



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA DEL IESS**

CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

Motivo del examen

El examen especial en la Dirección Provincial del Guayas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se realizó con cargo a imprevistos del plan operativo de control del año 2012 de la Unidad de Auditoría Interna del IESS, de conformidad a la orden de trabajo 51000000.507.12 de 24 de septiembre de 2012 y modificaciones al alcance con memorandos 51000000.056 de 6 de febrero de 2013 e IESS-AI-2015-0817-ME de 30 de junio de 2015, suscritos por el Auditor Interno Jefe en funciones, autorizadas por la Directora de Auditorías Internas de la Contraloría General del Estado con oficio 23719-DAI de 20 de septiembre de 2012 y por el Subcontralor General del Estado con memorando 731-DPyEI-GISyE de 11 de junio de 2015.

Objetivo del examen

Verificar la legalidad, propiedad y veracidad de las operaciones sujetas a examen.

Alcance del examen

Se analizaron los procesos de contratación y pago de prestadores privados por servicios de salud otorgados a los afiliados y pensionistas derivados de las diversas unidades médicas de la Dirección Provincial del Guayas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2012, que incluyó el análisis de la pertinencia de la derivación y/o autorización por parte de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar, conforme disposición impartida por el Subcontralor General del Estado con memorando 731-DPyEI-GISyE de 11 de junio de 2015; además, consideró el subproceso de determinación de las responsabilidades patronales producidas por las atenciones médicas y de maternidad.

Limitaciones al alcance

- No se analizaron los pagos por servicios de salud otorgados a los asegurados del Seguro Social Campesino, por cuanto éstos no forman parte de las cancelaciones que efectuó la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar de Guayas.
- No se analizó la determinación de responsabilidad patronal de los años 2007, 2008 y 2009, en razón de que la Unidad de Auditoría Interna del IESS realizó el examen especial a la calificación de derechos previa a la atención médica; determinación y recuperación de la Responsabilidad Patronal en el Hospital del IESS Doctor Teodoro Maldonado Carbo, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009, cuyo informe fue aprobado el 7 de noviembre de 2014, por la Directora de Auditorías Internas encargada de la Contraloría General del Estado.
- El Área de Facturación y Evaluación de Cuentas - Pertinencia Médica, no proporcionó los archivos informáticos que contenían las liquidaciones de los servicios de salud por pacientes, de 1 de enero de 2007 a 31 de julio de 2011, que sustentó los pagos a los prestadores privados; en otros casos, entregó extemporáneamente e incompletos, lo que no permitió el procesamiento con la base de datos que mantiene la Dirección de Desarrollo Institucional, para verificar los aportes para la determinación de la responsabilidad patronal, constatar su calidad de pensionistas de los Seguros Generales de Pensiones y de Riesgos del Trabajo; y, del Registro Civil, para el establecimiento del derecho a la atención de salud.
- El tarifario emitido por el IESS mediante Resolución C. D. 018 de 26 de agosto de 2003, no se encontró completo, no constan los costos de imagen y laboratorio con sus respectivos procedimientos, lo que no permitió la comparación de rubros presentados al cobro por los prestadores privados con los valores del tarifario del IESS.

Base legal

Para fines de desconcentración geográfica, con Resolución C.I. 100 de 17 de octubre de 2000, la Comisión Interventora del IESS dividió al Instituto en circunscripciones territoriales, entre la cuales constó la Regional 2 del IESS, con sede en la ciudad de Guayaquil y ámbito administrativo sobre las provincias de Guayas, Los Ríos y Galápagos.

La Ley de Seguridad Social, publicada en el Suplemento del R.O. 465 de 30 de noviembre de 2001, creó las Direcciones Provinciales, entre ellas, la Dirección Provincial del Guayas, en cuya estructura figura la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio en su circunscripción territorial, conforme consta en el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, constante en Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003.

Estructura orgánica

Los niveles que tienen relación con la contratación y pago de prestadores privados por servicios de salud a los afiliados y pensionistas en la Dirección Provincial de Guayas, son los siguientes:

Nivel de Dirección Ejecutiva y Especializada	- Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Nivel de apoyo	- Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones - Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario - Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar

La Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, contó con los siguientes grupos de trabajo o Áreas:

- Acreditación
- Derivaciones
- Pertinencia Documental
- Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica (antes Facturación)
- Responsabilidad Patronal
- Recursos Humanos

- Legal
- Contabilidad
- Presupuesto
- Informática
- Secretaría

El Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con Resolución C.D. 457 de 12 de agosto de 2013, aprobó un nuevo Reglamento Orgánico Funcional, creando las Direcciones Provinciales Zonales, entre las que consta la Dirección Provincial Zonal 5, que abarcó las Provincias de Guayas, Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos, figurando dentro de su circunscripción territorial la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del Guayas.

Proceso de prestación del servicio médico conferido por los prestadores privados para el IESS

El Área de Derivaciones de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, es la unidad que recibió la solicitud de procedimientos u orden de transferencia, suscritas por el Médico tratante y el Director de la Unidad Médica del IESS, a base de la cual designó al prestador privado con convenio que brindó la atención médica requerida, sea de hospitalización, ambulatoria, hemodiálisis y de auxiliares de diagnóstico (imágenes y laboratorio). En el caso de emergencias o de prestadores sin convenio, los familiares de los pacientes o el personal del prestador privado, solicitaron la autorización a la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas.

El Área de Pertinencia Documental de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas fue la responsable de recibir mensualmente la solicitud de pago del prestador privado, junto con la documentación física y magnética, que sustentó la atención brindada; si la documentación estuvo correcta, se cargó el archivo magnético al Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM, en vigencia desde agosto de 2011) y los expedientes médicos se trasladaron al Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica para la determinación de los valores a pagar, conforme el tarifario institucional; una vez efectuada la evaluación, remitió al prestador el listado de las objeciones encontradas para que proceda a la justificación y levantamiento de las mismas.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, debido al represamiento por varios meses de los requerimientos de pago realizados por los prestadores privados de la Dirección Provincial del Guayas, a partir de enero de 2011, dispuso efectuar abonos del 60% y 70% del valor reclamado por el prestador; y, en junio de 2011, en función al porcentaje histórico de objeciones del año precedente por cada prestador; dichos valores se liquidaron una vez que Pertinencia Médica analizó los expedientes clínicos y determinó los valores reales a pagar.

Con la documentación recopilada, el Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar del Guayas solicitó al Subdirector de Servicios Internos, que en calidad de ordenador de pagos, disponga la cancelación a través de la Tesorería Provincial de la Dirección Provincial del Guayas.

Objetivo de la entidad

La Dirección Provincial del Guayas tiene 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. Es 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.

Monto de recursos examinados

El monto de recursos analizados, ascendió a 97 739 073,62 USD, conforme se presenta en el siguiente cuadro, de los cuales 83 302 687,57 USD corresponden a los pagos realizados a nueve prestadores privados que brindaron el servicio de salud a los afiliados y pensionistas derivados de las diversas unidades médicas de la Dirección Provincial del Guayas, cuyos valores en el período analizado fueron los más representativos. El detalle de los casos analizados consta en Anexo 1:

Año	Gasto presupuestario USD	Monto analizado USD
2007	16 781 364,42	
2008	17 511 741,61	15 276,58
2009	36 187 678,18	20 348,85
2010	100 882 563,57	153 457,55
2011	222 113 485,95	44 688 461,51
2012 (*)	60 702 026,39	52 861 529,13
Total	454 178 860,12	97 739 073,62

(*) Al 30 de junio de 2012, fecha de corte del examen especial

Servidores relacionados

Constan en Anexo 2.

CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

Cumplimiento de recomendaciones

Los exámenes especiales realizados por la Auditoría Interna, no corresponden a la descripción de esta actividad, por lo que no se efectuó el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones.

Prestadores privados otorgaron servicios de salud sin acreditación vigente ni contrato

Los prestadores privados C. A. Clínica Guayaquil - Servicios Médicos S. A.; Esculapio S. A. - Clínica Alcívar; Instituto del Riñón y Centro de Diálisis San Martín INRIDI SAN MARTÍN S. A.; Centro de Diálisis Farmadial S. A.; y, Unidad Renal Sur Pasal Cía. Ltda., en el período del 1 de enero de 2007 al 14 de octubre de 2009, brindaron servicios de salud a los asegurados del IESS, sin suscribir los respectivos convenios o contratos con la Institución; y, los dos primeros prestadores sin tener sus acreditaciones vigentes, conforme se presenta en el siguiente cuadro:

Prestador privado	Período sin acreditación		Período sin contrato	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta
C.A. Clínica Guayaquil, Servicios Médicos S.A.	2007-05-28	2008-04-29	2007-01-01	2009-04-11
Esculapio S. A. Clínica Alcívar	2007-05-28	2008-03-24	2007-01-01	2009-06-04
Instituto del Riñón y Centro de Diálisis San Martín INRIDI SAN MARTÍN S.A.			2007-07-06	2009-06-04
Centro de Diálisis Farmadial S.A.			2007-06-20	2009-04-12
Unidad Renal Sur Pasal Cía. Ltda.			2007-05-04	2009-06-04

La Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 26 de mayo de 2008 al 4 de junio de 2009, no vigiló que se realice el proceso de contratación una vez concedidas las acreditaciones, lo que originó que los servicios de salud que brindaron estos prestadores no se encuentren contractualmente respaldados, a pesar de tener extendidas sus acreditaciones; incumpliendo lo dispuesto en el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2,

letras a) y d) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservó los artículos: 110 Asignación de funciones, 111 Administración del Seguro General de Salud y 124 Acreditación de prestadores de la Ley de Seguridad Social y 30 Responsabilidades, número 22, del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, constante en Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003.

*“... Ley de Seguridad Social.- Art. 110.- **Asignación de funciones.-** Los procesos de aseguramiento y compra de servicios estarán a cargo de la Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. La prestación de servicios médicos estará a cargo de las unidades médicas del IESS y de los demás prestadores de servicios de salud, públicos y privados, debidamente acreditados por la Dirección, con sujeción a la reglamentación.- Art. 111.- **Administración del seguro general de salud.-** La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley.- Art. 124.- **Acreditación de los prestadores.-** La Administradora de este seguro será el órgano responsable de la aplicación de las normas de acreditación de los diferentes prestadores de servicios. Dicha acreditación será revisada periódicamente, con sujeción a los resultados de los programas de evaluación del estado de salud de los afiliados, el control de la calidad de las prestaciones de salud, y la satisfacción del asegurado con los servicios recibidos...”*

*“... Reglamento Orgánico Funcional del IESS.- Art. 30.- **Responsabilidades.-** La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades.- 22.- El conocimiento y aprobación de... la acreditación respectiva y la suscripción de contratos...”*

En cumplimiento de los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales del examen, se dieron a conocer a la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-115 de 23 de enero de 2013, a fin de que presente sus opiniones y puntos de vista, quien en comunicación de 14 de febrero de 2013, manifestó:

“... Si bien es cierto que en el documento hace mención a la asignación de funciones... al cargo ostentado, no es menos cierto que existen responsabilidades macros, pero en la res. CD 021 existen responsabilidades explícitas tanto para la Subdirección de Aseguramiento en el Ítem 13, como para las Subdirecciones Provinciales como es el caso de la Provincia del Guayas, como son los Ítems 5,6,7,8 y 9... en el año 2008 salió la nueva ley de Contratación Pública y hasta que se codifique el procedimiento de contratación que hasta la fecha no se ha establecido, pasaron algunos meses sin que resuelva dicho tema y la Dirección General autorizó continuar con el mismo proceso ya establecido por Procuraduría...”

Lo expuesto por la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con relación a lo comentado, no modifica el criterio de auditoría, ratifica el hecho de que los prestadores privados C. A. Clínica Guayaquil - Servicios Médicos S. A.; Esculapio S.A. - Clínica Alcívar; Instituto del Riñón y Centro de Diálisis San Martín INRIDI SAN MARTÍN S. A.; Centro de Diálisis Farmadial S. A.; y, Unidad Renal Sur Pasal Cía. Ltda., en el período del 1 de enero de 2007 al 14 de octubre de 2009, prestaron servicios de salud a los asegurados al IESS, con acreditaciones extendidas, pero sin un contrato que garantice derechos y obligaciones para las partes.

Conclusión

La Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar no vigiló que se realice el proceso de contratación una vez concedidas las acreditaciones, permitiendo que los prestadores privados C. A. Clínica Guayaquil - Servicios Médicos S. A.; Esculapio S. A. - Clínica Alcívar; Instituto del Riñón y Centro de Diálisis San Martín INRIDI SAN MARTÍN S. A.; Centro de Diálisis Farmadial S. A.; y, Unidad Renal Sur Pasal Cía. Ltda., otorguen servicios de salud sin que esté formalizada su relación, a través de la suscripción de convenio o contrato.

Recomendación

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

1. Dispondrá al Coordinador del Área de Derivaciones, que las transferencias de los asegurados se realicen a prestadores debidamente acreditados, con la suscripción de convenios o contratos; además, los plazos de vigencia tanto de las acreditaciones como de los contratos, se sujetarán a los períodos estipulados y las renovaciones se tramitarán de manera oportuna.

Contratos de prestación de servicios de salud con Médicos del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social representado por los Directores Generales de la época, celebraron cuatro contratos de prestación de servicios de salud por cuantías indeterminadas, con los Gerentes del Centro de Servicios Médicos

San Francisco (CEMEFRAN C.A.); y, de Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton, con Registro Único de Contribuyente 0990763070001 y 0991475214001, respectivamente, así:

No. Contrato	Fecha de suscripción	Prestador privado
0902-0022-2007	2007-11-06	Centro de Servicios Médicos San Francisco
64000000-0-C 21100000-902-0022-2009	2009-04-13	Centro de Servicios Médicos San Francisco
21100000-874-2009	2009-10-15	Centro de Servicios Médicos San Francisco
21100000-889-2009-Guayaquil	2009-10-15	Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton

El Gerente de CEMEFRAN C. A., con cédula de ciudadanía 0900558735, a la fecha de la suscripción de estos contratos, desempeñó el cargo de Médico 3 4HD con funciones de Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital del IESS Doctor Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, y prestó servicios del 1 de enero de 2007 al 30 de septiembre de 2011, servidor que en los registros de Historia Laboral, constó con aportaciones simultáneas tanto en CEMEFRAN C.A. como en el IESS.

El Médico especialista 1, con cédula de ciudadanía 0909245763, con funciones de Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital del IESS Doctor Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, prestó servicios del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, conforme registros de historia laboral; constó también en la nómina de socios o accionistas de Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton, empresa que mantuvo contrato con el IESS desde el 15 de octubre de 2009, para la prestación de servicios de salud a los asegurados.

El Gerente del Centro de Servicios Médicos San Francisco – CEMEFRAN y Médico 3 4HD, quien cumplió las funciones de Médico Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo del IESS, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 30 de septiembre de 2011, suscribió en los años 2007 y 2009, contratos con el IESS como representante legal del Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFRAN C.A., para la prestación de servicios de salud a los asegurados, quien no se excusó de suscribir los mismos; y, el Médico especialista 1 con funciones de Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo del IESS, con período de

gestión del 1 enero de 2007 al 30 de junio de 2012, mantuvo una participación accionaria en la empresa Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton, que prestaba servicios al IESS desde el 15 de octubre de 2009, a través del contrato 21100000-889-2009-Guayaquil, para la asistencia médica de sus asegurados, infringiendo los citados Médicos las disposiciones legales que prohíben a los servidores públicos mantener relaciones comerciales con el estado, lo que ocasionó que exista un conflicto de intereses con la institución para la cual laboraron, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; artículo 56 Inhabilidades de la Codificación de la Ley de Contratación Pública, vigente hasta el 3 de agosto de 2008, concordante con el artículo 63 Inhabilidades especiales de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública; y, el artículo 26 Prohibiciones a los servidores públicos, letras o) y h) de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público, vigente hasta el 5 de octubre de 2010; e, inobservaron la norma de control interno 100-01.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales a los Médicos Ginecólogos del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-126 de 5 de febrero de 2013 y 51000000-EE-PRESTADORES-453 de 11 de septiembre de 2015, a fin de que presenten sus opiniones.

El Médico 3 4HD con funciones de Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital Dr. TMC, en respuesta al oficio 51000000-EE-PRESTADORES-126, con comunicación de 7 de febrero de 2013, expuso:

“... si bien es cierto que suscribí contratos con el estado en calidad de funcionario público, tampoco es menos cierto que dichas suscripciones fueron realizadas en forma lícita, ya que, siempre estuve participando a la luz pública para lograr que la institución a la cual represento sea considerada y calificada como apta para brindar todos los servicios que actualmente ofrece a los afiliados del IESS...”.

Lo expuesto por este servidor, tiene relación con el hecho comentado y no modifica el criterio de auditoría, ya que durante la ejecución de los contratos suscritos con el IESS, como representante legal de CEMEFRAN C.A., mantuvo la condición de

servidor público, hecho que lo inhabilitó para suscribir contratos o mantener relaciones comerciales con cualquiera de las entidades del sector público ecuatoriano.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 23 de agosto de 2013, el médico Ginecólogo y Gerente de Servicios Médicos San Francisco, con comunicación de 26 de agosto de 2013, expresó:

“... cometí un error al terciar como Gerente del Centro de Servicios Médicos San Francisco para obtener el contrato de servicios de prestación médica siendo a la vez médico ginecólogo del Hospital... tampoco es menos cierto que, de haberme sido advertida mi inhabilidad para proponer los servicios ofrecidos, la habría aceptado y a la vez buscado otro mecanismo legal para poder participar pero jamás se me fue notificado... el mío fue un error de buena fé...”

Lo manifestado por el referido Médico Ginecólogo, ratifica el hecho comentado.

El Médico especialista 1, con funciones de Ginecólogo del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital del IESS Doctor Teodoro Maldonado Carbo y accionista de Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton, hasta la conferencia final de comunicación de resultados realizada el 18 de septiembre de 2015, no dio respuesta al oficio 51000000-EE-PRESTADORES-453.

Conclusión

El Médico 3 4HD y el Médico especialista 1, quienes cumplieron las funciones de médicos Ginecólogos del Departamento de Cuidado Materno Infantil del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, desde el 1 de enero de 2007 al 30 de septiembre de 2011; y, 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, respectivamente; el primero a la vez como Gerente del Centro de Servicios Médicos San Francisco, CEMEFRAN, suscribió como representante legal de la empresa CEMEFRAN C.A., contratos con el IESS el 6 de noviembre de 2007, 13 de abril y 15 de octubre de 2009, para la prestación de servicios de salud a los asegurados; y, el segundo, tuvo participación accionaria como socio de Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton, empresa que mantuvo un contrato con el IESS desde el 15 de octubre de 2009 para la prestación de servicios de salud a los asegurados del Instituto; infringieron las disposiciones legales que prohíben que los servidores públicos mantengan relaciones comerciales con el Estado, lo que ocasionó que exista conflicto de intereses con la institución en la cual laboraban.

Recomendación

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

2. Dispondrá y vigilará que los servidores encargados de la elaboración y revisión de los contratos de prestación de servicios médicos con prestadores privados, verifiquen que los suscribientes no mantengan inhabilidades personales para firmar contratos o mantener relaciones comerciales, societarias o financieras con las entidades del sector público.

Falta de información y de supervisión a las enfermeras de turno para el uso y archivo del formulario censo diario de pacientes, que permita conocer la disponibilidad o carencia de camas en cada servicio médico

Cuando los Hospitales o Centros de Atención Ambulatoria del IESS de la provincia del Guayas no pueden brindar atención médica a nuestros asegurados, debido a que no existen camas disponibles, o porque los equipos están dañados, o faltan especialistas, etc., el Médico tratante y el Director de la Unidad Médica, emiten la solicitud de procedimientos u orden de transferencia a fin de que el paciente sea atendido por un prestador privado, documento con el cual la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar designó al prestador privado con convenio que atenderá a los asegurados, de cuyo análisis se determinó:

De 262 solicitudes de procedimientos emitidas en el Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, para la derivación de asegurados del IESS, que fueron atendidos por prestadores privados, durante el 2011, evidenciamos que en 63 casos, los pacientes fueron transferidos a prestadores privados por falta de camas, equivalente al 24%, cuyo control debió realizarse a través del formulario 307-08A "*Censo Diario de Pacientes*".

El equipo de auditoría, mediante oficios 51000000.EE-PRESTADORES-368, 51000000.EE-PRESTADORES-367, 51000000.EE-PRESTADORES-365, 51000000.EE-PRESTADORES-362, 51000000.EE-PRESTADORES-363 y 51000000.EE-PRESTADORES-361 de 13 y 11 de julio de 2015, solicitó a los Jefes de los servicios médicos de: Traumatología y Ortopedia, Neurología, Hematología, Urología, Urgencias, Cuidados Intensivos y Cirugía del Hospital Doctor Teodoro

Maldonado Carbo, en su orden, proporcionen los formularios 307-08A “Censo Diario de Pacientes, del 2011, generados en dichos servicios, quienes emitieron las siguientes respuestas:

El Jefe de Traumatología y Ortopedia, vía correo electrónico de 24 de julio de 2015, informó:

“... el registro y censo de camas del 2011 no existe documentación alguna (bitácora)...”.

El Jefe de Neurología, con comunicación sin fecha, recibida por el equipo de Auditoría el 17 de julio de 2015, informó:

“... no existe ningún registro donde conste la disponibilidad de camas que hubo en las fechas solicitadas...”

La Jefa de Hematología, con memorando IESS-HTMC-JUTHEMAT-FDQ-2015-057-M de 20 de julio de 2015, informó que efectuó la revisión del libro de actas y anexó fotocopias del documento, sin especificar si existían o no camas disponibles en las fechas requeridas.

El Jefe de Urología, en comunicación de 14 de julio de 2015, indicó:

“... no se manejan registro al respecto....”

La Jefa de Urgencias, con comunicación de 20 de julio de 2015, manifestó que:

“... no se llevaba un registro adecuado con respecto al censo de las camas de la emergencia y observaciones...”

El Jefe de Cuidados Intensivos, con comunicación de 14 de julio de 2015, informó:

“... no recibí documentación relacionada a Jefaturas anteriores...”;

El Jefe de Cirugía, con comunicación de 31 de julio de 2015, manifestó:

“... no existen documentos del censo levantado por enfermería informando las altas hospitalarias... No existen documentos de esos días... que contengan las asignaciones de cama...”.

Por otra parte, el Coordinador general de Control de Calidad del Hospital TMC, transcribe lo manifestado por el Jefe de la Unidad Técnica Archivo y documentación clínica, quien indicó:

“... desde el mes de mayo de 2015 se incorporaron las gestiones de custodio personalizado de documentos (Historias clínicas) la cual inicia con un censo diario de pacientes...”.

Los Jefes de los servicios médicos de: Traumatología y Ortopedia, Neurología, Hematología, Urología, Urgencias, Cuidados Intensivos y Cirugía del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con períodos de gestión del 1 de diciembre de 2010 al 30 de junio de 2012, 1 de enero de 2007 al 31 de mayo de 2012, 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, 1 de enero de 2007 al 22 de mayo de 2012, 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012 y 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, en su orden, no implementaron registros ni supervisaron que las enfermeras de turno de las mencionadas áreas de hospitalización, elaboren, presenten diariamente y guarden en archivos el formulario 307-08A, *Censo Diario de Pacientes*, lo que ocasionó que en dichos servicios médicos no se localice el referido formulario, el cual permitiría determinar la disponibilidad o carencia de camas para la atención de los asegurados del IESS, viabilizar el control posterior para la validación de las solicitudes de transferencias hacia clínicas particulares y limitó el trabajo del equipo de auditoría; incumpliendo lo dispuesto en el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, e inobservaron el punto 4.3.1.- Censo Diario de Pacientes, formulario 307-08A, del Manual de normas de procedimientos técnicos y administrativos del sistema de estadísticas de salud en el IESS, expedido por el Director Nacional Médico Social (e) el 25 de febrero de 2000; y, las Normas de control interno 401-03.-Supervisión y 405-04.- Documentación de respaldo y su archivo.

El punto 4.3.1.- Censo Diario de Pacientes: formulario 307-08A, del Manual de normas de procedimientos técnicos y administrativos del sistema de estadísticas de salud en el IESS, expedido el 25 de febrero de 2000, por el Director Nacional Médico Social (e), dispone:

“... el censo diario es una actividad que permite conocer la forma como son ocupadas las camas disponibles de un servicio, durante las 24 horas, considerando los ingresos, egresos (altas y defunciones) y transferencias de pacientes recibidos de o enviados a otros servicios.- 1).- Es de responsabilidad exclusiva de la Enfermera de cada servicio, que está de turno en la noche, elaborar la información que consta en este formulario, todos los días, a las 12H:00, suscribirla y entregarla a la Enfermera del turno inmediato, quien la entregará al funcionario de admisión a partir de las 08H:00...”.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la LOGGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales se comunicaron a los Jefes de los Servicios médicos de: Traumatología y Ortopedia, Neurología, Hematología, Urología, Urgencias, Cuidados Intensivos y Cirugía del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con oficios 51000000.EE-PRESTADORES-409, 410, 411, 416, 414, 413 y 415 de 19 de agosto de 2015, respectivamente.

El Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia, con memorando IESS-HTMC-JUTTORT-2015-0437-M de 27 de agosto de 2015, expuso:

“... En ningún momento hemos desconocido la forma como son ocupadas las camas disponibles para ingreso y egreso de los pacientes hospitalizados.- 1. Es de responsabilidad exclusiva y obligatoria de la Enfermera Responsable de la Gestión del Cuidado de Enfermería en Traumatología de Hospitalización... conocer e informar sobre la disponibilidad de las camas.- 3. Nunca hay camas disponibles en la Unidad Técnica de Traumatología del Hospital por ser de tercer nivel tiene gran demanda...”

El Jefe del Servicio de Neurología, con comunicación de 14 de septiembre de 2015, manifestó:

“... cuya Jefatura yo desempeñé, en ningún momento existió el formulario 307-08A Censo Diario de pacientes que consta en el Manual....”

El Jefe de la Unidad de Urología, con comunicación de 16 de septiembre de 2015, indicó:

“... El censo diario de pacientes lo elaboraba enfermería durante la noche desde hace varios años y se lo entregaba al delegado de estadística todas las mañanas... la información del censo de cama... informó que su cuaderno lo dejó en la estación de enfermería el mismo que cuando se llevaron los muebles de oficina obsoletos se perdió ese cuaderno... Departamento de Estadística me indicaron... la información que dejó se ha PERDIDO...”

El Jefe del servicio de Cuidados Intensivos, con comunicación de 7 de septiembre de 2015, informó:

“... entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2012 ni antes ni después de esta fecha, el Área de Cuidados Intensivos... en ningún momento existió el formulario 307-08A Censo diario de pacientes que consta en el Manual...”

En otras áreas se proporcionó al equipo de auditoría los referidos formularios, por lo que lo expuesto por los servidores ratifica que en esos Servicios no se utilizó ni presentó para efectos de constatación, la evidencia documental con la respectiva información en el formulario de censos diarios de pacientes, situación que es

responsabilidad de los Jefes de cada servicio supervisar el uso del citado formulario, que permita conocer habitualmente la disponibilidad o carencia de camas.

Los Jefes de los servicios médicos de: Hematología, Urgencias y Cirugía del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, hasta la conferencia final de comunicación de resultados provisionales realizada el 18 de septiembre de 2015, no respondieron los oficios 51000000.EE-PRESTADORES-411, 414 y 415 de 19 de agosto de 2015, en su orden.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 18 de septiembre de 2015, el Jefe de la Unidad de Urología, con comunicación de 25 de septiembre de 2015, manifestó:

“... Todas las mañanas antes de las 8am pasábamos visita a todos los pacientes del servicio de Urología, en compañía de los Médicos Residentes que amanecieron de guardia y la enfermera... controlando la evolución de los pacientes... y la inspección ocular diaria de las 24 camas existentes, para conocer la disponibilidad de camas... Luego la ex-enfermera... cumpliendo su obligación presentó el informe en el formulario correspondiente, al funcionario de estadística, información que guardó el (sic) su cuaderno, cumpliendo el que suscribe de esta manera, control y supervisión. Es simplemente imposible que se desconozca la disponibilidad diaria de camas si todos los días se operan pacientes... La Lcda... se jubiló y dejó su cuaderno de apuntes en la estación de enfermería de Urología. El mismo que se perdió... en ese entonces no se utilizaba sistema para el archivo del censo de camas...”

Lo expuesto no modifica el comentario, por cuanto es responsabilidad de los Jefes de Servicios, supervisar que las actividades del área se desarrollen de acuerdo con lo establecido en los manuales y normas de control.

Conclusión

Los jefes de los servicios médicos de: Traumatología y Ortopedia, Neurología, Hematología, Urología, Urgencias, Cuidados Intensivos y Cirugía del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con períodos de gestión: del 1 de diciembre de 2010 al 30 de junio de 2012, del 1 de enero de 2007 al 31 de mayo de 2012, del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, del 1 de enero de 2007 al 22 de mayo de 2012, del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012 y del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, en su orden, no implementaron registros ni supervisaron que las enfermeras de turno de las mencionadas áreas de hospitalización, elaboren, presenten diariamente y guarden en archivos el formulario

307-08A, *Censo Diario de Pacientes*, lo que ocasionó que en dichos servicios médicos no se localice el referido formulario y a base de este documento, determinar la disponibilidad o carencia de camas para la atención de los asegurados del IESS, que posibiliten el control posterior para la validación de las solicitudes de transferencias hacia clínicas particulares y limitó el trabajo del equipo de auditoría.

Recomendación

Al Director Médico del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo del IESS

3. Dispondrá a los jefes de los servicios médicos que cuentan con áreas de hospitalización, supervisen que las Enfermeras de turno en la noche, registren diariamente al término de la guardia, la información que consta en el formulario 307-08A.- *Censo diario de pacientes*, lo suscriban y lo entreguen a la Enfermera del turno inmediato, quien lo entregará al funcionario de admisión; archivando en el área una copia con la constancia de la recepción, lo que permitirá conocer diariamente la disponibilidad o carencia de camas y facilitará las acciones de control posterior.

Falta de registros en el sistema informático AS-400 de la atención otorgada a pacientes y derivaciones realizadas a prestadores privados

No se registró en las respectivas historias clínicas del sistema AS-400, la información de pacientes atendidos en el 2011 en el Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, que constan descritas en cuatro hojas de solicitudes de procedimientos para la derivación a prestadores privados, según Anexo 3, pese a que el referido sistema informático se encontraba instalado en los servicios médicos de esa casa de salud, según certificación de 25 de agosto de 2015 del Coordinador General de Tecnologías de la Información y Comunicación del citado centro médico.

Dos Médicos residentes asistenciales y el Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con períodos de gestión del 1 de febrero de 2010 al 30 de junio de 2012, del 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2012 y del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, respectivamente, quienes emitieron y suscribieron las solicitudes de procedimientos para la derivación de cuatro pacientes a prestadores externos, no registraron en el sistema informático AS-400 la información de la atención otorgada y las derivaciones realizadas a prestadores privados, lo que

ocasionó que los registros médicos electrónicos estén incompletos y no permitieron la coordinación, continuidad de la atención y el seguimiento sistemático de la evolución de los diagnósticos, incumpliendo lo dispuesto el artículo 77.- Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; artículo 7, letra f) de la Ley Orgánica de Salud, publicada en R.O. 423 de 22 de diciembre de 2006, e inobservaron el artículo 25.- Síntesis de la información del Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, expedido con Resolución C.D. 308 de 10 de marzo de 2010; y, la Norma de control interno 100-01.

El artículo 25.- *Síntesis de la información* del Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados del IESS, dispone:

“... Se establecerá un flujo adecuado de información de los afiliados o beneficiarios con derecho a través de un sistema digital que integre la historia clínica única... se establecerán registros médicos electrónicos que permitirán la coordinación y continuidad de la atención y el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas... La entrega de prestaciones de salud a los asegurados se viabilizará a través del sistema informatizado integral e integrado de referencia y contrarreferencia, por intermedio de las unidades de salud del IESS, prestadores públicos y prestadores privados...”.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales se comunicaron mediante oficios 51000000.EE-PRESTADORES-440, 434 y 432 de 28 de agosto de 2015, a dos Médicos residentes asistenciales y al Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, respectivamente, a fin de que presenten sus opiniones.

El Médico residente asistencial, con período de gestión del 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2012, en respuesta al oficio 51000000.EE-PRESTADORES-434, con comunicación de 15 de septiembre de 2015, contestó:

“... No laboraba como médico tratante del Servicio de Cirugía General, mi función era de médico residente contratado de Cirugía General...”.

El Jefe del Servicio de Hematología, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, en respuesta al oficio 51000000.EE-PRESTADORES-432, con memorandos IESS-HTMC-JUTHEMAT-FDQ-2015-098-M de 2 de septiembre de 2015 e IESS-HTMC-JUTHEMAT-FDQ-2015-100-M de 4 de septiembre de 2015, expuso:

“... En esa época recién se iniciaba el uso del sistema AS400 y por haberse tratado de una emergencia no se realizó ninguna anotación en el sistema... me refería a que dicho paciente no fue transferido a prestador externo el 18-11-2015(sic) sino el 29-11-2015(sic) fecha en la que fue dado de alta y transferido a prestador externo, tal como consta en el registro del sistema AS400...”

El equipo de auditoría analizó lo expuesto por los referidos servidores, cuyas opiniones ratifican la omisión del registro de la derivación en la historia clínica de los pacientes del sistema AS-400, pese a que dicho sistema informático se encontraba habilitado en el área y que se encontraba en vigencia el Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados.

El Médico residente asistencial del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con período de gestión del 1 de febrero de 2010 al 30 de junio de 2012, no emitió sus puntos de vista, hasta la conferencia final de comunicación de resultados provisionales.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados provisionales, efectuada el 18 de septiembre de 2015, el Médico residente asistencial, con período de gestión del 1 de febrero de 2010 al 30 de junio de 2012, con comunicación de 25 de septiembre de 2015, manifestó:

“... desconozco el porqué(sic) no se registraron los campos de la atención médica del paciente en mención, en la fecha del Sábado 08 de Octubre del 2011, ya que en los registros electrónicos de estadística y archivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en la fecha antes citada, se encuentra un registro de solicitud de examen de imagen... por ser un fin de semana, y seguramente luego de haber evaluado el citado estudio... procedí a generar la Solicitud de Procedimiento Especial, con mi puño, letra y firma original, pues así era el procedimiento, que a la fecha aún se realizaba y se realiza de forma manual...”

El indicado Médico residente asistencial no demostró haber cumplido con el registro en la historia clínica del sistema informático AS-400, de la derivación del paciente hacia el prestador externo.

Conclusión

Dos Médicos residentes asistenciales y el Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo, con períodos de gestión del 1 de febrero de 2010 al 30 de junio de 2012, del 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2012 y del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, en su orden, quienes suscribieron las

solicitudes de procedimiento para la derivación a prestadores privados, omitieron registrar en el sistema informático AS-400, la información de las atenciones brindadas a los pacientes y que consta en las solicitudes de procedimientos, lo que originó que los registros médicos electrónicos estén incompletos y no permitan la coordinación, continuidad de la atención y el seguimiento de la evolución de los diagnósticos.

Recomendación

Al Director Médico del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo

4. Mediante circular, dispondrá a los Jefes de Servicios y Médicos tratantes, registrar en las historias clínicas de los pacientes atendidos que constan en el sistema informático AS-400, toda la información descrita en el formulario *solicitudes de procedimientos* utilizado para la derivación de pacientes a otras unidades médicas, considerando que las historias clínicas únicas deben ser redactadas en términos precisos, comprensibles, completos y en las fechas de la atención, a fin de mantener actualizados los registros médicos electrónicos, que permitan a los usuarios la coordinación, continuidad de la atención y el seguimiento de la evolución de los diagnósticos.

No se definieron los procedimientos administrativos para la determinación, cálculo, liquidación y contabilización de la responsabilidad patronal

Del procesamiento de la información del Sistema Operativo de Auditoría Médica, SOAM, con el registro de aportes de Historia Laboral de los servicios de salud otorgados por prestadores privados del 1 de agosto de 2011 al 30 de junio de 2012, se determinó que de 697 359 servicios de salud aprobados a prestadores privados, por 201 167 679,63 USD, se presentaron 67 049 servicios de salud con responsabilidad patronal, por 15 260 499,62 USD, que no fueron determinadas, calculadas, liquidadas y contabilizadas en la Subdirección Provincial de Salud del Guayas.

El SOAM, en los casos de hospitalización programada, emergencia o accidente, no dispuso de los campos, que identifiquen las fechas de ingreso y de egreso, causa del egreso, la fecha de cada procedimiento; y, en los de atención a cónyuges o hijos no permitió identificar adecuadamente al asegurado del IESS por no constar la cédula de ciudadanía del asegurado sino la del paciente; ni contó con la conectividad e interfaces con los registros informáticos institucionales de Historia Laboral; tampoco estuvieron

desarrollados todos los aplicativos informáticos para la determinación, cálculo y liquidación de la responsabilidad patronal. Adicionalmente, en algunos casos, los prestadores privados, en lugar de registrar la fecha de atención que consta como un campo de información del actual sistema en producción, registraron las fechas de facturación, lo que dificultó la determinación de la responsabilidad patronal.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, cuyo período de gestión fue del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no definió los procedimientos administrativos para la determinación, cálculo, liquidación y contabilización de la responsabilidad patronal producida por el incumplimiento del empleador o del contratante en el pago oportuno de los aportes en el mes de atención médica del afiliado activo que recibió dicha prestación en centros asistenciales privados, lo que originó que el IESS no inicie oportunamente la gestión de notificación de la liquidación y cobro por responsabilidad patronal, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; los artículos 94 Responsabilidad patronal y 96 Prestaciones que deben concederse aún en caso de mora patronal, de la Ley de Seguridad Social; e inobservó la disposición transitoria cuarta del Reglamento General de Responsabilidad Patronal, emitido por el Consejo Directivo con Resolución C.D. 298 de 17 de diciembre de 2009; el artículo 34, número 13.-Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, constante en Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003.

*“... Ley de Seguridad Social.- Art. 94.- **Responsabilidad patronal.**- Si por culpa de un patrono el IESS no pudiese conceder a un trabajador o a sus deudos las prestaciones en dinero que fueran reclamadas y a las que habrían podido tener derecho, o si resultaren disminuidas dichas prestaciones por falta de cumplimiento de las obligaciones del empleador, éste será responsable de los perjuicios causados al asegurado o a sus deudos, responsabilidad que el Instituto hará efectiva mediante la coactiva.- El IESS concederá tales prestaciones, en la parte debida a la omisión o culpa del empleador, solamente cuando se haga efectiva la responsabilidad de éste, a menos que el patrono rinda garantía satisfactoria para el pago de lo que debiere por aquel concepto... Art. 96.- **Prestaciones que deben concederse aún en caso de mora patronal.**- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social queda obligado a conceder las prestaciones por enfermedad, maternidad, auxilio de funerales y el fondo mortuario a todos sus asegurados que hayan cumplido las condiciones establecidas en esta Ley y los reglamentos, aun cuando sus patronos estén en mora. Todo sin perjuicio de la responsabilidad patronal a que haya lugar...”*

“... Reglamento General de Responsabilidad Patronal.- Cuarta.- Hasta tanto la Dirección de Desarrollo Institucional concluya el proceso de determinación y cálculo de la responsabilidad patronal en línea, las disposiciones del presente

reglamento se aplicarán bajo los procedimientos administrativos que deben realizar las Direcciones Provinciales y las Unidades Provinciales de los Seguros Especializados, según sus competencias...”.

*“... Reglamento Orgánico Funcional del IESS.- Art. 34.- **Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar.**- Dependiendo del nivel de complejidad de la respectiva Dirección Provincial, las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, podrán ser Subdirecciones, Departamentos o Grupos de Trabajo; y, tienen las siguientes responsabilidades:- 13.- El establecimiento de la responsabilidad patronal por el incumplimiento del empleador, la emisión de la glosa por los servicios médicos prestados al asegurado y su notificación al empleador a través de la Dirección Provincial, para su cancelación en el plazo de 30 días...”.*

El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, con período de gestión del 8 de mayo al 30 de junio de 2012, con oficio 21100000-887 de 11 de abril de 2013, indicó:

“... se realizó algunos requerimientos funcionales para mejora del aplicativo de mora que es donde ingresa las resoluciones por responsabilidad patronal... con fecha 26 de febrero del 2013, se aprueba por parte de la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones de la DSGSIF los casos de uso desarrollados... a partir de lo cual solo quedaba por definir el cronograma de desarrollo e implantación de esta herramienta...”.

El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, en funciones, con oficio 21100000-1534 de 20 de junio de 2013, comunicó:

“... el sistema en producción no cuenta con las interfaces y conectividad con los aplicativos institucionales, limitación que será solventada una vez que entre en producción el nuevo Sistema SOAM WEB... bajo el supuesto que el equipo técnico continúe se estima como fecha de implementación Septiembre de 2013...”.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar en Guayas, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, en comunicación de 8 de julio de 2013, manifestó:

“... más se realizaba la responsabilidad patronal de las unidades médicas que a prestadores externos... en mi administración se gestionó... la instalación y el aumento de capacidad de la red informática que no existía... para atender los trámites de responsabilidad patronal represados desde Enero del 2007, informo que no recibí ninguna instrucción...”.

El Asistente Administrativo, con funciones de Coordinador de Responsabilidad Patronal, con oficio 21300900-RP-897 de 16 de agosto de 2013, indicó:

“... el equipo de RESPONSABILIDAD PATRONAL se conformó en su totalidad en el mes de marzo de 2012... con respecto a la información entregada por el equipo de auditoría... no se ha analizado en su totalidad, se acepta como una ayuda, pero tiene fallas solo reporta si el empleador se encuentra en mora o no y si tiene más de tres aportaciones...”.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOGGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales del examen se dieron a conocer al Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-253 de 26 de junio de 2013, quien no emitió sus opiniones y puntos de vista hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados.

Se evidenció la ausencia de procedimientos administrativos adicionales para la eficiente determinación, liquidación y cálculo de las responsabilidades patronales generadas por atenciones médicas otorgadas a los asegurados del IESS por prestadores privados, conforme lo determina el Reglamento Orgánico Funcional del IESS.

Conclusiones

- La falta de los requerimientos funcionales para el desarrollo de los aplicativos informáticos y la de interfaces de la conexión del Sistema Operativo de Auditoría Médica con el de Historia Laboral, ocasionó que no se liquiden en línea estos valores producto de los servicios de salud otorgados por prestadores privados.
- El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, no definió los procedimientos administrativos para la determinación, cálculo, liquidación y contabilización de la responsabilidad patronal producida por el incumplimiento del empleador o del contratante en el pago oportuno de los aportes en el mes de atención médica del afiliado activo que recibió dicha prestación en centros asistenciales privados, lo que originó que el IESS no inicie oportunamente la gestión de notificación de la liquidación y cobro por responsabilidad patronal.

Hecho subsecuente

A base de los resultados obtenidos por Auditoría, la Subdirectora Provincial, con oficio 21300900-842 de 9 de mayo de 2013, adjuntó las liquidaciones de 13

responsabilidades patronales por 549 230,69 USD, por concepto de servicios de salud que otorgaron prestadores privados en el período de 1 de octubre de 2010 al 30 de abril de 2012.

Recomendaciones

Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS

5. Vigilará como parte de la implementación de los procedimientos administrativos, que el equipo desarrollador del aplicativo para la implantación del nuevo Sistema Operativo de Auditoría Médica u otro sistema a aplicarse, incorpore los campos que identifiquen la fecha de ingreso y egreso hospitalario, causa del egreso, fecha de cada procedimiento; e, identificación del asegurado al IESS, en los casos de atención a su cónyuge o hijos, información necesaria para la determinación, cálculo y liquidación de la responsabilidad patronal. El campo fecha de atención se lo definirá como fecha de atención en consulta externa.
6. Oficiará a los prestadores privados la obligación de registrar las fechas exactas de la atención en consulta externa, ingreso y egreso hospitalario; y, de cada uno de los procedimientos.
7. En coordinación con la Dirección Nacional de Tecnología de la Información elaborarán un proyecto de desarrollo e implementación de aplicativos informáticos para la determinación y cálculo de la responsabilidad patronal en línea, para el Seguro General de Salud Individual y Familiar y gestionará los recursos necesarios para su ejecución.

Al Coordinador del Área de Responsabilidad Patronal de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas

8. Procederá al análisis, determinación, cálculo y liquidación de la responsabilidad patronal por atenciones valoradas en 15 260 499,62 USD, proporcionada por Auditoría Interna, y que corresponden a 67 049 atenciones médicas, otorgadas por prestadores privados del 1 de agosto de 2011 al 30 de junio de 2012, previa su validación, a base de la información del Sistema Operativo de Auditoría Médica procesada por la Dirección Nacional de Tecnología de la Información.

Falta de integración de los sistemas informáticos de la Institución

Con el objeto de determinar el derecho de la atención médica y las responsabilidades patronales producidas en el período del 1 de agosto de 2011 al 30 de junio de 2012, la Dirección de Desarrollo Institucional procesó la información de afiliados activos constante en el Sistema Operativo de Auditoría Médica que recibieron servicios de salud otorgados por los prestadores privados y confrontó esta base de datos con los registros informáticos de Historia Laboral, Pensiones, Riesgos del Trabajo, Seguro Social Campesino y Registro Civil, cuyos resultados adolecieron de los siguientes errores:

- Jubilados que registran aportaciones y pagos extemporáneos, pese a tener la calidad de pensionistas.
- Afiliados activos sin aportaciones; sin embargo, en la Historia Laboral proporcionada por el departamento de Afiliación y Control Patronal de la Dirección Provincial del IESS en Guayas, si registran aportes que les otorgó el derecho a la atención médica.
- Pacientes sin registros en la base de datos de Historia Laboral, Pensiones, Riesgos del Trabajo, Seguro Social Campesino y Registro Civil, mientras que, según certificación proporcionada por las respectivas dependencias, corresponden a afiliados activos, pensionistas o beneficiarios con derecho a la atención médica.
- Determinación errada de responsabilidad patronal, en servicios de salud de afiliados activos, que no registraron atrasos en los pagos de aportes.

Con oficio 51000000-235 de 30 de abril de 2013 se solicitó al Director de Desarrollo Institucional, depure el script de generación de datos. En el nuevo reporte recibido se observaron registros que se duplicaron o triplicaron del mismo número de trámite, paciente y valor, persistiendo las inconsistencias antes referidas.

El Director de Desarrollo Institucional, remitió el 23 de mayo de 2013 un cd conteniendo los resultados del tercer procesamiento informático de la base de datos del Sistema Operativo de Auditoría Médica, observando que los tres procesamientos presentaron diversos resultados, conforme se resume en el siguiente cuadro:

Tipo de archivo	Información inicial que entregó DDI con oficio 63000000-697-2013 de 2013-03-01			Primera información depurada, recibida el 2013-04-24			Segunda información depurada, recibida el 2013-06-06		
	No. de atenciones	%	Valor aprobado por la atención USD	No. Registros depurados	No. Pacientes depurados	Valor aprobado por la atención USD	No. Registros depurados	No. Pacientes depurados	Valor aprobado por la atención USD
Archivo General del SOAM	732 264		209 812 021,58	732 113		209 807 371,68	697 359		201 167 679,63
Responsabilidad Patronal	89 436	12	21 645 886,30	63 862	22 884	13 088 805,75	67 049		15 260 499,62
Fallecidos antes de fecha atención médica	155	0	64 059,74	155	79	64 059,74	149		63 702,07
Derecho a la atención médica (afiliados activos menos de 2 aportaciones)	170 073	23	36 156 101,11	51 141	15 601	12 638 123,51			
Pacientes que no constan en base de datos del IESS, ni en Registro Civil	6 678	1	2 471 415,33	6 804	3 377	2 470 881,02	6 788	3 374	2 470 422,79

Hecho que se presentó por la falta de integración de los sistemas informáticos de la Institución, lo que generó diversos resultados de los tres procesamientos de los datos de los servicios de salud del Sistema Operativo de Auditoría Médica con los de Historia Laboral, Pensiones, Riesgos del Trabajo, Seguro Social Campesino y Registro Civil, lo cual no permitió al equipo de Auditoría disponer de información, confiable, íntegra y actualizada sobre la acreditación de derechos de los asegurados y responsabilidad patronal, para nuestro análisis.

La Norma de Control Interno 410-12 Administración de soporte de tecnología de información, aplicable a la fecha de los citados reportes, establece que corresponde a la Unidad de Tecnología de Información definir, aprobar y difundir procedimientos de operación que faciliten una adecuada administración del soporte tecnológico.

De conformidad con los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales del examen al Director de Desarrollo Institucional del IESS, con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-270 y 51000000-EE-PRESTADORES-271 de 4 de julio de 2013, a fin de que presente sus opiniones y puntos de vista, quien con oficio 63000000-1807 de 31 de julio de 2013, manifestó:

“... este sistema SOAM fue desarrollado y administrado de manera exclusiva por el SGSIF, sin que la DDI haya tenido participación alguna en su creación... a la fecha esta Dirección ha participado en el desarrollo del sistema SOAM WEB... encontrándonos actualmente en un 95% de avance...”

Conclusión

La falta de integración de los sistemas informáticos de la institución, generó que el Director de Desarrollo Institucional reporte tres resultados diferentes del procesamiento de la información del Sistema Operativo de Auditoría Médica, SOAM, con los archivos informáticos de Historia Laboral, Pensiones, Riesgos del Trabajo, Seguro Social Campesino y Registro Civil; y, que no se disponga de información oportuna, confiable, íntegra y actualizada sobre la acreditación de derechos para la atención médica y determinación de la responsabilidad patronal, que permita el análisis posterior.

Recomendación

Al Director Nacional de Tecnología de la Información del IESS

9. Dispondrá a los servidores de su área, que los sistemas informáticos que estén en proceso de desarrollo o por contratarse, incorporen las interfaces necesarias para la integración con los sistemas informáticos que se encuentran en producción, de modo que se disponga de información oportuna, confiable, íntegra y actualizada.

Control inadecuado en expedientes clínicos receptados con información incompleta

De veinte expedientes médicos presentados para el pago por los prestadores privados, que fueron analizados por la Auditora Médica, se determinó que siete del 2011 y dos del 2012, se encuentran incompletos, según Anexo 4.

La Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Pertinencia Documental de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, con período de gestión del 1 de octubre de 2011 al 30 de junio de 2012, no exigió a los prestadores privados de salud entreguen adjunto a las planillas todos los documentos generados por la atención médica a los pacientes, lo que ocasionó que nueve expedientes que sustentaron las atenciones médicas otorgadas a pacientes del IESS no cuenten con la hoja de epicrisis, orden de alta y reporte de evolución diaria por paciente, indistintamente, incumpliendo lo que dispone el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservó el artículo 21 Definiciones.- Desglose de factura del Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, constante en Resolución C.D. 276 de 7 de septiembre de 2009, reformado con Resolución C.D. 331 de 8 de septiembre de 2010; y, la descripción del subproceso Técnico-Médico incluido

en las Normas del proceso de control y pago de la facturación de proveedores externos de salud del IESS de junio de 2010.

*“... Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS.- Art. 21.- **Definiciones.- Desglose de factura.-** Las Unidades Médicas del IESS, los prestadores públicos y privados acreditados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, que establezcan convenios o contratos para atenciones médicas a los asegurados del IESS, remitirán planillas detalladas de gastos diarios por paciente en la que se especifique los honorarios médicos... además de la epicrisis en la que conste el diagnóstico...”.*

*“... Subproceso Técnico-Médico incluido en las Normas del proceso de control y pago de la facturación de proveedores externos de salud del IESS.- **Evaluación de documentos de soporte.-** Consiste en verificar que la documentación presentada por los prestadores externos cumpla con lo establecido para el efecto. Son:- Documentos administrativos.- Documentos clínicos...”.*

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOGGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales del presente examen se dieron a conocer a la Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Pertinencia Documental, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-318 de 5 de agosto de 2013, quien no presentó sus argumentos hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados provisionales.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 23 de agosto de 2013, la Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Pertinencia Documental, con comunicación de 29 de agosto de 2013, informó:

“... se empezó a trabajar con el nuevo sistema implementado SOAM, cabe aclarar que en dicho período no se llevaba el debido control de revisión de expedientes por falta de personal, ya que era demasiada demanda de expedientes para una sola persona un aproximado de expedientes a recibir variaban entre 50.000 expedientes a 80.000 expedientes por mes, lo que físicamente es imposible verificar que los expedientes contengan toda la documentación requerida...”.

Lo expuesto por la Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Pertinencia Documental, con relación al hecho comentado, no modifica el criterio de auditoría, ya que si bien la documentación remitida por los prestadores privados es voluminosa y el número de personal reducido, no se presentó evidencia de haber realizado la revisión de expedientes por muestreo para establecer que la documentación se entregó completa.

Conclusión

La Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Pertinencia Documental, no exigió a los prestadores privados de salud entreguen adjunto a las planillas los documentos generados por la atención médica a los pacientes, lo que ocasionó que nueve expedientes que sustentaron las atenciones médicas otorgadas a pacientes del IESS no cuenten con la hoja de epicrisis, orden de alta y reporte de evolución diaria por paciente, indistintamente.

Recomendación

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

10. Requerirá por escrito a los prestadores privados que los expedientes médicos que entreguen al IESS, mantengan un orden cronológico del registro clínico de todas las atenciones otorgadas a afiliados y beneficiarios del IESS y contengan documentación completa, hasta tanto se implante un sistema informático que permita recibir los expedientes médicos de forma digitalizada.

Prescripción de medicamentos comerciales no se sujetaron al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y de genéricos

La Auditora Médica determinó las siguientes deficiencias en veinte y siete expedientes médicos analizados, que correspondían a pacientes de mayor complejidad en su patología y con estancia hospitalaria prolongada, atendidos por diferentes prestadores de salud privados:

- Se determinó que en veinticuatro casos los prestadores privados prescribieron en las recetas medicamentos de marca; sin considerar la obligación de recetar fármacos genéricos, excepto en casos que no aplican para el paciente en casos de emergencia médica, por ejemplo: Lipitor (atorvastatina), Ferrum (hierro), Cefazolin (cefazolina), Cefacidal (cefazolina), Dolrad (metamizol), Norvasc (amlodipino), entre otros.
- En diecinueve casos, se evidenció que los prestadores privados prescribieron fármacos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Hecho que se presentó por cuanto en las Resoluciones emitidas por el IESS ni en los contratos suscritos con los prestadores privados no se contempló la obligatoriedad de prescribir fármacos que estén considerados en el Cuadro Básico de Medicamentos y que se sujeten al uso de Medicamentos Genéricos; lo que originó que el Médico General contratado, que realizó las funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Medica de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, no disponga de disposiciones específicas para exigir a los prestadores privados su cumplimiento.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales se comunicaron al Médico General contratado, con funciones de Coordinador de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, cuyo período de gestión fue del 1 de noviembre de 2011 al 13 de marzo de 2012, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-319 de 5 de agosto de 2013, a fin de que presente sus opiniones y puntos de vista, quien con oficio 21300900-PMED-1717 de 19 de agosto de 2013, mencionó:

“... las resoluciones vigentes CD.276, 277, 331 y 319 si bien es cierto manifiestan textualmente que se debe prescribir medicamentos que se encuentren en el cuadro nacional de medicamentos básicos, no indica que estos deben ser genéricos, ser medicamento genérico no es igual a ser un medicamento del cuadro nacional de medicamentos básicos...”.

Lo expuesto por el Médico General contratado, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica ratifica lo comentado por auditoría.

Conclusión

En las Resoluciones emitidas por el IESS ni en los contratos suscritos con los prestadores privados no se contempló la obligatoriedad de prescribir fármacos que estén considerados en el Cuadro Básico de Medicamentos y que se sujeten al uso de Medicamentos Genéricos; lo que originó que el Médico General contratado, que realizó las funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Medica de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, no disponga de disposiciones específicas para exigir a los prestadores privados su cumplimiento.

Hecho subsecuente

El Ministerio de Salud Pública con Acuerdo Ministerial 00000160 de 8 de febrero de 2012, reformó el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, cuya norma general 6 establece que los medicamentos se prescribirán en genéricos, disposición legal que se aplica en el IESS desde noviembre de 2012; así como, en los contratos suscritos con prestadores privados.

Recomendaciones

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

11. Requerirá y vigilará que los insumos y medicamentos de nombre comercial utilizados en las atenciones médicas otorgadas a afiliados y beneficiarios del IESS, que los prestadores privados facturan a la Institución, se normen con la lista de precios del Ministerio de Salud Pública. En caso, que alguno de los insumos o medicamentos no se encuentren contemplados en el tarifario, el procedimiento se sujetará a los respectivos acuerdos ministeriales; de no existir, deberán efectuar un estudio técnico a fin que se incorpore en el mismo y contar con un parámetro establecido para la facturación.
12. Verificará que en los contratos a suscribir con los prestadores privados, o mediante adendum a los contratos vigentes, se contemple la obligatoriedad de éstos de prescribir fármacos que estén considerados en el Cuadro Básico de Medicamentos y se sujetarán al uso de Medicamentos Genéricos; en caso de prescribir fármacos de marca o que no correspondan al Cuadro Básico de Medicamentos, se justificará plenamente su uso.

No se implementó procedimientos de control previo ni se realizó cruce de información de los pagos realizados a los prestadores privados a través de auxiliares que impidan duplicaciones

Se determinó que entre el 12 y 13 de mayo de 2011, se pagó a cuatro prestadores privados 2 911 172,89 USD como abono del 60%, sobre el valor total que cada prestador presentó al cobro, por atenciones a pacientes en marzo de 2011, a base del documento *“Cuadro de pagos de anticipo a prestadores externos”*, según se demuestra en el siguiente cuadro:

No.	Prestadores externos	Primer abono del 60%		
		Boletines de egreso		
		Número	Fecha	Valor USD
1	Servicios Hospitalarios S. A. – ALBOTEOTON	201106	2011-05-13	648 461,50
2	Esculapio S. A. - Clínica Alcívar	201059	2011-05-12	567 794,68
3	Fideicomiso Titularización OMNI Hospital	201056	2011-05-12	1 159 418,23
4	Industrial Inmobiliaria TEOTON S. A. - Clínica Hospital Kennedy	201055	2011-05-12	535 498,48
Suman				2 911 172,89

Con boletines de egreso de 30 de mayo de 2011, se pagó nuevamente a los cuatro prestadores 4 188 389,05 USD, por el mismo concepto y tipo de afiliado, incorporando valores por servicios de salud de otro mes de pago; para esta transacción el Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica procesó el documento llamado “*Listado de prestadores con entregas el mes de Abril - Cuadro de prestadores para el pago del 60%*”, tal como se expone a continuación:

No.	Prestadores externos	Segundo abono del 60% (duplicados)		
		Boletines de egreso		
		Número	Fecha	Valor USD
1	Servicios Hospitalarios S. A. – ALBOTEOTON	201177	2011-05-30	739 932,25
2	Esculapio S. A. - Clínica Alcívar	201176	2011-05-30	597 176,74
3	Fideicomiso Titularización OMNI Hospital	201181	2011-05-30	450 311,79
4	Industrial Inmobiliaria TEOTON S. A. - Clínica Hospital Kennedy	201183	2011-05-30	2 400 968,27
Suman USD				4 188 389,05

El Subdirector de Servicios Internos de la Dirección Provincial del Guayas, con período de gestión del 5 de noviembre de 2008 al 30 de junio de 2012; en calidad de ordenador del pago y el Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, en calidad de ordenador del gasto, no implementaron procedimientos de control previo a la aprobación de la facturación presentada por los prestadores privados, el Asistente Administrativo en calidad de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y

Pertinencia Médica, con período de gestión del 13 de mayo de 2011 al 30 de octubre de 2011; la Asistente de Contabilidad, como Coordinadora del Área de Contabilidad, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 7 de junio de 2011; y, el Asistente de Contabilidad, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, en el proceso de control previo al pago de obligaciones adquiridas por servicios de salud otorgados a afiliados y beneficiarios del IESS, no realizaron el cruce de información de los pagos realizados a los prestadores privados a través de auxiliares, tampoco especificaron en los boletines de egreso para el pago de abonos a prestadores, el tipo de asegurado, servicio otorgado y mes de atención médica, lo que originó que no dispongan de información para mantener un control sobre los pagos realizados por abonos, liquidaciones, cancelaciones o apelaciones, el período y conceptos a los que corresponden; y, que se cancele duplicadamente 4 188 389,05 USD a cuatro prestadores privados, por abonos del 60% por atenciones médicas correspondientes a marzo de 2011, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 12 Tiempos de control, letra a) Control previo; el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) y número 3, letra c), según corresponda, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron las Normas de Control Interno 401-03 Supervisión y 403-08 Control previo al pago; artículo 26 Responsabilidades del proceso de servicios internos, número 1; y, artículo 34 Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, número 14 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, constante en Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, que se cita a continuación:

*“... Reglamento Orgánico Funcional del IESS.- Art. 26.- **Responsabilidades del proceso de Servicios Internos.**- Son responsabilidades del proceso de servicios internos, en cada Dirección Provincial: .- 1. La supervisión de los procesos presupuestarios, contables y de tesorería del IESS en la circunscripción, y la observancia de los sistemas de control previo y concurrente....- Art. 34.- **Responsabilidades de las unidades provinciales de Salud Individual y Familiar.**- 14.- La aprobación u observación de las facturaciones presentadas por las Unidades Médicas del IESS, los Dispensarios Anexos y otros prestadores de salud, y la emisión de la correspondiente autorización y emisión de la orden para la compensación o pago, a través de las unidades de Tesorería de las Direcciones Provinciales... ”.*

Estos valores cancelados de manera duplicada, fueron recuperados luego de 10, 3, 13 y 4 meses de efectuado el segundo pago, respectivamente, mediante descuentos en valores que el IESS adeudaba a dichos prestadores por atenciones médicas de otros meses, según el siguiente detalle:

No.	Prestadores externos	Descontados en boletines de egreso			Tiempo trancurrido desde el segundo pago
		Número	Fecha	Valor USD	
1	Servicios Hospitalarios S. A. – ALBOTEOTON	200350	2012-03-28	739 932,25	10
2	Esculapio S. A. - Clínica Alcívar	201841	2011-09-01	597 176,74	3
3	Fideicomiso Titularización OMNI Hospital	201008	2012-07-05	450 311,79	13
4	Industrial Inmobiliaria TEOTON S. A. - Clínica Hospital Kennedy	202534	2011-10-06	2 400 968,27	4
		202327	2011-11-09		
		Suman		4 188 389,05	

Adicionalmente, un error en el texto de los boletines con el que se pagó un aparente segundo abono del 60% por 2 634 548,89 USD, por atenciones de marzo de 2011, cancelado a los prestadores privados C. A. Clínica Guayaquil Servicios Médicos S. A., Junta de Beneficencia de Guayaquil (Hospitales Luis Vernaza, Roberto Gilbert y Lorenzo Ponce) y Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran S. A., indujo a confusión al señalar que se trataban de segundo abonos, pero constatamos que correspondían a conceptos distintos a los del primer pago.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales al Subdirector Provincial de Servicios Internos con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-280 y 51000000-EE-PRESTADORES-291 de 9 y 12 de julio de 2013; Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-290 de 12 de julio de 2013; Asistente Administrativo, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-269 y 51000000-EE-PRESTADORES-287 de 4 y 12 de julio de 2013; Tesorero Provincial de Guayas con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-305 de 22 de julio de 2013; Asistente de Contabilidad, con funciones de Coordinadora del Área de Contabilidad, con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-257 y 51000000-EE-PRESTADORES-281 de 25 de junio y 9 de julio de 2013; y, Asistente de Contabilidad con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-256 y 51000000-EE-PRESTADORES-288 de 26 de junio y 12 de julio de 2013, a fin de que presenten sus opiniones y puntos de vista.

El Subdirector Provincial de Servicios Internos, en comunicación de 20 de agosto de 2013, señaló:

“... la SSI... siempre cumplió estrictamente con la autorización de pago, sobre la base de información previamente verificada, revisada aprobado(sic) el gasto por SSIYF, por ser el área que receipta directamente toda la documentación de los prestadores privados... en el caso de abonos, solamente SSIYF lleva el control de los pagos y de los saldos restantes toda vez que tienen una área de Contabilidad independiente...”.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no presentó sus argumentos hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados realizada el 23 de agosto de 2013.

El Asistente Administrativo, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, en oficio 21300900-RP-902 de 19 de agosto de 2013, manifestó:

“... a esas fechas estaba en una desorganización total, el personal que trabajaba fue separado de sus funciones, y el nuevo personal que entró a laborar en estas instalaciones no tenía control total ya que estaban aprendiendo los procesos a llevar, en esta confusión y la premura de cancelar los valores solicitados por los prestadores externos el Subdirector de ese entonces ordenó cancelar los anticipos que se les adeudaba, en la generación de los listados que fueron realizados por dos personas se cometieron errores los cuales fueron corregidos y los abonos mal efectuados fueron cobrados...”.

El Tesorero Provincial de Guayas, en oficio 13210900.1.164 de 5 de agosto de 2013, indicó:

“... a la Tesorería Provincial siempre se remitió el boletín original sin ningún tipo de documentación anexa... no aplica ningún tipo de control respecto de los abonos realizados a las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, pues no cuenta con la información ni documentación que permita ejercer dichos controles...”.

La Asistente de Contabilidad, con funciones de Coordinadora del Área de Contabilidad y, el Asistente de Contabilidad, en comunicaciones de 9 y 18 de julio, 2 y 16 de julio de 2013, en su orden, expresaron:

“... en el área de contabilidad se recibieron de parte del área de Pertinencia Médica las dos solicitudes de abono de 60% de marzo de 2011, no había como comparar si eran duplicadas o no ya que fueron recibidas en diferentes formatos, fechas y valores debidamente autorizadas...”.

Lo expuesto por estos servidores, no modifica el criterio de auditoría, por cuanto en calidad de servidores que realizaron el control previo, debieron validar que los pagos guarden conformidad con los documentos presentados para el desembolso.

Posterior a la conferencia de comunicación de resultados, realizada el 23 de agosto de 2013, el Subdirector Provincial de Servicios Internos manifestó en comunicación de 29 de agosto de 2013:

“... la SSI a mi cargo... dio cumplimiento a los procesos de autorización de pago sobre la base de información previamente verificada, revisada, suficientemente filtrada por SSIYF por ser el área de recepción de oficios, facturas y otros documentos... la responsabilidad de realizar acciones de control, previa a la autorización de pago, correspondía y corresponde indelegablemente a SSIYF, a través del respectivo auxiliar contable...”.

Lo manifestado por el Subdirector de Servicios Internos, no modifica el comentario por cuanto, en calidad de ordenador de pagos, tenía la competencia de aplicar medidas de control a fin de verificar, previo a la autorización, que las transacciones cuenten con documentación comprobatoria.

Conclusión

La falta de implementación de procedimientos de control previo por parte de los Subdirectores Provinciales y de cruce de información de los pagos realizados a los prestadores privados a través de auxiliares, del Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, Coordinadora del Área de Contabilidad; y, del Asistente de Contabilidad, tampoco especificaron en los boletines de egreso para el pago de abonos a prestadores, el tipo de asegurado, servicio otorgado y mes de atención médica, lo que originó que no dispongan de información para comparar las facturas pagadas y las pendientes de pago y que se cancele duplicadamente 4 188 389,05 USD a cuatro prestadores privados, por abonos del 60% por atenciones médicas correspondientes a marzo de 2011, valor que se descontó posteriormente luego de 10, 3, 13 y 4 meses de efectuado el segundo pago, mediante descuentos en valores que el Instituto adeudaba a los referidos prestadores por atenciones médicas otorgadas a los asegurados en otros meses.

Recomendaciones

A los Coordinadores de las Áreas de Contabilidad y de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas

13. Dispondrán al personal a su cargo, implementen auxiliares por prestador privado, en formato excell, a fin de mantener un control adecuado sobre los pagos realizados por abonos, liquidaciones, cancelaciones o apelaciones, donde se especificará el período y conceptos a los que corresponden, a fin de evitar errores que originen duplicidad en los pagos.

A la Coordinadora del Área de Contabilidad de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas

14. Verificará que los boletines de egreso para el pago de abonos a prestadores, especifique el tipo de asegurado, servicio otorgado y mes de atención médica, evitando señalar el mes de la presentación de la pre-factura, lo que permitirá que los boletines de pago identifiquen de manera fehaciente los meses en que se otorgó la atención médica.

No se verificó los cuadros de pago de abonos a prestadores privados, ocasionando cancelaciones por pacientes y valores repetidos

Con boletín de egreso 201056 de 12 de mayo de 2011, se abonó 1 159 418,23 USD a Fideicomiso Titularización Omni Hospital, por concepto del 60% por servicios de salud que otorgó en el mes de marzo de 2011 a los asegurados al IESS. En el “*Cuadro de pagos de anticipo a prestadores externos*”, que respaldó este desembolso, constan 29 pacientes cuyos valores y procedimientos se repiten dos y tres veces en la misma fecha, por la suma de 233 296,84 USD, conforme se detalla en Anexo 5.

El Sistema Operativo de Auditoría Médica, SOAM, utilizado para el proceso de revisión y validación de los valores presentados al cobro por los prestadores privados por cada uno de los procedimientos médicos, con los valores del tarifario institucional, no contiene un control que impidan pagos de procedimientos y valores repetidos de un mismo paciente en una misma fecha, ya que los usuarios del sistema no consideraron este punto de control en los requerimientos funcionales al inicio del proyecto de desarrollo del programa informático.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, en calidad de ordenador de gasto, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no implementó procedimientos de control previo a la aprobación de la facturación presentada por el prestador privado de Fideicomiso Titularización Omni Hospital; la Médico General contratada, como Coordinadora del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica y usuaria del Sistema Operativo de Auditoría Médica-SOAM, con período de gestión del 16 de febrero de 2011 al 12 de mayo de 2011, no coordinó con el Director de Desarrollo Institucional (actual Dirección Nacional de Tecnología de la Información) para que apliquen pruebas para validar que el referido sistema cumpla con los requerimientos funcionales que controle e impida pagos de procedimientos y valores repetidos de un mismo paciente en una misma fecha; la Asistente de Contabilidad, como Coordinadora del Área de Contabilidad, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 7 de junio de 2011; y, el Asistente de Contabilidad, con período de gestión del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2012, no verificaron, en el proceso de control previo al pago, la nómina de pacientes constantes en el cuadro de pago de anticipo a prestadores externos de Fideicomiso Titularización Omni Hospital, que contenían los servicios de salud que brindó en el mes de marzo de 2011, situación que ocasionó que los pagos no estén debidamente justificados, comprobados y que se paguen dos y tres veces los valores correspondientes a las atenciones de 29 pacientes, por 233 296,84 USD, monto que el IESS recuperó a los siete meses, con descuento en el boletín de egreso 202919 de 30 de diciembre de 2011, que el Instituto adeudó por atenciones médicas de otros meses, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 12 Tiempos de control, letra a) Control previo; el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a); número 3, letras a), b) y c), de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, según corresponda; e inobservaron la Norma de Control Interno 403-08 Control previo al pago; las Normas del proceso de control y pago de la facturación de proveedores externos de salud del IESS, aprobado el 4 de junio de 2010 por el Director del Seguro de Salud Individual y Familiar; y, artículo 34 Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, número 14 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, constante en Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003.

*“... Reglamento Orgánico Funcional del IESS.- Art. 34.- **Responsabilidades de las unidades provinciales de Salud Individual y Familiar.**- 14.- La aprobación u observación de las facturaciones presentadas por las Unidades Médicas del IESS, los Dispensarios Anexos y otros prestadores de salud, y la emisión de la correspondiente autorización y emisión de la orden para la compensación o pago, a través de las unidades de Tesorería de las Direcciones Provinciales... ”.*

*“... Normas del proceso de control y pago de la facturación de proveedores externos de salud del IESS.- B).- **Descripción del subproceso administrativo financiero**... el personal de la unidad de Contabilidad de la Subdirección o Departamento Provincial del SGSIF, una vez que recibe la documentación soporte, procede a elaborar un Boletín de Egreso por cada Proveedor Externo...”.*

Conforme disponen los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales al Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-284 de 9 de julio de 2013; Médico General, contratada, con funciones de Coordinadora del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-283 de 9 de julio de 2013; Asistente de Contabilidad, con funciones de Coordinadora del Área de Contabilidad, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-281 de 9 de julio de 2013; y, Asistente de Contabilidad, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-282 de 9 de julio de 2013, a fin de que presenten sus opiniones y puntos de vista.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, cuyo período de gestión fue del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no presentó sus argumentos hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados.

La Médico General, contratada, con funciones de Coordinadora del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, en comunicación de 31 de julio de 2013, informó:

“... Al no existir un manual disponible para el personal involucrado en esta tarea se presentaban grandes problemas, puesto que los prestadores externos estaban generando la información de manera diferente, lo que les llevó a reprocesar todo lo que se había planillado... La información se procesó de acuerdo a lo entregado por el prestador... la carga de trabajo para el personal que en ese momento existía en el área de evaluación de cuentas superaba ampliamente su capacidad de resolución... luego de una revisión de ambas partes, se determinó la devolución correspondiente...”.

La Asistente de Contabilidad, con funciones de Coordinadora del Área de Contabilidad; y, el Asistente de Contabilidad, en comunicaciones de 16 y 18 de julio de 2013, señalaron:

“... el referido listado no es elaborado por el área de contabilidad en el mismo constan las firmas de responsabilidad de su elaboración...”.

Lo expuesto por estos servidores con relación al hecho comentado, no modifica el criterio de auditoría, por cuanto la falta de control en el cuadro de pagos de anticipos a

prestadores privados originó que se paguen dos y tres veces las atenciones de un mismo paciente por 233 296,84 USD, valores que fueron recuperados posteriormente.

Conclusión

La falta de implementación de procedimientos de control previo a la aprobación de la facturación presentada al cobro por el prestador privado Fideicomiso Titularización Omni Hospital, por los servicios de salud que brindó a pacientes en el mes de marzo de 2011, constantes en el *cuadro de pago de anticipo a prestadores externos*; y, la falta de coordinación con el Director de Desarrollo Institucional (actual Dirección Nacional de Tecnología de la Información) para la aplicación de pruebas de control que permitan que el SOAM cumpla con los requerimientos funcionales, que impida pagos de procedimientos y valores repetidos de un mismo paciente en una misma fecha, del Subdirector Provincial de Salud, de la Coordinadora del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, Coordinadora del Área de Contabilidad; y, el Asistente de Contabilidad, lo que generó que los pagos no estén debidamente justificados, comprobados y que se paguen dos y tres veces los valores correspondientes a las atenciones de 29 pacientes por 233 296,84 USD, monto que el IESS recuperó a los siete meses, mediante débito en los pagos al prestador de otros meses de atención.

Recomendaciones

Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS

15. En coordinación con la Dirección Nacional de Tecnología de la Información aplicará las pruebas que sean necesarias para validar que el Sistema Operativo de Auditoría Médica u otro sistema en uso, cumpla con los requerimientos funcionales que controle e impida pagos de procedimientos y valores repetidos de un mismo paciente en una misma fecha.

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

16. Dispondrá y vigilará que el Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, revise y verifique los cuadros de pago de anticipos a prestadores privados con el fin de dar su conformidad previo a su legalización,

procedimiento que se lo mantendrá vigente mientras se implementa un control en el Sistema Operativo de Auditoría Médica u otro sistema en uso, que impida pagos duplicados de un mismo paciente en una misma fecha.

Falta de análisis técnico para establecer modalidad de pago de abonos a prestadores privados

En el período analizado se determinó que los contratos suscritos con los prestadores privados, establecían que el IESS procedería a la cancelación dentro de un máximo de 30 días calendario posterior a la entrega de la documentación y verificación de la auditoría de facturación; sin embargo, los trámites se retrasaron y acumularon valores significativos pendientes de pago correspondientes a pre-facturas de varios meses de atención de los prestadores privados, debido a que éstos no adjuntaron adecuadamente los justificativos, y por cuanto se presentaron limitaciones internas en el IESS como del SOAM, factores de conversión, entre otros.

El Subdirector de Aseguramiento y Control de Prestaciones, con oficios 21100000-732 de 25 de marzo de 2011 y 21100000-1110 de 28 de abril de 2011, con el fin de cumplir con las obligaciones que el IESS mantenía a los prestadores privados por montos significativos, solicitó autorización al Director del Seguro de Salud Individual y Familiar, por lo que en marzo de 2011 se optó por entregar abonos a los prestadores privados, en porcentajes que fluctuaron entre el 50% y 90% de las pre-facturas que éstos presentaron para el cobro, sin que exista evidencia de un análisis técnico que justifique la aplicación de dichos porcentajes. A partir de junio de 2011, los abonos se entregaron aplicando el porcentaje histórico de objeciones del año precedente; y, desde junio de 2012, fecha de corte del examen especial, se utilizó el porcentaje histórico respecto a los últimos seis meses de objeciones; valores que se debían conciliar una vez que el personal del área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica efectúe la revisión de los respectivos expedientes médicos.

Los prestadores: Industrial Inmobiliaria Teotón S.A., Servicios Hospitalarios S.A. - Alboteotón, Esculapio S.A. - Clínica Alcívar, Clínica Panamericana – Climesa S.A. - Fideicomiso Titularización - Omni Hospital, Clínica San Francisco - Cemefran S.A. y Clínica Guayaquil – Servicios Médicos S.A., presentaron veinticuatro pre-facturas por atenciones médicas de noviembre de 2011 y de enero a mayo de 2012, por

34 161 006,71 USD, de los que el IESS, otorgó abonos por 26 626 938,10 USD, que correspondían a abonos que fluctuaron entre el 50% y 90% del valor total.

A base de los valores presentados inicialmente por los prestadores privados, el personal del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica efectuó las liquidaciones respectivas que totalizaron 22 050 197,75 USD, por lo que se generaron diferencias a favor del IESS por 4 576 740,35 USD, por cuanto los abonos entregados fueron superiores a las liquidaciones auditadas y aprobadas en primera instancia.

Posteriormente, el personal del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica recuperó en catorce pagos 1 127 826,74 USD, con apelaciones en el cierre de cuentas del mismo mes del abono (segunda revisión) y con débitos en liquidaciones de atenciones de otros meses, estableciendo una diferencia pendiente de liquidar de las Clínicas privadas Teotón, Alboteotón y Panamericana, por 3 448 913,60 USD, como se demuestra en Anexo 6.

Los mecanismos de pago aplicados arrojaron la diferencia de 3 448 913,60 USD por liquidar a favor del IESS, los que tuvieron su origen en la no aplicación de lo que establecen los contratos y disposiciones emitidas sin un criterio técnico adecuado, los que posterior al 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados, fueron recuperados mediante débitos a pagos realizados al prestador privado.

Al respecto, el artículo 4 Responsabilidades y atribuciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, constante en la Resolución C.D. 308 del IESS de 10 de marzo de 2010, tiene relación con la implementación de mecanismos administrativos, financieros y contables necesarios, para la formulación, evaluación médica y liquidación de los pagos por servicios de salud prestados.

De conformidad con los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento se comunicaron los resultados provisionales al Director General del Seguro de Salud Individual y Familiar, en funciones hasta el 23 de agosto de 2013, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-311 de 29 de julio de 2013; Médico General, contratado, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-308 de 26 de julio de 2013; Médico General contratado, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y

Pertinencia Médica, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-309 de 26 de julio de 2013; Asistente Administrativo, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-310 de 26 de julio de 2013; con la finalidad que presenten sus opiniones y puntos de vista.

El Director General del Seguro de Salud Individual y Familiar, en funciones hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados, no presentó sus argumentos.

El Médico General contratado, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con período de gestión del 14 de marzo al 30 de junio de 2012, con oficio 21300900-SM-228-2013 de 31 de julio de 2013, manifestó:

“... a partir de septiembre del 2011... provocando en la mayoría de los casos un incremento notorio en el nivel de objeciones... se pudo determinar algunas limitaciones del SOAM como la no inclusión del 2% en el tarifario subido al sistema relacionado a servicios institucionales en la región costa, el ingreso equivocado del factor de conversión no considerando los decimales pertinentes, la no consideración del porcentaje en el uso de soporte magnético de imágenes, entre otros lo cual coadyuvó al incremento del porcentaje de objeciones pero por causas netamente del sistema... estos ajustes del sistema fueron recién corregidos en marzo del 2012 por tanto todos los trámites del período anterior, de septiembre a marzo del 2012 fueron evaluados con esos inconvenientes...”

El Médico General, contratado, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, cuyo período de gestión fue del 1 de noviembre de 2011 al 13 de marzo de 2012, con oficio 21300900-PMED-1168 de 1 de agosto de 2013, indicó:

“... recién en junio del 2012... establece realizar abonos en base al porcentaje histórico de objeciones, sin embargo debo mencionar que no hace relación ni específica si es en base a objeciones de primera revisión de pertenencia(sic) médica, a las objeciones finales después de haber revisado las respuestas de objeciones o al reporte del sistema SOAM.- Los valores determinados y presentados... se basan en las objeciones presentadas en la primera evaluación y se encuentran sustentadas en el valor presentado y objetado sin levantamiento de objeciones en algunas clínicas...”

El Asistente Administrativo, con funciones de Coordinador del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con oficios 21300900-RP-903 y 21300900-RP-903 de 19 de agosto de 2013, mencionó:

“... no hace relación ni específica si es en base a objeciones de primera revisión de pertenencia (sic) médica, a las objeciones finales después de haber revisado

las respuestas de objeciones... inicialmente el SOAM no consideró el pago por variación geográfica y no están considerados los equipos de super alta complejidad situación que aún no se define razón por la cual las liquidaciones podrían ser menores que lo abonado...”.

Lo expuesto por los servidores con relación al hecho comentado, evidencia la falta de mecanismos e instrumentos adecuados para la liquidación y pago oportuno a los prestadores privados por parte del IESS, sin que se hubieren establecido contractualmente esta modalidad de pago de abono.

Conclusión

La falta de un análisis técnico para establecer la modalidad de pago de abonos a los prestadores privados, así como de mecanismos y procedimientos para la liquidación y pago oportuno, originó que la entrega de abonos superen las liquidaciones auditadas y aprobadas, generando diferencias por 3 448 913,60 USD a favor del IESS, las que posterior al 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados, fueron recuperados mediante débitos a pagos posteriores realizados al prestador privado.

Recomendaciones

Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS

17. Dispondrá al Responsable del Área Legal, que revise la cláusula correspondiente a la forma de pago establecida en los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con los prestadores privados nivel tres, que brindan servicio de hospitalización, a efectos de implementar una cláusula que contenga los procedimientos adecuados para la liquidación y pago oportuno de las atenciones médicas que otorgan estos prestadores, toda vez que la modalidad de pago aplicada actualmente a través de abonos no arroja los resultados esperados ni está contractualmente respaldada, medida que se deberá incluir en los nuevos contratos; y, para los que se encuentran vigentes, se elaborarán contratos modificatorios, que garanticen derechos y obligaciones de las partes.
18. Dispondrá al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas, que las diferencias a favor del IESS por abonos que excedieran las liquidaciones de atenciones médicas a los asegurados, se recuperen de los

desembolsos más próximos al pago del abono, independientemente del mes de atención al que corresponda, procedimiento del cual se dejará evidencia en los boletines respectivos.

Inadecuada programación presupuestaria para pago de atenciones médicas otorgadas por prestadores privados

Se determinó que no se efectuó una adecuada programación presupuestaria para atenciones médicas otorgadas por prestadores privados, por cuanto se realizaron en los ejercicios económicos de los años 2008, 2009, 2010 y 2011, reformas a la asignación presupuestaria inicial de las cuatro partidas que se utilizaron para cubrir los pagos, con incrementos y decrementos de los saldos, que oscilaron entre el 9,658% y el 129,854%, así:

Partidas presupuestarias		Reforma año			
Código	Denominación	2008	2009	2010	2011
520103240	Servicios prestados por particulares	2 623 495,00	9 644 953,87	37 136 900,00	41 131 969,45
520103241	Servicio de Diálisis	-1 070 180,00		100 000,00	-1 878 164,00
520103310	Atención médica a Jubilados		- 565 000,00	20 800 000,00	16 194 764,07
520103330	Atención médica benef. Montepío			- 901 000,00	-2 368 541,94
Monto de las reformas		1 553 315,00	9 079 953,87	57 135 900,00	53 080 027,58
% de variación		9,66	30,04	129,85	47,15

Pese al incremento de recursos, al cierre del ciclo presupuestario del 2011, se presentó un déficit de 56 452 647,37 USD, en las cuatro partidas presupuestarias de las cuentas de egresos prestacionales, conforme se detalla:

AÑO 2011							
Partida	Denominación de partidas	Asignaciones			Gasto efectivo	% utilizado	Déficit
		Inicial	Reformas	Codificada			
520103240	Servicios prestados por particulares	71 218 425,00	41 131 969,45	112 350 394,45	148 555 882,74	132,23	-36 205 488,29
520103241	Servicio de Diálisis	8 640 386,00	-1 878 164,00	6 762 222,00	8 781 441,40	129,86	-2 019 219,40
520103310	Atención médica a Jubilados	26 700 000,00	16 194 764,07	42 894 764,07	55 483 025,96	129,35	-12 588 261,89
520103330	Atención médica benef. Montepío	6 022 000,00	-2 368 541,94	3 653 458,06	9 293 135,85	254,37	-5 639 677,79
Totales		112 580 811,00	53 080 027,58	165 660 838,58	222 113 485,95		-56 452 647,37

El artículo 115 Certificación presupuestaria del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, la disposición general 9.1. Límites del gasto de la Resolución C.D 343 de 29 de diciembre de 2010 con la cual se aprobó el Presupuesto del IESS

para el ejercicio económico del año 2011 y la Norma de Control Interno 402-02 Control previo al compromiso, tienen relación con el hecho comentado; por cuanto, establecen que debe existir disponibilidad presupuestaria y que las asignaciones de gastos registradas en cada partida presupuestaria constituyen el límite máximo para contraer compromisos y obligaciones.

El Subdirector de Contabilidad y Control Presupuestario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con oficio 21200000-219 de 26 de enero de 2012, sugirió a la Directora Económica Financiera:

“... Realizar un barrido de las asignaciones presupuestarias que al 31 de diciembre de 2011 no fueron ejecutados(sic) por las Unidades Médicas, reintegrar los recursos al grupo 52 Gastos Prestacionales del Presupuesto del Fondo de Salud Individual y Familiar.- Liberar aquellos compromisos presupuestarios que no se convirtieron en gasto efectivo y trasladarlos al grupo 52... Una vez concentrados los recursos... regularizar presupuestariamente en las partidas deficitarias de las Subdirecciones... en los montos que permitan las disponibilidades... para atender el pago de prestadores externos...”

El Jefe del Departamento Nacional de Presupuesto, con oficio 61110000-1053 de 12 de diciembre de 2012 informó a la Directora Económico Financiera, que:

“... antes de culminar el ejercicio económico del año 2011 los recursos presupuestarios no eran suficientes pero que ante todo primaba la salud y vida de los pacientes afiliados, beneficiarios y jubilados de la institución, por lo que no se podía paralizar las atenciones médicas, hecho que culminó en el sobregiro de las partidas presupuestarias que afrontan estos servicios...confiera su autorización a los movimientos presupuestarios planteados por la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar que representan únicamente ajustes entre las diferentes partidas de las Unidades Médicas y del Fondo de Salud por 128 338 759,05 USD.... Al realizar esta regulación presupuestaria... no afecta al presupuesto codificado del fondo del Seguro de Salud Individual y Familiar del año 2011, por otra parte tampoco representa nuevos compromisos u obligaciones...”

Estas reformas presupuestarias para la regularización de varias partidas del presupuesto del Fondo del Seguro General de Salud Individual y Familiar liquidado del año 2011 por 128 338 759,05 USD, fueron aprobadas por la Directora Económica Financiera con apostilla al margen superior derecho del oficio 61110000-1053 de 12 de diciembre de 2012.

Los recursos asignados en las partidas presupuestarias utilizadas para la cancelación a los prestadores privados resultaron insuficientes, debido a la ampliación de la cobertura de servicios de salud en febrero de 2011, por la incorporación de los hijos de

afiliados y de pensionistas de montepío por orfandad del IESS hasta los 18 años de edad, inclusión de las cónyuges o convivientes de afiliados y pensionistas, reducción a tres meses de aportes para acceder al derecho a la atención médica, y, el pago en esta provincia por servicios de salud de asegurados derivados desde otras Direcciones Provinciales, lo que ocasionó un incremento de los recursos inicialmente estimados en la proforma del año 2011, presentando los balances presupuestarios de compromisos y gastos definitivos de dicho año con saldo negativo por 56 452 647,37.USD, el cual se cubrió con un barrido de las asignaciones presupuestarias que al 31 de diciembre de 2011 no fueron ejecutadas por las unidades médicas a nivel nacional, reintegrando 128 338 759,05 USD al grupo 52 Gastos prestacionales del presupuesto del Fondo de Salud Individual y Familiar.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales del examen se dieron a conocer al Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-258 de 1 de julio de 2013; al Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, cuyo período de gestión fue del 11 de enero de 2008 al 23 de febrero de 2011, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-249 de 25 de junio de 2013; y, a la Analista Económico, con funciones de Coordinadora del Área de Presupuesto, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-242 de 24 de junio de 2013, a fin de que presenten sus opiniones y puntos de vista.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, en comunicación de 19 de agosto de 2013, manifestó:

“... por mandato legal se incrementó la cobertura de atención médica a los cónyuges e hijos menores... por la falta de infraestructura y de la capacidad de nuestras unidades y de poder dar cobertura a dicha demanda, fue su incremento.... originó el déficit presupuestario... no fue de mi competencia la elaboración del presupuesto en referencia, como tampoco del incremento sustancial de las prestaciones de servicios médicos... mi responsabilidad se centró en gestionar las acciones contables para cubrir los déficits, originados por los incrementos de los servicios médicos...”

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, cuyo período de gestión fue del 11 de enero de 2008 al 23 de febrero de 2011, en comunicación de 12 de julio de 2013 indicó:

“... motivó a que las mismas autoridades compren servicios con Hospital... para poder cubrir las decenas de miles de Atenciones... por tal motivo no había presupuesto que alcance, ya que la salud no es un bien que usted planifica... con la finalidad de cubrir la demanda insatisfecha... iniciando en Guayas la Extensión Horaria, desde las 08h00 a 20h00 con el mismo recurso humano y que luego se generalizó a nivel nacional... pero aun(sic) así la demanda insatisfecha era grande...era mi obligación como Médico y Administrador de la Aseguradora del Guayas; defender la Salud de los Asegurados, otorgándoles los Servicios Médicos Asistenciales necesarios y oportunos...”.

La Analista Económico, con funciones de Coordinadora del Área de Presupuesto, con oficios 21300900-PRESUP-45-A y 21300900-PRESUP-45 de 4 y 8 de julio de 2013, respectivamente, señaló:

“... El período analizado... han variado aspectos fundamentales para el desarrollo presupuestario, como ser políticas de estado incremento de población afiliada, incremento de población atendida, incremento de demanda de servicios médicos de salud por parte de afiliados, jubilados, hijos de afiliados, esposas de afiliados y jubilados, lo que en aspectos generales han ocasionado que en algunos casos las asignaciones aprobadas y aún las programadas resulten estrechas para atender la gran demanda... esta subdirección solicita en las proformas cantidades superiores a las que definitivamente se aprueban... con aplicación al presupuesto de esta jurisdicción se apliquen los egresos que corresponden por los pacientes derivados de las provincias de Manabí, Azuay, El Oro, etc. situaciones que hacen que las asignaciones programadas no soporten su impacto... si no se cuenta con suficientes recursos en las partidas presupuestarias, se dispuso gravar la DATA del programa de Presupuesto y entregar a la Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario... con el fin de que se registren los boletines en el Balance Liquidado 2011... Oficio No. 21200000-81 de 14 de enero 2013... Directora Económica Financiera, aprueba las reformas presupuestarias para la regularización de varias partidas del Presupuesto...”.

Las opiniones vertidas no modifican el criterio de auditoría, ratifican que los recursos presupuestarios no fueron suficientes para atender los pagos a los prestadores privados, debido a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y pese a que se efectuaron reformas a las asignaciones iniciales, el gasto efectivo fue superior a la asignación codificada del presupuesto, especialmente en el ejercicio económico 2011, en el que se produjo un déficit de 56 452 647,37 USD, que para cubrirlo se efectuó un barrido de las asignaciones presupuestarias no ejecutadas en las unidades médicas a nivel nacional.

Conclusión

A fin de atender el crecimiento de la demanda de atenciones médicas, debido a la ampliación de la cobertura de servicios de salud por la incorporación de los hijos de afiliados y de pensionistas de montepío por orfandad del IESS hasta los 18 años de edad, inclusión de las cónyuges y convivientes de afiliados y pensionistas, reducción a tres meses de aportes para acceder al derecho a la atención médica y por el pago en esta provincia de los servicios de salud de asegurados derivados desde otras Direcciones Provinciales, se efectuaron incrementos en los presupuestos de los años 2008 al 2011, que oscilaron entre el 9,658% y el 129,854%, cuyos valores considerados en la programación inicial resultaron insuficientes para cubrir las obligaciones de pago con los prestadores privados.

Recomendación

Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS en Guayas

19. Conjuntamente con la Coordinadora del Área de Presupuesto, elaborarán la programación presupuestaria, herramienta en la cual considerarán objetivos generales y específicos; parámetros como población asegurada adscrita; y, proyección de gastos, elementos que servirán para atender los pagos a los prestadores privados por atenciones médicas otorgadas a los asegurados y beneficiarios del IESS, situación que permitirá una ejecución presupuestaria apropiada y real.

No se dispone de información magnética con detalle de liquidaciones por asegurado

Los archivos informáticos por asegurado, correspondientes al período del 1 de enero de 2008 al 28 de febrero de 2011, que respaldan las liquidaciones y pagos efectuados a los prestadores privados por servicios de salud otorgados a los asegurados del IESS, fueron entregados extemporáneamente e incompletos por la Oficinista, en funciones como Coordinadora del Área de Facturación, desde el 1 de enero de 2007 al 28 de febrero de 2011, en las siguientes condiciones:

- Con oficios 21300900-UF-332-2011 y 21300900-UF-333-2011 de 28 de febrero de 2011, entregó en medio magnético al Subdirector Provincial de Salud Individual y

Familiar, el listado de los expedientes de las facturas de diciembre de 2010 a febrero de 2011, de todos los prestadores externos; sin embargo, la información de estos tres meses no contenía el detalle de pagos por afiliado, necesarios para el control posterior.

- En comunicación de 27 de diciembre de 2012, adjuntó 5 cds, de los cuales únicamente dos contenían el detalle de las facturas y pacientes atendidos por prestadores privados, correspondientes a los meses de septiembre a diciembre de 2010 y del call center en facturas de 6 de agosto a 20 de septiembre de 2010, los cuales no contenían todos los datos requeridos para su procesamiento, como son: fecha de atención y valores pagados, entre otros.

En relación a la información magnética del período del 1 de marzo al 31 de julio de 2011, el Asistente Administrativo, contratado, en funciones como Coordinador de Liquidación Financiera del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica de la Subdirección de Salud Individual y Familiar del Guayas, con período de gestión del 1 de marzo de 2011 al 30 de junio de 2012, entregó extemporáneamente archivos incompletos en medios digitales de algunos meses y únicamente de 26 prestadores, que remitió el Coordinador de dicha Área con oficio 21300900-PMED-1158 de 20 de junio de 2013.

La Oficinista, en funciones como Coordinadora del Área de Facturación, desde el 1 de enero de 2007 al 28 de febrero de 2011; y, el Asistente Administrativo contratado, como Coordinador de Liquidación Financiera del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica de la Subdirección de Salud Individual y Familiar del Guayas, con período de gestión del 1 de marzo de 2011 al 30 de junio de 2012, proporcionaron extemporáneamente y de manera incompleta la información digital que respaldan las liquidaciones de las atenciones médicas otorgadas por los prestadores privados a los asegurados, correspondientes al período del 1 de enero de 2008 al 31 de julio de 2011, lo que no permitió realizar el análisis y evaluación de la información digitalizada, hecho que limitó la acción de control por parte de auditoría para validar la confiabilidad de las operaciones procesadas por paciente, por el Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica en ese período, incumpliendo lo dispuesto en los artículos 40 Responsabilidad por acción u omisión; 76 Obligación de remitir información; 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) y número 3, letras a), d) y f); 88 Acceso irrestricto y declaraciones testimoniales, de la Ley Orgánica de la

Contraloría General del Estado; e inobservaron la Norma de Control Interno 210-04 Documentación de respaldo y su archivo, concordante con la actual Norma 405-04.

Cabe indicar, que los documentos físicos que sustentaron la información digital se mantuvieron en el archivo del área contable como soporte justificativo y comprobatorio de los pagos por las atenciones médicas otorgadas por los prestadores privados a los asegurados del IESS, lo que limitó el análisis al evidenciar casos en que con un solo boletín se canceló la atención de más de 1 000 pacientes, lo que imposibilitó efectuar una revisión manual por el volumen de información y documentación.

La Médico General, contratada, en funciones como Coordinadora del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, en comunicación de 9 de marzo de 2011, informó al Subdirector Provincial que:

“... los computadores funcionan adecuadamente, aunque se encontraban desconfigurados con las impresoras existentes y sin archivos de actividades anteriores... Existen numerosas perchas con documentación que no está rotulada y cuyo estado no es claro... En algunos archivadores se encontraron varios CD rotulados como información de los prestadores externos; el proceso de revisión de contenido avanza lentamente porque muchos de ellos se encuentran dañados, con defectos o simplemente se trata de cajas rotuladas vacías (sin disco)...”.

Hecho que lo ratificaron dos servidores del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, quienes con oficio IESS-R2-GCVP-2011-339 de 7 de noviembre de 2011, informaron al Subdirector Provincial que:

“... Desde marzo del 2011 que se inicia el proceso de evaluación de cuentas y pertinencia médica en la Subdirección... debemos indicar que no se encontraron archivos de respaldo de las actividades realizadas para el control de pago a proveedores del período anterior al inicio del nuevo sistema de evaluación; la administración anterior no realizó entrega – recepción de documentos ni archivos existentes...”.

El Médico General, contratado, en funciones como Coordinador de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con período de gestión del 14 de marzo al 30 de junio de 2012, en oficios 21300900-SM-153-2013 y 21300900-SM-158-2013 de 19 y 24 de junio de 2013, respectivamente, indicó:

“... ese período fueron trabajados en formato Excel,... Si bien se fijó fecha de entrega para los soportes del período previo, estas fueron solicitados(sic) al responsable en ese período, comprometiéndose a su entrega en la fecha indicada... la información del período comprendido entre marzo a julio del 2011 no me ha sido entregada y debe ser solicitada al coordinador financiero de esa época...”.

El Médico General, contratado, en funciones como Coordinador de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, cuyo período de gestión fue del 1 de noviembre de 2011 al 13 de marzo del 2012, con oficio 21300900-PMED-1158 de 20 de junio de 2013 manifestó:

“... la fecha propuesta la indicó el Ing... responsable de consolidar la información... razón por la cual fue la persona a quien se le solicitó la información...”.

Al respecto, adjuntó fotocopia del oficio 21300900-PMED2013-1141 de 21 de junio de 2013, con el cual el Asistente Administrativo, en funciones como Coordinador de Liquidación Financiera, proporcionó extemporáneamente información incompleta y señaló que muchos archivos se perdieron por virus en los computadores sin que exista respaldo digital.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la LOGGE y 22 de su Reglamento, los resultados provisionales se dieron a conocer a la Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Facturación, con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-130 de 5 de febrero de 2013 y 51000000-EE-PRESTADORES-181 de 30 de abril de 2013; y, Asistente Administrativo, contratado, con funciones de Coordinador de Liquidación Financiera del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-247 de 25 de junio de 2013, a fin de que presenten sus opiniones y puntos de vista.

La Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Facturación, en comunicaciones sin número de 1 de marzo y 9 de agosto de 2013, señaló:

“... Pese a que no me convocaron al acto de la entrega recepción, en virtud del inexplicable cese de mis funciones... cumplí con dicho procedimiento... mi gestión como líder del grupo de Facturación, no implicaba custodio o manejo del archivo de pago a prestadores... los computadores quedaron en perfectas condiciones... lo que entregué es lo único que tenía... la información que requieren deberá facilitarlas las áreas correspondientes... se realizó una gestión... para que tres (3) servidores hagan la recopilación de la información requerida... incluso se inició el trabajo desconociendo el por qué no continuó...”.

El Asistente Administrativo, contratado, con funciones de Coordinador de Liquidación Financiera del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, no emitió sus puntos de vista hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados.

Lo expuesto por esta servidora, no modifica el criterio de auditoría, por las evidencias entregadas y sus opiniones ratifican que la escasa información digital que entregó al equipo de Auditoría fue incompleta, a destiempo y sin que guarde relación con los requerimientos solicitados.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 23 de agosto de 2013, se recibieron las siguientes opiniones:

La Oficinista, con funciones de Coordinadora del Área de Facturación, en comunicación de 30 de agosto de 2013 manifestó:

“... los documentos de soporte... constan en los archivos del área contable... el volumen de la documentación que genera la prestación de servicios médicos a los asegurados, limitó o imposibilitó su revisión manual, no es una deficiencia atribuida a la infrascrita... la documentación que genera los pagos realizados a los prestadores externos, correspondiente al año 2007 fueron realizados por las propias unidades médicas del IESS... Si bien es verdad que en una misma factura consta el pago por la atención de varios pacientes, no es menos cierto que existe una carpeta individual por cada uno de ellos... aclarando que no existe un programa sistematizado de liquidaciones...”

El Asistente Administrativo contratado, con funciones de Coordinador de Liquidación Financiera del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, en comunicación de 30 de agosto de 2013 indicó:

“... yo no era máxima autoridad para poder implementar y aplicar políticas de archivo y no se contaba con soportes informáticos en las computadoras por parte de la Subdirección, se hizo respaldo en las propias computadoras mismo de las instituciones pero esa información se dañó por virus informáticos...no existe... normativa que indique que la entrega de la información a destiempo sea considerada como negativa a la entrega de la misma...”

La versión emitida por los referidos servidores, quienes no aportaron con nuevos elementos sobre el hecho, ratifica lo comentado, puesto que se proporcionó parcialmente y de manera inoportunamente el detalle de liquidaciones y pagos del período de 1 de enero de 2008 al 31 de julio de 2011, requerida en medios magnéticos de manera oportuna por el equipo de Auditoría.

Conclusión

La Oficinista, en funciones como Coordinadora del Área de Facturación; y, el Asistente Administrativo, contratado, en funciones como Coordinador de Liquidación Financiera

del Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, proporcionaron extemporáneamente y de manera incompleta la información digital que respaldan las liquidaciones de las atenciones médicas otorgadas por los prestadores privados a los asegurados, correspondientes al período del 1 de enero de 2008 al 31 de julio de 2011, lo que no permitió realizar un análisis y evaluación de la información, limitando la acción de control de auditoría.

Recomendación

Al Coordinador del Área Informática de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas

20. Implementará un servidor de archivos digitales, en el cual se crearán carpetas compartidas para el Área de Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica, las que servirán para el almacenamiento de toda la información que genera esta Unidad, producto de las liquidaciones por atenciones médicas brindadas por prestadores privados y serán respaldadas periódicamente en medios magnéticos externos.

Archivos físicos se mantienen en desorden y en condiciones insalubres

El archivo de la documentación financiera, expedientes médicos y de contratación, que respaldaron los procesos de contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud brindados a los asegurados al IESS, se mantuvo en desorden y en condiciones insalubres, debido a que no se implementó un sistema apropiado de archivos ni se efectuó el trámite para disponer de espacios físicos adecuados para los archivos contables de la Subdirección y de los expedientes médicos que entregan los prestadores privados por cada paciente; tampoco se aplicaron procedimientos adecuados para la conservación y mantenimiento de los archivos, lo que originó las siguientes deficiencias:

- Los expedientes médicos de cada paciente atendido por los prestadores privados, entregados al Área de Pertinencia Documental y que respaldaron los servicios otorgados del 2007 al 2011, se encontraron archivados en varias bodegas y áreas de la Subdirección, en lugares inapropiados y abiertos como son los corredores del edificio por los cuales transita el público y personal de la entidad; otros están amontonados en el antiguo auditorio, lugar que presenta deficiencias en cuanto a higiene y limpieza, por lo que éstos están con polvo, basura, excrementos de

roedores, papeles en descomposición por la humedad; etc, lo que dificultó su ubicación, identificación y control, adicionalmente no se encuentran foliados, inventariados, clasificados, ordenados e identificados adecuadamente y para asegurarlos varios están atados con ligas o piolas; tampoco se designó a un custodio para su organización y manejo; esta situación no permitió ubicar 16 expedientes médicos que fueron requeridos por auditoría, según Anexo 7, y que documentan los servicios otorgados a los asegurados del IESS por 805 338,78 USD; sin embargo, la documentación sustentatoria del pago como: boletín de egreso, factura, certificación presupuestaria y resumen mensual de pacientes atendidos, constan en los archivos del área de Contabilidad, no así los expedientes médicos que se almacenan por separado, según se evidencia:



Este hecho fue corroborado con la falta de entrega de 19 expedientes médicos de pacientes del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo que fueron derivados a clínicas privadas, los cuales fueron requeridos con oficios 51000000-EE-PRESTADORES-374 de 16 de julio de 2015 e insistencia 51000000-EE-PRESTADORES-395 de 6 de agosto de 2015.

- Los boletines de pago del 2011, no estuvieron clasificados ni ordenados cronológicamente en el archivo contable.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 11 de enero de 2008 al 23 de febrero de 2011; y, el Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no implementaron un sistema de archivos ni efectuaron el trámite para disponer de espacios físicos adecuados para los archivos contables y de expedientes médicos que entregan los prestadores privados, así como de procedimientos adecuados para la conservación y mantenimiento de los archivos; tampoco dispusieron al Administrador de esa unidad, a fin de que presente una propuesta que identifique las áreas del edificio o aledaños que pueden ser utilizadas para ampliar el archivo contable y de expedientes médicos, sitios que cumplan con las condiciones de seguridad, iluminación, ventilación e higiene y mobiliario suficiente para su almacenamiento, situación que no permitió que la documentación se mantenga de manera adecuada y facilite su verificación, comprobación y análisis posterior, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 77 Máximas autoridades, titulares y responsables, número 2, letra a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron la Norma de Control Interno 210-04 Documentación de respaldo y su archivo, concordante con la actual norma 405-04.

La Subdirectora Provincial de Salud Individual y Familiar, en funciones, con oficios 21300900-ADM-5 y 21300900.PLANIF-74 de 24 de enero y 28 de junio de 2013, respectivamente, señaló:

“... Administrador de esta dependencia... me informaba el estado en que había encontrado las bodegas de archivo de documentación, ubicada en la planta baja en espacio que se conoce como archivo contable y en la planta alta en el Área que antes funcionaba un auditorio... llegaba a las siguientes recomendaciones:.- Necesidad de mayor capacidad física para utilizarla como bodega de archivos.- Necesidad de iniciar un proceso de organización básica y gestión de archivos a la brevedad posible.- Necesidad de recursos humanos para esta gestión... se ha diseñado junto con los coordinadores de las Áreas relacionadas a este tema, un Plan de Acción que tiene como objetivo clasificar, y ordenar cronológicamente la documentación contable correspondiente al año 2011... se solicitó a la Dirección Provincial del IESS, se nos apruebe la utilización del local conocido como Guardería Infantil Docencia Médica, ubicado frente al parqueo(sic) de nuestras instalaciones... ya está siendo utilizado en parte para el almacenamiento de los documentos en cajas de cartón que también fueron adquiridas para el efecto...”.

De conformidad a lo que disponen los artículos 90 de la LOCGE y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales del presente examen al Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-

246 de 24 de junio de 2013; Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, cuyo período de gestión fue del 11 de enero de 2008 al 23 de febrero de 2011, con oficio 51000000-EE-PRESTADORES-237 de 24 de junio de 2013, a fin de que presenten sus opiniones y puntos de vista.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, con período de gestión del 24 de febrero de 2011 al 10 de enero de 2012, no emitió sus puntos de vista hasta el 23 de agosto de 2013, fecha de la conferencia final de comunicación de resultados.

El Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar, cuyo período de gestión fue del 11 de enero de 2008 al 23 de febrero de 2011, en comunicación de 12 de julio de 2013 indicó:

“... se estableció un sistema para el archivo y la custodia de los registros informáticos, además, me preocupé por brindarles una capacidad instalada muy amplia, con archivadores suficientes para que los documentos estén debidamente ordenados... los responsables directos del archivo... son quienes deberían dar fe de lo solicitado...”.

Lo expuesto por el servidor con relación al hecho comentado, no está acorde con las condiciones existentes en el manejo del archivo de la documentación que sustentan los pagos de los prestadores privados; incluso se diseñó un plan de acción cuyo objetivo es clasificar y ordenar cronológicamente la documentación contable correspondiente al 2011.

Conclusión

El espacio físico inadecuado con que cuenta la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar para el archivo de la documentación contable y expedientes médicos entregados por los prestadores privados, ocasionó que los documentos se encuentren apilados, en desorden, deteriorados y dispersos en diferentes áreas del edificio; por lo que dieciséis expedientes médicos por atenciones otorgadas a los asegurados por 805 338,78 USD, requeridos por auditoría, no se localizaron dada la dificultad para su identificación y ubicación por las condiciones anotadas.

Recomendación

Al Director Provincial del IESS en Guayas

21. Dispondrá al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud en Guayas, delegue al Administrador de esa Subdirección, a fin de que presente una propuesta que identifique las áreas del edificio que pueden ser utilizadas para el archivo contable y expedientes médicos, las que tendrán condiciones de seguridad, iluminación, ventilación e higiene; así como, el mobiliario suficiente para su almacenamiento, situación que permitirá que la documentación se mantenga de manera adecuada y facilite su verificación, comprobación y análisis posterior; una vez analizada dicha propuesta, viabilizará su ejecución.

Atentamente,
Dios, Patria y Libertad

Eco. Vicente Saavedra Alberca
AUDITOR INTERNO JEFE
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL