



## **CAPÍTULO I**

### **INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**

#### **Motivo del examen**

El examen especial al Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar de la Dirección Provincial del IESS El Oro, se realizó con cargo al plan de control del año 2013 de la Unidad de Auditoría Interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y en cumplimiento a la orden de trabajo 12921-14-2013 de 7 de agosto de 2013, emitida por el Auditor Interno Jefe.

#### **Objetivos del examen**

Los objetivos generales del examen son:

- Establecer la legalidad, propiedad y veracidad de las operaciones relacionadas con la contratación y pago a prestadores privados de servicios de salud a los afiliados y pensionistas.
- Determinar el cumplimiento de la normativa vigente en las adquisiciones de equipos para el Seguro de Individual y Familiar en la Dirección Provincial del IESS El Oro.

#### **Alcance del examen**

Se analizaron los procesos de contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud a los afiliados y pensionistas; y el proceso precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de equipos para el Seguro Médico de Salud Individual y Familiar en la Dirección Provincial del IESS El Oro, por el período comprendido entre el 2 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2013, así como la determinación, cálculo, liquidación y cobro de las responsabilidades patronales producidas por las atenciones médicas o de maternidad.

## **Limitación al alcance**

No se analizó el proceso de pagos de las atenciones médicas otorgados por los prestadores privados en el año 2009, debido a la desorganización del archivo contable, la muestra solicitada no fue entregada oportunamente.

## **Base legal**

Con Decreto Supremo 517 de septiembre de 1963, se fusionaron la Caja de Pensiones y la Caja del Seguro para conformar la Caja Nacional del Seguro Social, que junto al Departamento Médico, quedaron bajo la supervisión del Instituto Nacional de Previsión, el mismo que se suprimió con Decreto Supremo 9 de 23 de junio de 1970, publicado en el R.O. 6 de 29 de junio de 1970.

Con Decreto Supremo 40 de 2 de julio de 1970, publicado en el R.O. 15 de 10 de julio de 1970, se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y continúa vigente con la Ley de Seguridad Social de 13 de noviembre de 2001.

## **Estructura orgánica**

Los niveles que tienen relación con el Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar, son los siguientes:

<b>Nivel de Gobierno</b>	Consejo Directivo
<b>Nivel de Dirección Superior</b>	Dirección General Direcciones Provinciales
<b>Nivel de Dirección Ejecutiva y Especializada</b>	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones
<b>Nivel de apoyo</b>	Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar (*)

A nivel de la Provincia de El Oro, el Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar cuenta con las siguientes áreas de trabajo:

- Contabilidad
- Presupuesto
- Calificación y Acreditación de prestadores privados
- Liquidación de atenciones médicas otorgadas por prestadores privados

(\*) Con Resolución C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, se expidió el nuevo Reglamento Orgánico Funcional del IESS, se reemplaza a las Unidades Provinciales del Seguro de Salud Individual y Familiar por Unidades Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud.

### **Objetivo de la entidad**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.

### **Monto de recursos examinados**

El monto de los recursos examinados asciende a 6 581 063,89 USD, según el siguiente detalle:

<b>RUBROS</b>	<b>2009 USD</b>	<b>2010 USD</b>	<b>2011 USD</b>	<b>2012 USD</b>	<b>2013 (ene-jun) USD</b>	<b>TOTAL USD</b>
PAGOS A PRESTADORES	0,00	955 417,66	992 433,20	2 410 490,56	2 206 183,21	6 474 524,63
ADQUISICIONES DE EQUIPOS	2 690,00	6 025,34	3 773,92	3 000,00	1 050,00	16 539,26
<b>TOTAL POR AÑO USD</b>	<b>2 690,00</b>	<b>961 443,00</b>	<b>996 207,12</b>	<b>2 413 490,56</b>	<b>2 207 233,21</b>	<b>6 581 063,89</b>

### **Servidores relacionados**

La nómina de servidores relacionados que actuaron en el período examinado, consta en el Anexo 1 de este informe.

## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS DEL EXAMEN**

#### **Cumplimiento de recomendaciones**

La Contraloría General del Estado y la Auditoría Interna del IESS, no practicaron en el Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar El Oro, exámenes especiales o auditorías al proceso de contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud a afiliados y pensionistas; y, al proceso precontractual, contractual y de ejecución de las adquisiciones de equipos.

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

La Secretaria de la Jefatura Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar - El Oro, es quien recepta la solicitud de procedimientos u orden de transferencia suscrita por el Director de la Unidad Médica del IESS y el Jefe del Departamento de Seguro de Salud, designa al prestador privado con convenio que brindará 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, solicitan la autorización a la Subdirección Provincial del Seguro de Salud.

La Secretaria de la Jefatura Provincial del Seguro de Salud, es la responsable de receptar mensualmente la solicitud de pago del prestador privado, junto con la documentación física y magnética, que sustentan la atención brindada; verifica que la cantidad de expedientes sea igual a la que consta en la solicitud de pago; si la documentación está correcta remite previa autorización del Jefe Departamental al área de Liquidación.

En el área de Liquidación, efectúan la revisión documental preliminar, cargan el archivo magnético al Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM, en vigencia desde agosto de 2011), verifica la conformidad del mes de atención, códigos, tipo de

afiliación y que los valores estén conforme al tarifario institucional; emite el documento de recepción de solicitud de pago, asigna el número de trámite con el que se identificará y con los expedientes trasladada al área de Pertinencia Médica.

En el área de Pertinencia Médica, efectúa la revisión documental definitiva y la auditoría médica (revisión técnico médica) de los expedientes, para la determinación de los valores a pagar, con notas de observación, remiten al área de liquidación las planillas auditadas.

En el área de Liquidación, una vez corregido lo observado por Pertinencia Médica, remiten las planillas auditadas y liquidadas a la Jefatura Provincial y al Médico Supervisor que auditó para sus correspondientes firmas. Estas planillas son enviadas por correo electrónico a los prestadores externos dando a conocer los valores aprobados y objetados, para que envíen la factura con el valor aprobado, y por las objeciones encontradas procedan a la justificación y levantamiento de las mismas.

El Jefe del Departamento del Seguro de Salud Individual y Familiar, solicita al Subdirector de Servicios Internos de El Oro, que en calidad de ordenador de pagos, disponga la cancelación a través de la Tesorería Provincial.

### **Prestadores privados otorgaron servicios de salud sin acreditación vigente**

Los certificados de acreditación que calificaron como prestadores de servicios de salud privados a Medicopharma S.A. – Oro Dial y Ruthy Cía. Ltda. Clínica de Traumatología, vencieron el 4 de mayo de 2013 y el 2 de abril de 2012, respectivamente.

Existen informes de inspecciones realizadas a las dos unidades médicas, y comunicaciones mediante las cuales los dos prestadores señalaron haber entregado ciertos requisitos; sin embargo, no se evidenció que el Jefe del Departamento Provincial y el Tecnólogo Responsable del proceso de calificación para la acreditación, realizaran gestiones para la re-acreditación de los citados prestadores privados ante el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, titular de la Comisión de Acreditación y el Tecnólogo Responsable del proceso de

calificación para la acreditación, en sus períodos de gestión desde el 2 de enero de 2009 hasta el 30 de junio de 2013, incumplieron el artículo 40 Responsabilidad por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; artículos 17 Seguimiento y 18 Plazo de la Resolución C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, la letra i) del artículo 3 Definiciones del Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados del IESS constante en la Resolución C.D. 308 de 10 de marzo de 2010; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, el Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, titular de la Comisión de Acreditación y el Tecnólogo Responsable del proceso de acreditación, están incurso en la letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

La Resolución C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003 que contiene las Normas Técnicas y Criterios para la Calificación de Nivel de Complejidad en las Unidades Médicas del IESS y Acreditación de las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud, señalan:

*“...Art. 17 SEGUIMIENTO.- Las Subdirecciones... y las Jefaturas de Prestaciones de Salud, serán responsables de efectuar un control periódico... del grado de cumplimiento de cada prestador.- Art. 18 PLAZO.- La acreditación regirá por un plazo de tres (3) años, luego de los cuales el prestador deberá ser nuevamente acreditado...”.*

Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los asegurados del IESS, emitido con Resolución CD. 308 del 10 de marzo de 2010, en su artículo 3 señala:

*“... Artículo 3.- Definiciones: ... i) **Calificación/Acreditación de los prestadores.-** Una comisión especializada a cargo de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de sus dependencias (Subdirecciones y Jefaturas)... calificará/acreditará a los prestadores...”.*

La falta de re-acreditación oportuna a Medicopharma S.A. - Oro Dial y Ruthy Cía. Ltda. Clínica de Traumatología, ocasionó que estos prestadores privados brinden servicios médicos a los afiliados y beneficiarios del IESS, sin culminar el proceso de re-acreditación con la emisión de los correspondientes certificados que los acreditan como prestadores calificados para un nuevo período.

El Tecnólogo Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los prestadores de salud privados, con oficio 21010700-204 AUM de 26 de septiembre de 2013, indicó:

*“... el 17 de Mayo 2013 se procede a la Inspección de la empresa Medicopharma... el 15 de Mayo del 2012 se procede la inspección de la Clínica de Traumatología.- Medicopharma el día 27 de Mayo entrega algunos requerimientos (sic).- Para el caso de la clínica de traumatología el 18 de Mayo del año 12 se solicita mayor información...documentación que fue entregada de a poco durante el mismo año 12... con fecha 20 de Septiembre del presente año 2013 se presenta documentación complementaria.- quiero manifestar que independiente de la acreditación caducada del prestador se continuó derivando pacientes toda vez que esta unidad de negocio mantiene la mayor oferta en la cartera de servicios de Hospitalización y Procedimientos ambulatorios...”*

Conforme lo disponen los artículos 90 de Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-103 y 106 de 3 de octubre de 2013, los resultados provisionales al Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar y titular de la Comisión de Acreditación; y, al Tecnólogo Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los prestadores de salud privados, para que presente sus puntos de vista.

El Tecnólogo Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los prestadores de salud privados, con oficio 21010700-210 AUM de 9 de octubre de 2013, manifestó:

*“... Caso Clínica de Traumatología. Con fecha 1 de febrero del año 2012... es notificada que el 2 de abril del 2012 se cumple el período de acreditación y que inicie el nuevo proceso de Re acreditación.- Con fecha 10 de mayo del 2012... el jefe provincial... dispone a la comisión proceda con la inspección de la unidad de negocio mencionada, actividad cumplida el 7 del mismo mes.- el 25 de mayo... se notifica que la clínica... no ha presentado la documentación solicitada en el Proceso de Re acreditación.- Finalmente de manera extemporánea a los tiempos previstos para la Acreditación, se procede a la elaboración de las actas que fueron entregadas en su momento faltando la emisión del certificado por una consulta a nivel central.- Con respecto a la Empresa Medico Pharma Orodial está fue acreditada y se presentaron las actas... faltando, la Emisión del Certificado de Acreditación, que en su momento solicitamos información... al responsable en la Subdirección de Aseguramiento y Control en el sentido de, si se emite un nuevo documento (diploma) o se continúa con el emitido en el nivel central. Esta consulta también incluía a la Clínica de Traumatología pero nunca tuvimos respuesta...”*

El Jefe del Departamento Provincial con oficio 21010700-1821 de 14 de octubre de 2013, expresó:



*“... con... fecha 10 de mayo, convoco a los miembros de la Comisión de Acreditación para que realice (sic) la Inspección... Con fecha 25 de mayo... el Responsable de Acreditación... comunica que la clínica aún no presenta la documentación solicitada.- Con fecha 31 de mayo del 2012... insisto... cumplir con la entrega de la documentación para culminar el proceso.- la Clínica de Traumatología es la que mayor servicio brinda a los afiliados, debido a su estructura compleja, por lo que no se puede suspender dichos servicios.- Con fecha 21 de septiembre de 2012... el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar dispone: 1. Los contratos suscritos en los años 2009-2010-2011, se encuentran vigentes. 2. Las acreditaciones se encuentran extendidas hasta diciembre del 2013.- en la actualidad se encuentran terminados los procesos de acreditación de los prestadores Ruthy Cía. Ltda., Medicopharma S.A, por lo que se emitirán los Certificados correspondientes...”.*

Lo expuesto por el Jefe Provincial del Departamento y el Tecnólogo Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los servicios de salud a Medicopharma S.A. – Oro Dial y Ruthy Cía. Ltda. Clínica de Traumatología, no modifica el criterio de auditoría, en razón que se evidenció que estas dos empresas otorgaron servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del IESS con la acreditación vencida, sin que se culminen las gestiones administrativas.

### **Conclusión**

El Jefe del Departamento Provincial y el Tecnólogo no realizaron las gestiones oportunas para la re-acreditación de Medicopharma S.A. - Oro Dial y Ruthy Cía. Ltda. Clínica de Traumatología, lo que ocasionó que estos prestadores privados brinden servicios médicos a los afiliados y beneficiarios del IESS, sin culminar el proceso de re-acreditación de la emisión de los correspondientes certificados que los acrediten como prestadores calificados para el nuevo período.

### **Hecho subsecuente**

El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, con oficio 21010700-1993 de 4 de noviembre de 2013 adjuntó copia de los Certificados de Acreditación con código 07010003 y 0706-0001 emitidos con fechas 25 de octubre de 2013 a favor de Ruthy Cía. Ltda. Clínica de Traumatología y Medicopharma; así mismo, con oficio 21010700-1954 de 31 de octubre de 2013 dispuso al Tecnólogo Responsable del Proceso de Acreditación, realizar controles trimestrales sobre los vencimientos de cada prestador con el fin de notificar a los prestadores con un tiempo

prudente para que realicen las gestiones pertinentes y emitan la documentación ordenada y completa a la Unidad Provincial del Seguro de Salud.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

1. Dispondrá y vigilará que los responsables del proceso de acreditación de prestadores de salud privados, realicen las gestiones pertinentes oportunas, a fin de evitar que las casas de salud operen sin documentación vigente, y que estos puedan otorgar servicios médicos a afiliados del IESS acorde al nivel de complejidad que les correspondan y estén legalmente habilitados como tales.

#### **No se dispone de estadísticas de las derivaciones a prestadores privados**

El Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar, no cuenta con un registro estadístico, con el cual se controle la cantidad de pacientes que se derivan a cada uno de los prestadores de salud privados que tienen contrato con el IESS. Tampoco se designó e instruyó a ningún servidor de esa dependencia para llevar el referido control.

Desde el año 2004, se aplica para la derivación a los prestadores privados, la hoja de "*Transferencia de pacientes a Unidades Privadas*", documento en el cual se registran todas las firmas de autorización, incluyendo la vigencia de derechos; este formulario complementó el formato M.S.P HCU Forma 006, que anteriormente se denominaba "Epicrisis y/o Transferencias", actualmente SMS-MSP/HCU-Form.053/2008 "Referencia", donde sólo se registra la firma del médico tratante. Los dos formularios forman parte de los expedientes de los pacientes atendidos por los prestadores privados, que sirvieron de soporte para el pago de servicios de salud brindados.

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, en su período de gestión comprendido del 2 de enero de 2009 al 30 de junio de 2013, incumplió el artículo 40 Responsabilidad por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y número 18 del artículo 34 Responsabilidades de las

Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar de la Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, que guarda relación con la obligación de llevar el registro de las referencias y contrareferencias; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, está incurso en la letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

La falta de un registro estadístico de derivación de pacientes por prestador de salud externo, no permitió conocer la cantidad de pacientes transferidos, exceptuando los casos de emergencia; y, además, documentos que sirven de soporte para el pago de los servicios de salud.

El Jefe del Departamento Provincial con oficio 21010700-1658 del 23 de septiembre de 2013, ratificó la ausencia del control de derivaciones de pacientes a los prestadores privados de salud, al indicar:

*“... aunque se ha generado un sistema para realizar el ingreso de las transferencias... no se pudo ser constante al consolidar dicha información... pero todas las copias de las transferencias reposan en el archivo clasificadas por mes.- hemos acordado llevar un sistema de control estadístico... y al final del mes proceder a consolidar en un archivo de Excel el número de derivaciones realizadas por prestador.- entrará en vigencia desde el 01 de Octubre del presente año...”.*

Conforme disponen los artículos 90 de Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-086 de 26 de septiembre de 2013, los resultados provisionales al Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, quien con oficio 21010700-1734 del 2 de octubre de 2013, expresó:

*“... las copias de transferencias a pacientes derivados a Unidades Privadas, estas se encuentran encajonadas y embodegadas por mes, por lo que he dispuesto.- 1. Ordenar y archivar por mes y Prestador donde es derivado.- 2. Al final de cada mes se procederá a consolidar en un archivo Excel, así mismo por mes y prestador...”.*

Para el equipo de auditoría, la respuesta del Jefe departamental, no desvirtúa los hechos revelados, por cuanto era su deber asignar e instruir a un servidor del departamento para que lleve el control y emita informes sobre las derivaciones a prestadores de salud privados.

## **Conclusión**

El Jefe del Departamento Provincial no designó ni instruyó a un servidor para llevar el registro estadístico de las derivaciones de pacientes a prestadores de salud privados, lo que originó se desconozca el número de pacientes transferidos a cada uno de éstos centros de salud.

### **Hecho subsecuente**

El Jefe de la Unidad Provincial del Seguro de Salud El Oro, con oficio 21010700-1960 de 31 de octubre de 2013, remitió copias del oficio 21010700-1958 de la misma fecha, con el cual delegó a dos servidores de esa Unidad para que lleven el control y registro de las derivaciones de pacientes a los prestadores de salud, debiendo emitir reportes mensuales que permitirán llevar la información consolidada y obtener datos estadísticos y porcentuales.

### **Recomendaciones**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

2. Implementará registros estadísticos que permitan controlar la cantidad de pacientes que se derivan a los prestadores de salud privados contratados por el IESS, documentos en los cuales se describirán los nombres completos, número de cédula de ciudadanía del paciente y beneficiario, en caso de menores de edad o conyugue; fecha de la transferencia; prestador de salud al que se deriva, causa por la cual se deriva y tipo de beneficiario.
3. Designará a un servidor para que efectúe el control y seguimiento mensual de la información que genere estos registros, la que contendrá los porcentajes de derivaciones por prestador, y motivos que inciden para la derivación a las unidades médicas privadas.

#### **Prestadores privados no presentaron oportunamente la documentación de los servicios de salud**

En la base de datos del SOAM se determinó que la Clínica de Traumatología – Ruthy Cía Ltda. y Clínica Jesús de Nazareth - Clijena Cía. Ltda., no presentaron al IESS las planillas y la documentación de sustento para el pago por atenciones médicas de hospitalización y consulta externa brindadas a los beneficiarios del IESS, en el período del 1 de septiembre de 2012 al 30 de junio de 2013 y desde 1 de junio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013, respectivamente. Con relación a la Clínica Clijena Cía. Ltda., existen prefacturas de meses anteriores a este período, que tampoco fueron presentadas para el cobro.

La Asistente Administrativa Responsable de Presupuesto en oficio 21010700P-096 de 20 de agosto de 2012, puso a conocimiento del Jefe del Departamento, que la falta oportuna de remisión documental de las atenciones médicas por parte de las clínicas privadas, estaba incidiendo en los justificativos para la elaboración de la proforma presupuestaria del año 2013, señalando que el porcentaje de utilización de los valores de las partidas que corresponden a pago de prestadores externos del año 2012 no rebasaba el 12%, que a esa fecha aún se cancelaba con lo aprovisionado, lo que se debía del año 2011.

Con oficio 21010700-0132-PRES de 7 de noviembre de 2012 informó que a Ruthy se canceló de enero a octubre de 2011 y a Clijena de enero a agosto de 2011, por lo que solicitó se conceda un plazo a estos prestadores para que presenten las facturas de todo lo adeudado en el año 2012, sin que el Jefe departamental, realice gestiones para que estas clínicas presenten oportunamente sus prefacturas.

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, en su período de gestión comprendido del 2 de enero de 2009 al 30 de junio de 2013, incumplió el artículo 40 Responsabilidad por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; número 9 del artículo 34 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; y, los números 6.01 y 6.04 de las Cláusulas Sexta Obligaciones del IESS de los Contratos 211000000-892-2009, suscrito por Ruthy Cía. Ltda. – Clínica de Traumatología el 15 de octubre de 2009 y Contrato 21000000-UJ-064-2011, suscrito por Clijena Cía. Ltda. (Clínica Jesús de Nazareth) el 1 de abril de 2011; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, está incurso en la

letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

El número 9 del artículo 34 Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar de la Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, indica:

*“... La supervisión del cumplimiento de los contratos de seguro colectivo de asistencia médica, suscritos por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar...”.*

El contrato 211000000-892-2009, suscrito por Ruthy Cía. Ltda. – Clínica de Traumatología, suscrito el 15 de octubre de 2009, señala:

**CUARTA: PRECIO Y FORMA DE PAGO.-**

*“... 4.03. EL PRESTADOR presentará al IESS la solicitud para la cancelación de las facturas del mes precedente dentro de los primeros diez (10) días laborables del mes siguiente. El Instituto procederá a la cancelación luego de la respectiva revisión y se cursará la orden de pago dentro de un máximo de 30 días calendario posterior a la entrega de la documentación y de la verificación de la auditoría de facturación... En el caso de la aceptación de una apelación por factura, el pago se realizará en un máximo de 30 días posteriores a la fecha del reclamo...”.*

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL IESS.-**

*“... 6.01. EL IESS, a través de la Subdirección de (sic) Provincial de Salud y Jefes Departamentales de Salud es el responsable de la administración, vigilancia y control de este Contrato...”.*

El contrato 21000000-UJ-064-2011, suscrito por por Clijena Cía. Ltda. (Clínica Jesús de Nazareth) el 1 de abril de 2011, indica:

**CUARTA: PRECIO Y FORMA DE PAGO.-**

*“... 4.05. EL PRESTADOR presentará al IESS una solicitud mensual para la cancelación de las facturas del servicio otorgado, dentro de los primeros (5) días laborables del mes siguiente. El Instituto procederá a pagarlas luego de la respectiva revisión. La orden de pago se efectuará hasta en un máximo de treinta (30) días posterior a la entrega de la documentación... 4.06. En el caso, de existir observaciones a las facturas y/o a la documentación anexa, el IESS en el término de cinco (5) días solicitará al PRESTADOR rectifique las novedades requeridas, luego de corregidas el IESS efectuará el pago hasta en un máximo de quince días (15) días posterior a la entrega de la documentación...”.*

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL IESS.-**

*“... 6.01. EL IESS, a través de la Subdirección o Jefatura Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar respectiva, es el responsable de la administración y control de la correcta ejecución de este Contrato... 6.04.*

*Evaluar, auditar, controlar y verificar el cumplimiento de las obligaciones del Prestador estipuladas en este instrumento, al igual que los servicios de calidad...”.*

El Jefe del Departamento Provincial, como responsable de la administración y vigilancia de los contratos, no ejerció ningún control para que los prestadores privados presenten oportunamente al IESS las planillas y la documentación de soporte de las atenciones médicas otorgadas a sus afiliados y beneficiarios del IESS para el pago correspondiente, lo que dio como consecuencia que las cuentas por pagar a los afiliados se encuentren acumuladas desde el 2011, se desconozca el valor adeudado y que las provisiones efectuadas para cumplir con estas obligaciones no se encuentren sustentadas, generando un descontrol en el manejo de las cuentas por pagar a prestadores de los balances contables e incidiendo en la elaboración de la proforma presupuestaria.

El Médico Supervisor y Liquidadora del Seguro de Salud Individual y Familiar, en oficio 21010700-L-056 de 29 de agosto de 2013, indicaron:

*“... CLIJENA CÍA. LTDA... no es ordenado en la presentación de los expedientes de manera cronológica, por cuanto los expedientes que presentan son desordenados, es decir corresponden a diferentes fechas de atención médica, no suelen traer por mes y año de atención, sino que presentan carpetas de expedientes de meses y años diferentes... RUTHY ha presentado sus expedientes de atenciones hasta el mes de Agosto del 2012; Ecografías Junio 2013... no ha presentado Mayo 2013 y lo referente a TAC y RMN hasta Marzo 2013...”.*

El Gerente General de Clínica de Traumatología – Ruthy Cía. Ltda., en comunicación de 29 de agosto de 2013, señaló:

*“... Nos hace falta presentar.- Hospitalización, cirugía, terapia intensiva y neonatología desde septiembre 2012 hasta la presente fecha.- Consultas externas de septiembre 2012 hasta la presente fecha.- Ecocardiogramas, ecocardiografía, prueba de esfuerzo desde junio 2012 hasta la presente fecha.- Tomografía, resonancia y rayos x desde abril 2013 hasta la presente fecha.- Ecografías desde mayo 2013 hasta la presente fecha.- Litoptricia desde abril 2013 hasta la presente fecha.- Ambulancias desde enero 2012 hasta la presente fecha...”.*

El Representante legal de la Clínica Jesús de Nazareth - Clijena Cía. Ltda., con comunicaciones de 11 y 18 de septiembre de 2013, expuso:

*“... hago llegar información solicitada.- Presentación de Expedientes: desde junio hasta diciembre de 2012; y, desde enero hasta agosto de 2013; además de mantener documentos rezagados por entregar de atenciones médicas de los meses de mayo, junio, julio, septiembre y diciembre de 2011; febrero, mayo, junio y diciembre de 2012; y, marzo de 2013...”.*

Conforme disponen los artículos 90 de Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-095 de 26 de septiembre de 2013, los resultados provisionales al Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, para que presente sus puntos de vista, sin que hasta el 28 de octubre de 2013, fecha de la comunicación de resultados del borrador del informe presente sus argumentos.

El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, posterior a la conferencia final de la lectura del borrador del informe, con oficio 21010700-1971 de 4 de noviembre de 2013, adjuntó comunicaciones cursadas a los prestadores externos relacionadas a capacitaciones orientados a la presentación de los expedientes y archivos planos para llevar un mejor control de la emisión de las planillas; reuniones de trabajo; y, requiriendo montos adeudados por atenciones médicas que no fueron presentadas al IESS, manifestando además que:

*“... en calidad de administrador de los contratos, he velado por el cabal cumplimiento de los mismos... he brindado todas las facilidades del caso... informando oportunamente sobre cambios o disposiciones del nivel central... como por ejemplo remitiendo nuevos tarifarios y su aplicación... Instructivo de Procedimientos para Prestadores Externos Individuales... Así también he organizado... capacitaciones constantes... y se orientó a los prestadores en la presentación de los expedientes y archivos planos...”*

Lo expuesto por el Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud El Oro, no varía el criterio de auditoría en razón que no conminó a los prestadores privados para que presenten oportunamente para el pago, los expedientes por atenciones médicas otorgados a los afiliados y beneficiarios del IESS, pues las gestiones administrativas que señaló haber efectuado, no tienen que ver con el requerimiento de la entrega de la documentación que respaldan los archivos planos.

## **Conclusión**

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, como responsable de la administración de los contratos, no ejerció un control adecuado sobre el cumplimiento de estos instrumentos legales, para que los prestadores privados Ruthy Cía. Ltda. y Clijena Cia. Ltda., entreguen al IESS oportunamente las facturas con la documentación que soportan las atenciones médicas otorgadas a sus afiliados y beneficiarios para el pago, lo que originó que los valores por pagar a los



prestadores se encuentren acumulados, se desconozca su monto y que las provisiones efectuadas no se encuentren liquidadas.

### **Hecho subsecuente**

El Jefe de la Unidad Provincial del Seguro de Salud El Oro, con oficio 21010700-1980 de 4 de noviembre de 2013, recordó a los prestadores externos la obligación que estipula el contrato que mantienen con el IESS, esto es la entrega oportuna de los expedientes de las atenciones médicas a efecto de evitar problemas futuros.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

4. Como administrador de los contratos, velará por el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato, y adoptará las acciones que sean necesarias para evitar retrasos injustificados en la presentación de las planillas por parte de los prestadores privados, situación que permitirá mantener un mejor control sobre las provisiones y las cuentas por pagar prestadores.

#### **Pagos por atenciones otorgadas a personas cuyas cédulas de ciudadanía no son válidas**

De 46 917 registros del Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM), entregados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar (DGSIF), con relación a los pagos realizados a prestadores privados en la Dirección Provincial del IESS El Oro, por concepto de atenciones médicas de los afiliados y beneficiarios del IESS, se desprendieron las siguientes novedades:

<b>Provincia</b>	<b>Tipo de error</b>	<b>Cantidad de registros</b>
El Oro	- Números de cédulas de ciudadanía con más de diez dígitos;	76
	- Número de cédulas de ciudadanía con menos de diez dígitos; y,	81

	- Números de cédulas de ciudadanía con dígitos de ceros.	2
	<b>TOTAL</b>	<b>159</b>

La Norma de Control Interno 410-05 Modelo de información organizacional, señala que: la institución debe definir lineamientos que permitan establecer la integridad, consistencia y exactitud en la información que se procesa en sus sistemas; así como, también la evaluación de sus mecanismos de validación y control.

Lo comentado se produjo por cuanto el SOAM no tiene controles de aplicación que permitan validar la entrada de datos, evidenciando que la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar a través de la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones no estableció un procedimiento formal para la revisión y evaluación de los resultados del uso del aplicativo informático, a fin de identificar posibles falencias del mismo; hechos que originaron que la información registrada no cumpla con los criterios de integridad y exactitud, con el consiguiente riesgo que la institución asuma obligaciones generadas en atenciones médicas de personas que no están bajo la cobertura del IESS.

### **Conclusión**

De 46 917 registros de pagos efectuados a prestadores privados se determinó que 159 atenciones corresponden a personas cuyas cédulas de ciudadanía no son válidas, con el consiguiente riesgo que la Institución no cuente con controles informáticos que aseguren que las obligaciones asumidas, estén bajo la cobertura del IESS.

### **Recomendación**

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

5. Dispondrá al Subdirector de Control del Seguro de Salud que, en coordinación con la Dirección Nacional de Tecnología de la Información diseñen los procedimientos para la revisión y evaluación de los resultados del uso del aplicativo informático para el diseño e implementación de los respectivos controles de aplicación que permitan validar la entrada de datos al SOAM, lo cual garantizará que el ingreso de los datos sea íntegro y confiable; o de ser el caso, se incluyan éstos controles en la nueva versión SOAM Web.

### **Saldos contables y presupuestarios no son consistentes**

La información de las partidas presupuestarias “Servicios prestados por particulares”, “Servicio de diálisis”, “Atención Médica a Jubilados”, y “Atención Médica Beneficiarios de Montepío” registrada en los balances presupuestarios (sistema Fox Pro) no es consistente con la que consta en los balances de comprobación de contabilidad (Dataflex), correspondiente a los años 2009, 2010, 2011 y 2012, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

<b>Años</b>	<b>Gasto efectivo (Presupuesto) A USD</b>	<b>Balance de comprobación B USD</b>	<b>Diferencias (A-B) USD</b>
2009	1 569 947,47	1 574 577,07	(4 629,60)
2010	2 428 760,26	3 250 224,35	(821 464,09)
2011	7 528 733,20	7 726 928,18	(198 194,98)
2012	10 263 809,97	10 436 014,71	(172 204,74)
<b>TOTAL USD</b>	<b>21 791 250,90</b>	<b>22 987 744,31</b>	<b>(1 196 493,41)</b>

La Analista Financiera, Responsable del Proceso Contable, en su respectivo período de gestión del 2 de enero de 2009 el 30 de junio de 2013, incumplió el artículo 40 Responsabilidad por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e, inobservó la Norma de Control Interno 210-06 Conciliación de los saldos de las cuentas, vigente hasta 13 diciembre de 2009 concordante con la NCI 405-06 Conciliación de los saldos de las cuentas, actual; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, está incurso en la letra a) del número 3 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

La Analista Financiera, Responsable del proceso contable, no concilió los saldos de las partidas de pagos a prestadores privados por atenciones médicas otorgadas a afiliados del IESS con los saldos contables, lo que ocasionó que no se conozcan las causas de las diferencias existentes entre los saldos de los balances presupuestarios y contables a fin de efectuar los correspondientes ajustes y/o regulaciones.

La Analista Financiera con oficio 21010700-C-0171 de 26 de septiembre de 2013, indicó:

*“... Como Responsable de Contabilidad a fin de mes entregaba... los Boletines de Egresos de todos los pagos... para que se ejecute el Gasto... nos reuníamos para hacer el cruce Contable Presupuestario... llevaba el registro en un cuaderno... En el año 2012, se comenzó a realizar el cruce Contable Presupuestario, de todo el año, en un formulario que nos remitió Quito...”*

Conforme lo disponen los artículos 90 de Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-088 de 26 de septiembre de 2013 a la Analista Financiera, Responsable de Contabilidad, los resultados provisionales, para que presente sus puntos de vista, sin que hasta el 28 de octubre de 2013, fecha de la conferencia final de la comunicación de resultados del borrador del informe presente sus argumentos.

### **Conclusión**

La Analista Financiera, no concilió los saldos de las partidas de pagos a prestadores privados por atenciones médicas otorgadas a afiliados y beneficiarios del IESS, con los saldos contables, lo que ocasionó que no se conozcan las causas de las diferencias existentes entre los saldos de los balances presupuestarios y contables, a fin de efectuar los correspondientes ajustes y/o regulaciones.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

6. Dispondrá y vigilará que la Analista Financiera, Responsable de Contabilidad concilie los registros contables con los presupuestarios, analice y efectúe un seguimiento de las diferencias encontradas, a fin de sustentar adecuadamente los asientos de ajustes y/o regulaciones respectivas, situación que permitirá reflejar la integración contable y presupuestaria de las operaciones financieras correspondiente a los prestadores privados y que la información financiera sea confiable.

**Programación presupuestaria de las partidas correspondientes a prestadores privados, no se ajustaron a las reales necesidades**

Se determinó que la proforma presupuestaria de las partidas “Atención Médica a Jubilados” y “Atención Médica Beneficiarios de Montepío” de los años 2010, 2011 y 2012, no se programó adecuadamente por lo que sus porcentajes de ejecución no fueron razonables, de acuerdo al siguiente cuadro:

Balance Presupuestario Año 2010	AÑO 2010					
	Proforma USD	Asignación Inicial USD	Asignación Codificada USD	Utilizado USD	% de Ejecución Asignación Codificada	% de Ejecución con relación a Proforma
Atención Médica a Jubilados	1 000 000	1 428 000	1 428 000	321 181,77	22,49	32,12
Atención Médica Beneficiarios de Montepío	500 000	500 000	500 000	1 683,25	0,34	0,34

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y la Asistente Administrativa, Responsable del Presupuesto, en sus períodos de gestión comprendidos del 2 de enero de 2009 hasta el 30 de junio de 2013, incumplieron la letra a) del artículo 12 Tiempos de control y 40 Responsabilidad por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; número 19 del artículo 34 Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar de la Resolución C.D. 021; e inobservaron la Norma de Control Interno 220-04 Control de la evaluación en la ejecución del presupuesto, vigente hasta el 13 de diciembre de 2009, concordante con la Norma de Control Interno 402-04 Control de la evaluación en la ejecución del presupuesto por resultados, actual; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, el Jefe del Departamento Provincial, está incurso en la letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y la Asistente Administrativa, Responsable del Presupuesto, está incurso en la letra a) del número 3 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

EL número 19 del artículo 34 Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar de la Resolución C.D. 021, indica:

*“... La formulación de la proforma, la ejecución y la liquidación anual del presupuesto del Seguro General de Salud Individual y Familiar para la circunscripción, en razón de la población asegurada inscrita, el registro de la recaudación de aportes, el perfil epidemiológico y demográfico de la población asegurada, las metas de cobertura y la capacidad instalada de oferta del Subsistema Zonal de Atención Médica Integral al que se encuentra vinculado la Unidad Provincial de Salud...”*

El Jefe del Departamento Provincial y la Asistente Administrativa, Responsable de Presupuesto, no realizaron una programación adecuada de la proforma presupuestaria de las partidas “Atención Médica a Jubilados” y “Atención Médica Beneficiarios de Montepío”, basados en parámetros como: población asegurada inscrita, registro de la recaudación de aportes, perfil epidemiológico y demográfico de la población asegurada, lo que originó que su porcentaje de ejecución no sea razonable.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales al Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-091 de 26 de septiembre de 2013 y a la Asistente Administrativa, Responsable de Presupuesto, con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-090 de 26 de septiembre de 2013, a fin de que presenten sus puntos de vista.

La Responsable de Presupuesto, con oficio 21010700-0449 de 17 de octubre de 2013, indicó:

*“... al hacerme cargo del Presupuesto de esta Unidad Provincial en el mes de Octubre/2008, la Proforma Presupuestaria del año 2009, ya había estado elaborada; la programación de los años 2010 al 2012, se realizó en coordinación con el jefe de esta jefatura...”*

Lo expuesto por la servidora de Presupuesto no modifica el criterio de auditoría, las asignaciones presupuestarias de las partidas “Atención Médica a Jubilados” y “Atención Médica Beneficiarios de Montepío”, con relación a los valores constantes en las proformas presupuestarias del ejercicio económico 2010, no responden a reales compromisos generados para los pagos a prestadores privados, debido a que las proformas presupuestarias no fueron programadas adecuadamente, por lo que estas partidas resultaron estar subestimadas; similar situación se dio en los años 2011 y 2012, que de no efectuar los traspasos a otras partidas en porcentajes que oscilaron en promedio del 52% y 99% respectivamente, su porcentaje de ejecución no hubiese sido el 100%.

El Jefe del Departamento Provincial, hasta el 28 de octubre de 2013, fecha de la conferencia final de la comunicación de resultados del borrador del informe no presentó sus argumentos.

Posterior a la conferencia final de la lectura del borrador del informe, con oficio 21010700-0528 de 31 de octubre de 2013, la Responsable de Presupuesto expuso que lo programado en las proformas se realizó de acuerdo a las necesidades de la Unidad Provincial, y que las diferencias se debieron a valores incrementados en la aprobación del presupuesto.

Lo expuesto por la Responsable de Presupuesto no varía el criterio de auditoría, por cuanto el porcentaje de ejecución de la partida “Atención Médica a Jubilados” del ejercicio económico 2010 con relación a lo programado en la proforma presupuestaria fue del 32,12% y en el 2011 fue de 930,30%; es decir, en este último, el incremento efectuado en la asignación inicial permitió sustentar los pagos; mientras que la partida “Atención Médica Beneficiarios de Montepío” en los ejercicios económicos 2011 y 2012 registra un porcentaje de utilización con relación a la proforma presupuestaria de 1,40% y 0,03%, conforme se indica a continuación, lo que demuestra que la programación presupuestaria no fue realizada de acuerdo a las necesidades de la Unidad, conforme a opinión de la servidora Responsable del Presupuesto, así:

Partidas	AÑO 2011							AÑO 2012						
	Proforma	Asignación Inicial	Reformas	Asignación Codificada	Ejecutado		% Ejecutado con relación a Proforma	Proforma	Asignación Inicial	Reformas	Asignación Codificada	Ejecutado		% Ejecutado con relación a Proforma
					Monto	%						Monto	%	
Atención Médica a Jubilados	128 911,24	3 069 000	(1 869 740,36)	1 199 259,64	1 199 259,64	100	930,30	1 800 000	3 069 000	(1 327 442,37)	1 741 557,63	1 741 557,63	100	96,75
Atención Médica Beneficiarios de Montepío	500 000	634 000	(627 000,00)	7 000,00	7 000,00	100	1,40	332 955	634 000	(633 893,13)	106,87	106,87	100	0,03

## Conclusión

El Jefe del Departamento Provincial y la Asistente Administrativa, Responsable de Presupuesto, para los años 2010, 2011 y 2012, no realizaron una programación presupuestaria adecuada de las partidas “Atención Médica a Jubilados” y “Atención Médica Beneficiarios de Montepío”, basados en parámetros como: población asegurada inscrita, registro de la recaudación de aportes, perfil epidemiológico y demográfico de la población asegurada, lo que ocasionó que su ejecución no se ajuste a lo programado y a las necesidades de la Dirección Provincial.

## Hecho Subsecuente

El Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, con oficio 2119700-1998 de 5 de noviembre de 2013 remitió copia del oficio 21010700-1997 de 5 de noviembre 2013 con el cual dispuso a la Responsable de Presupuesto que para la determinación del nuevo presupuesto se consideren parámetros como: la población asegurada inscrita, proyección de gastos para atender los pagos a los prestadores privados, solicitar a los prestadores privados la cantidad de afiliados atendidos por año en los últimos tres años con su respectivo monto, a fin de que en forma conjunta elaborar la programación presupuestaria de los próximos períodos.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

7. Supervisará a la Asistente Administrativa, Responsable de Presupuesto, en el seguimiento y evaluación del cumplimiento y logro de los objetivos frente a los niveles de ejecución efectiva de los gastos, a fin de que se cumpla en forma eficiente la programación presupuestaria elaborada por ellos, en consideración a las necesidades de la Dirección Provincial y bajo parámetros reales.

### **Liquidaciones de responsabilidades patronales no se contabilizaron**

La determinación, liquidación y contabilización de las responsabilidades patronales por las atenciones médicas brindadas por prestadores privados, se realizaron en el Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar hasta el 30 de noviembre de 2010.

El Jefe del Departamento Provincial con oficio 21010700-149 de 25 de enero de 2011 remitió varios expedientes con responsabilidad patronal por atenciones médicas de los prestadores privados: Ruthy Cía. Ltda. – Clínica de Traumatología y Medicopharma Cía. Ltda., para que la Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital genere una sola liquidación por la atención médica en el Hospital y en los prestadores privados, fecha a partir de la cual se modificó el proceso del establecimiento y liquidación de la responsabilidad patronal; sin embargo, el Jefe del Departamento no impartió instrucciones ni disposiciones por escrito para que las liquidaciones sean



devueltas a esta dependencia para su contabilización y así disponer con información contable real.

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual en su período de gestión comprendido entre el 2 de enero de 2009 al 30 de junio de 2013 y la Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital, en su período de gestión del 28 de mayo de 2011 hasta el 30 de junio de 2013, incumplieron la letra a) del artículo 12 Tiempos de control y artículo 40 Responsables por acción u omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; letra b) del artículo 22 Deberes de las y los servidores públicos de la Ley Orgánica del Servicio Público; e inobservó la Norma de Control Interno 401-03 Supervisión, actual; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, el Jefe del Departamento Provincial y la Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal, están incurso en la letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

La Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital, no remitió al Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar 145 liquidaciones de responsabilidades patronales por atenciones médicas otorgadas por prestadores externos a los afiliados para su contabilización, por 142 029,00 USD, como se demuestra en el siguiente cuadro:

AÑO	RESPONSABILIDAD PATRONAL LIQUIDADADA	VALOR USD
2011	19	4 680,07
2012	21	31 994,37
2013	105	105 355,31
<b>TOTAL USD</b>	<b>145</b>	<b>142 029,75</b>

Lo que originó, que estas liquidaciones por responsabilidades patronales no se contabilicen, afectando la veracidad y confiabilidad de la información financiera.

El Jefe del Departamento Provincial con oficio 21010700-1655 de 20 de septiembre de 2013, expresó:

*“... De acuerdo a la información de las personas que acudieron a la socialización (Coordinadora del Hospital e Informático de la Jefatura) en la ciudad de Quito en el año 2010,... como lo dispone la Res. CD.298, Art. 7... El IESS a través del sistema informático determinará la Responsabilidad Patronal, procederá al cálculo... y la Liquidación definitiva... y su correspondiente contabilización y en línea informará a las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar.- Al consultar a la contadora, me informa que no ha estado realizando esta actividad*

*por lo que le he dispuesto que de manera urgente se ponga en contacto con el... Jefe del Departamento de Afiliación y Control Patronal, para que recepte toda la información para regularizar este proceso.- Además he dispuesto a las Unidades Médicas de esta jurisdicción... remita... el reporte de resoluciones de Responsabilidad Patronal de los años 2010-2011-2012-2013 a fin de que la contadora de esta Jefatura realice la contabilización respectiva...”.*

La Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital con oficio 229132101-050-RP de 17 de septiembre de 2013, informó:

*“... De acuerdo a la socialización en el año 2010 por parte de los funcionarios de la Dirección Nacional de Seguro de Salud Individual y Familiar, se nos hizo conocer que a través (sic) del sistema informático, el nivel central informara (sic) en línea la contabilización a las Unidades Provincial (sic) de Salud, y que claramente lo indica en su artículo 7 de la Resolución CD 298 vigente a partir del 17 de diciembre de 2009.- La Disposición General Décimo Séptima, del mismo cuerpo normativo, menciona **“Los valores recaudados por responsabilidad patronal, con sujeción a las disposiciones del presente Reglamento, se registrarán contablemente al Seguro de Salud, Invalidez, Vejez y Muerte, Cesantía o Riesgos del Trabajo, según corresponda”**, lo que claramente señala que la Unidad de Afiliación y Control Patronal, son quienes recaudan los... valores por responsabilidad patronal, deben proceder con el registro contable de estos ingresos.- Con respecto al envío de la información al departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, de las liquidaciones por atenciones médicas otorgadas por prestadores externos a los afiliados, debo indicar que existe un sistema informático a nivel nacional, y la información de las mismas están en el sistema; por lo que la contadora de la aseguradora debería haber bajado la información y proceder a su contabilización y a su vez cruzar con lo recaudado de la información que emite el departamento de afiliación y control patronal de la Dirección Provincial del IESS de El Oro ...”.*

Conforme lo disponen los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales al Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-119 de 3 de octubre de 2013 y a la Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal, con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-120 de 3 de octubre de 2013, para que presente sus puntos de vista.

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, con oficio 21010700-1799 de 9 de octubre de 2013, expuso:

*“... En el año 2011, vinieron a la ciudad funcionarios del Nivel Central... quienes indicaron que todos los procesos de esta responsabilidad se harían a través del Sistema y que las contabilizaciones los realizaría automáticamente dicho sistema... Se ha emitido... al Director del Seguro General... oficio 2110700-056RP de 04 de octubre del presente año, para que nos de su pronunciamiento al respecto... La Coordinadora de Responsabilidad Patronal... ha enviado a la... Coordinadora de esta Unidad... las liquidaciones con RP de atenciones brindadas*

*en el Hospital de Machala del período 2010-2011 y 2012; y de enero a septiembre de 2013; además de las atenciones dadas a los prestadores externos períodos 2011 y 2012 y enero a septiembre de 2013, para que se proceda de acuerdo a la normativa...”.*

La Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital, con oficio 229132104-058 RP. de 7 de octubre de 2013, señaló:

*“... En Julio del año 2011 recibimos la visita de funcionarios del Nivel Central en el que nos informaron que todos los procesos de Responsabilidad Patronales se harían a través del sistema, así mismo se dialogó con la persona Responsable a Nivel Nacional de estos Procesos... la cual nos indicó que la contabilización la realizaría automáticamente el sistema y, luego... quien estuvo al frente de estos procesos también nos manifestó lo mismo.- se sigue insistiendo en que a nivel central nos dé un pronunciamiento escrito.- Actualmente se remitió a la Contadora de la Unidad del Seguro de Salud Individual y Familiar en medio magnético e impreso las liquidaciones con Responsabilidad Patronal por atenciones dadas a los afiliados en el Hospital del IESS Machala del período 2010-2011-2012 y Enero a Septiembre de 2013 y las atenciones dadas en los prestadores externos período 2011-2012 y enero a Septiembre de 2013 para que procese de acuerdo a la normativa...”.*

Lo expuesto por el Jefe del Departamento Provincial y la Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital ratifica el criterio de auditoría, se evidenció la falta de contabilización y de instrucciones por escrito para que las liquidaciones por responsabilidad patronal sean devueltas al Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar para cumplir con este procedimiento.

## **Conclusiones**

- El Jefe del Departamento Provincial, no impartió instrucciones ni disposiciones por escrito para que las liquidaciones por responsabilidad patronal por los servicios de salud otorgados por los prestadores privados, sean devueltas por el Hospital del IESS Machala a esta dependencia para su contabilización y así contar con información contable real.
- La Oficinista, Coordinadora de Responsabilidad Patronal del Hospital del IESS, no remitió al Departamento Provincial de Salud Individual y Familiar para su contabilización 145 liquidaciones de responsabilidades patronales por 142 029,00 USD, correspondientes a atenciones médicas otorgadas por prestadores externos a los afiliados y beneficiarios del IESS, afectando la veracidad y confiabilidad de la información financiera.

### **Hecho subsecuente**

El Jefe del Departamento Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, con oficio 21010700-2003 de 5 de noviembre de 2013, remitió copias de los oficios 21010700-2001 y 21010700-2002 de 5 de noviembre de 2013 con los cuales dispuso al Director Administrativo del Hospital del IESS y a los Directores de las Unidades Ambulatorias y del Centro de Atención Ambulatoria de la provincia de El Oro, remitan las liquidaciones de responsabilidad patronal por atenciones médicas para que el área de contabilidad proceda a realizar los registros contables pertinentes. Asimismo, con oficio 21010700-2005 de 5 de noviembre de 2013 dispuso a la Analista Financiera y Auxiliar Contable, procedan con las contabilizaciones de estas liquidaciones y emitan un informe mensual de las mismas, para lo cual con oficio 21010700-2004 de 5 de noviembre de 2013 solicitó al Director del Seguro de Salud Individual y Familiar brinde el asesoramiento y capacitación a los servidores encargados de los registros y contabilizaciones de liquidaciones y glosas por responsabilidad patronal.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

8. Dispondrá a la Auxiliar de Contabilidad, Responsable del proceso contable, previa la contabilización de las liquidaciones y glosas por responsabilidad patronal por atenciones médicas otorgadas por prestadores externos a los afiliados y beneficiarios del IESS, verifique que las mismas cumplan con los requisitos legales, a fin de que la información financiera reflejada sea confiable.

### **Archivos documentales se encontraron dispersos y sin control**

Los archivos contables que sustentaron los pagos a prestadores privados correspondientes a los años 2009, 2010 y 2011, que se encontraban bajo la responsabilidad del Departamento de Contabilidad, estuvieron ubicados en dos

bodegas, una al interior de la unidad y otra fuera de ella, además la documentación se encontró en cartones, sin orden ni inventariada, dificultando su localización y disponibilidad para el análisis de auditoría.

Los expedientes que respaldan la acreditación como prestadores de salud privados y que estaban bajo la responsabilidad del Tecnólogo Responsable del proceso de acreditación estuvieron completamente desorganizados, en unos casos sin carpetas, ni foliados, carecían de documentación básica tales como: autoevaluación firmada por el representante legal y el informe y/o acta de la comisión o equipo de evaluación, incluso, el certificado de acreditación y otros documentos que debían formar parte del expediente, se localizaron en las carpetas de los contratos.

La Analista Financiera y la Auxiliar de Contabilidad, responsables de los archivos contables en sus períodos de gestión comprendido del 2 de enero de 2009 al 30 de junio de 2013 y del 31 de agosto de 2009 al 30 de junio de 2013, respectivamente; y el Tecnólogo, Responsable del archivo de los procesos de calificación para la acreditación de los prestadores de salud privados, en su período de gestión de 2 de enero de 2009 al 30 de junio de 2013, incumplieron el artículo 40 Responsabilidad por acción y omisión de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e, inobservaron las Normas de Control Interno 210-04 Documentación de respaldo y su archivo, vigente hasta el 13 de diciembre de 2009, concordante con la Norma de Control Interno 405-04 Documentación de respaldo y su archivo, actual; en consecuencia de la inobservancia a la base legal antes referida, la Analista Financiera y la Auxiliar de Contabilidad están incurso en la letra a) del número 3 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, el Tecnólogo, está incurso en la letra a) del número 2 del artículo 77 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

Los servidores a cargo de los archivos, no mantuvieron una adecuada organización, custodia y control de la documentación que sustenta las operaciones contables y de acreditación, lo que originó que los documentos se encuentren dispersos, desordenados, en unos casos sin carpetas, sin foliar y mal archivadas, dificultando su localización para fines de control.

Conforme lo disponen los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales a la Analista Financiera con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-100 de 3 de octubre de 2013, a la Auxiliar de Contabilidad, con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-101 de 3 de octubre de 2013 y al Tecnólogo, con oficio 51000000-EE-PREST-ADQ-EQ-055 de 11 de septiembre de 2013, para que presente sus puntos de vista.

El Tecnólogo, Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los prestadores de salud privados, con oficio 21010700-203 AUM del 26 de septiembre de 2013, manifestó:

*“... en realidad existe desorganización en los expedientes de Acreditación a prestadores externos, justificando la misma por el traslado de edificio que se realizó a inicio de año, sin embargo se organizó un auxiliar de cada expediente con la información básica... pero que bajo ningún concepto equivale al expediente total del prestador...”*

La Auxiliar Contable con oficio 21010700-C-040 de 22 de octubre de 2013, señaló:

*“... De acuerdo a la certificación adjunta suscrita por el... Jefe de la Unidad de Prestaciones del Seguro de Salud, he venido realizando la revisión y legalización de pagos a los Prestadores Externos y otros... Inicio mis labores... desde el primer día laborable de Mayo 2012, debo enfatizar que no recibí... ningún oficio en el que me autoriza que reciba los archivos contables; así mismo, tampoco notificó de mi delegación a la Ing. **(Analista Financiera)**... razón que evidencia que no se generó un acta entrega-recepciones de los archivos... por lo tanto la... Analista Financiera, mantiene la custodia de los mismos.- con fecha 17 de octubre de 2013, solicité al... Jefe de la Unidad... disponga a la Analista Financiera se me realicé mediante acta entrega-recepción los archivos mediante inventario de los pagos y procesos contables, medios magnéticos de las operaciones de la Unidad.- el Jefe... solicitó de manera urgente e inmediata a la... Analista... proceda a la entrega... de los archivos contables, pero hasta la presente fecha no he tenido respuesta alguna...”*

La Analista Financiera, hasta el 28 de octubre de 2013, fecha de la conferencia final de la comunicación de resultados del borrador del informe no presentó sus argumentos.

Lo expuesto por los servidores no modifica el criterio de auditoría, toda vez, que debían tomar las medidas necesarias para resguardar y mantener los archivos organizados e íntegros, como respaldo de las operaciones contables y de las acreditaciones calificadas a los prestadores privados.

## **Conclusión**

Los archivos que respaldaron la documentación contable a cargo de la Analista Financiera; la Auxiliar de Contabilidad; y, la de acreditación de prestadores privados a cargo del Tecnólogo, Responsable del proceso de calificación para la acreditación de los prestadores de salud, se encontraron dispersos, en desorden, sin carpetas, ni inventariados y foliados, lo que dificultó su localización y disponibilidad para fines de control posterior.

### **Hecho subsecuente**

El Jefe de la Unidad Provincial, con oficio 21010700-2013 de 6 de noviembre de 2013, remitió copia del oficio 21010700-2012 de la misma fecha, con el cual dispuso a los servidores de la Unidad Provincial y de manera especial a las áreas de Contabilidad y Acreditación, mantener los archivos documentales, de manera ordenada, foliada e inventariada; y, en el caso de la documentación de acreditación de los prestadores privados de servicios de salud, constarán en un solo expediente por cada prestador, a efecto de su fácil localización y mantener un archivo íntegro y confiable.

### **Recomendación**

#### **Al Jefe de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del IESS - El Oro**

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

Eco. Iván Ricardo Donoso Acosta  
**AUDITOR INTERNO JEFE**  
**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**