiales, Actuarial, Financiero Contable, DESAF.
- 3- Realizar el estudio de viabilidad técnica y financiera de trasladar la administración de la Base de Datos de Asegurados por el Estado al Instituto Mixto de Ayuda Social.

OBSERVACIONES FINALES:

Como puede determinarse, de conformidad con lo expuesto a través de este informe, se alcanzaron en alto grado las metas trazadas en el periodo, con miras a lograr las estrategias propuestas, para el cumplimiento de las actividades sustantivas encomendadas, adicionalmente se desarrollaron un sin número de actividades no contempladas en la planificación, significando una sobrecarga de trabajo en relación a los limitados recursos con que cuenta el Área de Coberturas del Estado.

Tomando en cuenta lo descrito en el párrafo anterior y dado que hay un proceso de revisión Institucional, se hace necesario examinar las competencias de las Áreas adscritas a la Dirección de Coberturas Especiales, de conformidad con el modelo funcional vigente, se tiene que entre un 70 o 75% de las cargas de trabajo están asignadas en el Área Coberturas del Estado y el resto en el Área de Riesgos Excluidos, esta situación requiere de una redefinición de competencias. Se debe valorar concentrar los tres subprocesos de facturación: Riesgos Excluidos, Patrono Moroso y No Asegurados en una sola Área, la tendencia operacional en el campo de la informática es construir una sola herramienta de facturación con tres opciones de selección según el tipo de factura que se ha de realizar, razón demás para una revisión y equiparación en las cargas de trabajo.

ANEXOS

Cumplimiento de metas incluidas en los PAOS 2011-2012

DESCRIPCIÓN DE LA META	INDICADOR	ACTIVIDADES REALIZADAS	PORCENTAJE DE AVANCE
AÑO 2011			
1.4, 1 Realizar un análisis comparativo de las actividades que realizan las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en el otorgamiento del Seguro y Protecciones con cargo al Estado, a la luz de la normativa aplicable en la materia, con el propósito de obtener insumos para la redefinición, control y evaluación de los procedimientos.	Estudio realizado	1) Elaboración plan de trabajo 2) Diseño Metodológico 3) Trabajo de campo 4) Codificación y tabulación 5) Análisis de resultados 6) Elaboración de informe	Meta cumplida en un 100%.
1.5.1 Promover una propuesta de acciones que mejoren la aplicación de los procedimientos aplicados en el Seguro y Protecciones con Cargo al Estado.	Propuesta elaborada	1) Conformación grupos de trabajo. 2) Elaboración de lineamientos para un mejor registro de la información en el SIAC, Módulo Seguro por el Estado. 3) Difusión de lineamientos para mejorar el registro de información en el SIAC.	Meta cumplida en un 100%
1.7 Promover una mejora al módulo del Seguro por el Estado, con el fin de contar con información veraz, oportuna y confiable para realizar una adecuada facturación al Estado.	Requerimientos solicitados	1) Se solicitaron requerimientos de salida del sistema por: fallecimiento, seguro familiar, asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, Régimen no Contributivo y por vencimiento o suspensión del beneficio. 2) Se promovieron depuraciones trimestrales de la base de datos de Seguro por el Estado. 3) Se actualizó la información para la facturación al Estado a Setiembre 2011. 4) Se conformó equipo de trabajo para evaluar el módulo Seguro por el Estado y proponer cambios que permitan hacer registros confiable y generar datos de calidad.	Meta cumplida en un 100%
3.2 Elaborar una propuesta de reforma al Manual de Aseguramiento por el Estado.	Propuesta elaborada	La propuesta se elevó a las Autoridades Superiores para su aval.	Meta cumplida en un 100%

DESCRIPCIÓN DE LA META	INDICADOR	ACTIVIDADES REALIZADAS	PORCENTAJE DE AVANCE
3.3 Realizar 14 actividades de capacitación dirigidas a las Unidades de Validación de Derechos.	Número de actividades de capacitación realizadas	1) Elaboración plan de capacitación. 2) Elaboración de material didáctico. 3) Planificación y coordinación de la actividad. 4) Se impartieron 14 capacitaciones: 2 en la Región Huetar Atlántica, 1 en la Auditoría, 10 talleres en los meses de Setiembre, Octubre y Noviembre a las Unidades de Validación de todo el país, 1 al Área Estadísticas en salud (4 sesiones).	Meta cumplida en un 100%
AÑO 2012			
Realizar 10 actividades de capacitación en materia de normas y procedimientos que rigen el funcionamiento de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, dirigidas a funcionarios de éstas Unidades.	Número de actividades de capacitación realizadas	1- Hospital Chacón Paut a 12 funcionarios. 2- Hospital de Heredia a 11 funcionarios, dministradores y de Registros Médicos de Dirección Regional Central Norte. 3- Hospital La Anexión de Nicoya 11 funcionarios. 4- Dir. Central Norte 7 funcionarios	Meta cumplida en un 40%
Evaluar 13 Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en la aplicación de la Normativa y Procedimientos del Seguro por el Estado, a fin de que sus resultados sirvan de referencia para mejorar el alineamiento institucional en la materia.	Número de Unidades evaluadas	Se está en el proceso de planteamiento y definición de los instrumentos y variables a evaluar.	Meta cumplida en un 10%
Analizar las observaciones de la Auditoría a la propuesta planteada sobre el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado e incorporar lo correspondiente, con el propósito de dotar a las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos con una herramienta de trabajo sólida y procedimientos estandarizados.	Propuesta de Manual ajustado en un 100%	El Área ya incorporó el 100% de las observaciones planteadas por la Auditoría. No obstante, se está en la fase de ajuste del Diagrama de Flujo.	Meta cumplida en un 100%

DESCRIPCIÓN DE LA META	INDICADOR	ACTIVIDADES REALIZADAS	PORCENTAJE DE AVANCE
Realizar dos evaluaciones de la base de datos del módulo de Seguro por el Estado del Sistema Institucional de Agendas y Citas (SIAC), a fin de determinar si los registros presentan inconsistencias y plantear propuestas de mejora.	Cantidad de evaluaciones realizadas	Se hizo el análisis de los datos suministrados por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se elaboró documento borrador y está en revisión y ajustes.	Meta cumplida en un 90%
Promover 2 requerimientos al módulo de Seguro por el Estado en el Sistema Institucional de Agendas y Citas (SIAC), con el propósito de disminuir las desviaciones detectadas en las evaluaciones a la base de datos del módulo de Seguro por el Estado.	Número de mejoras propuestas	<ul style="list-style-type: none"> El 25 de mayo vía correo electrónico se entregó al líder usuario del SIAC los formatos de reportes a incluir en el sistema. Eliminación de Códigos 525, 526, 527 y 529 correspondientes a padre, madre, hermanos mayores y cónyuges separados para ser registrados como 511, asegurados directos. 	Meta cumplida en un 100%
Elaborar la propuesta de actualización del procedimiento de facturación, recaudación y cobros e servicios médicos prestados a no asegurados, con el propósito de dotar a las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos con una herramienta de trabajo sólida y procedimientos estandarizados.	Propuesta elaborada en un 100%	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico situacional: se encuentra en la etapa de revisión y aprobación por parte de la comisión para ser elevado al nivel superior. Manual de procedimientos: se elaboró un documento, cada Área representada en el grupo de trabajo, está revisando y ajustando lo concerniente a su competencia. Sesiones de trabajo: se realizaron 30 sesiones de trabajo quedando pendiente la recopilación de observaciones para hacer entrega del documento final. Censo: Se realizó para conocer qué centros de salud realizan acciones de recaudación por facturación a no asegurados con capacidad de pago 	Meta cumplida en un 90%
Promover la creación de una herramienta informática de facturación, recaudación y cobros de servicios médicos prestados a No Asegurados, a efecto de automatizar el proceso y mejorar el control interno.	Coordinaciones realizadas en un 100%	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta informática: se promueve la elaboración de una herramienta en el SICERE, sobre la base de las ya existentes de facturación por patrono moroso y riesgos excluidos. Se elaboran los requerimientos. 	Meta cumplida en un 70%

DESCRIPCIÓN DE LA META	INDICADOR	ACTIVIDADES REALIZADAS	PORCENTAJE DE AVANCE
Evacuar 2000 consultas telefónicas sobre Aseguramiento y Protecciones con cargo al Estado, No Asegurados y Patrono Moroso, con el fin de dar soporte técnico en la materia a las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.	Número de consultas evacuadas	La meta se superó significativamente porque al realizar el plan se esperaba que con el traslado de la función de otorgamiento de número de asegurado a extranjeros se disminuyeran en un buen porcentaje las consultas, no obstante se está en un período de transición y no fue hasta abril cuando comienza a darse este efecto. Por otra parte al implementar el Área la dirección electrónica podría también disminuir este tipo de consulta.	Meta cumplida en un 303%