



CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN NACIONAL DE AUDITORÍAS INTERNAS

DNAI-AI-0464-2018

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME GENERAL

Examen Especial al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017

TIPO DE EXAMEN : EE

PERIODO DESDE : 2015-01-01

HASTA : 2017-12-31

Examen especial al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017

RELACIÓN DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

AI	Auditoría Interna
AS400	Application System
CAA	Centro de Atención Ambulatorio
CAA0	Centro de Atención Ambulatorio Otavalo
C.D.	Consejo Directivo
CGE	Contraloría General del Estado
Cia. Ltda.	Compañía Limitada
CUR'S	Comprobante Único de Registro
DAI	Dirección de Auditoría Interna
DNTI	Dirección Nacional de Tecnología de la Información
eSIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
H. DEL DÍA	Hospital del Día
H.J.C.A	Hospital José Carrasco Arteaga
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INSS	Intendencia Nacional de Seguridad Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
MSP	Ministerio de Salud Pública
S.A.	Sociedad Anónima
SOAM	Sistema Operativo de Auditoría Médica
TI	Tecnología de la Información
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
USD	Dólares de los Estados Unidos de Norte América

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Carta de Presentación	
CAPÍTULO I	
INFORMACIÓN INTRODUCTORIA	
Motivo del examen	2
Objetivo del examen	2
Alcance del examen	2
Base legal	2
Estructura orgánica	5
Objetivo de la entidad	8
Monto de recursos examinados	8
Servidores relacionados	9
CAPÍTULO II	
RESULTADOS DEL EXAMEN	
Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes de auditoría:	10
Informe DAI-AI-0265-2015: Examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de bienes y servicios, gestión de farmacia y gestión de bienes de larga duración; y calificación y determinación de responsabilidad patronal en el IESS Seguro de Salud Centro de Atención Ambulatoria de Hospital de Piñas por el período comprendido entre el 1 de julio de 2010 y el 30 de junio de 2014.	10
Informe DAI-AI-0298-2015: Examen especial a las operaciones administrativas y financieras en el Centro de Atención Ambulatoria de Chimbacalle por el período comprendido entre el 2 de enero de 2009 y el 31 de agosto de 2012	16

Informe DAI-AI-0391-2015: Examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de bienes y servicios y gestión de farmacia en el IESS Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, por el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de diciembre de 2013.	21
Informe DAI-AI-0396-2015: Examen especial a la contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud a los afiliados y pensionistas y al proceso precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de equipos para el seguro médico de salud individual y familiar en la Dirección provincial del IESS El Oro por el período comprendido entre el 2 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2013.	26
Informe DAI-AI-0625-2016: Examen especial a los procesos de desarrollo, puesta en producción y funcionamiento del Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM WEB), por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2013.	37
Informe 12921-16-2014: Examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de la construcción de la Dirección Provincial del IESS Morona Santiago, por el período comprendido entre el 1 de enero del 2011 y el 30 de junio de 2014.	44

ANEXOS

Anexo 1 Servidores relacionados

Anexo 2 Detalle de informes con el estado de cumplimiento de las recomendaciones

Anexo 3 Detalle de recomendaciones revisadas por Auditoría Interna y externa de la Contraloría General del Estado

Anexo 4 Detalle de recomendaciones no aplicables



Ref. Informe aprobado el

2018-07-05.

Quito D.M.,

Señor
Presidente del Consejo Directivo
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Presente

De mi consideración:

La Contraloría General del Estado, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, efectuó el examen especial al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017.

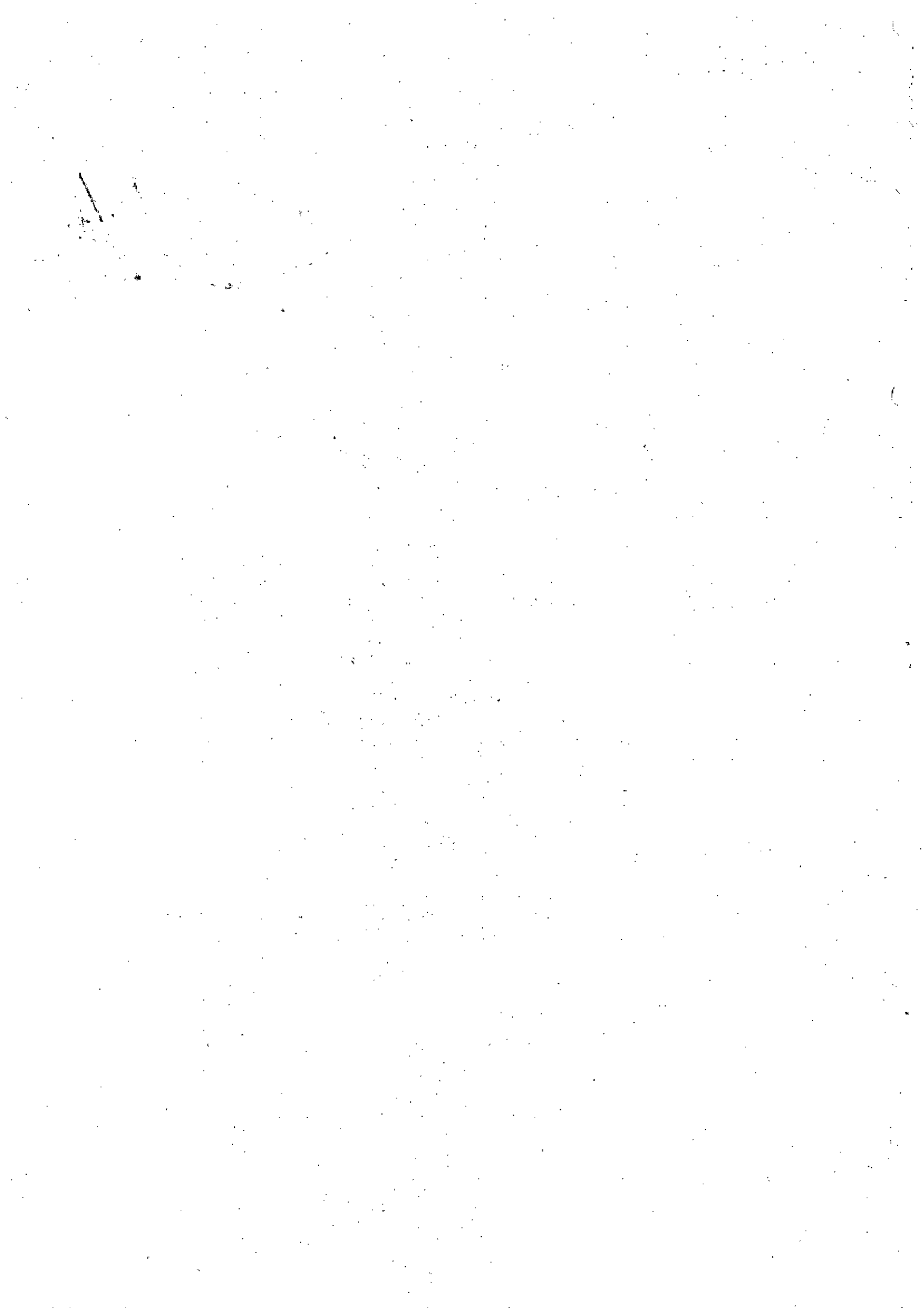
La acción de control se efectuó de acuerdo con las Normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado para obtener certeza razonable que la información y la documentación examinada no contiene exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente que las operaciones a las cuales corresponden, se hayan ejecutado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, políticas y demás normas aplicables.

Debido a la naturaleza de la acción de control efectuada, los resultados se encuentran expresados en los comentarios, conclusiones y recomendaciones que constan en el presente informe.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 92 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las recomendaciones deben ser aplicadas de manera inmediata y con el carácter de obligatorio.

Atentamente,

Ing. Marco Guevara Daqui
Auditor Interno Jefe del IESS



CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

Motivo del examen

El examen especial practicado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se realizó de conformidad a la Orden de Trabajo 0006-IESS-AI-2018 de 8 de enero de 2018 suscrita por la Auditora Interna del IESS y en cumplimiento al Plan Operativo de Control 2018 de la Unidad de Auditoría Interna del IESS y modificación autorizada por el Director Nacional de Auditorías Internas mediante oficio 08083-DAI de 8 de marzo de 2018.

Objetivo del examen

Determinar el cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015.

Alcance del examen

Se efectuó el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017.

Se excluyó de esta acción de control 34 recomendaciones de 8 informes aprobados en el año 2015, en razón de que el seguimiento a su cumplimiento se efectuó como parte de los exámenes ejecutados por la Auditoría interna y externa de la Contraloría General del Estado, conforme consta en anexo 3.

Base legal

Con Decreto Supremo 9 de 23 de junio de 1970, publicado en el Registro Oficial 6, de 29 de junio de 1970, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión; y, con Decreto
dos 37

Supremo 40 publicado en el R.O. 15 de 10 de julio de 1970, se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que continúa vigente con la Ley de Seguridad Social publicada en Suplemento de Registro Oficial 465 de 30 de noviembre de 2001.

La Ley de Seguridad Social, en su artículo 16 establece la naturaleza jurídica del IESS como una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

El artículo 18 del mismo cuerpo legal menciona que el IESS organizará sus actividades de afiliación y recaudación de los aportes y contribuciones obligatorios por circunscripciones territoriales, que estarán bajo la responsabilidad de las direcciones provinciales subordinadas a la autoridad ejecutiva del Director General; así también el artículo 35 dispone que la Dirección Provincial tendrá por misión principal la aplicación de las estrategias de aseguramiento obligatorio, la recaudación oportuna de las aportaciones de los empleadores y asegurados, la calificación del derecho a prestaciones de los afiliados comprendidos en la circunscripción geográfica de su competencia. Será el órgano responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados del ejercicio de la jurisdicción coactiva, y de la consolidación de la información presupuestaria y contable de todas las dependencias administrativas subordinadas a su autoridad.

El artículo 20 de la Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, que contiene el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, consideró los principios de desconcentración geográfica y descentralización operativa; para el efecto, se determinaron 4 niveles según su complejidad.

En Edición Especial 45 de Registro Oficial de 30 de agosto de 2013, se publicó la Resolución C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, la misma que contiene el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la estructura orgánica por procesos operativos y de apoyo administrativo del IESS.

TRES 3

Con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, vigente desde el 6 de mayo de 2017 según Razón sentada en el mismo cuerpo de la Resolución, se expide el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Comisión de Seguimiento de la Dirección General

El Director General del IESS mediante oficios 12000000-CSS-141 y 158 de 13 y 18 de febrero de 2009, informó a los Directores de las diferentes dependencias del IESS que para cumplir lo dispuesto en el artículo 92 de la LOGE se conforma una Comisión de Seguimiento de apoyo directo a su gestión para que efectúe la evaluación, apoyo y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de la auditoría interna y externa aprobados por la Contraloría General del Estado designando como Coordinador al Abogado 3 y que sus resultados serán comunicados al Consejo Directivo del IESS y al Organismo de Control que corresponda.

El Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General del IESS con oficio 12000000-CSS-1002 de 3 de septiembre de 2010, informó a los Delegados de las Direcciones de Sistema de Pensiones, Desarrollo Institucional, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos del Trabajo; y, del Seguro General de Salud Individual y Familiar sobre la conformación de la comisión, las personas pasaba a colaborar que este equipo con las siguientes competencias y responsabilidades:

"...4.- Proceder por cada examen especial o auditoría de gestión, a preparar y documentar el informe preliminar de resultados, producto de la evaluación y seguimiento respectivo; documento este que deberá ser entregado a la Coordinación para el control de calidad y firma conjunta; que constituirá habilitante para la elaboración del informe definitivo a ser enviado para la suscripción del señor Director General y envío a las autoridades del IESS, a los Organismos de Control y al Consejo Directivo del IESS. - 5.- Revisión, análisis y depuración de informes producto de los exámenes especiales y auditorías de gestión, realizados por la Auditoría Interna, Contraloría General del Estado y Superintendencia de Bancos; actividad que incluye el registro de aquellos informes no entregados a la Comisión de Seguimiento y que fueron tramitados por otros funcionarios de la Dirección General (...)"

Los Directores Generales de turno, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, emitieron Resoluciones Administrativas, con las que delegaron al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las funciones de control y su cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los distintos órganos de control, mismas que se detallan:

CONTRO ?

Resolución No.	Fecha suscripción	Vigencia	
		Desde	Hasta
IESS-DG-2015-0002-RFDQ	2015-05-26	2015-05-26	2016-01-31
IESS-DG-2016-0004-RFDQ	2016-02-01	2016-02-01	2016-04-28
IESS-DG-2016-00010-RFDQ	2016-04-29	2016-04-29	2017-12-25
IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ	2017-12-26	2017-12-26	2017-12-31

Estructura orgánica

En el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, mismo que entró en vigencia el 6 de mayo de 2017, consta la siguiente estructura organizacional:

Nivel Directivo: 1. Consejo Directivo

Nivel Ejecutivo: 1.2 Dirección General

Nivel Asesor: 2.1 Comisión Nacional de Apelaciones
 2.2 Director Nacional de Riesgos Institucionales
 2.3 Director Actuarial, de Investigación y Estadística
 2.4 Prosecretario del Consejo Directivo

Nivel Operativo: 3.1 Subdirector General

3.1.1 Director Nacional de Afiliación y Cobertura
 3.1.1.1 Subdirector Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información
 3.1.1.2 Subdirector Nacional de Control Técnico
 3.1.2 Director Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera
 3.1.2.1 Subdirector Nacional de Recaudación
 3.1.2.2 Subdirector Nacional de Gestión de Cartera
 ANCOZ

3.1.3 Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar

- 3.1.3.1 Subdirector Nacional de Aseguramiento del SS
 - 3.1.3.1.1 Coordinación Nacional de Articulación SS
 - 3.1.3.1.2 Coordinación Nacional de Promoción
 - 3.1.3.1.3 Coordinación Nacional de Inteligencia de Salud
 - 3.1.3.1.4 Coordinación Nacional de Economía de Salud
 - 3.1.3.1.5 Coordinación Nacional de Control Técnico SS

3.1.3.2 Subdirector Nacional de Prov. de Servicios de Salud

- 3.1.3.2.1 Coordinación Nacional de Hospitales
- 3.1.3.2.2 Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención
- 3.1.3.2.3 Coordinación Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles
- 3.1.3.2.4 Coordinación Nacional de Centros Especializados
- 3.1.3.2.5 Coordinación Nacional de Medicamentos
- 3.1.3.2.6 Coordinación Nacional de Dispositivos Médicos
- 3.1.3.2.7 Coordinación Nacional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres

3.1.3.3 Subdirector Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud

- 3.1.3.3.1 Coordinación Nacional de Calidad
- 3.1.3.3.2 Coordinación Nacional de Infraestructura Médica
- 3.1.3.3.3 Coordinación Nacional de Equipamiento Sanitario

3.1.3.4 Subdirector Nacional de vigilancia y Gestión de la Información del Seguro de Salud

- 3.1.3.4.1 Coordinación Nacional de Estadística de Salud
- 3.1.3.4.2 Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud

3.1.3.5 Subdirector Nacional Financiero del Seguro de Salud

3.1.4 Director del Seguro Social Campesino

- 3.1.4.1 Subdirector Nacional de Gestión y Control SSC
- 3.1.4.2 Subdirector Nacional de Prestaciones de Salud SSC
- 3.1.4.3 Subdirector Nacional Financiero del SSC

3.1.5 Director del Seguro General de Riesgos de Trabajo

- 3.1.5.1 Subdirector Nacional de Gestión y Control del Seguro de Riesgos de Trabajo

SES 21

3.1.5.2 Subdirector Nacional Financiero del Seguro de Riesgos de Trabajo.

3.1.6 Director del Sistema de Pensiones

3.1.6.1 Subdirector Nacional de Gestión y Control del Sistema de Pensiones

3.1.6.2 Subdirector Nacional Financiero del Sistema de Pensiones.

3.1.7 Director Nacional de Fondos de Terceros y Seguro de Desempleo

3.1.7.1 Subdirector Nacional del Seguro de Desempleo

3.1.7.2 Subdirector Nacional de Fondos de Terceros

Nivel de Apoyo

4.1. Director Nacional de Gestión Financiera

4.1.1 Subdirector Nacional de Consolidación del Presupuesto

4.1.2 Subdirector Nacional de Contabilidad

4.1.3 Subdirector Nacional de Transferencias y Pagos

4.1.4 Subdirector Nacional de Supervisión de la Rentabilidad de los Fondos Previsionales

4.2 Director Nacional de Tecnologías de la Información

4.2.1 Subdirector Nacional de Infraestructura de Tecnología de la Información

4.2.2 Subdirector Nacional de Desarrollo Informático

4.2.3 Subdirector Nacional de Arquitectura y Soluciones

4.2.4 Subdirector Nacional de Seguridad Informática

4.3 Director Nacional de Servicios Corporativos

4.3.1 Subdirector Nacional Administrativo

4.3.2 Subdirector Nacional de Compras Públicas

4.3.3 Subdirector Nacional de Infraestructura y Equipamiento

4.3.4 Subdirector Nacional de Gestión de Talento Humano

4.3.5 Subdirector Nacional de Gestión Documental

Nivel Asesor:

5.1 Director Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales

5.2 Director Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano

5.3 Director Nacional de Comunicación Social

5.4 Procurador General

5.4.1 Subdirector Nacional de Patrocinio

5.4.2 Subdirector Nacional de Asesoría Legal

5.5 Director Nacional de Proceso

5.6 Director Nacional de Planificación

SIETE 91

- 5.6.1 Subdirector Nacional de Programación y Proyectos
- 5.6.2 Subdirector Nacional de Seguimiento y Evaluación

Nivel Operativo:

- 6.1.1 Director Provincial
- 6.2.1 Coordinador Provincial de Serv. Atención al Ciudadano
 - 6.2.1.1 Centros de Atención Universal
- 6.2.2 Coordinador Provincial de Afiliación y Control Técnico
- 6.2.3 Coordinador Provincial de Cartera y Coactiva
- 6.2.4 Coordinador Provincial de Prest. del Seguro de Salud
- 6.2.5 Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino
- 6.2.6 Coordinador Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, Desempleo y Fondos de Terceros
- 6.3.1 Miembros de la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias
- 6.3.2 Coordinador Provincial de Asesoría Jurídica
- 6.3.3 Coordinador Provincial de Planificación
- 6.3.4 Coordinador Provincial Administrativo Financiero
- 6.3.5 Coordinador Provincial de Comunicación Social

Objetivo de la entidad

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley de Seguridad el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

Monto de recursos examinados

Por la naturaleza del examen y al no ser susceptibles de una valoración directa, el monto de los recursos examinados es indeterminado; sin embargo, se consideró la cantidad de recomendaciones de los informes aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, conforme se presenta en el siguiente cuadro, cuyo detalle ~~consta~~ ^{se encuentra} en anexo 2.

Resumen del cumplimiento de recomendaciones		
Estado	Número	%
Cumplidas	148	79,14
No aplicables	27	14,44
Parcialmente cumplidas	2	1,07
Incumplidas	10	5,35
Total emitidas	187	100

Servidores relacionados

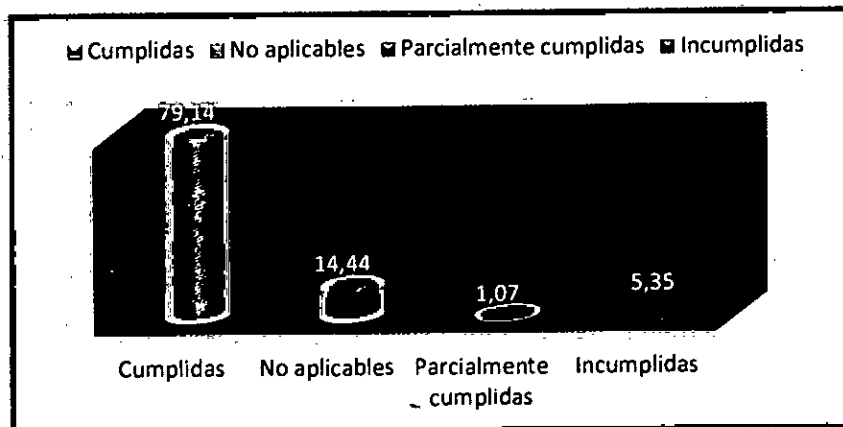
Anexo 1


CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes de auditoría

Del seguimiento realizado al cumplimiento de 187 recomendaciones constantes en 17 informes emitidos por la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, se estableció que se cumplieron 148 que representan el 79,14%, no fueron aplicables 27 equivalentes al 14,44% por modificación en los procesos administrativos, reformas a normativa interna emitida por el IESS, traspaso de competencias al BIESS y Ministerio de Salud Pública, reemplazos de sistemas informáticos, entre otros; se implementaron parcialmente 2 que corresponden al 1,07% y no se cumplieron 10 que equivalen al 5,35%, conforme consta en anexo 2 y se presenta a continuación:



1. Informe DAI-AI-0265-2015

El referido informe del examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de bienes y servicios, gestión de farmacia y gestión de bienes de larga duración; y calificación y determinación de responsabilidad patronal en el IESS Seguro de Salud Centro de Atención Ambulatoria de Hospital de Piñas por el período comprendido entre el 1 de julio de 2010 y el 30 de junio de 2014, fue aprobado por Director de Auditorías Internas encargado la Contraloría General del Estado el 20

de marzo de 2015 y remitido por el Auditor Interno Jefe del IESS al Director General del IESS, encargado, con memorando IESS-AI-2015-1090-ME de 20 de agosto de 2015.

En el informe constaron 13 recomendaciones, de las cuales 11 fueron cumplidas y 2 incumplidas, que se citan a continuación:

"No se calificó ni determinó las responsabilidades patronales.- "...
Recomendación 12.- Al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria de Piñas del IESS.- Elaborará un cronograma de trabajo, consensuado con el personal que conforma el Equipo de trabajo de Responsabilidad Patronal, para que validen y liquiden las responsabilidades patronales que no fueron determinadas, a base de los resultados del procesamiento efectuado por la Dirección de Tecnología de la Información en el que se detallan las prestaciones de salud otorgadas desde julio de 2010 hasta el 30 de Junio de 2014, con causales para la determinación de responsabilidades patronales, supervisando el desarrollo de este proceso.-
Recomendación 13.- Al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria de Piñas del IESS.- Dispondrá a la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Responsabilidad Patronal, que vigile el desarrollo de las labores que realizan los integrantes de dicho grupo, para que de manera oportuna se califique y determine el derecho de las atenciones médicas otorgadas con responsabilidad patronal, entendiendo los respectivos acuerdos de liquidación, para lo cual presentará a la Dirección un informe de las labores los primeros cinco días de cada mes (...)"

Situación actual:

Las recomendaciones 12 y 13, fueron dirigidas al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria de Piñas del IESS, cargo que existió en esta Unidad Médica hasta el 31 de octubre de 2016; posteriormente estas funciones fueron asignadas al Director Médico, quien además fungió como Representante Legal, según consta en la certificación suscrita por el Director Nacional de Gestión de Talento Humano de 22 de noviembre de 2016.

El Analista Administrativo - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2015-1305-M de 15 de enero de 2016, solicitó a la Directora Administrativa del Centro Ambulatorio de Piñas, el cumplimiento de las recomendaciones del Informe DAI-AI-0265-2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018, informó al equipo de auditoría que las recomendaciones 12 y 13 del Informe DAI-AI-0265-2015 se encuentran cumplidas, las que de acuerdo a la verificación de la documentación remitida, se determinó que se encontraban incumplidas conforme se presenta a continuación:

- De la recomendación 12, consideró como medio de verificación el *“Cronograma de trabajo para el cumplimiento de responsabilidad patronal comprendido entre el 1 de julio de 2010 al 30 de junio del 2014”* que estuvo previsto su ejecución desde el mes de abril a diciembre de 2016, remitido por la Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal a la Directora Administrativa del Centro de Atención Ambulatoria Piñas, mediante memorando IESS-CAA-PIÑAS-2016-0175-M de 3 de marzo de 2016. Sin que se haya emitido el informe del cumplimiento del cronograma.
- Respecto de la recomendación 13, se validó su cumplimiento conforme memorando IESS-CSB-PI-2017-1079-M de 5 de julio de 2017, remitido por el Director Médico Centro de Salud B-Piñas a la Asesora, con el que se emitió disposiciones para el cumplimiento de la recomendación, más no se señaló las acciones realizadas para que se califique y determine el derecho de las atenciones médicas otorgadas con responsabilidad patronal.

El Director Médico-Centro de Salud B – Piñas, con memorando IESS-CB-PI-2018-0394-M de 26 de febrero de 2018, remitió al equipo de auditoría el memorando IESS-CSB-PI-2017-2460-M de 29 de diciembre de 2017, mediante el cual la Responsable de Responsabilidad Patronal del Centro de Salud B –Piñas le informó al referido director, lo siguiente:

“... En base al registro de facturación aprobada por con (sic) pertinencia médica e informa no poder establecer el número de expedientes pendientes por determinar en Responsabilidad Patronal (...).”

Lo expuesto se produjo por cuanto:

DOCE 7

- La Directora Administrativa del Centro de Atención Ambulatorio de Piñas en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 31 de octubre de 2016 y el Director Médico, Representante Legal del Centro de Salud B Piñas, en funciones como Director Administrativo del 1 de noviembre de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, según certificación suscrita por el Director Nacional de Gestión de Talento Humano de 22 de noviembre de 2016, no supervisaron que la Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal, en funciones 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, según encargo realizado por el Director Administrativo mediante oficio 529650000- 1120-2013 de 18 de julio de 2013; ejecute el cronograma de trabajo para la determinación de responsabilidad patronal por prestaciones de salud otorgadas desde julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2014 y elabore los respectivos informes, señalando el número de expedientes revisados y tramitados para dar cumplimiento a las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-0265-2015.

- La Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal, en funciones 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, según encargo realizado por el Director Administrativo mediante oficio 529650000- 1120-2013 de 18 de julio de 2013; no cumplió con el *"Cronograma de trabajo para el cumplimiento de responsabilidad patronal comprendido entre el 1 de julio de 2010 al 30 de junio del 2014"* que estuvo previsto ejecutar desde el mes de abril a diciembre de 2016, ni emitió informes de las labores cumplidas para la determinación de responsabilidad patronal que permitan cumplir las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-0265-2015.

- El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado según memorando IESS-DG-2016-0081-M de 22 de enero de 2016, suscrito por la Directora General del IESS, subrogante, en funciones desde el 22 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-0265-2015, puesto que las consideró como cumplidas únicamente con la elaboración del *"Cronograma de trabajo para el cumplimiento de responsabilidad patronal comprendido entre el 1 de julio de 2010 al 30 de junio del 2014"*.

TRECE 27

Lo comentado ocasionó que no se conozca el número de expedientes que se calificaron ni el monto por responsabilidad patronal tampoco los que se encontraban pendientes; y, que no se disponga de información para iniciar las gestiones de notificación y recaudación, permitiendo que estos trámites permanezcan en la vía administrativa mismas que de conformidad a lo dispuesto el artículo 97.- Responsabilidad solidaria de los sucesores del patrono en mora de la Ley de Seguridad Social no se extinguen.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Además, el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió el artículo 8 número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero de 2016 y 29 de abril de 2016; y el artículo 6 número 3 de la Resolución Administrativa IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios: 0105, 0106 y 0107-0006-IESS-AI-2018 de 28 de marzo de 2018, al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio Piñas del IESS, al Director Médico Representante Legal del Centro de Salud B de Piñas, a la Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal, respectivamente; con oficio 0104 - 0006-IESS-AI-2018 de 11 de abril de 2018 y 26 de abril de 2018, al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, recibiendo las siguientes respuestas:

El Director Médico Representante Legal del Centro de Salud B de Piñas en funciones desde el 1 de noviembre de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en respuesta al oficio 0106-0006-IESS-AI-2018, con memorando IESS-CSB-PI-2018-0817-FDQ de 12 de abril de 2018, señaló:

"... Con certificación de fecha 22 de noviembre del 2016 asumi las funciones como representante legal y a la vez como Director Administrativo del Centro de
DIRECTOR DE M

Salud B – Piñas, por lo que de acuerdo a la Recomendación 12.- Me permito manifestar que con memorando No. IESS-CAA-PIÑAS-2016-0175-M de fecha 03 de marzo del 2016, la Coordinadora de Responsabilidad Patronal emitió el Cronograma para el cumplimiento de los procesos de responsabilidad patronal correspondientes al periodo 2010 del mes de julio hasta el 30 de junio de 2014... y por la falta de personal que se dedique solo al proceso no ha sido factible la determinación de la responsabilidad patronal de los años auditados.- Recomendación 13.- De la misma manera con memorando No. IESS-CAA-PIÑAS-2016-0175-M de fecha 03 de marzo del 2016 emitido por la Lcda.... Pese al conocimiento previo de emitir informes mensuales, se ha venido emitiendo los informes pero no mensualizados (...)".

La observación realizada por Auditoría Interna se mantiene, por cuanto no se ejecutó el cronograma establecido para la determinación de la responsabilidad patronal, tampoco se emitieron informes mensuales.

La Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, según encargo realizado por el Director Administrativo mediante oficio 529650000-1120-2013 de 18 de julio de 2013, en respuesta al oficio 0107-0006-IESS-AI-2018, con comunicación de 17 de abril de 2018, señaló:

"...me permito indicar que no ha sido posible establecer con exactitud los expedientes que aún no han sido calificados de Responsabilidad Patronal del Centro de Salud B-Piñas que se han ejecutado durante el período 2010-2014 (...)".

Lo comentado por la citada servidora, hace referencia a que se desconoció el número total de expedientes, lo que demuestra que no se cumplió con la recomendación por tanto no se modifica el comentario.

Conclusión

La Directora Administrativa del Centro de Atención Ambulatorio de Piñas y el Director Médico, Representante Legal del Centro de Salud B Piñas, no supervisaron que la Oficinista - Coordinadora de Responsabilidad Patronal, ejecute el cronograma de trabajo para la determinación de responsabilidad patronal por prestaciones de salud otorgadas desde julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2014 y elabore los respectivos informes, señalando el número de expedientes revisados y tramitados para dar cumplimiento a las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-0265-2015, ni el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, controló ni vigiló que se efectúen las

QUINCE 24

acciones necesarias para implementar la recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-0265-2015, puesto que las consideró como cumplidas únicamente con la elaboración del cronograma, lo que ocasionó que no se conozca el número de expedientes que se calificaron ni el monto por responsabilidad patronal tampoco los que se encontraban pendientes; y, que no se disponga de información para iniciar las gestiones de notificación y recaudación, permitiendo que estos trámites permanezcan en la vía administrativa mismas que de conformidad a lo dispuesto el artículo 97.- Responsabilidad solidaria de los sucesores del patrono en mora de la Ley de Seguridad Social no se extinguen.

2. Informe DAI-AI-0298-2015

El informe fue emitido como producto del examen especial a las operaciones administrativas y financieras en el Centro de Atención ambulatoria de Chimbacalle por el período comprendido entre el 2 de enero de 2009 y el 31 de agosto de 2012, aprobado por el Director de Auditorías Internas encargado de la Contraloría General del Estado el 30 de julio de 2015 y remitido por el Auditor Interno del IESS al Director General del IESS, encargado con memorando IESS-AI-2015-1240-ME de 21 de septiembre de 2015.

En el informe constaron 22 recomendaciones, de las cuales 11 fueron analizadas en el examen especial ejecutado por Auditoría Interna aprobado con informe DNAI-AI-0344-2018 y que consta citado en anexo 3; 8 fueron cumplidas, 2 inaplicables que constan en anexo 4 y 1 incumplida conforme se presenta a continuación:

“Inadecuado funcionamiento de los Comités de Coordinación y Asesoría del C.A.A. Chimbacalle.- Recomendación 6.- A la Directora del C.A.A. Chimbacalle.- Verificará que los Comités de Coordinación y Asesoría, se reúnan regularmente y apliquen las responsabilidades establecidas en el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS; el Comité de Historias Clínicas presentará informes trimestrales de los resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones; además, el Secretario de cada Comité mantendrá un archivo con las actas de cada sesión suscritas por los integrantes presentes en las reuniones (...).”

Situación actual:

El Analista Administrativo de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2015-1463-M de 24 de septiembre de 2015, solicitó al Director Diego S. S.

Administrativo CAA-Chimbacalle, el cumplimiento de las recomendaciones constantes en el Informe DAI-AI-0298-2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018 informó al equipo de auditoría que la recomendación 6 se encontraba cumplida para lo cual adjuntó el memorando IESS-CAACH-DAD-2015-0795-M del Director Administrativo de CAA-Chimbacalle informando al Analista Administrativo de la Coordinación de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en el que consta lo siguiente:

“...Evidencia de cumplimiento.- Oficio 411221101-DM-081-2015 del 13 de octubre de 2015...comunica la designación de integrantes del Comité de historias clínicas y dispone una reunión mensual.- Oficio 411221101-DM-082-2015 del 13 de octubre de 2015 ... comunica la designación de integrantes del Comité de farmacología y dispone una reunión mensual.- Oficio 411221101-DM-083-2015 del 13 de octubre de 2015...comunica la designación de integrantes del Comité de Bioética y dispone una reunión mensual (...).”

Además, adjuntó los oficios 411221101-DM-081- 082-083-2015 del 13 de octubre de 2015, con el que la Directora Médica del C.A.A. Chimbacalle dispuso a los miembros del comité de Historias Clínicas, de Farmacología y de Bioética, con el mismo contenido lo siguiente:

*“... me permito comunicarles que la Dirección Médica a delegado a ustedes miembros del comité... Historias Clínicas.- de Farmacología.- de Bioética.- Las actividades a desarrollarse están contemplados en la Resolución 056... para lo cual se designarán 2 horas el **primer martes de cada mes** de 13:30H a 15:30H, a partir de noviembre del año en curso.- El cumplimiento de las funciones es de carácter obligatorio (...).”*

El Director del C.A.A. Chimbacalle no remitió la documentación que demuestre el cumplimiento de dichas disposiciones por parte de los comités que fueron conformados el 13 de octubre de 2015, referentes a la realización de reuniones mensuales, la elaboración de informes trimestrales con resultados de la evaluación de procedimientos, conclusiones y recomendaciones en el 2016 y 2017.

La Directora Administrativa del Hospital del Día Chimbacalle con memorando IESS-HD-CH-DA-2018-0135-M de 8 de febrero de 2018, remitió al equipo de auditoría el detalle de los servidores que conformaron los Comités de Coordinación y Asesoría, comunicaciones de designaciones de los miembros de los Comités de Bioseguridad,

DIECISIETE

Gestión de Calidad, Bioética, Farmacología, Historias Clínicas y Técnico Dispositivos Médicos del 2016 y 2017 y actas del Comité de Historias Clínicas del 2017, señalando:

“... en dichas actas consta la evaluación de procedimientos mas no los informes y recomendaciones expresas por los profesionales designados.- en las actas consta la firma del secretario, más no consta una delegación expresa suscrita por los miembros del comité (...).”

Sin embargo, la referida Directora Administrativa no remitió las actas que permitan evidenciar las reuniones mensuales de los miembros del Comité de Coordinación y Asesoría, y, de los Comités de Historias Clínicas los informes trimestrales de los resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones del 2016 y 2017.

Lo comentado se presentó debido a que el Director Administrativo del Centro Atención Ambulatorio Chimbacalle Quito y la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (H. DEL DÍA) – CHIMBACALLE, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 9 de junio de 2017, y, entre el 18 de septiembre de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, no verificaron que los miembros de los Comités de: Coordinación y Asesoría, se reúnan regularmente, que los de Historias Clínicas presenten los informes trimestrales con resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones del 2016 y 2017, ni designaron por escrito al respectivo Secretario de cada comité.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones desde el 22 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 6 del informe DAI-AI-0298-2015, pues la calificó como cumplida con las designaciones de los miembros de los comités sin que existan las actas a partir del 13 de octubre de 2015 al 31 de diciembre de 2017 del Comité de Coordinación y Asesoría y los informes trimestrales del Comité de Historias Clínicas con resultados de la evaluación de procedimientos, conclusiones y recomendaciones del 2016 y 2017.

Lo expuesto ocasionó que no se disponga de evidencia documental ni se cuente con un responsable que se encargue de mantener un archivo con las actas de cada sesión suscritas por los integrantes presentes en las reuniones para verificar y exigir el

DIECIOCHO 27

funcionamiento de los Comités sobre el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en el Reglamento General de Unidades Médicas del IESS.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Además, el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero de 2016 y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de la Resolución Administrativa IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017, que en similares términos establecieron:

“... Se delega al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General para que, además de las funciones encomendadas a dicha Comisión, se encargue en todos los procesos emanados por los distintos órganos de control ... de las siguientes atribuciones ... 3. Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo; así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso (...).”

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios: 0119 y 0120-0006-IESS-AI-2018 del 5 de abril de 2018 a los Directores Administrativos del C.A.A. Chimbacalle, respectivamente y con oficio 0104 - 0006-IESS-AI-2018 de 11 de abril de 2018 al Planificador –Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, recibiendo las siguientes respuestas:

La Directora Administrativa del Centro Clínico Ambulatorio (H. DEL DÍA) – CHIMBACALLE, con memorando IESS-HD-CH-DA-2018-0495-M de 16 de abril de 2018, en funciones desde el 18 de septiembre y 31 de diciembre de 2017, en respuesta al oficio 0120-0006-IESS-AI-2018, señaló:

*“... Refiriéndose a respuesta remitida mediante memorando Nro. IESS-HD-CH-2018-0135-M acerca de los informes trimestrales... me permito aclarar que las delegaciones realizadas a los secretarios si constan en las actas... más no consta un documento exclusivo o individual para nombrar al secretario.- En cuanto a los
DIECINUEVE 3*

informes trimestrales que debe realizar el Comité de Historias Clínicas... no fueron remitidos en su debido tiempo... los informes que me permito adjuntar, mismos que fueron remitidos por la Secretaría del Comité de Historias Clínicas... las cuales fueron regularizadas con fecha 8 de febrero de 2018 (...)".

Lo expuesto no modifica el comentario de Auditoría puesto que como se indicó no hubo documento para nombrar al Secretario y los informes remitidos corresponden al 8 de febrero de 2018, por lo tanto no fueron elaborados en el periodo del 13 de octubre de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, ya que fueron regularizados en forma posterior.

El Director Administrativo del Centro Atención Ambulatorio Chimbacalle Quito en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 9 de junio de 2017, con comunicación de 9 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0119-0006-IESS-AI-2018, informó:

"... dispuse a la Directora Médica de la unidad de ese entonces conforme los respectivos comités de Coordinación y Asesoría (...)".

El citado servidor no verificó que los Comités de Coordinación y Asesoría, se reúnan regularmente y cumplan las responsabilidades establecidas en el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS; así como, que el Comité de Historias Clínicas presente informes trimestrales de los resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones y que se designe por escrito a un Secretario de cada Comité que mantenga el archivo de las actas de cada sesión suscritas por los integrantes presentes por lo tanto la observación de Auditoría Interna se mantiene.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento con memorando IESS-DG-2018-1028-M de 4 de mayo de 2018, en respuesta a oficio 0104-0006-IESS-AI-2018 de 11 de abril de 2018, señaló:

"...se me comunicó el inicio del examen especial en cuestión, cuyo objetivo único se remite a: determinar que las recomendaciones emitidas en los informes aprobados y ejecutados por la auditoría interna, se cumplieran de conformidad con las disposiciones legales y demás relacionadas.- Mediante Acuerdo 017-CG-2015 de 8 de mayo de 2015, la Contraloría General del Estado sustituyó la "Norma relativa al informe de auditoría gubernamental I.AG. 06", por otra que contempla la "... IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA"; y, señala que: ...La máxima autoridad de la entidad auditada dispondrá y vigilará el cumplimiento de las recomendaciones...- dentro del marco de las competencias que me corresponden en mi calidad de delegado de la Directora General he

JEANTE 27

dispuesto el cumplimiento de las recomendaciones a cada uno de los responsables de las unidades administrativas correspondientes; y, les corresponderá a aquellos responder por su aplicación. (...)”.

Lo expuesto por el servidor ratifica el comentario de Auditoría Interna, puesto que la máxima autoridad es quien dispone y vigila el cumplimiento de las recomendaciones, lo cual como delegado de la Directora General, no vigiló su implementación.

Conclusión

El Director Administrativo del Centro Atención Ambulatorio Chimbacalle Quito y la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (H. DEL DÍA) – CHIMBACALLE, no verificaron que los miembros de los Comités de Coordinación y Asesoría, se reúnan regularmente, que los de Historias Clínicas presenten los informes trimestrales con resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones del 2016 y 2017, ni designaron por escrito al respectivo Secretario de cada comité y el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 6 del informe DAI-AI-0298-2015, pues la calificó como cumplida con las designaciones de los miembros de los comités sin que existan las actas a partir del 13 de octubre de 2015 al 31 de diciembre de 2017 del Comité de Coordinación y Asesoría y los informes trimestrales del Comité de Historias Clínicas con resultados de la evaluación de procedimientos, conclusiones y recomendaciones del 2016 y 2017, lo que ocasionó que no se disponga de evidencia documental ni se cuente con un responsable que se encargue de mantener un archivo con las actas de cada sesión suscritas por los integrantes presentes en las reuniones para verificar y exigir el funcionamiento de los Comités sobre el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en el Reglamento General de Unidades Médicas del IESS.

3. Informe DAI-AI-0391-2015

El informe fue emitido como producto del examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de bienes y servicios y gestión farmacia en el IESS, Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca,

VEINTIDOS

por el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de diciembre de 2013 y fue aprobado por el Director de Auditorías Internas encargado de la Contraloría General del Estado el 21 de abril de 2015 y remitido por el Auditor Interno Jefe al Director General del IESS con memorando IESS-AI-2015-1806-ME de 22 de diciembre de 2015.

En el informe constaron 24 recomendaciones, de las cuales 5 fueron analizadas en los informes de exámenes especiales ejecutados por Auditoría Interna y externa de la CGE aprobados con informes DNAI-AI-0050-2017, DAPyA-AI-0024-2016 y DNAI-AI-0120-2018, que constan citados en el anexo 3; 16 se cumplieron, 2 no fueron aplicables y que constan en anexo 4; y, 1 se encuentra incumplida, conforme se presenta a continuación:

“Registro contable del movimiento de medicinas con errores y omisiones generó saldos no confiables.- Recomendación 1.- A la Jefatura Financiera.- Dispondrá y vigilará que todas las operaciones relacionadas con ingresos y egresos de medicamentos sean registradas contablemente de manera inmediata, íntegra y no adolezca de errores y/u omisiones (...).”

Situación actual:

La recomendación 1, fue dirigida a la Jefatura Financiera, unidad que cambió su denominación por Coordinación General Financiera, según lo dispuesto por el Consejo Directivo en el artículo 4, número 1, letra b) de la Resolución CD. 468 de 30 de mayo de 2014.

La Analista Administrativa - Coordinadora de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-0054-M de 15 de enero de 2016, solicitó a la Coordinadora General Financiera, el cumplimiento de la referida recomendación 1.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018, informó al equipo de auditoría que la recomendación 1 se encontraba cumplida, para lo cual adjuntó los siguientes documentos:

VEINTE Y DOS 

- Memorando IESS-H.J.C.A.-D-2016-0448-M de 21 de junio de 2016, suscrito por el Director del H.J.C.A. y remitido al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en el que comunicó:

“...Es importante mencionar que las mencionadas recomendaciones ya están siendo objeto de seguimiento... considerando que el borrador del informe de auditoría fue leído el 16 de junio de 2014 (...).”

- Memorando IESS-H.J.C.A.-GG-2016-1721-M de 1 de septiembre de 2016, remitido al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General suscrito por el Gerente General del H.J.C.A.

“...En atención al presente adjunto remito contabilización de fármacos de tanto ingreso como egresos realizados (...).”

- Boletín de egreso 010208491 de 28 de noviembre del 2014, con el que se contabilizó en el sistema Zebra Ver. 2.2, el consumo de fármacos correspondiente al 2014.

Los documentos remitidos no evidenciaron el cumplimiento de la recomendación 1 respecto a que todas las operaciones relacionadas con ingresos y egresos de medicamentos sean registradas contablemente de manera inmediata, a la cuenta contable 1.3.1.01.09 “Existencias de Medicamentos”, durante el 2016 al 2017, debido a que los registros contables remitidos, correspondieron al 2014, fecha anterior a la aprobación del informe DAI-AI-0391-2015, esto es el 11 de mayo de 2015.

Para el control de medicamentos en el Hospital José Carrasco Arteaga, se dispone del Sistema de Información Médica MIS AS400, en el que se registran los ingresos por adquisición directa a proveedores y/o transferencias de otras unidades médicas y los egresos de fármacos entregados a la farmacia y estos fueron dispensados a los pacientes de acuerdo a las prescripciones de los médicos tratantes.

La Contadora del H.J.C.A., a manera de ejemplo, proporcionó los CUR´S 681 y 3916 de 23 de marzo y 4 de agosto de 2017, en donde se adjuntó los asientos contables de ingreso a la cuenta 1.3.1.01.09 “Existencias de Medicamentos”, correspondientes a la compra de 660 unidades de BOSENTAN 125 MG y 287 de CASPOFUNGINA 50 mg, adquiridas, según facturas 001-001-020214 y 001-005-0000-26184 de 22 de marzo y 4

VEINTE Y TRES 3

de agosto de 2017, respectivamente; pero no se entregó el registro contable de los egresos de estos fármacos, conforme los despachos a las farmacias y consumos mensuales reportados por el Sistema de Información Médica MIS AS400.

Lo comentado se presentó debido a que la Coordinadora General Financiera del Hospital José Carrasco Arteaga, encargada y la Coordinadora General Financiera del H.J.C.A, encargada, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 19 de abril de 2017; y, del 21 de abril de 2017 y el 18 de septiembre de 2017, no dispusieron ni vigilaron que se implemente la recomendación 1 del Informe DAI-AI-0391-2015, pues no se registró contablemente de manera mensual, los egresos de medicamentos, conforme los despachos a las farmacias y consumos mensuales reportados por el sistema AS400.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado por la Directora General del IESS, subrogante con memorando IESS-DG-2016-0081-M de 22 de enero de 2016, en funciones desde el 22 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en calidad de delegado de la máxima autoridad no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 1 del informe DAI-AI-0391-2015, pues la consideró como cumplida sin contar con los registros contables de los egresos de medicamentos del período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017.

Lo expuesto ocasionó que se dependa de las constataciones físicas para efectuar el registro contable del descargo de consumos de fármacos y que no se disponga a una fecha determinada de saldos contables reales de la cuenta "*Existencias de Medicamentos*".

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Además, el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió el artículo 8 número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero de 2016 y 29 de abril de 2016; y el

VENTICUATRO

artículo 6 número 3 de la Resolución Administrativa IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios: 0098 y 0102 – 0006- IESS-AI- 2018 del 27 y 28 de marzo de 2018 a los Coordinadores Generales Financieros del H.J.C.A., encargados; y, con oficio 0104 - 0006-IESS-AI-2018 de 11 de abril de 2018 al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, recibiendo las siguientes respuestas:

La Coordinadora General Financiera del Hospital José Carrasco Arteaga, encargada, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 19 de abril de 2017, en respuesta al oficio 0098-006-IESS-AI-2018, remitió la comunicación de 18 de abril de 2018, en la que señaló:

“...el incumplimiento de esta recomendación estuvo supeditada a la falta de informes de egresos de bodega, los cuales pese a múltiples oficios, memorandos y correos, y en compromisos verbales en reuniones de trabajo efectuadas por esta situación; nunca fueron atendidos por la Coordinación General Administrativa y la Jefatura de Bodega y Control de Activos (...).”

Remitiendo, además, el memorando IESS-H.J.C.A.-CGF-2016- 0281-M de 27 de septiembre de 2016 dirigido al Coordinador General Administrativo Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga mediante el cual indicó que no se han entregado informes de egreso de bodega por parte de la Jefatura de Bodega.

Lo expuesto por la citada servidora no modifica el comentario, debido a que no se realizaron acciones alternativas para efectuar el registro contable de manera inmediata de los egresos de medicamentos.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados realizada el 24 de abril de 2018, la Coordinadora General Financiera del Hospital José Carrasco Arteaga, encargada, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 19 de abril de 2017, mediante comunicación de 2 de mayo de 2018, informó:

“...En forma conjunta con el personal de la Jefatura Administrativa de Presupuesto y Contabilidad se llevó a cabo tomas físicas integrales de fármacos, insumos y

otros, sin embargo no se obtuvo información de egresos de bodega, desde el año 2014 hasta el mes de abril de 2017 (...)"

Lo comentado por la servidora no modifica el criterio de Auditoría Interna, puesto que se indicó que no se obtuvo información de egresos de bodega y por lo tanto no hubo los respectivos registros contables en el sistema eSIGEF.

Conclusión

Las Coordinadoras Generales Financieras del H.J.C.A, encargadas, no dispusieron ni vigilaron que se implemente la recomendación 1 del Informe DAI-AI-0391-2015, pues no se registró contablemente de manera mensual, los egresos de medicamentos, conforme los despachos a las farmacias y consumos mensuales reportados por el sistema AS400 y el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado por la Directora General del IESS, en calidad de delegado de la máxima autoridad no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar la referida recomendación 1, por cuanto consideró como cumplida sin contar con los registros contables de los egresos de medicamentos del período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, lo que ocasionó que se dependa de las constataciones físicas para efectuar el registro contable del descargo de consumos de fármacos y que no se disponga a una fecha determinada de saldos contables reales de la cuenta *"Existencias de Medicamentos"*.

4. Informe DAI-AI-0396-2015

El citado informe del examen especial a la contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud a los afiliados y pensionistas y al proceso precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de equipos para el seguro médico de salud individual y familiar en la Dirección Provincial del IESS El Oro, por el período comprendido entre el 2 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2013, fue aprobado por el Director de Auditorías Internas, encargado de la Contraloría General del Estado el 16 de octubre de 2015 y remitido al Director General del IESS, por el Auditor Interno Jefe con memorando IESS-AI-2015-1810-ME de 22 de diciembre de 2015.

En el informe constaron 10 recomendaciones, de las cuales 1 se analizó en el examen especial ejecutado por Auditoría Interna aprobado con informe DNAI-AI-0308-2018 y

que consta citado en el anexo 3, 4 fueron cumplidas, 1 no fue aplicable citado en el anexo 4; y, 4 se encuentran incumplidas, por las siguientes razones:

“Prestadores privados otorgaron servicios de salud sin acreditación vigente.- Recomendación 1.- Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS-El Oro.- Dispondrá y vigilará que los responsables del proceso de acreditación de prestadores de salud privados, realicen las gestiones pertinentes oportunas, a fin de evitar que las casas de salud operen sin documentación vigente, y que estos puedan otorgar servicios médicos a afiliados del IESS acorde al nivel de complejidad que les corresponda y estén legalmente habilitados como tales.- Prestadores privados no presentaron oportunamente la documentación de los servicios de salud.- Recomendación 4.- Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS-El Oro.- Como administrador de los contratos, velará por el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato y adoptará las acciones que sean necesarias para evitar retrasos injustificados en la presentación de las planillas por parte de los prestadores privados, situación que permitirá mantener un mejor control sobre las provisiones y las cuentas por pagar prestadores (...).”

Situación actual:

Con Acuerdo Ministerial 5310, publicado en el Registro Oficial, Edición Especial 439 de 31 de diciembre de 2015, se aprobó la Norma Técnica denominada “*Procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria*”, para que sea aplicada a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública, estableciéndose lo siguiente:

“... DISPOSICIONES TRANSITORIAS.- PRIMERA ... se aceptará como habilitante para considerarse prestador de servicios de la Red Pública Integral de Salud el permiso de funcionamiento vigente, otorgado por la instancia competente de la Autoridad Sanitaria Nacional ... en los siguientes casos ... 2. Cuando las acreditaciones/calificaciones otorgadas por los subsistemas hayan perdido su vigencia ... SEGUNDA.- Las acreditaciones/calificaciones que a la fecha de entrada en vigencia de este Acuerdo, estén vigentes otorgadas por el MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL, serán válidas únicamente hasta que el establecimiento de salud sea calificado en base a la presente Norma (...).”

Para el cumplimiento de las recomendaciones 1 y 4 del Informe DAI-AI-0396-2015, a partir del 1 de enero de 2016, las casas de salud para otorgar servicios médicos a afiliados del IESS, debieron presentar los respectivos certificados de permisos de funcionamiento, puesto que los contratos vigentes a esa fecha, fueron prorrogados hasta que los mismos sean calificados por el Ministerio de Salud Pública, actividad que

VEINTE Y SIETE 27

no fue cumplida hasta el 31 de diciembre de 2017, fecha de corte del examen especial.

El Analista Administrativo - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-0020-M de 11 de enero de 2016, solicitó al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS-El Oro, el cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el Informe DAI-AI-0396-2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018 informó al equipo de auditoría que las recomendaciones 1 y 4 del Informe DAI-AI-0396-2015 se encuentran cumplidas, para la recomendación 1, consideró el memorando IESS-UPPSSORO-2016-0109-M de 17 de enero de 2016, suscrito por el Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro (E), dirigido al Tecnólogo de UPPSS EL ORO, en el que señaló:

“... Sírvase convocar a los demás integrantes de la Comisión de Acreditación con el propósito de revisar que todos los prestadores externos laboren con documentación vigente (...).”

Lo cual correspondió a una disposición emitida y no al control realizado para que los prestadores de salud privados operen con documentación vigente.

Respecto de la recomendación 4, validó su cumplimiento, conforme memorando IESS-UPPSSORO-2017-3913-M de 24 de noviembre de 2017, suscrito por la Responsable de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro, encargada, al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en el cual señaló:

“...que desde el 19 de septiembre de 2017 notificada mediante memorando IESS-DPORO-2017-3123-M, asumiendo el rol de administrador de los contratos, se informa que se lleva un control para el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato, de igual manera se han adoptado las acciones pertinentes para evitar retrasos injustificados en la presentación de las planillas por parte de los prestadores privados (Recepción de las planillas y archivos planos los 10 primeros día del mes) (...).”
VEINTE Y OCHO

Sin que la Responsable de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro, señale las acciones realizadas para velar por el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato.

El Responsable de Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Oro, con memorando IESS-UPSSORO-2018-0610-M de 6 de marzo de 2018, en referencia a la recomendación 1, remitió el detalle de los prestadores de servicios de salud externos del 2016 y 2017 pero no adjuntó 9 certificados de permiso de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública, conforme lo establece el Acuerdo Ministerial 5310, publicado en Registro Oficial 439 de 31 de diciembre de 2015; a pesar de que 2 de los mismos facturaron servicios médicos durante el período señalado, como se demuestra a continuación:

No.	RUC de los Prestadores de Salud Privado del 2016 y 2017	Certificados de permiso de funcionamiento
1	0791771293001	No se adjuntó de los años 2016 y 2017
2	0791774128001	Falta de enero al 14 de diciembre de 2016
3	0791738490001	Falta del año 2016 y de 1 de enero al 20 de agosto de 2017
		Se presenta oficios 060 y 061 por facturación servicios médicos de febrero 2017 y oficio 020 por servicios médicos de noviembre de 2016
4	0791732557001	Falta de enero al 16 de octubre de 2016 y del 18 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017. Se presenta oficios 01771-CA-2016, 0200-I-CA-2016, 0184-I-CA-2016 por servicios médicos de julio, agosto y noviembre de 2016.
5	0791774101001	Falta año 2016
6	0700808660001	Falta del año 2016 y de enero al 24 de mayo de 2017
7	0791771293001	Falta de los años 2016 y 2017
8	0703101113001	Falta del año 2016 y del 1 de enero al 17 de octubre de 2017
9	0791713293001	Falta del año 2016 y del 1 de enero de 2017 al 31 de julio de 2017

En referencia a la recomendación 4, adjuntó requerimientos de pago por servicios de salud realizadas por los prestadores privados de salud al Jefe Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud; los cuales fueron presentados con un retraso promedio de 141 días, considerando que debieron ser entregados durante los 10 primeros días laborables del mes siguiente al que se recibió el servicio, según lo establecido en el número 4.04 de la Cláusula Cuarta.- Forma de pago, establecida en los contratos de prestación de servicios externos de salud 016 y 017-IESS-2012-JPSSIF-EL ORO, 009-28-05-2015-IESS-DPORO 17 y 26 de octubre de 2012; y, sin fecha, vigentes respectivamente, como se demuestra a continuación:

VEINTE Y NUEVE

No.	RUC	Oficio	Fecha oficio	Fecha recepción	Mes y año de los servicios médicos facturados	Retraso Días transcurridos Mayorés a 10 días
				(A)	(B)	(A-B-10)
1	0791732557001	0151-I-CA-2016	2016-11-16	2017-01-24	oct-16	105
2	0791732557001	01771-I-CA-2016	2016-12-10	2017-01-11	jul-16	184
3	0791732557001	0200-I-CA-2016	2016-12-10	2017-01-13	ago-16	155
4	0791732557001	0184-I-CA-2016	2016-12-10	2017-01-17	nov-16	67
5	0791777380001	Comunicación	2017-10-17	2017-11-10	abr-17	213
6	0791777380001	101	2017-07-06	2017-09-06	jun-17	87
7	0791738490001	20	2017-03-24	2017-03-24	nov-16	133
8	0700751563001	2017-Bioanálisis-0046	2017-10-11	2017-11-10	jun-17	152
9	0791738490001	61	2017-07-21	2017-07-21	feb-17	160
10	0791738490001	60	2017-07-21	2017-07-21	feb-17	160
11	0791738490001	63	2017-07-21	2017-07-21	feb-17	160
12	0791740770001	2017-12-14-169	2017-12-15	2017-12-15	ene-17	338
13	1000723096001	55-CI-2017	2017-11-07	2017-11-08	oct-17	28
14	0791769736001	Machaladent-2016-0096	2017-04-10	2017-04-10	mar-17	30
Total Días						1.972
Promedio días por trámite						141

Lo expuesto se presentó debido a que el Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargado, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 6 de octubre de 2016, no dispuso ni vigiló que 9 prestadores de servicios externos presenten los certificados de permiso de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública, por lo que no implementó la recomendación 1 del informe DAI-AI-0396-2015, lo que ocasionó que los prestadores de salud operen sin documentación vigente y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS, sin estar legalmente habilitados.

El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargado, en funciones desde el 1 de diciembre de 2016 y el 4 de mayo de 2017; y, las Responsables de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, desde el 10 de mayo de 2017 y el 15 de septiembre de 2017; y, 19 de septiembre de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, según designaciones realizadas mediante memorandos: IESS-DPORO-2017-2003-M y IESS-DPORO-2017-3123-M de 10 de mayo de 2017 y 19 de septiembre de 2017 del Director Provincial de El Oro, quienes asumieron la función de Administradores de los contratos de prestación de servicios de salud externos; no dispusieron ni vigilaron que 9 prestadores de servicios de salud externos presenten los certificados de permiso de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública, ni exigieron a los prestadores de salud privados que

TREINTA 2/

presenten las planillas dentro del plazo de 10 primeros días laborables del mes siguiente al que se recibió el servicio, sin que se implementen las recomendaciones 1 y 4 del informe DAI-AI-0396-2015, ocasionado que los prestadores de salud privados, operen sin contar con el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS sin estar legalmente habilitados; así como que se receipten planillas con un promedio de retraso de 141 días posteriores a los 10 primeros día del mes siguiente.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado por la Directora General del IESS, subrogante con memorando IESS-DG-2016-0081-M de 22 de enero de 2016, en funciones desde el 22 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 1 y 4 del informe DAI-AI-0396-2015 y las consideró como cumplidas conforme disposiciones emitidas sin haberse tomado acciones y contar con evidencia suficiente como fueron los permisos de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública y oficios de entrega de planillas los primeros días del mes siguiente, lo que ocasionó que los prestadores de salud privados, operen sin contar con el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS sin estar legalmente habilitados; así como que se receipten planillas posteriores a los 10 primeros día del mes siguiente, sin contar con la justificación correspondiente.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Además, el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió el artículo 8 número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero de 2016 y 29 de abril de 2016; y el artículo 6 número 3 de la Resolución Administrativa IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017.

***“Archivos documentales se encontraron dispersos y sin control.-
Recomendación 9.- Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del
TREINTA Y UNO”***

Seguro de Salud del IESS-El Oro. - Dispondrá que los responsables de los archivos contables y de acreditación de prestadores privados, mantengan los expedientes en orden cronológico, completos, foliados e inventariados, a fin de facilitar su verificación, comprobación y análisis posterior.- **Recomendación 9.1.- Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS-El Oro.-** La documentación de los prestadores privados de servicios de salud, de igual forma, constará en un solo expediente por cada prestador, en orden cronológico por registro clínico de todas las atenciones otorgadas a afiliados y beneficiarios del IESS, a efecto de mantener un archivo íntegro y confiable (...).

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018 informó al equipo de auditoría que las recomendaciones 9 y 9.1 del Informe DAI-AI-0396-2015 se encuentran cumplidas, conforme el memorando IESS-UPPSS-ORO-2017-3913-M de 24 de noviembre de 2017 que le fue remitido por la Responsable de Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro, encargada, que señaló:

“...se indica con memorando IESS-UPPSS-ORO-2017-3880-M a fin de seguir dando cumplimiento con estas recomendaciones se dispone continuar con las medidas tomadas previamente (...).”

Lo cual correspondió a una disposición por la Responsable de Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro, encargada emitida más no a las acciones tomadas.

El Responsable de Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, con memorando IESS-UPPSSORO-2018-0610-M de 6 de marzo de 2018, remitió al equipo de auditoría 12 carpetas de documentos relacionados a prestadores de salud privados, que no tuvieron información uniforme pues en unos casos constaban los certificados de funcionamiento y en otros no, tampoco el respectivo registro clínico.

Lo comentado, se presentó por cuanto los Jefes de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargados, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 6 de octubre de 2016; y el 1 de diciembre de 2016 y el 4 de mayo de 2017; y, las Responsables de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, según designaciones realizadas por el Director Provincial de El Oro, mediante memorandos IESS-DPORO-2017-2003-M y IESS-DPORO-2017-3123-M de

10 de mayo de 2017 y 19 de septiembre de 2017, respectivamente, en funciones desde el 10 de mayo de 2017 y el 15 de septiembre de 2017; y entre el 19 de septiembre de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, no dispusieron a los responsables de los archivos contables y de acreditación de prestadores privados, mantengan un solo expediente por cada prestador, en orden cronológico, completos, foliados e inventariados, para implementar las recomendaciones 9 y 9.1 del informe DAI-AI-0396-2015, lo que ocasionó dificultad en su ubicación y disponibilidad para fines de control posterior.

El Planificador –Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado según memorando IESS-DG-2016-0081-M de 22 de enero de 2016, suscrito por la Directora General del IESS, subrogante, en funciones desde el 22 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en calidad de delegado de la máxima autoridad no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 9 y 9.1 del informe DAI-AI-0396-2015 y las consideró como cumplidas conforme disposiciones emitidas sin haberse tomado acciones y sin contar con la evidencia suficiente como inventarios de los archivos contables y de acreditación, lo que ocasionó que los responsables de los archivos contables y de acreditación de prestadores privados, no mantengan los expedientes en orden cronológico, completos, foliados e inventariados, dificultando su localización y disponibilidad para fines de control posterior.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Además, el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero de 2016 y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de la Resolución Administrativa IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados

provisionales, con oficios: 0108 y 0109-0006-IESS-AI-2018 de 3 de abril de 2018, a los Jefes de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargados; con oficios 0110 y 0111-0006-IESS-AI-2018 de 3 de abril de 2018 a los Responsables de Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro y con oficio 0104 - 0006-IESS-AI-2018 de 11 de abril de 2018 al Planificador –Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, recibiendo las siguientes respuestas:

La Responsable de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro en funciones desde el 19 de septiembre de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, en respuesta al oficio 0111-0006-IESS-AI-2018, remitió la comunicación de 9 de abril de 2018, señalando:

“... En referencia a la recomendación 1... se indica que se dejó los permisos de funcionamiento de cada uno de los prestadores privados en formatos digitales.- En referencia a la recomendación 4.- con Acuerdo Ministerial 0053-2017 del 21 de abril de 2017... acuerda.- Disponer a los miembros de la Red Pública Integral de Salud... que en el plazo de dos (2) años, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo... por una sola vez, envíen, recepcen y procesen... los trámites represados... por prestaciones de salud otorgadas, en el período comprendido desde el 10 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo.- En el plazo de dos (2) años, al que se refiere el artículo anterior, se realizarán las siguientes actividades: los primeros ocho (8) meses contados a partir de la publicación del presente Acuerdo ... se destinarán al envío y recepción de los trámites pendientes.- En referencia a la recomendación 9.- Cabe indicar que en la fecha que estuve en funciones la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS El Oro ... la suscrita designó al personal del área contable a que sean las responsables de los archivos contables ... de igual manera que la suscrita trataba de mantener ordenados los archivos de las acreditaciones y contratos pero resultó ser imposible dar cumplimiento con esta recomendación dada las multitud de responsabilidades (...).”

Lo comentado por la citada servidora, no modifica el comentario por cuanto no remitió los certificados de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública conforme el detalle de los prestadores de servicios externos del 2016 y 2017, que demuestren que se contó con la documentación vigente al momento de otorgar los servicios médicos a los afiliados del IESS; respecto del Acuerdo Ministerial 0053-2017 que estableció como salvedad la presentación de trámites represados, por prestaciones de salud, este entró en vigencia el 11 de mayo de 2017, por tanto estos no debieron existir hasta el 10 de mayo de 2017; y, en cuanto a la recomendación 9, se indica que no fue implementada.

TREINTA Y CUATRO

El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargado, en funciones desde el 1 de enero de 2015 y el 6 de octubre de 2016, en respuesta al memorando IESS-AI-2018-0108-ME, remitió al equipo de auditoría la comunicación de 18 de abril de 2018, señalando:

“...El MSP... acordó mediante Acuerdo Ministerial 05310...publicado en Registro Oficial 439 del 31 de diciembre de 2015...los prestadores de servicios de salud interesados en prestar sus servicios de salud... deberán presentar... la solicitud de inscripción en el proceso de calificación de prestadores de servicios de salud.-Mediante oficio ...me dirigí al Dr.... solicitándole que envíe personal suficiente para que realicen el foliado de los expedientes (...).”

Sin remitir los permisos de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud de los prestadores de servicios de salud conforme lo establece el Acuerdo Ministerial 005310-2017, publicado en Registro Oficial 439 de 31 de diciembre de 2015, que no fueron proporcionados ni enviados al equipo de auditoría; tampoco señaló la situación referente a los archivos contables y de acreditación de prestadores privados; por lo cual Auditoría Interna se mantiene en el comentario.

La Responsable de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro en funciones desde el 10 de mayo de 2017 y el 15 de septiembre de 2017, con oficio 0002-RCRB-DR-2018 de 19 de abril de 2018, en respuesta al 0110-0006-IESS-AI-2018, informó:

“...sirvo adjuntar Oficios y Memorandos en archivo digital (...).”

En el archivo digital se encontró los memorandos IESS-UPPSSORO-2016-3711-M y IESS-SDNASS-2017-1691 de 28 de diciembre de 2016 y 11 de julio de 2017, suscritos por el Médico Supervisor de UPPSS El ORO y Subdirector Nacional de Aseguramiento del Seguro Salud – Encargado, dirigidos al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro, encargado, y a la Responsable de la Unidad de Prestaciones de Salud El Oro, en los que señalaron:

“...Documentación desordenada, dispersa, no está foliada y en otros casos la documentación no está actualizada (permisos de funcionamiento).- Se solicitará copia del permiso de funcionamiento vigente, otorgado por la instancia competente de la Autoridad Sanitaria Nacional (...).”

TREINTA Y CINCO

Por lo expuesto el comentario de Auditoría Interna, se mantiene al informar que se tuvo conocimiento del estado del archivo de la documentación relacionada a los prestadores privados de salud y que se tuvo que contar con el permiso de funcionamiento vigente; sin embargo, no se efectuó acciones para la implementación de las recomendaciones, por lo que las inobservancias persisten.

Conclusiones

- El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargado, no dispuso ni vigiló que 9 prestadores de servicios externos presenten los certificados de permiso de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública, por lo que no implementó la recomendación 1 del informe DAI-AI-0396-2015, lo que ocasionó que los prestadores de salud operen sin documentación vigente y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS, sin estar legalmente habilitados.
- El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargado; y, las Responsables de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, quienes asumieron la función de Administradores de los contratos de prestación de servicios de salud externos; no dispusieron ni vigilaron que 9 prestadores de servicios de salud externos presenten los certificados de permiso de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública, ni exigieron a los prestadores de salud privados que presenten las planillas dentro del plazo de 10 primeros días laborables del mes siguiente al que se recibió el servicio, sin que se implementen las recomendaciones 1 y 4 del informe DAI-AI-0396-2015, ocasionado que los prestadores de salud privados, operen sin contar con el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS sin estar legalmente habilitados; así como que se receipten planillas con un promedio de retraso de 141 días posteriores a los 10 primeros día del mes siguiente.
- El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, designado por la Directora General del IESS, en calidad de delegado de la máxima autoridad no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 1 y 4 del informe DAI-AI-0396-2015 y las

consideró como cumplidas conforme disposiciones emitidas sin haberse tomado acciones y contar con evidencia suficiente como fueron los permisos de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud Pública y oficios de entrega de planillas los primeros días del mes siguiente, lo que ocasionó que los prestadores de salud privados, operen sin contar con el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y que estos otorguen servicios médicos a afiliados del IESS sin estar legalmente habilitados; así como que se recepten planillas posteriores a los 10 primeros día del mes siguiente, sin contar con la justificación correspondiente.

- Los Jefes de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, encargados; y, las Responsables de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, no dispusieron a los responsables de los archivos contables y de acreditación de prestadores privados, mantengan un solo expediente por cada prestador, en orden cronológico, completos, foliados e inventariados, para implementar las recomendaciones 9 y 9.1 del informe DAI-AI-0396-2015, lo que ocasionó dificultad en su ubicación y disponibilidad para fines de control posterior.
- El Planificador –Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 9 y 9.1 del informe DAI-AI-0396-2015 y las consideró como cumplidas conforme disposiciones emitidas sin haberse tomado acciones y sin contar con la evidencia suficiente como inventarios de los archivos contables y de acreditación, lo que ocasionó que los responsables de los archivos contables y de acreditación de prestadores privados, no mantengan los expedientes en orden cronológico, completos, foliados e inventariados, dificultando su localización y disponibilidad para fines de control posterior.

5. Informe DAI-AI-0625-2016

El referido informe del examen especial a los procesos de desarrollo, puesta en producción y funcionamiento del Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM WEB), por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2013, fue aprobado la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado el 30 de julio de 2015 y remitido la Auditora Interna Jefe del IESS

TRÉINTA Y SIETE *M*

al Director General del IESS, encargado con memorando IESS-AI-2016-1909-ME de 8 de noviembre de 2016.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2176-M de 18 de noviembre de 2016, dispuso al Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, el cumplimiento de las recomendaciones del Informe DAI-AI-0625-2016.

En el informe constaron 12 recomendaciones, de las cuales 2 fueron analizadas en el examen especial ejecutado por Auditoría interna aprobado con informe DNAI-AI-0308-2018 y que consta en anexo 3, 5 fueron cumplidas, 2 inaplicables que consta en anexo 4; 1 parcialmente cumplida; y, 2 incumplidas conforme se presenta a continuación:

“La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar asumió competencias que no le correspondían.- Recomendación 1.- Al Director General.- Dispondrá al Director Nacional de Tecnología de la Información que, en conjunto con el Director de Gestión de Talento Humano, el Director Nacional de Planificación y el Director Nacional de Procesos, elaboren un proyecto con el cual, las unidades de TI de todas las unidades departamentales del IESS a nivel nacional, dependan técnica y administrativamente de la Dirección Nacional de Tecnología de la Información (DNTI) y de este modo se consiga regular y estandarizar todos los procesos de TI a nivel institucional.- El proyecto deberá incluir la definición de una estructura orgánica para la DNTI a nivel interno y a nivel nacional, una descripción de puestos por competencias, los mismos que serán acordes con las necesidades de cada unidad departamental; además el proyecto consolidará una metodología de trabajo, basada en procesos, para que las políticas, normas y estándares de TI se apliquen a nivel nacional.- Esta recomendación deberá complementarse con la recomendación 1.1.1 emitida por la Intendencia Nacional de Seguridad Social de la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante oficio INSS-DASS1-2014-0208 de 07 de marzo de 2014 (...).”

Situación actual:

El Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, aprobó la reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social la que entró en vigencia a partir del 6 de mayo de 2017; en el que la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información forma parte del número 4 que corresponde a los procesos adjetivos de apoyo, en la que se determinaron atribuciones y responsabilidades para esta dependencia; así también, se conformó las Subdirecciones Nacionales de: Infraestructura de Tecnología de la Información, Desarrollo Informático, Arquitectura y Soluciones, Seguridad Informática.

Respecto de la descripción de puestos por competencias, la Directora General del IESS, con oficio IESS-DG-2017-0230-OF de 16 de mayo de 2017 remitió al Ministerio del Trabajo, la propuesta de Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos de planta central y provincial para su aprobación; dicho manual contiene los perfiles de puestos con la descripción de actividades y competencias, en los que se incluyó a la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información con sus 4 Subdirecciones, el que se encuentra en proceso de revisión y aprobación, por tanto la recomendación 1 del Informe DAI-AI-0625-2016, se encuentra parcialmente cumplida.

“Ausencia de Planeación estratégica de TI aprobada, políticas, estándares y normas para la gestión de proyectos y riesgos de TI.- Recomendación 7.- Al Director General.- Dispondrá al Director Nacional de Tecnología de la Información la elaboración de un proyecto para el establecimiento de un modelo de Gobierno de TI, el cual servirá de instrumento para la gestión y el control de los procesos de TI a nivel Institucional. El modelo de Gobierno de TI será presentado al Comité Directivo para su aprobación (...).”

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018 informó al equipo de auditoría que la recomendación 7 del Informe DAI-AI-0625-2016 se encuentra incumplida e hizo referencia a los siguientes memorandos:

- IESS-DG-2016-2172-M de 18 de noviembre de 2016, mediante el cual el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, notificó a los responsables del cumplimiento de las recomendaciones; entre ellos al Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado.
- IESS-DG-2017-1154-M de 16 de junio de 2017, con el cual el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General insistió en la implementación de las recomendaciones, entre las cuales estuvo la recomendación 7 dirigida al Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado.
- IESS-DG-2017-1347-M de 17 de julio de 2017, mediante el cual el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General informó al

TRICENTA Y NUEVE

Subdirector General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sobre el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones, señalando:

"...Por parte de esta Comisión de Seguimiento se han cursado las siguientes comunicaciones de notificación e insistencia: ... IESS-DG-2017-1154-M....Particular que traslado a su conocimiento, a fin de que se arbitre las acciones disciplinarias que al efecto corresponda (...)"

- Oficio circular IESS-SDG-2017-0002-C de 31 de julio de 2017, con el cual el Subdirector General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, solicitó a los responsables del cumplimiento de las recomendaciones, entre ellos al Director Nacional de Tecnología de la Información, informe sobre el cumplimiento de la recomendación 7, señalando:

"....informar documentadamente dentro de un plazo de 15 días, el porcentaje de avance, las acciones tomadas y de ser el caso, las causas o razones por las cuales la cabal aplicación de las 10 recomendaciones del examen de referencia se encuentra pendiente (...)"

- Memorando IESS-SDG-2017-0297-M de 1 de septiembre de 2017, mediante el cual el Subdirector General del IESS reiteró entre otros, al Director Nacional de Tecnología de la Información, Encargado, lo siguiente:

"....En razón que hasta la presente fecha no se ha dado respuesta a lo solicitado, insisto a usted (es) según el ámbito de competencia, informar en el plazo de 3 días, el cumplimiento o no de dichas recomendaciones, para lo cual deberá anexar sus respectivos justificativos (...)."

No se adjuntó la documentación que indique que el Director Nacional de Tecnología de la Información, remitió respuesta de los citados requerimientos.

El Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado con memorando IESS-DNTI-2018-0294-M de 9 de febrero de 2018, informó al equipo de auditoría:

"...Con memorando N° IESS-DNPR-2015-0112-M de 22 de mayo de 2015 la Directora de Procesos de la época, eleva el resultado de su análisis sobre la contratación de la Consultoría para la implementación del Modelo de Gobierno de TI en el IESS.- Con memorando No. IESS-DNTI-2015-0934-M de 29 de mayo de 2015, la DNTI acepta las recomendaciones de análisis de la Dirección de Procesos y solicita el respectivo apoyo para el levantamiento de los procesos de la DNTI.- Con memorando N° IESS-DNTI-2015-1555-M de 18 de agosto de 2015, la DNTI designa el equipo para el diseño y levantamiento de sus procesos.- Efectuándose de lo antes mencionado, el levantamiento de los

procesos base y transversales de la Dirección, actualizaciones, afinamientos, etc. (...)”.

Por lo expuesto no se remitió el modelo de Gobierno de TI aprobado por el Comité Directivo.

Hecho que se presentó por cuanto los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados, en funciones desde el 18 de mayo de 2015 y el 5 de mayo de 2017; y, entre el 12 de junio de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, respectivamente, no concluyeron el proyecto para el establecimiento de un modelo de Gobierno de TI, a pesar de contar con la base de los procesos levantados y aprobados por la Dirección de Procesos para implementar la recomendación 7 del informe DAI-AI-0625-2016, lo que ocasionó que no se cuente con un instrumento para la gestión y el control de los procesos de TI a nivel Institucional.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

***“Ausencia de Planeación Estratégica de TI aprobada.- Recomendación 8.- Al Director Nacional de Tecnología de Información.- En coordinación con el Director Nacional de Planificación y en base al plan estratégico institucional aprobado, procederá a la elaboración del Plan Estratégico de TI, trasladará dicha propuesta al Comité de Seguimiento de Sistemas, para su análisis y validación, quien a su vez presentará al Consejo Directivo para su aprobación (...)*”.**

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2018-0187 de 25 de enero de 2018 informó al equipo de auditoría que la recomendación 8 del Informe DAI-AI-0625-2016 se encuentra incumplida e hizo referencia a los siguientes memorandos:

- IESS-DG-2016-2176-M de 18 de noviembre de 2016 con el cual notificó al Director Nacional de Tecnología de la Información, Encargado el cumplimiento inmediato de la recomendación 8.

CHAPENTA U J N B 2/

- IESS-DG-2017-1154-M de 16 de junio de 2017 con el cual insistió en la implementación de las recomendaciones, entre las cuales estuvo la recomendación 8 dirigida al Director Nacional de Tecnología de la Información, Encargado.

- IESS-DG-2017-1347-M de 17 de julio de 2017 mediante el cual informó al Subdirector General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sobre el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones, señalando:

“...Por parte de esta Comisión de Seguimiento se han cursado las siguientes comunicaciones de notificación e insistencia: ... IESS-DG-2017-1154-M....Particular que traslado a su conocimiento, a fin de que se arbitre las acciones disciplinarias que al efecto corresponda (...).”

- Circular IESS-SDG-2017-0002-C de 31 de julio de 2017, mediante el cual el Subdirector General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, solicitó, a los responsables del cumplimiento de las recomendaciones, entre ellos al Director Nacional de Tecnología de la Información, informe sobre el cumplimiento de la recomendación 8, señalando:

“... informar documentadamente dentro de un plazo de 15 días, el porcentaje de avance, las acciones tomadas y de ser el caso, las causas o razones por las cuales la cabal aplicación de las 10 recomendaciones del examen de referencia se encuentra pendiente (...).”

- Memorando IESS-SDG-2017-0297-M de 1 de septiembre de 2017, con el cual el Subdirector General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social reiteró entre otros, al Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, lo siguiente:

“...En razón que hasta la presente fecha no se ha dado respuesta a lo solicitado, insisto a usted (es) según el ámbito de competencia, informar en el plazo de 3 días, el cumplimiento o no de dichas recomendaciones, para lo cual deberá anexar sus respectivos justificativos (...).”

Sin proporcionar documentación que indique que el Director Nacional de Tecnología de la Información, haya remitido respuesta a citados requerimientos.

El Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, con memorando IESS-DNTI-2018-0294-M de 9 de febrero de 2018, señaló:

CUPRENTA 4 DOS //

“...Adjunto la información en medio magnético (...).”

En el que se encontró el *“Plan Estratégico de TI.-Planeación Estratégica de TIC 2015-2017.- Versión A4”*, versión actualizada al 18 de agosto de 2015, según citado documento, el cual fue remitido por el Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado a la Directora de Nacional de Planificación, mediante memorandos IESS-DNTI-2015-1857 y 2124- M de 5 de octubre y 13 de noviembre de 2015, respectivamente, señalando:

“... Pongo en su conocimiento que a la fecha se ha generado el plan estratégico de Tecnología de la información, mismo que se halla adjunto a esta comunicación..., solicito que a través de su intermedio se gestione la aprobación del plan en referencia con el señor Director General del IESS.- Solicito continuar con el trámite para la aprobación correspondiente (...).”

Al respecto, la Directora Nacional de Planificación, subrogante con memorando IESS-DNPL-2015-0377-M de 30 de diciembre de 2015, comunicó al Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, lo siguiente:

“...una vez revisado el Plan Estratégico de Tecnología de la Información..., me permito indicar que se encuentra alineado al plan estratégico institucional aprobado por el Consejo Directivo mediante Resolución No. C.D. 474 de 12 de noviembre de 2014 (...).”

Por lo expuesto se elaboró un Plan Estratégico de TI, pero no se trasladó al Comité de Seguimiento de Sistema para su análisis y validación, quien a su vez debió presentar al Consejo Directivo que es el órgano máximo de gobierno del IESS, para su aprobación.

Lo comentado se debió a que el Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, en funciones entre el 18 de mayo de 2015 y el 5 de mayo de 2017, no trasladó al Comité de Seguimiento de Sistema, el Plan Estratégico de TI para su análisis y validación para implementar la recomendación 8 del informe DAI-AI-0625-2016, lo que ocasionó que este instrumento de alta relevancia para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución, no cuente con la aprobación del Consejo Directivo que es el órgano máximo de gobierno del IESS.

Los citados servidores incumplieron los artículos 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 28.- Seguimiento y control

CUARENTA Y TRES

de su Reglamento e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios: 0121 y 0122-0006-IESS-AI-2018 de 9 de abril de 2018 a los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados, sin recibir respuesta.

Conclusiones

- Los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados, no concluyeron el proyecto para el establecimiento de un modelo de Gobierno de TI, a pesar de contar con la base de los procesos levantados y aprobados por la Dirección de Procesos para implementar la recomendación 7 del informe DAI-AI-0625-2016, lo que ocasionó que no se cuente con un instrumento para la gestión y el control de los procesos de TI a nivel Institucional.
- El Director Nacional de Tecnología de la Información, encargado, no trasladó al Comité de Seguimiento de Sistema, el Plan Estratégico de TI para su análisis y validación para implementar la recomendación 8 del informe DAI-AI-0625-2016, lo que ocasionó que este instrumento de alta relevancia para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución, no cuente con la aprobación del Consejo Directivo que es el órgano máximo de gobierno del IESS.

6. Informe 12921-16-2014

El referido informe del examen especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de la construcción del edificio de la Dirección Provincial del IESS Morona Santiago, por el período comprendido entre el 1 de febrero de 2011 y el 30 de junio de 2014, fue aprobado el Director de auditoría de Proyectos y Ambiental de la Contraloría General del Estado el 4 de mayo de 2015 y remitido por el Auditor Interno Jefe del IESS al Director General del IESS, con memorando IESS-AI- 2015-0531-ME de 11 de mayo de 2015.

COMPARENTA Y CUATRO 9

En el informe constaron 5 recomendaciones, de las cuales 1 se cumplió, 3 fueron inaplicables que constan en anexo 4; y, 1 parcialmente cumplida, por las siguientes razones:

“Conformación de comisión de entrega recepción definitiva impidió su integración y funcionamiento ... Recomendación 5.- Al Director Provincial de Morona Santiago.- Conformará las comisiones para entrega recepción de obras con servidores pertenecientes a su Dirección; y en caso de ser necesario profesionales técnicos, solicitará del Nivel Central la dotación de los mismos (...).”

Situación actual:

La entrega recepción de las obras en la Dirección Provincial de Morona Santiago, se encuentra suspendida, en razón de que el contratista demandó al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, para lo cual interpuso el recurso subjetivo con la finalidad de que los jueces que conforman el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en sentencia, reparen y reconozcan sus derechos, según consta en el portal www.consultas.funcionjudicial.gob.ec.

El proceso en mención, fue signado con el número 01801-2014-0043G, el cual hasta la fecha de corte del examen, esto es 31 de diciembre de 2017, se encuentra en trámite a espera de una sentencia definitiva, siendo la última actuación procesal constante en el sistema de consultas de la Función Judicial, el oficio de 19 de enero de 2017, a través del cual la Secretaría de la Sala Única de lo Contencioso Administrativo con sede en Cuenca remitió a la Corte Nacional el expediente a fin de que los Jueces Nacionales diriman el conflicto de competencia existente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con memorando IESS-AI-2018-0184-ME de 7 de febrero de 2018 al Director Provincial de Morona Santiago quien con memorando IESS-DPMS-2018-0567-M de 20 de febrero de 2018, adjunto el informe legal del estado en el que se encuentra el proceso judicial 01801-2014-0043G.

La información remitida corrobora el comentario de auditoría.

Cuarenta y cinco

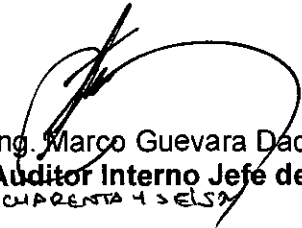
Conclusión

La recomendación 5 del informe 12921-16-2014, se encuentra parcialmente cumplida, debido a que la entrega recepción de las obras en la Dirección Provincial de Morona Santiago, se encuentra suspendida, en razón de que el contratista demandó al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, según consta en el proceso signado con el número 01801-2014-0043G, el cual hasta la fecha de corte del examen, esto es 31 de diciembre de 2017, se encuentra en trámite a espera de una sentencia definitiva.

Recomendación

Al Director General

1. Elaborará un cronograma con las recomendaciones incumplidas y parcialmente cumplidas que contengan al menos un detalle de las mismas, responsables de su cumplimiento, plazo y medios documentales de verificación, y supervisará con la finalidad de asegurar el cumplimiento de las recomendaciones, en los plazos previstos en la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.


Ing. Marco Guevara Daqui
Auditor Interno Jefe del IESS
CUARENTA Y OCHO