

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE
CINPE

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GESTIÓN DE COBRO ADMINISTRATIVO DEL
ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN, EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NO
ASEGURADOS DEL HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA, 2014.

JESSICA DELGADO MORA
1-1325-0008

SAN JOSÉ, COSTA RICA

AGOSTO 2015

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GESTIÓN DE COBRO ADMINISTRATIVO DEL
ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN, EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NO
ASEGURADOS DEL HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA, 2014.

JESSICA DELGADO MORA
1-1325-0008

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

El presente trabajo de investigación fue sometido a consideración del tribunal examinador como requisito parcial para optar por el grado de Máster en la Maestría Profesional en Gestión y Finanzas Públicas.

Keynor Ruiz Mejías
Director de Docencia CINPE

Fernando Sáenz Segura
Lector 1

Karen Elizondo Quirós
Lector 2

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por el don de la vida y la oportunidad de cumplir una meta más.

A mi familia por la motivación para cumplir este sueño.

*A los profesores del CINPE que me brindaron ayuda y apoyo en el transcurso de la
Maestría.*

*A los compañeros del Hospital Dr. Escalante Pradilla que me transmitieron muchos
conocimientos en el tema de investigación.*

DEDICATORIA

A Dios, por ser luz y guía siempre en mi vida.

A mis padres, por la entrega y disposición en todo momento.

A mis hermanas por sus buenos consejos.

A mis sobrinos por ser mi gran inspiración.

A mi gran amigo Adrian por su ayuda incondicional.

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio tiene como propósito analizar los factores que influyen en la gestión de cobro administrativo del área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, en la atención a pacientes no asegurados del Hospital Escalante Pradilla, para así determinar si es eficaz esta gestión, que se realiza en dicho nosocomio.

La metodología utilizada para el presente trabajo, se realizó mediante diferentes tipos de investigación como lo son la exploratoria y aplicada, esto con el propósito de lograr los objetivos propuestos inicialmente, mediante entrevistas y cuestionarios aplicados a involucrados en este proceso.

Una vez culminada esta investigación, se logró obtener información con la cual se determinó, que las estrategias utilizadas por la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital Dr. Escalante Pradilla, para generar la gestión de cobro a los pacientes no asegurados que han utilizado los servicios médicos en dicho centro hospitalario, no son las más adecuadas ya que no generan un trámite oportuno, sin embargo pueden emplearse estrategias que aumenten la recaudación de capital para la institución, sin necesidad de incurrir en gastos excesivos. Además se determinó que existe necesidad de capacitación para el personal del servicio, así como disponer de recurso humano, orientado a satisfacer la gestión de cobro a plazos mínimos, en la inmediatez de la necesidad que tiene la CCSS de captar recursos.

**PALABRAS CLAVES - SEGURO POR EL ESTADO- - NO
ASEGURADO- - COBRO ADMINISTRATIVO- - UNIVERSALIDAD- - -
SEGURIDAD SOCIAL-**

EXECUTIVE SUMMARY

This study aims to analyze the factors that influence the management of administrative collection area Billing Validation and Medical Services, in caring for uninsured patients Escalante Pradilla Hospital, to determine whether this is effective management, held in that hospital.

The methodology used for this study, was performed by different types of research such as exploratory and applied, this in order to achieve the objectives initially, through interviews and questionnaires answered involved in this process.

Upon completion of this investigation, it was possible to obtain information with which it was determined that the strategies used by the sub-area Validation and Billing of Medical Services of the Hospital Dr. Escalante Pradilla, to generate the management of charging uninsured patients who used medical services in that hospital, they are not the most appropriate because it does not generate an appropriate procedure, however strategies can be used to increase the capital raising for the institution, without incurring excessive costs. In addition it was determined that there is need for training for service personnel and available human resources, aimed at meeting the collection management to minimum terms, in the immediacy of the need for the CCSS to raise funds.

KEYWORDS - SAFE BY THE STATE - NO INSURERS - ADMINISTRATIVE--UNIVERSALIDAD- COLLECTION - SOCIAL - SECURITY

Contenido

INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	7
1. ANTECEDENTES DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
1. OBJETIVO GENERAL:.....	11
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	11
MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGICO	12
1. SEGURIDAD SOCIAL	12
2. UNIVERSALIDAD	14
3. NO ASEGURADO.....	17
4. GESTIÓN DEL COBRO ADMINISTRATIVO	17
TECNICAS DE INVESTIGACION Y FUENTES DE DATOS.....	19
1. TECNICAS DE INVESTIGACION	19
a. Investigación exploratoria	19
b. Investigación aplicada.....	19
2. FUENTES DE DATOS.....	20
a. Sujetos.....	20
b. Población.....	20
c. Muestra.....	21
3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	22
a. Cuestionario	22
b. Entrevista.....	23
RESULTADOS	24
ANÁLISIS DE DATOS	24
1. ENCARGADA DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.....	25
a. Situación Actual de la Sub – área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.	25

2. COLABORADORES DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA	26
a. Normativa de la Caja Costarricense Seguro Social.....	26
b. Responsabilidad de los pacientes que reciben atención médica.....	30
c. Usuarios que acuden al Hospital Dr. Escalante Pradilla.....	32
3. PACIENTES NO ASEGURADOS QUE ASISTEN A LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.....	34
a. Derechos y Deberes de los pacientes no asegurados.....	34
b. Entorno Social.....	35
c. Recaudación	37
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS	43

Índice de Gráficos

GRAFICO N°1- 1. Conocimiento en materia legal.....	27
GRAFICO N°2 - 1 . Gestión del trámite administrativo.	28
GRAFICO N°3 - 1. Conocimiento en los reglamentos establecidos por la CCSS.....	29
GRAFICO N°4 - 1. Concurrencia en el Incumplimiento del pago por los servicios médicos facturados.....	30
GRAFICO N°5 - 1.Déficit financiero por morosidad.....	31
GRAFICO N°6 - 1. Pacientes No asegurados.	32
GRAFICO N°7 - 1. Pagos por servicios médicos facturados.....	33

Índice de Cuadros

CUADRO N°1 - 1.Derechos como no asegurado según normativa de la CCSS.	34
CUADRO N°2 - 1. Servicios médicos brindados no cancelados.	35
CUADRO N°3 - 1. Impacto financiero de la CCSS por la evasión del pago de seguro.	36
CUADRO N°4 - 1. Razones por las cuales usted no cancela la atención médica.	36
CUADRO N°5 - 1. Pago de los servicios médicos brindados.....	37
CUADRO N°6 - 1. Estímulo para pagar el seguro social.....	38

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito hacer un análisis sobre los factores que influyen en la gestión de cobro administrativo del área de Validación y Facturación, en la atención de pacientes no asegurados del Hospital Escalante Pradilla, para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Esta investigación está compuesta por diferentes apartados, los cuales se refieren propiamente a los antecedentes del problema, al planteamiento y justificación del estudio. Además el objetivo general, los objetivos específicos, desarrollándose de esa manera el marco teórico, el cual fundamenta el objeto de estudio de la investigación, explicando todo lo relacionado con dicho trabajo.

Se concluye con la metodología empleada en la investigación, analizando los datos y de esta manera proponer una estrategia para el buen funcionamiento de la sub área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

1. ANTECEDENTES DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIO MÉDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.

La siguiente investigación se realizará en la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital Dr. Escalante Pradilla. El propósito principal de este servicio es brindar atención al paciente no asegurado, o aquel que en el momento de la atención se presenta como indocumentado. Esta área cuenta con un total de cuatro funcionarios en propiedad. Este hospital está ubicado en la provincia de San José, cantón de Pérez Zeledón, distrito San Isidro de El General, al costado Este del estadio municipal de la localidad.

El Reglamento de Seguro de Salud, Manual de organización de la Dirección Coberturas Especiales, Manual de Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de derechos y el Manual de Procedimientos de Seguro por el Estado, establecen políticas para el desarrollo de las funciones de Validación y Facturación Servicios Médicos. Mismas que responden a los lineamientos de promoción de la Caja, motivadas en su razón de ser, para los trabajadores y para la población en general.

Se definen a continuación dichas políticas en las que se pretende aclarar la perspectiva de lo que se aspira alcanzar en esta área como lo presenta el Plan de Gestión Local de la Sub- área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

“Política de excelencia: Promovemos la excelencia en el desarrollo de la gestión, en beneficio de la sociedad y de los usuarios de los servicios.

Política de tolerancia: Respetamos las ideas y opiniones de los demás, no obstante sean diferentes a las nuestras.

Política de respeto a las personas: Apoyamos y valoramos a las personas que trabajan y aportan soluciones para el bienestar de la organización y de la Institución.

Política humanismo: Valoramos y promovemos la formación integral de nuestros funcionarios, resaltando los valores humanos de dignidad, honestidad, transparencia, entre otros.

Política cooperación: Apoyamos las relaciones que fomentan la cooperación Inter y extra institucional, para desarrollar con oportunidad las acciones en salud, pensiones y prestaciones sociales.

Política compromiso: Se desarrollarán acciones para cumplir con la obligación contraída, lograr la oportunidad en la ejecución del trabajo, promover el desarrollo de la cultura organizacional y mantener un análisis permanente de la Institución y del entorno nacional, con el propósito de orientar la toma de decisiones.

Política integridad: La ética y la moral serán las bases de nuestra actuación y toma de decisiones.

Política transparencia: Las actuaciones de los funcionarios en los asuntos de carácter institucional y de cualquier orden, se deben tratar con ética, honestidad, lealtad, claridad, sin ambigüedad y con altos valores morales”.

(Mora 2014-2015)

La Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, pertenece directamente al Área Financiero Contable del Hospital Dr. Escalante Pradilla, ubicada cerca del Servicio de Urgencias, esta Sub-Área ofrece un servicio continuo las 24 horas, a todos los pacientes no asegurados e indocumentados, o para la atención de pacientes con alguno de los riesgos excluidos (accidentes de tránsito o accidentes laborales). Entre sus prioridades está la facturación para el cobro de los servicios brindados a pacientes no asegurados, ya sea por atención en el Servicio de

Urgencias, o por un internamiento o bien la consulta externa de especialidades y Medicina General.

Sin embargo en el 90% de estos casos, los pacientes manifiestan no tener dinero para cancelar la atención brindada, y lo que procede es la confección de una factura, con notificación de la deuda donde se le indica el trámite a seguir para el pago de los servicios brindados; al usuario se le da la posibilidad de realizar los pagos en tractos, esto si demuestra que no tiene capacidad económica para cancelar la totalidad de lo adeudado.

En el año 2014, la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, del Hospital Dr. Escalante Pradilla, ha realizado alrededor de 500 facturas de cobro a pacientes no asegurados, indocumentados, o extranjeros, los cuales dos de diez pacientes se presentan a realizar un arreglo de pago, los extranjeros en muchos casos ya han salido del país, dejando deudas pendientes en el servicio por varios millones de colones. De ello, surge la presente propuesta de investigación.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente, laboro para el Hospital Dr. Escalante Pradilla, y he laborado en la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos de dicho Centro, en donde al paciente que no se encuentra al día con el Seguro de Salud y se le brinda atención médica se le debe realizar el cobro inmediatamente, de la consulta general de urgencias, exámenes, medicamentos recetados y demás exámenes de gabinete.

En esta oficina se tiene la inquietud por detectar la principal problemática que conlleva a los clientes al no realizar el pago del “seguro” de forma oportuna o bien, no realizarlo del todo.

Con la realización de esta investigación se desea recopilar información que colabore

con la administración activa de la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos y del Hospital Dr. Escalante Pradilla, en la toma de decisiones, buscar la implementación correcta para realizar los cobros, e identificar estrategias idóneas, donde se evite la morosidad de los clientes de este centro hospitalario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos mantiene entre sus prioridades facturar para cobrar los servicios brindados a pacientes no asegurados, por lo que se procede a la confección de una factura, donde se le indica que tienen cinco días de plazo para presentarse a ese mismo lugar a realizar el pago correspondiente.

Esto genera una aproximación de 187 facturas mensuales redundando anualmente en 2000 casos, sin que estos pacientes se hagan presentes a pagar sus adeudos, ya que no existe un departamento que gestione y exija el cobro oportuno. Dándose esta situación, se crea la necesidad de analizar si la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos está cumpliendo con sus objetivos en función de estos pacientes no asegurados de tal forma que permita detectar los factores que influyen financieramente, en cuanto al gasto de materiales, insumos y recurso humano de la Caja Costarricense de Seguro Social, al brindar atención a pacientes no asegurados.

¿Cuáles son los factores que influyen en la gestión de cobro administrativo del Área de Validación y Facturación Servicios Médicos, en la atención de pacientes no asegurados del Hospital Escalante Pradilla, 2014?

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar los factores que influyen en la gestión de cobro administrativo del área de Validación y Facturación, en la atención de pacientes no asegurados del Hospital Escalante Pradilla, 2014.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Identificar el marco normativo de la Caja Costarricense Seguro Social en la gestión cobro a los no asegurados.
- b. Determinar los lineamientos administrativos establecidos por las autoridades del Hospital Dr. Escalante Pradilla, respecto al proceso de recaudación y trámites legales.
- c. Verificar el cumplimiento de los indicadores de recaudación propuestos por la Sub-Área de Facturación y Validación.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGICO

1. SEGURIDAD SOCIAL

A inicios de la década de los cuarentas, mediante Ley N° 17, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que en el año 1943, es reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.

Desde su creación hasta el 12 de mayo de 1961, fecha en la cual se aprueba la Universalización de los Seguros Sociales, la institución fue adaptando su gestión para adaptarse a las necesidades de un país en crecimiento, hasta que en 1975, se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores agrícolas y se le asigna sistema de seguridad para la administración del Fondo de Pensiones del Régimen No Contributivo, con el fin de otorgar protección económica a los ciudadanos de bajos recursos.

Desde su creación hasta la actualidad, la institución administradora de la seguridad social ha sido una organización de corte social, solidaria, protectora y servicial, cuyos objetivos están planteados para la atención integral de salud de todos los residentes de Costa Rica.

Según la Declaración de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas, la Seguridad Social es un derecho fundamental de todo ser humano, y como tal, debe tener acceso a este, independiente su condición física, social, económica, religiosa, geográfica y cualquier otra que lo identifique como ser humano; y en nuestro país, el sistema de seguridad social ha sido y es el estandarte nacional en materia de seguridad social, de protección al desposeído y de igualdad entre todos los ciudadanos que conforman la palestra social durante los últimos 70 años. Esta virtud ha permitido a Costa Rica contar con indicadores sociales y de salud que

compiten con los mejores del Continente, a pesar de ser un país considerado como “en vías de desarrollo”, con dependencia económica del sector primario de la economía, que no la ha impedido realizar grandes esfuerzos para mejorar la cobertura y oferta de servicios en este elemento.

En Costa Rica, la seguridad social está sostenida económicamente por el trinomio constituido por: asalariados, patronos y Estado, quienes con sus aportes –acorde a sus posibilidades y responsabilidades- financian los gastos operativos en las distintas actividades, con una estrecha vinculación con el ingreso al mercado laboral formal de los ciudadanos, al establecerse la relación patrono-empleado y con esta la condición de asegurado, fundamentado en la legislación nacional vigente en la Ley Constitutiva de la CCSS, el Código de Trabajo, los Principios Generales de Derecho de la Seguridad Social y los Convenios de la OIT suscritos y ratificados por Costa Rica.

Así mismo, el sistema de seguridad social, como parte de su declaración establece once principios generales y pilares filosóficos que rigen su gestión, los cuales establecen los alcances y objetivos en la puesta en práctica de la seguridad social, tal como: el principio de solidaridad sugiere que toda la población, en la medida de sus posibilidades, debe contribuir con el sistema de salud pública de forma económica, para brindar protección a todos aquellos beneficiados. Otro principio importante es el de igualdad, que establece la obligatoriedad de dar un trato igual a personas en condiciones iguales, y diferencias a aquellas cuya condición sea distinta, dando apertura a la prestación de servicios, a aquellas personas de recursos limitados e incapaces de afrontar los costos de la seguridad social, y que unido al principio de la solidaridad otorga beneficios de forma universal a todos los habitantes del país, dando origen y forma al principio de universalidad, quizás el más importante y determinante de la situación del sistema de salud pública de Costa Rica. Esta situación se marca aún más con el principio de subsidiaridad del Estado, que establece la obligación de este de velar por la salud de su población y de –en última instancia- hacerse cargo de los programas de salud, impidiendo la negación de servicios médicos de emergencia a todas aquellas personas que así lo requieran. Así

mismo en numerosas sentencias la Sala ha amparado los derechos de no asegurados a acceder a estos, estableciendo que dicha accesibilidad vendrá dada por la urgencia del caso, claro ejemplo, los indigentes que están expuestos a situaciones extremas o personas que sufren graves accidentes que ameritan la atención hospitalaria inmediata, independientemente de si estos están o no asegurados. Por otra parte, también se ha declarado por este Tribunal el derecho de quienes no estén asegurados y no padezcan de enfermedades que indiquen hospitalización o atención médica urgente, sino que simplemente requieran de los servicios médicos que se prestan en los hospitales públicos del sistema de seguridad social, siempre y cuando se cancele la atención brindada, lo cual siempre resultará en una ventaja para el que utiliza el servicio, toda vez que la cotización solidaria de todos los trabajadores hace del costo del servicio uno más accesible a las necesidades de los que no poseen un empleo y requieren la atención médica.

La comunión de todos estos factores, dan pie a la realidad de la seguridad social, al dotar de derechos legítimos y hasta constitucionales (artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica) de recibir servicios de salud a cualquier individuo que así lo requiera, no importa su nacionalidad, estatus migratorio, condición social, inclusive condición de asegurado, generando gastos importante a la Caja Costarricense del Seguro Social como administradora del sistema de seguridad social, muchos de ellos incobrables, con la afectación correspondiente al equilibrio económico de la institución.

2. UNIVERSALIDAD

Un principio fundamental de la atención de toda la población que requiere servicios de salud es el de universalidad, el cual establece que la totalidad de los beneficios del sistema de seguridad social deben permitir que todos los miembros de la sociedad sean partícipes de estos, lo que le garantiza el acceso a toda la población, en su condición elemental y primaria de ser humano, como derecho inherente al ser y como garantía de vida. Este principio es una realidad en Costa Rica y se aplica

cuando la necesidad de atención médica es urgente, y ésta se brindará de forma inmediata, ya sea si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, así como si no acredita su condición. De la misma manera aplica cuando los servicios se otorgan a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el seguro por el estado.

La universalidad como derecho de acceso a la Salud no limita su protección a las personas afiliadas a los seguros de Salud, esto en el tanto no se puede circunscribir la atención médica de una persona a su contribución a un seguro. En este sentido, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia ha manifestado, que las personas no aseguradas también tienen derecho a acceder a los beneficios del Seguro Social, esto siempre y cuando se presenten situaciones de urgencia, que comprometan la vida de la persona.

De lo anterior se desprende que la calidad de no asegurado, no debe ser límite para la prestación del servicio de salud que la persona requiere –tal y como lo prevé el principio de universalidad- pero, ello no significa que los servicios tengan que ser gratuitos, sobre este punto, el llamado carácter tripartito de la contribución forzosa del Estado, significa que el asegurado debe contribuir al financiamiento de las prestaciones sociales que reciba, incluidos los seguros de enfermedad. No puede olvidarse, por demás, que los seguros sociales presentan un carácter solidario y esa solidaridad se ve afectada cuando la persona rehúsa asegurarse para no contribuir con el sistema, particularmente si es trabajador y cuenta con los medios económicos para pagar los servicios recibidos, por lo anterior, debe instarse a las personas a asegurarse según el régimen correspondiente.

En este mismo sentido y bajo la perspectiva de la universalidad de la atención, la legislación nacional también permite que las mujeres en estado de gestación y los menores de 18 años, puedan recibir atención médica de cualquier especialidad y según su necesidad, sin mediar una emergencia de por medio de la Ley 7739 que define el Código de Protección Niñez y Adolescencia, que prevé una protección

especial para estas personas en el entendido que los menores y los no natos, que no están en condiciones de asumir el cargo de un seguro.

Adicional a esto, la Ley 7935 de protección al adulto mayor, establece que toda persona de más de 65 años de edad que no tenga ningún modo de aseguramiento, puede acceder a los servicios de salud en caso de necesidad sin mediar una situación de emergencia, dada su condición de adulto mayor. También así los jóvenes de entre 18 y 24 años como cumplimiento de la Ley 8612 Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, firmada por Costa Rica en 2005 en España.

Como complemento de lo indicado anteriormente, cualquier persona entre los 24 y los 64 años puede optar por alguna modalidad de aseguramiento que ofrece el sistema de salud costarricense, ya sea seguro voluntario, trabajador independiente, convenios, entre otros; que le permitiría gozar de la totalidad de los servicios que ofrece la Caja Costarricense del Seguro Social, mismas que son definidas en el Reglamento de Salud. Por otra parte si alguna persona dentro de este rango de edad demuestra que está en condición de indigencia económica o pobreza extrema, el estado aporta por núcleo familiar o persona individual, el equivalente a una cuota de seguro mensual; es decir, lo que llamamos popularmente “tener” Seguro por el Estado, esto amparado en el Decreto Ejecutivo 17898-S, art. 9678 del Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado. (CCSS, Manual de procedimientos del Seguro por el Estado. s.f.)

De esta manera ser “No Asegurado”, es una decisión de cada ciudadano, indiferente de su condición social, edad, entre otras características que hacen factible contar con aseguramiento de cualquier modalidad; sin embargo se lucha con una cultura paternalista que hace a las personas no mostrar interés por mantener su condición de asegurado al día aumentando la deuda del estado con la Caja Costarricense de Seguro Social.

3. NO ASEGURADO

En el sistema de seguridad social de Costa Rica, es indispensable acreditar la condición de aseguramiento para poder solicitar los servicios que en los distintos centros de salud pública se brindan; y aquellas personas que no puedan demostrar su condición se les consideran no asegurados. El Reglamento de Salud en su artículo 10, define al no asegurado como: "*Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud*"; sin embargo en el artículo 61 del mismo Reglamento, abre la oportunidad de brindar atención médica cuando esta sea urgente, bajo la responsabilidad económica del paciente, en el entendido de que el cobro se podrá realizar, posterior a recibida la atención. En caso de que la atención no sea urgente, pero el usuario la requiera, deberá cancelarla por anticipado, pudiendo optar por alguna de las diferentes modalidades de aseguramiento existentes en el sistema de seguridad social; siendo en su gran mayoría atenciones en el servicio de emergencias de pacientes no asegurados, lo que ha incrementado el crédito en atenciones médicas, mismas que generan déficit financiero en la institución aunado a una mala gestión de cobro a estos pacientes morosos. (CCSS, Reglamento de Salud s.f.)

4. GESTIÓN DEL COBRO ADMINISTRATIVO

El objeto primordial de la gestión del cobro administrativo, es ejecutar la recaudación puntualmente de dinero, con aquellos pacientes no asegurados, morosos con la institución, así como incentivar una cultura de pago oportuna en la población del cantón de Pérez Zeledón, esto con el propósito de dar fortalecimiento financiero, en los regímenes de salud y pensiones que administra esta institución.

Según se establece en los artículos 61 y 74 del Reglamento de Salud de Costa Rica, siempre que se brinde una atención y la persona que la reciba se acredite como persona no asegurada o que no porte los documentos de identificación, se procederá a realizar la facturación correspondiente, la cual será el insumo para trámites

correspondientes en los procesos de cobro administrativo, para resarcir los costos que representan dicha atención. En caso de los extranjeros no asegurados en condición de pobreza, y que reciban servicios del sistema de salud pública, se tramita la facturación para realizar el cobro a la instancia del Gobierno a la que le corresponda hacer efectivo el pago en favor de la CCSS; mismo caso con las atenciones a pacientes no asegurados amparados bajo el seguro obligatorio de automotor o riesgo al trabajador; siempre que estos reciban atención se deberá cobrar a la aseguradora correspondiente, al igual que los asegurados asalariados, cuyos patrones se encuentra morosos con la institución; en este caso, el patrón deberá responder por el trabajador de su empresa, y será él objeto de cobro administrativo.

La Sub Area de Validación y Facturación de Servicios Médicos no puede realizar la gestión de cobro administrativo ya que al menos cuatro funcionarios que deberían agregarse a su plantilla, las limitaciones y carencias de infraestructura en esta unidad ejecutora, pues como se ha mencionado anteriormente son muchos los casos de no asegurados en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla; que en su gran mayoría no se puede ejecutar el cobro oportuno pues no se aplican las medidas que los obligue a pagar dichos adeudos con la Caja Costarricense de Seguro Social a pesar de tener atenciones recurrentes.

TECNICAS DE INVESTIGACION Y FUENTES DE DATOS

1. TECNICAS DE INVESTIGACION

Este capítulo tiene como propósito dar a conocer y tratar las diferentes técnicas de investigación aplicadas, los sujetos y fuentes de información que se utilizaron para obtener la información, además de las herramientas usadas para la recolección de datos.

La clasificación de los diferentes tipos de investigación se relaciona con el problema que se pretende resolver, como lo es el análisis de los factores que influyen en la gestión de cobro administrativo que realiza la Sub área de Validación y Facturación, en la atención brindada a los pacientes no asegurados. Para este estudio se utilizaron varios tipos de investigación, entre ellas la investigación exploratoria y la investigación aplicada; mismas que nos ayudan a identificar, descubrir y analizar los procedimientos de la Sub área de Validación y Facturación de Servicios Médicos; además las herramientas utilizadas para la gestión de cobro ayudan a cumplir los objetivos planteados en la presente investigación, de igual manera para la formulación de las recomendaciones propias del estudio.

a. Investigación exploratoria

Con base en la investigación exploratoria se formuló un problema, del cual se definieron, el objetivo general y los objetivos específicos, para poder establecer y determinar las variables y los indicadores que se desarrollaran posteriormente, de los cuales se parte como guía para este estudio.

b. Investigación aplicada

En este trabajo, la investigación aplicada nos ayuda a recolectar información por medio de instrumentos de medición como cuestionarios, los cuales nos brindaron datos válidos y confiables para respaldar el trabajo final de graduación.

2. FUENTES DE DATOS

a. Sujetos

Se entiende por sujetos de información, aquellas personas o materiales, que nos brinden información necesaria para llevar a cabo la investigación, con el propósito de poder alcanzar la meta establecida al iniciar el proyecto.

(Brenes 2002), los sujetos se definen como: “quienes proporcionan la información al investigador” (p. 122)”. Para el presente trabajo los sujetos a estudiar son:

1. Encargada de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos: persona encargada de la dirección, coordinación, supervisión, control y ejecución de las labores administrativas de dicha sub-área.
2. Colaboradores: personas encargadas de custodiar y dar trámite a diferentes documentos propios de la Sub-área de Validación y Facturación Servicios Médicos. Además se encargan de brindar la atención administrativa, a aquellos pacientes no asegurados que van a utilizar, o han utilizado algún servicio médico del Hospital Dr. Escalante Pradilla.
3. Pacientes: persona que no está asegurada o indocumentada, que va a utilizar o ha utilizado los servicios médicos del Hospital Dr. Escalante Pradilla.

b. Población

Se entiende por población la totalidad del fenómeno a estudiar en el trabajo, y son quienes dan el origen a los datos en el proceso de investigación.

La población para este estudio específicamente, está compuesta por los pacientes que acuden a recibir atención médica en el Hospital Fernando Escalante Pradilla en un periodo de dos semanas, para establecer un promedio de atenciones en esta Área. La cual se considera como finita, por lo tanto según la revisión de los registros que al efecto lleva la unidad correspondiente, se estima en promedio en 310 pacientes atendidos en esta oficina y por los funcionarios de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos que son 4 colaboradores en total.

c. Muestra

(Arellano 1990) define muestra como:

“Un conjunto de la población, del que se obtienen los datos acerca de la misma, para seleccionar la muestra debe delimitarse las características de la población. Pocas veces se puede medir toda la población, por lo que se obtiene o se selecciona una muestra. Se pretende que este conjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población.”

El uso del muestreo es un procedimiento más rápido y en ciertos casos el único posible de realizar, sin embargo, por tratarse de un procedimiento inductivo de una inferencia que se hace de la parte hacia el todo y por tanto que la generalización no sea precisa sino que tenga cierto margen de error.

Para el estudio y aplicando la estadística inferencial, se utilizará una muestra representativa de dicha población, utilizando un grado de confianza del 95%, una probabilidad de que la muestra refleje la realidad de un 50% y un margen de error del 5%. La fórmula a utilizar será la siguiente:

$$N = \frac{Z^2 * p(1 - p)}{d^2}$$

Con la aplicación de la muestra se logra determinar un tamaño de la muestra (n^*) el tamaño de la población (310 personas) se aplica la siguiente fórmula para poder establecer el tamaño de la muestra (n) que deberá considerarse en el estudio.

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Después de aplicar la anterior fórmula se logró establecer que el tamaño de la muestra según los parámetros antes señalados, debe ser de 172 personas.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

a. Cuestionario

(Balcells 1994) el cuestionario es “una lista o un repertorio de preguntas, debidamente estructuradas, dirigidas a una persona que debe contestar, relativas a un objeto de la investigación, con el fin de obtener datos” (1994, p. 195).

Se entiende por cuestionario un documento formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, organizada, secuenciada y estructurada de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer la información requerida.

Está estructurado en preguntas abiertas y cerradas; se les aplicará siete preguntas a cuatro colaboradores de la Sub-área de Validación y Facturación de Servicios

Médicos, y seis preguntas a ciento setenta y dos pacientes no asegurados que utilizan o han utilizado los servicios médicos, en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. Las variables aplicadas para estos instrumentos son: marco normativo, lineamientos administrativos, indicadores de recaudación, gestión de cobro.

b. Entrevista

Gómez y Barrantes (1999), respecto a la entrevista nos dicen que:

Esta técnica es muy conocida. Un entrevistador visita a la persona que tiene la información y la obtiene de ella a través de una serie de preguntas que vienen planteadas en un cuestionario o boleta, en los censos y en las encuestas de carácter demográfico y sociológico. Bien utilizado produce información de muy buena calidad y en ciertos casos es el único medio factible para lograr los propósitos de estudio (1999, p. 33).

La entrevista es un método para resumir durante una consulta privada o reunión, donde un sujeto se dirige al entrevistador, cuenta su historia, da su propia versión de los acontecimientos, o responde a las preguntas relacionadas con el problema o con la encuesta realizada. Esta técnica se caracteriza por ser una relación interpersonal estructurada por medio del lenguaje y que se realiza en presencia de dos o más participantes (el entrevistador y él o los entrevistados).

Para este caso se aplicó entrevista de once interrogantes a la encargada de la Sub-Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, del Hospital Dr. Escalante Pradilla.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo se presenta un análisis por separado de cada uno de los datos que fueron recopilados en esta investigación, y al mismo tiempo interpretado.

Cabe destacar que para realizar esta investigación, se llevó a cabo un trabajo de campo, con la opinión directa de los sujetos involucrados para el análisis, funcionarios del servicio, la encargada del servicio, y usuarios directos del Hospital Dr. Escalante Pradilla, esto con el propósito de conocer y analizar la opinión de cada uno de ellos, teniendo énfasis en la atención a los pacientes no asegurados que utilizan los servicios médicos de dicha institución, y a la vez conocer qué medidas ha tomado, o toma el servicio con estos usuarios.

Toda la información que se recopiló, fue organizada y tabulada, y es representada mediante tablas o gráficos, los cuales a la vez, poseen una interpretación de lo que representa cada uno de ellos.

1. ENCARGADA DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.

a. Situación Actual de la Sub – área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Con la entrevista que se aplicó a la encargada de la Sub- Área de Validación y Facturación Servicios Médicos, del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, se determinó que actualmente no se gestiona ningún tipo de cobro para los pacientes no asegurados que utilizan los servicios médicos en este centro Hospitalario, sin embargo acepta que en alguna ocasión este trámite se realizaba, y que existe la posibilidad que se vuelva a retomar en futuros tiempos en donde la Caja del Seguro Social le dé la importancia que requiere el tema de la recaudación.

Los colaboradores del servicio de Validación y Facturación de Servicios Médicos, tienen claro cuál es el proceso administrativo que se debe realizar cuando se presenten pacientes no asegurado que reciban la atención médica, lo que generalmente culmina con la confección de una factura y una notificación al usuario, sin embargo posterior a ello la encargada del servicio ha recalado que en este momento no se sigue ningún proceso, ya sea administrativo o judicial, únicamente instando al paciente a pagar sus adeudos en ese mismo momento o en el plazo establecido.

Menciona lo importante que es apearse a la normativa existente, sin embargo es difícil garantizar la recuperación de dinero ya que no cuenta con suficiente personal para ejercer la función de cobro administrativo, a los pacientes no asegurados que han utilizado los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla.

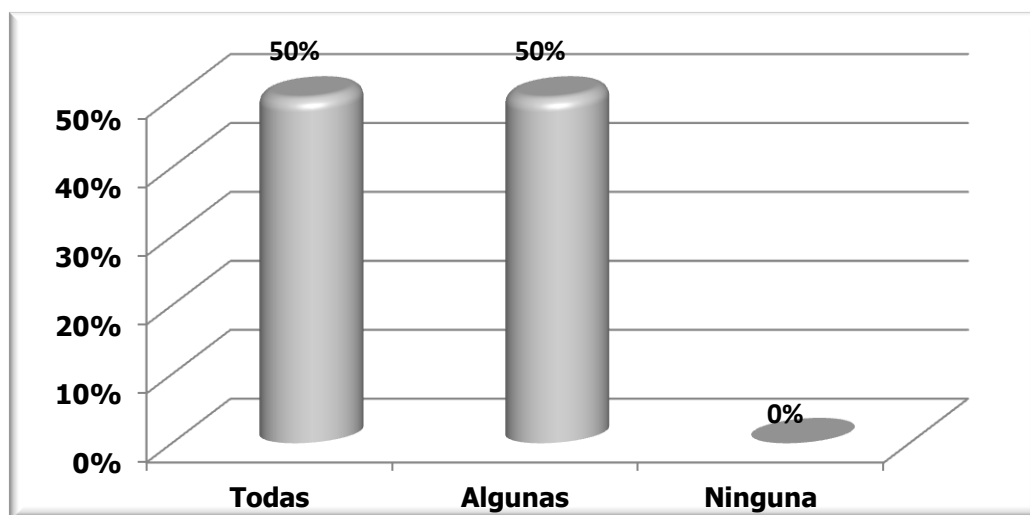
2. COLABORADORES DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA

Al analizar las respuestas ofrecidas por los colaboradores de la Sub área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla mediante el cuestionario, se nota la importancia que existe en que la gerencia de esta noble institución, asigne recurso humano capacitado y económico a un departamento tan importante que se dedica a la recaudación de los adeudos generado por la facturación de servicios médicos brindados a los pacientes no asegurados, vecinos del cantón de Pérez Zeledón que asisten a este hospital, ya que al contar con el pago de estas facturas, ayudan de gran manera a la comentada crisis financiera que enfrenta este establecimiento. A continuación se presentan una serie de gráficos que nos colaboran en la interpretación de la labor que se realiza en función de los objetivos propuestos para este estudio, logrando determinar el curso en el que funge esta área.

a. Normativa de la Caja Costarricense Seguro Social.

La Caja Costarricense de Seguro Social proporciona la normativa existente a cada unidad ejecutora; misma que sirve de guía para la labor que realiza el área de Validación y Facturación. En este caso se muestran algunos gráficos que permiten analizar el conocimiento, gestión y aplicación de estas disposiciones, en el departamento antes mencionado ubicado en el Hospital Escalante Pradilla; para el cobro administrativo de los servicios señalados previamente.

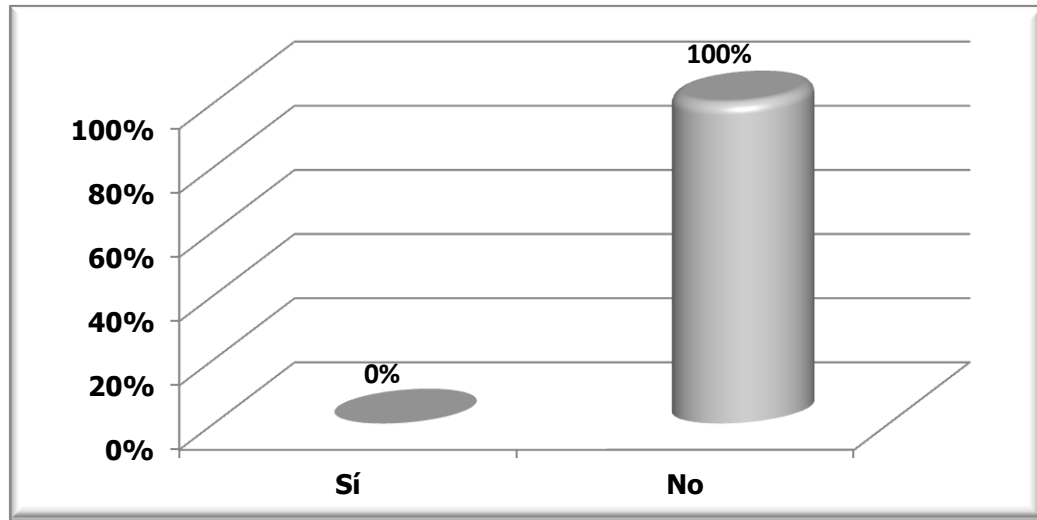
GRAFICO N°1- 1. Conocimiento en materia legal.



FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

El anterior grafico nos muestra la manera en que los funcionarios de esta área conocen la normativa suministrada por las autoridades de la Caja del Seguro Social, sin embargo esta variable está muy compartida ya que la mitad de estos colaboradores están al tanto de todas las normativas y el restante solo algunas de todas las normativas; cosa que necesariamente deben de conocer todo lo reglamentado en materia legal existente, además de contar con la más actualizada por la institución; lo anterior con respecto a la atención de pacientes no asegurados. Algunos colaboradores mencionan que la falta de conocimiento de estos reglamentos, manuales y circulares dificultan su labor a la hora atender pacientes que se encuentran sin ninguna modalidad de aseguramiento.

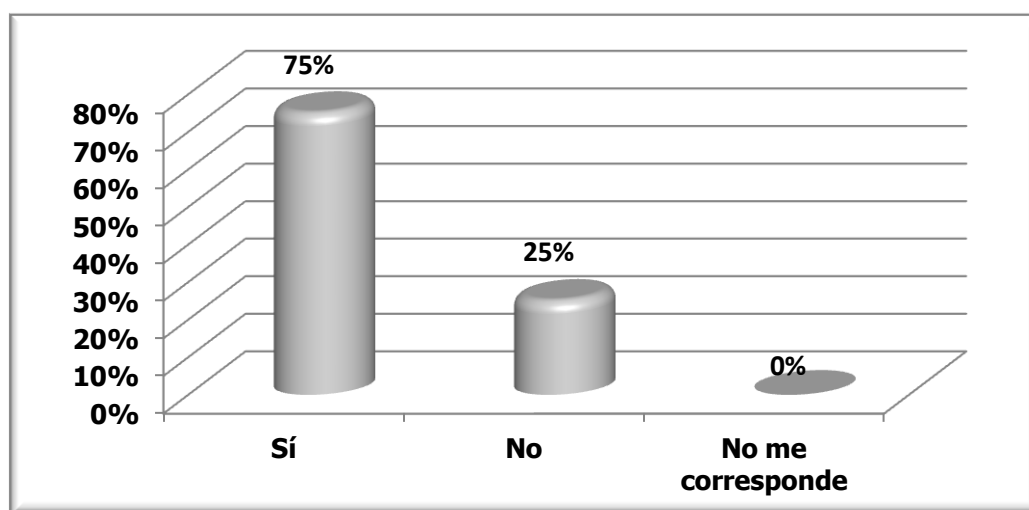
GRAFICO N°2 - 1 . Gestión del trámite administrativo.



FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

Aunado a esto el gráfico N°2, es claro cuando muestra que todos estos colaboradores coinciden en que no se realiza ningún tipo de trámite administrativo para asegurar que el paciente pague la factura confeccionada por los servicios médicos recibidos. Únicamente se hace entrega de un documento donde se notifica la deuda una vez elaborada la factura de cobro; misma que solo entera al paciente de la situación sin que lo obligue a pagar. Posterior a esto, se genera un informe mensual que se envía a la sucursal de seguro que corresponda a la unidad ejecutora para el trámite respectivo. Que, como se comentaba primeramente no se realiza por parte de la Área de Validación y Facturación, ni por la propia Caja Costarricense de Seguro Social.

GRAFICO N°3 - 1. Conocimiento en los reglamentos establecidos por la CCSS.



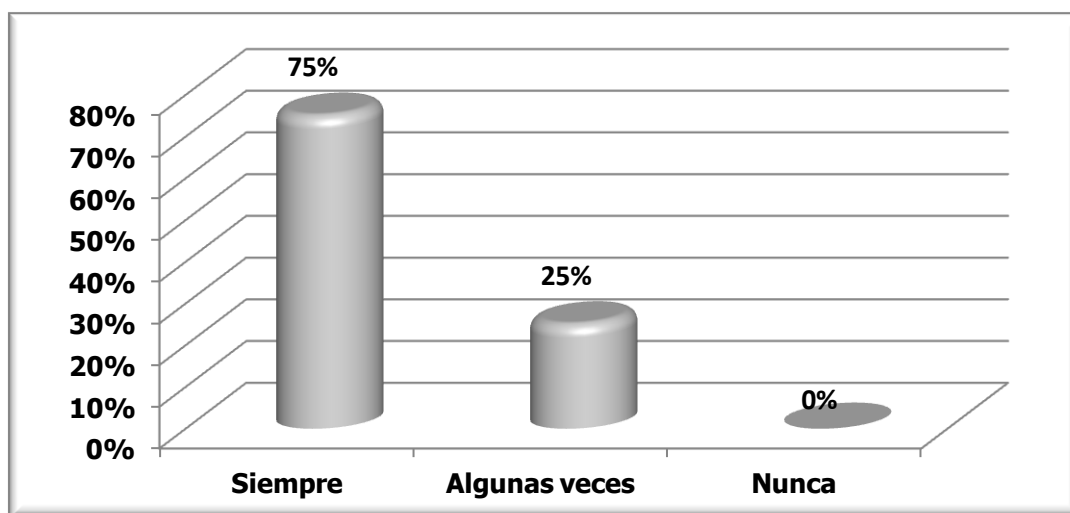
FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-
área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

En cuanto al conocimiento en los reglamentos para este cobro, en el grafico N°3 se observa que al menos tres colaboradores de los cuatro que trabajan en este departamento del Área Financiera han leído uno o más de los reglamentos, circulares o manuales que la institución ha establecido para efectos del cobro administrativo que corresponde en el caso de que los pacientes no se encuentre asegurados y que deben recibir atención médica. El reglamento de salud es estricto cuando dice que no se debe de negar ninguna atención médica pero también exige forzosamente que deban de facturarse todos los servicios que sean recibidos por un paciente dado que no esté al día con sus obligaciones con el seguro social. Facturas que difícilmente se llegue a realizar el pago efectivo por parte de los pacientes; tal como lo muestra el grafico N°4, existe un elevado porcentaje en el incumplimiento en el pago de estos servicios recibidos, facturados y notificados al paciente que ha hecho uso de la prestación. Por lo que se puede definir fácilmente que existen muchos pacientes incumpliendo con las responsabilidades en cuanto a salud y asistencia se habla, evadiendo el pago de los servicios médicos recibidos y la “orden de atención de seguro social”.

Los colaboradores de la sub- área de validación y facturación de servicios médicos consideran que un 75% de estos pacientes, incumplen en este pago y solo el 25% hace la gestión necesaria para pagar dichos adeudos.

Veamos a continuación el gráfico con la información antes expuesta:

GRAFICO N°4 - 1. Concurrencia en el Incumplimiento del pago por los servicios médicos facturados.

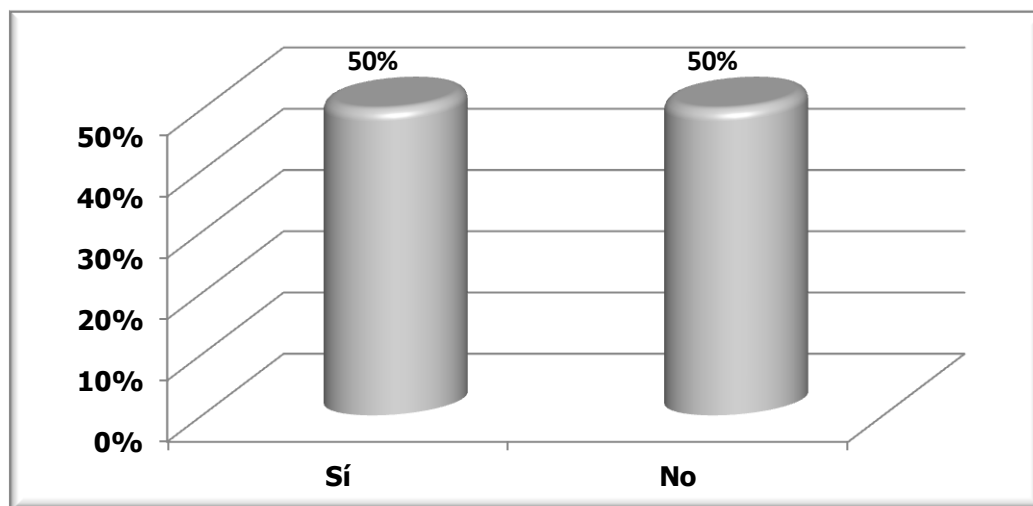


FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

b. Responsabilidad de los pacientes que reciben atención médica.

Siguiendo en la misma línea es notable, como conocedores del tema y trabajadores de esta entidad, que un alto porcentaje de los usuarios que visitan los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro, (llámese Ebais, clínicas o hospitales); no toman conciencia y responsabilidad como ciudadanos de un país con problemas económicos serios, ejemplo claro se ilustra en los siguientes gráficos.

GRAFICO N°5 - 1.Déficit financiero por morosidad.



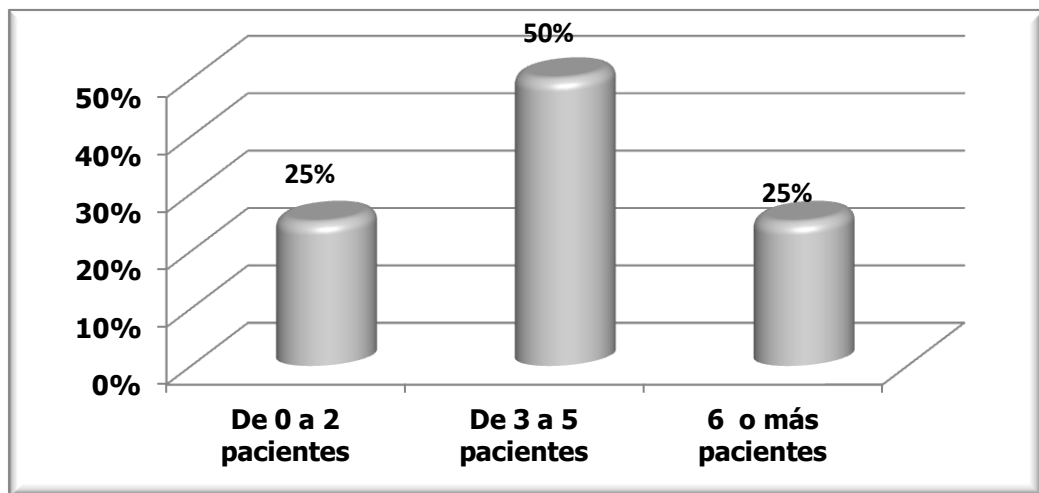
FUENTE: Elaboración Propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

El déficit financiero es un tema relativamente discutible en cuanto a quien es el responsable de dicha situación. Si nos basamos en el gráfico anterior, a primera vista enseña que los colaboradores consideran en un cincuenta cincuenta, es decir que no todo corresponde a la falta de pago de estos servicios médicos brindados por parte de los pacientes no asegurados; sino más bien, consideran que corresponde a la deuda que tiene el estado con el mismo Seguro Social (CCSS), además de los patronos que se encuentran con su planilla en mora, sin dejar de lado las aseguradoras –como el INS- quienes sus pacientes reciben la prestación de un servicio para cubrir la emergencia en los casos por medio de los establecimientos de la CCSS por concepto de accidentes de tránsito y Riesgos laborales, lo que mantienen una suma considerable en cuentas por pagar a esta institución.

c. Usuarios que acuden al Hospital Dr. Escalante Pradilla.

El Hospital Doctor Escalante Pradilla, se caracteriza por ser eficiente y eficaz en la atención a pacientes tanto médica como administrativa; sin embargo existen muchos tipos de pacientes como lo hemos explicado en este trabajo, se pretende dar más énfasis a los no asegurados que corresponden a una cantidad considerable; según los informes que se realizan mensualmente en esta oficina, se puede graficar de la siguiente manera.

GRAFICO N°6 - 1. Pacientes No asegurados.

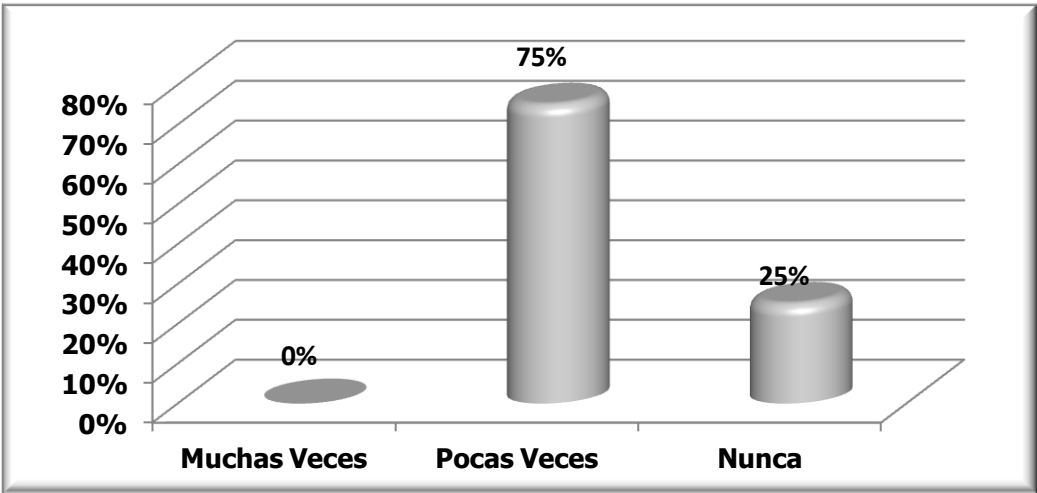


FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

Los colaboradores de la Sub Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, atienden en su mayoría entre 3 y 5 pacientes no asegurados por jornada laboral; lo que representa un número elevado si se considera que cada funcionario trabaja en uno de tres turnos en los que se divide este departamento durante las 24 horas del día en que presta su servicios, todos los días de la semana, lo que se atiende alrededor de 29 pacientes para consultas varias y otros trámites administrativos que se realizan en la oficina mencionada.

Sin embargo no todo es malo, ya que algunas veces, estos pacientes se acercan a esta oficina a realizar un pago parcial o total de los servicios médicos recibidos anteriormente y que han sido facturados, recuperando una suma considerable de los adeudos que se generan por parte de estos pacientes no asegurados. Analizando el ultimo grafico de la información recolectada en el cuestionario consultado a los colaboradores de este departamento, no siempre estos pacientes se apersonan a cancelar las facturas confeccionadas a su nombre para hacer efectivo el pago, pero si existiera una oficina de cobros que insista en estos pacientes se reflejaría otra realidad.

GRAFICO N°7 - 1. Pagos por servicios médicos facturados.



FUENTE: Elaboración propia con base en cuestionario realizado a los colaboradores de la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del H-E-P.

3. PACIENTES NO ASEGURADOS QUE ASISTEN A LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.

Seguidamente se presentan los cuadros correspondientes al cuestionario aplicado a los pacientes no asegurados que asisten a la sub-área de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Hospital Dr. Escalante Pradilla.

a. Derechos y Deberes de los pacientes no asegurados.

En el cuestionario realizado a los pacientes que frecuentan el Hospital Doctor Fernando Escalante Pradilla se recolectó información sobre la noción que tienen estos usuarios en cuanto a derechos y obligaciones que se presentan en los reglamentos extendidos por la Caja Costarricense de Seguro Social.

CUADRO N°1 - 1.Derechos como no asegurado según normativa de la CCSS.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Sí	78	45%
No	94	55%
Total	172	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla.

En el cuadro N° 1, se observa que al menos existe un equilibrio en los pacientes no asegurados en cuanto a conocimiento en los derechos que establece la normativa interna de la institución. Sin embargo muchos pacientes no asegurados, toman estos derechos como obligaciones por parte de la caja y se niegan a pagar alguna modalidad de aseguramiento aunque tengan las posibilidades económicas y sociales.

CUADRO N°2 - 1. Servicios médicos brindados no cancelados.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Sí	82	48%
No	90	52%
Total	172	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. 2015.

En su gran mayoría todos los pacientes no asegurados que asisten al Hospital Dr. Escalante Pradilla para recibir atención médica, ya sea de urgencias o consulta externa de Medicina General y Especialidades han recibido una factura y notificación dándole a conocer el monto y los trámites correspondientes para cancelar dichos adeudos, pero solo alrededor de 82 pacientes regresan a hacer arreglo de pago respectivo y el restante de los pacientes siguen sin cancelar estos adeudos, ya que no existe una disposición legal que los obligue a realizar dichos pagos, o por lo menos en este momento no se está aplicando.

b. Entorno Social

Costa Rica atraviesa un momento difícil en su economía y si hablamos de sus cantones, específicamente en Pérez Zeledón, cantón que se encuentra dedicado a la agricultura y comercio; su entorno se convierte en una lucha por sobrevivir con los pocos recursos que logran recibir. Por tal razón establecen prioridades según su condición económica, donde a pesar de la preocupación por el estado del país deben de sacrificar algunas cosas para tener otras, dejando de lado el pago del seguro social, por poner un ejemplo más conciso de la situación. La información de los próximos gráficos evidencia lo antes comentado

CUADRO N°3 - 1. Impacto financiero de la CCSS por la evasión del pago de seguro.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Sí	137	80%
No	35	20%
Total	172	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. 2015.

A pesar de que la mayoría de estos pacientes se preocupan por el impacto financiero que pueda ocasionar el no estar al día con el pago de los servicios de salud, tal como se muestra en el cuadro N°3, no se fomenta una cultura para mantenerse afiliado a alguna de las modalidades de aseguramiento que ofrece la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que como se dice popularmente nadie se cree responsable de lo que acontece a nivel nacional, más bien se tiene la idea de que el estado y sus entidades deben hacerse cargo de toda la población en esas circunstancias.

CUADRO N°4 - 1. Razones por las cuales usted no cancela la atención médica.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falta de trabajo	62	21%
Situación difícil	60	20%
Los recursos económicos no alcanzan	55	18%
Falta de apoyo estatal	31	10%
La cuota es muy alta	93	31%
Total	301	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. 2015

El cuadro N°4, nos muestra las diferentes situaciones por las cuales los pacientes del seguro social no mantienen su “seguro” y sus adeudos con la institución al día. Presentando con mayoría las altas cuotas que se cobran para tener una atención que, para los pacientes, no es la más integral, además de no ofrecer calidad en los servicios y productos que tiene para la prevención y cura de padecimientos en los pacientes. Asimismo la falta de recursos económicos y poco empleo suman a la lista de las razones para el no pago de las deudas.

c. Recaudación

Uno de los principales propósitos de la Caja Costarricense de Seguro Social es la recaudación de la cuota mensual por ser la aseguradora de salud única en Costa Rica, sin importar la modalidad que se escoja o amerite, deben darle seguimiento para cerciorar las pensiones complementarias para el momento de jubilación ya sea por edad o cuotas aportadas en sus años laborados. Sin embargo no se le está dando la importancia necesaria para estimular y motivar a los usuarios a mantener sus deudas al día.

CUADRO N°5 - 1. Pago de los servicios médicos brindados.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Sí	54	32%
No	118	68%
Total	172	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. 2015.

En análisis general el cuadro N°5, nos muestra como 118 pacientes no asegurados que han sido atendidos en el Hospital Escalante Pradilla de 172 en total, no se han presentado a pagar las facturas que son confeccionadas a la hora de recibir la atención médica en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. Como anteriormente se ha

mencionado, no se puede negar a ninguna persona la atención integral cuando de manera urgente lo amerite, posterior a ello se factura y no se le da seguimiento a la gestión de cobro, ocasionando que el paciente se olvide de la deuda o le pierda el interés en pagar las atenciones recibidas.

CUADRO N°6 - 1. Estímulo para pagar el seguro social.

Indicadores	Valor Absoluto	Valor Relativo
Si	103	59%
No	45	27%
No tengo dinero para realizar el pago	24	14%
Total	172	100%

FUENTE: Cuestionario N°2 aplicado a los pacientes no asegurados, que utilizan los servicios médicos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. 2015.

Al día de hoy el cuadro N°6 presenta que la mayoría de los pacientes se sienten estimulados para hacer efectivo el pago del seguro social, sin embargo el alto costo de la vida, las familias numerosas, condición social además de la falta de incentivos por parte de la Caja del Seguro Social, hace que estas personas no puedan mantener su seguro de salud al día. Sin dejar de lado la poca información que se le brinda a estos pacientes en cuanto las diferentes modalidades de aseguramiento, beneficios, adicionalmente las ventajas y desventajas de contar con un seguro de salud.

CONCLUSIONES

A partir de la aplicación de la información obtenida con la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, muestran un panorama que demuestra las dificultades existentes que impiden la ejecución del proceso de cobro administrativo a aquellos pacientes en condición de no asegurados que fueron objeto de atención médica en alguno de los servicios que brinda el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, como parte de las obligaciones que como institución la CCSS impone a sus distintas unidades al cumplir con ese principio de seguridad social y bien tutelado en la Constitución Política, como lo es la salud y su derivación operativa: la atención médica.

Existen factores variados que inciden directamente en la imposibilidad de realizar la actividad de cobro, tanto internos como externos a la Sub Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos, que se ven afectados por la falta de capacitación en los procesos relativos a estas áreas, lo cual es una debilidad importante del servicio, por cuanto a partir del conocimiento cabal de la información inherente a su propio trabajo, será imposible la autodeterminación de querer realizar las labores apropiadamente, de demandar cumplir con el ciclo completo facturación y de cobro de servicios a aquellos determinados con condición de aseguramiento indefinida, que se ve influenciada directamente por la falta de gestión y seguimiento a los trámites den pie al cobro, como lo es la facturación, por lo que prácticamente se evidencia que es un proceso que podría considerarse hasta innecesario, debido a que es parcial, infructuoso e inefectivo, que en un escenario de la sana gestión, hasta podría pensarse que se deberá eximir al personal de realizarla, ya que se está claro que debe dársele el servicio a los no asegurados, pero se es tan contundente con la retribución que el sistema debe recibir, ya que al igual que la universalidad es un pilar fundamental del sistema, lo es también la subsidiaridad y contribución.

Es claro también que una sociedad paternalista, que en el pasado reciente está marcada por matices de corrupción en puestos públicos y contrataciones, puede marcar una lógica de gestión por parte de los usuarios de la CCSS, al no estar la condición de no asegurado relacionada con la carencia de recursos económicos, sino más bien como un *modus operandi* en el que no se tiene una conciencia clara responsable y personal de contratar alguna de las modalidades de aseguramiento existente en el país, y que garantizan la cobertura y derechos absolutos de utilizar los servicios otorgados por la institución, reflejando un marcado individualismo, y falta de compromiso con un sistema de seguridad social ejemplo en Latinoamérica, abierto, accesible, solidario y sobre todo ciego ante la categorización, que da a manos abiertas.

Claramente el sistema de gestión de atención de salud fue pensado con los mecanismos necesarios para cubrir todos los gastos que se deriven de la atención de la población de escasos recursos, sin embargo en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla el mecanismo no es aplicado, lo que convierte la mayor virtud del sistema, en lo que paradójicamente podría ser su mayor debilidad.

Se concluye en fin, que la Caja Costarricense cuenta con las herramientas para el buen funcionamiento para generar un cobro oportuno de los servicios médicos brindados a pacientes no asegurados, sin embargo no pone a disposición, ni el recurso humano, ni el recurso financiero y mucho menos una estrategia que permita llevar una adecuada labor en las diferentes unidades programáticas, de esa manera perdiendo ingresos que serían de ayuda en la comentada crisis financiera.

Por otra parte es evidente que los pacientes no tienen motivación en mantenerse al día con los pagos de seguro social, sino más bien que lo ven como una obligación, en el sentido que la “caja” debe velar por la salud de los ciudadanos, evadiendo de esta manera sus responsabilidades con ellos mismos y sus familias, al no presentar ninguna modalidad de aseguramiento.

RECOMENDACIONES

Es imprescindible que de forma inmediata, que esta entidad, establezca una estrategia según las condiciones sociales, culturales y financieras de la población que permita de esta manera que todos los ciudadanos se vean incentivados a mantener al día con sus aportes para el seguro social. Mientras tanto la Caja Costarricense de Seguro Social debería empezar por reforzar la cultura evasora que se presenta en los pacientes que hacen uso de las atenciones que brinda la institución.

Y por último, pero no de menor importancia; la principal recomendación que se podría generar de este estudio es que se aplique el nuevo modelo organizacional del Área Financiero Contable que durante años ha estado en el aire, sin ser prioridad para las autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que esto regularía la gestión que se realiza en la Sub Área de Validación y facturación de Servicios Médicos con respecto a la facturación y cobro oportuno de los servicios médicos brindados a estos pacientes no asegurados. Además de insistir con sus superiores la puesta en ejecución del mismo, es necesario solicitar el otorgamiento de recurso humano adicional para el servicio, donde exista un colaborador dedicado a gestionar cobros administrativos, y/o a realizar llamadas a los deudores, haría que se recupere dinero para la institución, y se ayude a mejorar su estabilidad económica, así mismo establecer como parte del proceso, que los colaboradores den seguimiento a los usuarios que dejaron una deuda pendiente, o designar un colaborador en específico, para esta gestión.

BIBLIOGRAFÍA

Arellano. 1990.

Balcells. 1994.

Brenes. 2002.

Carrizo. 2000.

CCSS. CCSS. s.f. www.ccss.sa.cr (último acceso: 03 de marzo de 2015).

—. *Manual de procedimientos del Seguro por el Estado*. s.f.

—. *Reglamento de Salud*. s.f.

Hernández, Fernández y Baptista. 2003.

Mora, Susana Badilla. «Plan de Gestión Local.» 2014-2015.

Sabino. 2000.

Silvestrini. 2008.

Venegas. 1986.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CENTRO INTERNACIONAL DE POLITICA ECONOMICA PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE
CINPE**

CUESTIONARIO N°1

SERA APLICADO A LOS COLABORADORES DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA

1. ¿Conoce usted detalladamente las reglas establecidas que tiene normado la CCSS, para la atención a los pacientes no asegurados; que utilizan los servicios médicos en el Hospital?

- Todas
- Algunas
- Ninguna

2. Una vez que usted realiza el proceso del cobro al paciente no asegurado que utiliza los servicios médicos. ¿Se sigue algún tipo de trámite administrativo para cerciorarse que ese usuario en específico pague el monto adeudado?

- Sí
- No

3. ¿Ha leído usted uno o más reglamentos que la CCSS tiene establecidos, para gestionar el cobro a los pacientes no asegurados que utilizan los servicios médicos?

- Sí
- No
- No me corresponde conocerlos

4. De acuerdo a su experiencia como colaborador en esta área; ¿considera usted que existe incumplimiento en el pago por parte del no asegurado, que utiliza los servicios médicos?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

5. ¿Considera usted que en el actual déficit financiero que ha enfrentado y que enfrenta la CCSS, se ha visto influenciado por la mora en el pago de los servicios médicos que utilizan los pacientes no asegurados en general para la institución?

- Sí
- No

Porque: _____

6. ¿En el desempeño de sus funciones como colaborador de esta área por cada día que labora, atiende usted al menos?

- De 0 a 2 pacientes no asegurados
- De 3 a 5 pacientes no asegurados
- 6 ó más pacientes no asegurados

7. ¿Se presentan a menudo pacientes no asegurados que hayan utilizado los servicios médicos, a realizar algún arreglo de pago, o a pagar en la totalidad, por alguna atención médica recibida?

- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CENTRO INTERNACIONAL DE POLITICA ECONOMICA PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE
CINPE

CUESTIONARIO N°2

APLICADO A LOS PACIENTES NO ASEGURADOS QUE ASISTEN A LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.

ESTIMADO USUARIO, LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARTE DE UN TRABAJO DE INVESTIGACION; LA INFORMACION SUMINISTRADAS ES CONFIDENCIAL Y DE USO ESTRICTAMENTE ACADEMICO, POR LO QUE LE AGRADEZCO SU COLABORACION EN SUS RESPUESTAS.

1. ¿Conoce usted cuáles son sus derechos como no asegurado, referente a lo normado por la CCSS, dentro de sus políticas internas, para la atención a pacientes no contribuyentes con la institución?

() Sí

() No

2. ¿Ha recibido usted algún cobro legal por los servicios médicos recibidos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla, y que no han sido cancelados por su persona?

() Sí

() No

3. ¿Cómo ciudadano costarricense; le preocupa a usted el impacto financiero que pueda enfrentar la CCSS como consecuencia de la evasión en el pago del seguro social de muchos costarricenses?

() Sí

() No

4. ¿Marque con una (X) las razones por las cuales usted no cancela la atención médica?

- () Falta de trabajo
- () Situación difícil
- () Los recursos económicos no alcanzan
- () Falta de apoyo estatal
- () La cuota es muy alta

5. ¿Desde que utilizó los servicios médicos en el Hospital y se le generó un cobro administrativo, se ha presentado usted a ese despacho a realizar algún arreglo de pago, o a cancelar completamente la atención médica recibida?

- () Sí
- () No

6. Se siente usted estimulado a realizar el pago de las obligaciones del seguro social por atención médica generada en el centro hospitalario?

- () Sí
- () No
- () No tengo dinero para realizar el pago

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CENTRO INTERNACIONAL DE POLITICA ECONOMICA PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE
CINPE

INSTRUMENTO N°2

ENTREVISTA QUE SERA APLICADA A LA ENCARGADA DE LA SUB-ÁREA DE VALIDACIÓN DE DERECHOS, DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA.

INSTRUCCIONES: Seguidamente se presenta una serie de preguntas abiertas las cuales tienen el espacio para su justificación respectiva.

1. Dentro de la política interna de crédito dada para los pacientes no asegurados de la CCSS que utilizan los servicios médicos. ¿Qué tipo de reglas establecidas se tienen para llevar la gestión adecuada en la recuperación del dinero adeudado por parte de los usuarios?

2. De acuerdo a su experiencia en su puesto administrativo con la CCSS. ¿Considera usted que la Sub-Área de Validación, tiene parámetros establecidos para gestionar eficientemente el cobro administrativo a los pacientes no asegurados?

3. ¿Considera usted que el personal conoce adecuadamente lineamientos administrativos estipulados en las normativas interna de la CCSS, para la tramitología en la recuperación del dinero a los no asegurados?

4. ¿Considera usted que los colaboradores de su despacho realizan una adecuada formalización documental al no asegurado, cuando asiste a una consulta médica, para recuperar el dinero adeudado por el paciente?

5. Una vez que el paciente no asegurado utiliza los servicios médicos pero no paga en ese mismo momento. ¿Cuál es el proceso de cobro que se realiza posteriormente, para recuperar el dinero adeudado por el usuario?

6. De los reglamentos administrativos establecidos por la institución. ¿Cuáles trámites legales ejecuta el Hospital para recuperar los fondos adeudados por pacientes que utilizan los servicios médicos sin tener seguro?

7. Considera usted que el Hospital ha tenido y tiene las herramientas necesarias para cumplir eficazmente con los reglamentos que establece la institución, para realizar los trámites legales, y hacer efectivo el cobro a los pacientes no asegurados que utilizan los servicios médicos?

8. ¿Tiene la Sub-Área de Validación, objetivos propuestos a largo plazo, con el propósito de minimizar la evasión y la mora por parte de los no contribuyentes del seguro social, que utilizan los servicios médicos en dichos nosocomio?

9. ¿Considera usted que para el último año 2014, se cumplió con todos los objetivos propuestos por el servicio en la recaudación de dinero para pacientes no asegurados que utilizaron los servicios médicos minimizando el impacto financiero para la institución?

10. ¿Existe algún arreglo de pago o convenio, para los pacientes no asegurados que utilizan los servicios médicos en el Hospital, que los motive a presentarse a cancelar sus deudas? Explique

11. ¿Considera usted la Sub-Área de Validación posee los medios suficientes en sus políticas internas para poner en ejecución diferentes estrategias administrativas, que den estabilidad económica a la institución, y a la vez el recuperar el capital adeudado por los no asegurados?